

126
2ej



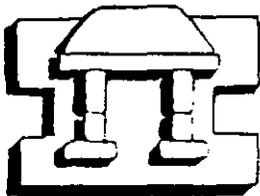
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

“PSICOPROFILAXIS PERINATAL COMO PREVENCIÓN DE PRIMER NIVEL PARA SUJETOS CON ALTERACIONES EN EL DESARROLLO PSICOLOGICO”.

REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
CARMEN GUADALUPE ZAMORA RAMIREZ

DIRECTORA DEL REPORTE DE INVESTIGACION:
LIC. CAROLINA ROSETE SANCHEZ
SINODALES: LIC. GUADALUPE AGUILERA CASTRO
LIC. MARIA DE LOS ANGELES CAMPOS HUICHAN



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

1999

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

27 1917



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE:

**Por tu apoyo.
Porque gracias a tu confianza
y paciencia aunque aveces decaídas
siempre estuviste conmigo.
Hoy logro alcanzar un escalón de los muchos
que aún me faltan en mi vida.
Debo decir que no existe otra forma
de decirte gracias.**

A Carolina:

**Por la gran paciencia
que me tuviste y por haber
compatido conmigo todos
sus conocimientos.**

**A todos aquellos que siempre
estuvieron pendientes de los
progresos que tenía y me
ofrecieron su mano.**

RESUMEN

La prevención ha sido desde siempre una meta para los investigadores de cualquier rama de la ciencia, entre las que se encuentra la psicología, por lo que la presente investigación plantea, desde la concepción teórica histórica cultural, la posibilidad de adentrarnos en las costumbres creencias y mitos que se viven alrededor del embarazo, es importante mencionar que muchas creencias, mitos y costumbres que sigue nuestra población *femenina durante el embarazo pueden llegar a ser equivocadas ya que pueden traer consecuencias negativas para un niño en formación, es por eso que la prevención pretende ofrecer un desarrollo tanto intrauterino, como extrauterino mejor para un niño.*

Debemos tomar en cuenta que existen otros aspectos que pueden orillar a que la mujer tenga un hijo con alteración en el desarrollo psicológico, además de ello no debemos olvidar a todos los profesionales de la salud quienes juegan durante ese periodo un papel muy importante ya que también estos pueden orillar a que este tipo de problemas se presente, aumente o disminuya.

Así pues, la psicología, al analizar y atender las posibles alteraciones que se pueden presentar en un niño antes, durante o después de su nacimiento plantea la necesidad de una orientación temprana a las mujeres para que con su participación ayuden a disminuir o evitar los mismos.

La intención de la presente investigación es plantear la necesidad de una atención primaria de salud a toda mujer embarazada: con embarazos normales o de alto riesgo con el fin de lograr que la mujer se convierta en alguien participativo en todo momento del embarazo, lo cual repercutiría en las estrategias médicas para una mejor atención logrando con ello la prevención de posibles alteraciones en el desarrollo psicológico del niño.

Í N D I C E

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I ¿Quiénes son los sujetos de educación especial?	3
Definiciones Institucionales sobre retardo mental	4
Aportaciones de las Concepciones Teóricas de la psicología	11
Capítulo II Prevención	22
Prevención terciaria en psicología	24
Prevención secundaria en psicología	25
Aportaciones médicas	27
Aportación psicológica: Estimulación temprana (principios fundamentales)	29
Definición de Estimulación temprana	32
Antecedentes Históricos	34
Técnicas de Estimulación Temprana	35
Prevención primaria en Psicología	37
Cápítulo III Psicoprofilaxis perinatal	42
sociedades no occidentales	42
sociedades occidentales	43
México prehispánico	44
Concepción de la mujeres, embarazo y parto (visión actual)	48
Método de psicoprofilaxis perinatal	53
Historia del método	55
Capítulo IV Metodología	62
Resultados (cuantitativos)	68
Condiciones de vida	68
Condiciones de los embarazos y partos anteriores	69
Aspectos emocionales	70

Prácticas de salud	71
Condiciones del embarazo	73
Creencias, mitos y costumbres respecto al embarazo y parto	74
Sexualidad	76
Participación del padre	76
Estimulación en el desarrollo	76
Lactancia y ablactación	77
Aspectos emocionales (cónyuges)	81
Prácticas de salud (cónyuges)	83
Creencias, mitos y hábitos respecto al embarazo (cónyuges)	85
Sexualidad (cónyuges)	86
Participación del padre (cónyuges)	86
Lactancia, ablactación y desarrollo (cónyuges)	87
Resultados cualitativos	90
Características de la población	92
Deseos de las mujeres al asistir al curso	94
Durante el curso	96
Dudas de las mujeres al asistir al curso	98
Durante el curso	98
Análisis de resultados	118
Conclusión	140
Anexos	145
Bibliografía	158

INTRODUCCIÓN

Hablar del correcto desarrollo de un niño es adentrarnos a aspectos anteriores a su nacimiento entre los que encontramos los periodos pre, peri y postnatales, durante los cuales se pueden presentar problemas irremediables por lo que es de suma importancia que todos los profesionales de la salud nos intereseamos en prevenir el alto índice de Alteraciones en el Desarrollo Psicológico que prevalece hoy en día ya que esto afecta el correcto desarrollo de un niño el cual puede ser evitado con nuestra participación sumando el trabajo de las mujeres y toda la familia.

Sin olvidar que existen creencias, mitos y costumbres que como pueblo mestizo compartimos muchas de las cuales se observan con mayor claridad durante la gestación de un niño, además que muchos de ellos son pretexto para que la mujer viva todo el periodo de gestación con miedos, algunos de ellos reales, sin embargo muchos de estos son debido a ignorancia.

Se debe tener presente que la participación de la mujer durante el embarazo suele ser mínima, en primer lugar asiste a atención médica en tiempos muy cercanos al parto y ya en la consulta no suele preguntar, dudar, etc. lo cual hace la hace unicamente receptiva y no participativa.

En segundo lugar como sabemos el nacimiento de un niño implica grandes esperanzas, para una mujer, un padre y todas las personas que lo rodearan desde sus primeras horas de vida.

Sin embargo no siempre un niño es esperado con la preparación necesaria para que nazca completamente sano.

Esta es una de las razones por las que la investigación se propuso mostrar las posibilidades existentes de lograr la prevención de alteraciones en el desarrollo psicológico en un niño desde antes de su nacimiento, durante este y en los primeros años de su vida.

Por lo que para lograr esto el reporte se dividió en cinco capítulos.

En el primer capítulo titulado "¿Quiénes son los sujetos de educación especial?", revisaremos las diferentes visiones tanto de instituciones tanto internacionales como de la Secretaría de Educación Pública, además revisaremos las aportaciones teóricas de la psicología, las cuales plantean su visión propia acerca de los sujetos con necesidades especiales, el objetivo de este es presentar la propuesta de modificar términos como: sujetos con discapacidad, con retardo en el desarrollo, retardo mental, etc. por el de Sujetos con Alteraciones en el Desarrollo Psicológico, en cual plantea una visión y trato diferente a este tipo de sujetos que pueden presentar algún problema tanto durante su desarrollo intrauterino y/o extrauterino.

Es importante mencionar que este capítulo se enlaza con el segundo capítulo que se titula: "Prevención", en el que se presenta desde el punto de vista médico y psicológico la necesidad de aplicar correctamente la prevención no solo en su segundo y/o tercer nivel sino desde un primero es decir procurar aplicarla desde tiempos muy tempranos para ofrecer un desarrollo óptimo en este caso a los niños que no han nacido aún. Ya que este es el trabajo de la prevención. De esta manera la prevención pretende disminuir en un primer momento y evitar como punto final posibles problemas que actualmente sufren centenares de niños, por lo que la prevención pretende no esperar a que un problema ya presente se pueda disminuir, sino que ni siquiera se presente.

Cabe enfatizar que se dentro el trabajo se habla de la posibilidad de tener de la estimulación temprana con la cual se suma otra actividad que puede lograr que la prevención continúe siendo de primer nivel.

En el tercer capítulo aterrizamos en la psicoprofilaxis perinatal, en ese capítulo nos adentramos en todo lo relacionado con el embarazo por lo que se exponen las visiones tanto del pueblo mexicano antes de la conquista junto con las actividades que realizaban durante los nueve meses que abarca el embarazo muchas de las actividades que aún en nuestros días se continúan, en otro apartado de ese capítulo se muestra lo que para las mujeres europeas en siglos pasados implicaba un embarazo, como lo embarazo y lo que significaba para ellos.

Después hablaremos de la fusión de dos culturas y de todo lo que se originó con esta mala mezcla, entre ellos encontramos muchos mitos, creencias y costumbres que antes de la conquista no compartíamos sin embargo en la actualidad muchos de estos

continúan pero ahora tranquiversados. Para finalizar hablaremos del trabajo realizado por los rusos en relación al embarazo, el cual pretende lograr que la mujer conozca el funcionamiento de su cuerpo, la forma adecuada de cuidarlo, el desarrollo de su embarazo, parto y la participación activa en él; obteniendo así el nacimiento de un niño en las mejores condiciones posibles evitando por tanto Alteraciones en el Desarrollo Psicológico.

En la cuarta parte del trabajo mostramos la metodología y los resultados cualitativos y cuantitativos de la investigación con mujeres embarazadas con nivel socioeconómico bajo, en la cual se muestra que tan grande es la necesidad de un trabajo conjunto no solo entre psicólogos sino entre todos los profesionales de la salud entre los que se encuentran las enfermeras, trabajadores sociales, médicos generales, especialistas como: ginecologistas, nutriólogos, pediatras, etc. pero además de ello con la participación y cooperación de la mujer embarazada y si es posible de su cónyuge y cuando este no existe de la familia, pero de una familia también participativa ya que de esa forma se puede lograr un mejor trabajo multidisciplinario que permita lograr uno de los máximos objetivos de salud para el año 2000, salud y atención primaria para todos es decir que los pacientes se conviertan en personas activas participativas y que la atención recibida sea en un nivel mejor que no solo se atienda porque las personas están enfermas sino que se acuda a este porque se está sano y se desea continuar de esa forma.

Más que nada como se mostrará a lo largo del reporte se busca el crecimiento de una población infantil sana sin problemas de Alteración en su Desarrollo Psicológico.

Para finalizar hablaremos de las aportaciones a la población con la que se trabajó, sin dejar de fuera que de esta investigación se pueden retomar aspectos que a la larga permitan mayores beneficios a la población infantil de nuestro país.

QUIENES SON LOS SUJETOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL?

"Cuando el saber se especializa crece el volumen total de la cultura.

Esta es la ilusión y el consuelo de los especialistas. Lo que sabemos entre todos: oh! eso es lo que no sabe nadie!"

Machado A.

El realizar un trabajo profesional no significa solamente plasmar en hojas de papel definiciones o aspectos en los que se desarrolla el trabajo del psicólogo sino, la responsabilidad de dar razones además de explicar el porqué de este trabajo.

Evidentemente la inquietud de las disciplinas humanas por proporcionar mejores técnicas para la atención y educación a poblaciones específicas como es el caso los llamados sujetos con retardo mental continúa, lo cual ha permitido que diversas instituciones con orientaciones diferentes intenten proporcionar atención con mejor estructura, la cual en nuestros días no queda a cargo sólo de los educadores y médicos sino de un grupo mayor de profesionales quienes brindan también aportes positivos para la atención a estos sujetos, tal es el caso de: médicos, pedagogos, educadores, trabajadores sociales, psicólogos, etc.

La investigación del trabajo realizado con sujetos que presentan retardo mental así como el desarrollo de definiciones sobre retardo mental, tienen el objetivo de recurrir a una explicación totalitaria de los fenómenos utilizando un conocimiento limitado y lineal respecto de estos sujetos.

Dicha situación se observa en varios campos de estudio los cuales aplican enfoques diferentes, por ejemplo las instituciones, pero también existen teorías de la psicología, las que aportan desde su muy particular punto de vista, concepciones diferentes respecto del sujeto retardado.

Pero antes de adentrarnos en el tema del presente capítulo, el cual gira entorno a la necesidad de proporcionar expectativas de atención diferente a las nuevas generaciones que pudiesen presentar necesidades especiales por causas pre, peri, y/o posnatales tanto ambientales como hereditarias, las cuales originan Alteraciones en el Desarrollo Psicológico (A.D.P.), es necesario poner de relieve la necesidad urgente del conocimiento de las modificaciones mínimas o quizá nulas que han se dado a lo largo del tiempo respecto a la definición o conceptualización del término no bien llamado "retardo mental" pero, no sólo eso sino que también es necesario conocer los cambios que se han dado en las técnicas aplicadas y la forma de atención al sujeto ya que de esta manera se podrá proceder hacia un mejor desarrollo generalizado para un trato y educación diferente proporcionada a este tipo de población.

Definitivamente la revisión va más allá, ya que existe también la inquietud por conocer como se van dando los cambios en el estudio del termino, definición o conceptualización en estos sujetos, esta revisión se realizara en este capítulo, aquí no se involucra únicamente la realización de una revisión bibliográfica actualizada del término "retardo mental", sino que también se muestra la necesidad de modificar una forma de trabajo quizá caduca para los sujetos afectados con un problema ya presente, el capítulo forma además parte de un cuerpo final donde se muestra la importancia de la revisión del trabajo que se realiza en diversos campos de estudio de dicho término, debido a que con ello se da la oportunidad de disminuir los casos y de ser posible brindar una prevención de primer nivel con lo que se inhiban los riesgos que pudiesen presentarse en un momento pre y/o perinatal en el niño; conociendo ya diferentes aportaciones se podrá, de mejor manera, manejar las herramientas propias de la psicología y por ende brindar expectativas diferentes de desarrollo, además de proponer una concepción menos estigmatizante.

Por lo que se realizará una revisión del trabajo respecto a la definición de retardo mental, iniciando por las aportaciones de tres instituciones internacionales mayormente aceptadas en nuestro país, para finalizar con las aportaciones de diferentes puntos de vista de la psicología

Definiciones Institucionales Internacionales sobre retardo mental:

El retardo mental ha sido definido por múltiples instituciones, las cuales se utilizan en todo el mundo, sin embargo de todas las existentes las que tienen mayor influencia mundial respecto al estudio del retardo mental son: The American Association on Mental Deficiency (AADM), El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSMIII), y La Organización Mundial de la Salud (OMS).

A continuación se hará una revisión de cada una de estas, para mostrar las modificaciones respecto de su visión del retardo mental, en los últimos años.

Antes de proporcionarse una definición institucional se brindó una forma de clasificación, tal es el caso de la aportación llevada al cabo por Robinson y Robinson (1920), quienes únicamente señalan que las personas se pueden clasificar como retrasadas mentales en diferentes niveles sin presentar ninguna definición.

Retraso mental límite: sujetos con un CI desde 68 hasta 83

Retraso mental leve: sujetos con un CI desde 52 hasta 61.

Retraso mental moderado: sujetos que presentan un CI desde 36 hasta 51.

Retraso mental grave: sujetos que presentan un CI desde 20 hasta 35.

Retraso mental profundo: sujetos que presentan un CI menor de 20.

Terminos como "débil mental, morón, imbecil e idiota" hace décadas llegaron a tener un marco de referencia clínica y psicométrica, estas definiciones se hicieron en función del Coeficiente Intelectual (C.I.) y consideraban a la herencia como factor principal.

Pero "retardo mental" como término general "fronterizo, ligero, moderado, grave y profundo" como variaciones de grado, están menos cargados emocionalmente e implican el empleo de criterios múltiples siguiendo con los términos "educable, entrenable y de cuidado", los grados se refieren obviamente más a los problemas prácticos de clasificación administrativa que a preguntas acerca de la etiología y pronóstico (Telford, 1973).

Estos fueron los primeros acercamientos que tuvo una institución y de la cual se fueron desarrollando otras para mostrar de alguna manera los sujetos presentan características comunes propias de ser categorizadas y con ello encasillarlos sin darles la posibilidad de un desarrollo diferente.

Una de las primeras definiciones institucionales que se conoce es la de la AADM la cual propuso la siguientes definiciones en 1961.

"El retardo mental se refiere al funcionamiento intelectual por debajo del promedio que se origina durante el periodo de desarrollo y que está asociado con deterioro de la conductas adaptativas" (Heber, 1961, citado en Telford, 1973 y Davison, 1983).

En estos primeros acercamientos la AADM menciona que existen tres condiciones para poder brindar una definición de retardo mental, la cual debía incluir: a) funcionamiento intelectual, b) subnormalidad c) origen durante el periodo de desarrollo y, deterioro de la conducta adaptativa; donde todos debían estar presentes para que a una persona se le designara como mentalmente retrasada. Por lo que a una persona no se le puede considerar como retrasada por presentar sólo deterioro en la conducta adaptativa o por presentar únicamente un CI bajo y ser incapaz de adaptarse a las exigencias naturales y sociales de su ambiente. Estos problemas se pueden presentar desde los primeros años hasta ante del décimo sexto año (Telford, op. cit.; Davison, op. cit.).

Además de la medición del CI la AADM pone de relieve la importancia de evaluar la conducta adaptativa para determinar el nivel de retardo mental.

Describe 2 condiciones de conducta. 1) el grado en el que el individuo incapaz de actuar y de sostenerse independientemente y, 2) el grado con el que cumple de manera satisfactoria las exigencias de responsabilidad personal y social que le impone su medio cultural (Heber, 1961 citado en Davison, 1983)

La evaluación de la conducta se considera porque antiguamente se creía que casi todos los niños con retardo mental no podían ser educados o entrenados y solamente se les colocaba en hospitales donde no se les exigía casi nada (Ibidem).

Esta definición hace del retardo mental un término descriptivo del estado actual de la conducta adaptativa del individuo independientemente de su etiología o curabilidad. Las deficiencias también están relacionadas con la cultura (Telford, op. cit.)

Sin embargo, esta definición no fue utilizada por mucho tiempo, así en años posteriores una modificación dada por (Kidd, 1964, citado en Telford, 1973), dice lo siguiente "El retardo mental se refiere al funcionamiento intelectual significativamente por debajo del

promedio que se manifiesta en el período de desarrollo y que se caracteriza por la insuficiencia en la conducta adaptativa" (pág. 165), respecto a las primeras aportaciones de la AADM encontramos que la variación es mínima pero se toma ya en consideración la manifestación del problema en el desarrollo y no el origen, además en segundo lugar no habla de un deterioro en la conducta adaptativa sino de una insuficiencia; aunque parece mínima la modificación esta trajo consigo beneficios en la forma de atención al sujeto retardado.

Otra de las instituciones que actualmente influye en la forma de diagnosticar y tratar al sujeto con retardo a partir de sus definiciones y clasificaciones es el DSM, el cual fue citado por, (Solomon y Patch, 1984 y Davison, op. cit.). En sus primeras aportaciones el DSM III, no realiza una definición como tal, sino más bien ofrece una clasificación, donde mencionaba que era posible señalar la trayectoria de vida de los individuos en función de su puntaje de CI, lo cual se puede observar en el cuadro 1, (ver anexo), donde se muestran los posibles alcances del individuo de acuerdo a la clasificación de su CI.

Lo que podría implicar para los familiares una serie de expectativas que en algunos casos más que estimular el desarrollo del individuo lo frenaban; además que para la sociedad en general se desarrolló un estigma negativo respecto a ellos.

Las características que se muestran van desde el grado del retardo, el nivel de funcionamiento intelectual, vocacional y social, sin embargo estas son muy generalizadas lo cual lleva consigo nuevamente el problema de cómo aplicar la clasificación para casos con daño ambiental por ejemplo, por lo que se observa que en ese primer intento el DSM III no proporcionó una definición de retardo mental, pero más adelante se hará referencia de las modificaciones que se dieron posteriormente.

La tercera institución en importancia es la (Organización Mundial de la Salud) la OMS, que funge como organismo encargado del bienestar de la salud mundial plantea a diferencia de la institución anterior que la deficiencia mental se divide en dos categorías

1) Debido a causas ambientales sin alteración en el Sistema Nervioso Central (SNC) lo considera como "retardo mental" y,

2) debido a padecimientos del SNC, denominándolo "deficiencia mental"

Aquí hablamos no sólo de retardo mental sino además de deficiencia lo cual al parecer tiene como base el daño que pudo presentarse en el SNC además, de mencionar la importancia que del ambiente donde se desarrolla el sujeto, para la OMS la inteligencia es considerada como una habilidad y capacidad para resolver problemas, adaptarse a nuevas situaciones, aprender conceptos abstractos y beneficiar la experiencia, aparte de la regulación de la homeostasis interna que realiza el cerebro, la función primaria del Sistema Nervioso Central (S.N.C.) el cual consiste en la adaptación del organismo al medio. Se cree que el potencial humano de inteligencia se hereda como un carácter genético multifactorial

El retardo mental puede clasificarse según el C.I., las características del desarrollo, el potencial para la educación social y vocacional, por lo que las clasificaciones se han basado principalmente en pruebas psicométricas, pero la valoración del potencial y el ajuste social adecuado en casos individuales y las observaciones además del juicio del médico, son tan importantes como las calificaciones objetivas de la escala del CI. La deficiencia mental según la OMS se clasifica según la causa (hereditaria, familiar, o como causa secundaria a una enfermedad orgánica) y los grados de deficiencia se expresan como ligero, moderado, grave o profundo según el resultado de las pruebas psicométricas (Solomon y Patch, 1984)

Aquí a diferencia de la AADM se toman en cuenta dos tipos de problema que se pueden presentar un sujeto

Aquellos que presentan problemas causados por el ambiente les llama retardo mental y aquellos que presentan algún problema relacionado al SNC, le llama deficiencia mental por lo que encontramos aquí una diferencia significativa con la AADM, sin embargo en lo que si son similares es en la medición de la inteligencia a partir de pruebas psicométricas además de las evaluaciones médicas

Para 1977 la AADM, ofrece una modificación a su definición de 1964, define al retraso mental como el "funcionamiento intelectual muy por debajo del promedio que se origina durante el periodo de desarrollo, y que se acompaña de alteración de uno o más de los siguientes aspectos: maduración, aprendizaje o adaptación social"

Nuevamente observamos aquí una modificación sustancial respecto a la definición de retardo mental ya que antes sólo se consideraba la conducta adaptativa y ahora se toman en cuenta los aspectos socioculturales más que de adaptación

Para el año de 1992 la AADM se refiere al retardo mental como "Las limitaciones

sustanciales presentes en el funcionamiento", el cual se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente subnormal, existiendo concurrencia con limitaciones relacionadas a dos o más de las áreas de habilidades adaptativas siguientes: comunicación, autocuidado, sobrevivencia en el hogar, habilidades sociales, uso de comunicación, autodirección, seguridad y salud, funciones académicas, tiempo libre, el retardo mental se manifiesta antes de los 18 años.

Las siguientes 4 premisas son esenciales para la aplicación de la definición.

1) La validación de la evaluación considera tanto, la diversidad cultural y lingüística como las diferencias en factores comportamentales en la comunicación.

2) La existencia de limitaciones en las habilidades adaptativas ocurren en el contexto ambiental característico en individuos de la misma edad y es puesto como soporte en el índice de las necesidades individuales de la persona.

3) Las limitaciones adaptativas específicas frecuentemente coexisten con fuerza en otras habilidades adaptativas u otras capacidades personales y.

4) Con soportes apropiados en un periodo sustancial, generalmente la vida funcional de las personas con retraso mental puede mejorar.

Las limitaciones intelectuales en el retraso mental son evaluadas mediante pruebas de inteligencia estandarizadas. En estos momentos las personas que presentan un CI de 70 a 75 -que es resultado de pruebas psicométricas individuales- no es condición suficiente para considerarlo con retraso mental, se debe tomar en cuenta la cultura, el lenguaje y la sociedad en la que se desarrolla el individuo.

Esta afirmación debe por tanto ser desarrollado por un grupo multidisciplinario para dar una validez adicional a los resultados de las pruebas o la información a evaluar (ADM, 1992).

A diferencia de lo revisado hasta el momento pareciera ser que la AADM ha generado nuevas perspectivas de desarrollo para el sujeto, sin embargo continúan haciendo uso de pruebas psicométricas, aún en su definición se muestra la necesidad de encasillar al sujeto en un contexto considerando que el contexto donde se desarrolla es igual para todos es decir homogeniza la conducta o adaptación del sujeto respecto de un ambiente en específico, un punto a su favor es que las limitaciones que presenta el sujeto no siempre tienen relación con todas las habilidades del sujeto, otro aporte de suma importancia y diferencia con las investigaciones de años pasados es que se abre la posibilidad de un trabajo multidisciplinario el cual tomará fuerza y vigencia en todo el mundo.

A continuación se muestran los avances que ha tenido otra institución importante como es el DSMIII: Ha modificado su definición sobre el retraso mental, nombrándolo (eje II).

En la cual muestra que los síntomas esenciales para definir al retardo mental, son:

- 1) Capacidad intelectual general muy por debajo del promedio que se acompaña de,
- 2) Un déficit o deterioro significativo en la capacidad adaptativa y con,
- 3) Un comienzo antes de los 18 años. El diagnóstico se hace prescindiendo de si hay o no trastornos orgánicos u otros trastornos mentales.

La capacidad intelectual general: Se define como CI, la cual se obtiene de una evaluación a través de un test de inteligencia administrado individualmente, por lo que la capacidad intelectual que se encuentra significativamente por debajo del promedio se define como un CI de 70 o inferior obtenido mediante un test. Sin embargo, como ninguna medida es infalible la prueba de CI posee un error de medida de cinco puntos aproximadamente, de ahí que un CI de 70 se considere situado dentro del intervalo que va de 65 a 70.

Tratar el concepto de CI con una cierta flexibilidad supone incluir en la categoría de retraso mental a las personas con un CI ligeramente mayor que 70 y con déficit significativo de la conducta adaptativa. También permite excluir del diagnóstico a las personas con un CI algo menor que 70 si el juicio clínico considera que no existen déficit relevantes en el funcionamiento adaptativo. Se ha elegido un CI de 70 como punto de corte en el retraso mental, ya que mucha gente con un CI inferior a 70 requiere cuidados especiales, particularmente durante la etapa escolar.

Los valores límite arbitrarios del CI se basan en los datos que indican una relación positiva entre la inteligencia y la conducta adaptativa presente en los niveles más bajos de CI. Esta relación tiende a desaparecer en el retardo mental leve o moderado.

La capacidad adaptativa: Es la eficacia que una persona muestra en determinadas áreas del comportamiento como habilidades sociales, comunicación y habilidades para resolver problemas cotidianos, independencia personal y la responsabilidad social esperados.

por su edad y grupo cultural. Esta capacidad se ve influenciada por las características de personalidad, el grado de motivación, el nivel de educación y las oportunidades vocacionales y sociales, además esta se puede mejorar con esfuerzos adecuados mientras el CI permanece más estable.

Se debe realizar una evaluación de la inteligencia además, de un juicio clínico para saber mejor lo relativo al problema sin embargo, si no se tiene la información de las pruebas, con el juicio clínico es más que suficiente, para saber el grado general de adaptación se toman en cuenta la edad, trayectoria y conocimientos culturales de la persona

Sintomatología asociada Cuando un trastorno orgánico específico se encuentra asociado al retardo mental, también se presentan sus síntomas. Por ejemplo en el caso del Síndrome de Down, mientras más severo sea el retardo mayor será la probabilidad de anomalías relacionadas con uno o más sistemas, como el neurológico, visual, auditivo y neuromuscular

Encontrando síntomas conductuales más frecuentes en el retraso mental que incluyen la pasividad, la dependencia la baja autoestima, la baja tolerancia a la frustración la agresividad, la pobreza en el control de los impulsos, las conductas estereotipadas automutilantes o auto estimulantes. Conductas que pueden ser aprendidas y condicionadas por factores ambientales. En la actualidad no existe una subclasificación satisfactoria de los síntomas conductuales asociados al retraso mental.

Edad de comienzo: Por definición, el retraso mental requiere que su comienzo tenga lugar antes de los 18 años, después constituye una demencia

Curso El curso del retraso mental, está en función de factores biológicos, como los trastornos orgánicos y de factores ambientales, como nivel y oportunidades educativas, estimulación ambiental y de lo apropiado de la planificación y ejecución del trato que se dispensa al sujeto. Si la anomalía orgánica subyacente es estática el curso del retraso es variable con una influencia ambiental óptima, el funcionamiento puede mejorar; pero con una influencia nociva, se puede deteriorar, pero si la anomalía somática subyacente es progresiva, el funcionamiento tendería a deteriorarse de cualquier forma pero si el ambiente es óptimo el deterioro será más lento En consecuencia el pronóstico del retraso mental ha mejorado considerablemente en los últimos años.

Algunas personas con retraso mental leve desarrollan unos hábitos adaptativos ópticos y mantienen sus trabajos, por lo que para estas personas no está justificado el diagnóstico de retraso mental, aunque fuera apropiado hacerlo cuando están en edad escolar y sus déficits intelectuales limitaban su rendimiento académico.

Deterioro: Por definición existe siempre un déficit en la capacidad adaptativa El grado de deterioro se correlaciona con el nivel general de capacidad intelectual la presencia de síntomas asociados y complicaciones y con el educacional y otras oportunidades ambientales

Complicaciones: Pueden ser complicaciones otros trastornos mentales, como; los depresivos, psíquicos y de personalidad

Factores etiológicos y antecedentes familiares: Los factores etiológicos pueden ser principalmente biológicos, sociales o ambos pero en un 33 o 40% no es clara como en los otros A continuación se señalan algunos.

- 1) Factores hereditarios
- 2) Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario
- 3) Problemas durante la gestación o perinatales como mal nutrición fetal, prematuridad, hipoxia, trauma.
- 4) Trastornos somáticos como infecciones.
- 5) Infecciones del entorno, deprivación alimenticia, social y verbal

La prevalencia del retraso mental debido a factores biológicos conocidos es muy similar entre los niños de clases socioeconómicas altas y bajas En aquellos casos que no se puede determinar ninguna causa biológica específica hay una mayor representación de las clases bajas y el retardo mental normalmente es más leve

Prevalencia estudios actuales sugieren que en un periodo de observación determinado, la tasa de prevalencia de retardo mental es aproximadamente del 1% la incidencia es de 1.5 en niños y de 1 en niñas

Niveles de gravedad Existen cuatro niveles de gravedad que reflejan el grado de deterioro intelectual leve moderado grave y profundo Los valores del CI utilizados para diferenciar entre los cuatro niveles de gravedad son

Niveles de gravedad	Valores del CI
Leve	50-55 a 70
Moderado	35-50 a 50-55
Grave	20-25 a 35-40
Profundo	por debajo de 20-25

El estudio del retardo mental ha evolucionado a través del tiempo trayendo consigo posibilidades para un mejor desarrollo en los sujetos, esta situación es complicada ya que a pesar de los avances en los estudios institucionales estos no llegan a toda la población, por lo que es necesario tomar cartas en el asunto para que unidos los esfuerzos institucionales sean aplicadas todas las técnicas correctamente en cualquier ambiente de desarrollo.

A continuación realizaré, un pequeño análisis de lo expuesto hasta este momento. Las definiciones institucionales tienden a clasificar al sujeto, pero no sólo eso, existen otras situaciones

La AAMD, en sus primeras definiciones (1961) hablaba de desviaciones de la normalidad en cuanto a la inteligencia, además de problemas de adaptación, se clasifica al sujeto a partir de un CI, se tendía a encuadrarlos en ciertas habilidades únicas posibles para él de acuerdo a la clasificación dada. Señalaban que debía presentarse el problema antes de los 16 años y no tomaba en cuenta la etiología.

Otra definición más es la del DSM III la cual se ha dado a la tarea de proporcionar un número importante de actividades que un sujeto puede realizar según su CI y su clasificación.

Existen ventajas en la actualidad ya que las instituciones han modificado sus definiciones del retardo mental y con ello el tratamiento a este tipo de sujetos, mostrándose así que el DSM III y la AAMD han aportado cambios importantes en la definición y clasificación de estos sujetos. La AAMD señala al funcionamiento intelectual subnormal, la edad de presentación se modificó de 16 a 18 años, la validación de las supuestas pruebas estandarizadas toman ya en cuenta la cultura, el lenguaje, el ambiente comunitario, se sigue usando el CI con un grado de 70 a 75, además se incorpora a la conceptualización y definición al grupo multidisciplinario el cual permite observar en qué grado está afectada alguna de las áreas de desarrollo.

El DSM III, considera, al igual que las otras, definiciones de retardo mental, que los problemas de adaptación, deben presentarse antes de los 18 años de edad, la clasificación del CI baja de 70 a 65-75 integrándose los niveles de gravedad, además de la edad en que se presenta. Ya que después de los 18 años se habla de otro problema; del curso del problema, del deterioro que va sufriendo el sujeto, las posibles complicaciones y la etiología.

Ingalls (1978) realiza un análisis de los diferentes enfoques existentes respecto a las definiciones tradicionales, las cuales se reducen a tres categorías: definiciones basadas en los resultados de pruebas de inteligencia que se basan en un bajo CI, las cuales eran utilizadas con el objetivo de brindar atención diferente a niños que no podían asistir a escuelas normales, es decir para descubrir a los retrasados mentales este tipo de definiciones tienden a discriminar a los niños sin tomar en cuenta el ambiente en el que se desarrollan. El segundo análisis se refiere a los que se basan en la incompetencia social en general esta capacidad de adaptación es muy difícil de medir, además que los problemas emocionales son también una causa de desorientación pero no por eso de retardo mental. Y los que se basan en algún tipo de defecto constitucional como es el caso de la lesión cerebral. Concluyendo que el retardo mental debe ser considerado como el resultado de la interacción de un determinado conjunto de capacidades con un determinado conjunto de exigencias ambientales.

Una vez realizada la revisión bibliográfica del trabajo de instituciones internacionales es importante analizar qué es lo que se ha hecho en nuestro país respecto a la atención y educación especial de los sujetos con retardo mental tomando como base la definición que se aplica a estos sujetos además de conocer si han existido modificaciones a dicha definición o no

Durante el gobierno del presidente Benito Juárez dieron inicio las instituciones pioneras de la educación pública en México para sujetos "con" discapacidad la primera escuela que se fundó fue la Escuela Nacional para Sordos, en 1867, para 1870 la Escuela Nacional de Ciegos

En 1914 el pionero en este campo, el Dr José de Jesús González, organizó una Escuela para Débiles Mentales en la Ciudad de León Guanajuato: en los años 60's la

Secretaría de Educación Pública (SEP), extendió sus servicios de Educación Especial a algunos estados de la República Mexicana, así sucesivamente hasta 1979 en que se crea la última escuela en Morelos (SEP, 1984).

La Dirección General de Educación Especial (DGEE), adoptó la siguiente definición de deficiencia mental

"Un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognitivo acompañada de alteraciones de conducta adaptativa".

En términos de CI, la clasificación es

Leve de 50 a 70.

Moderado de 35 a 50

Severo de 20 a 35.

Profundo de 0 a 20

Para los años 80's, México contrae firmemente el compromiso de promoción en todas las áreas de la vida, la participación plena de los minusválidos (SEP, 1984), también ha venido atendiendo a sujetos con problemas leves en el aprendizaje, que la escuela primaria rechaza (DGEE, 1994).

A lo largo de estos años han habido distintos modelos de atención en educación especial, en nuestro país; han evolucionado desde el modelo asistencial donde se considera al sujeto de educación especial como un minusválido que requiere de apoyo permanente, esto es, de ser asistido todo el tiempo, toda la vida ofrecido básicamente en internados. Posteriormente el modelo utilizado fue el médico terapéutico, se considera al sujeto como atípico que requiere un conjunto de correctivos es decir de una terapia, quien trabaja con él es el médico a través del diagnóstico individual con sesiones también individuales, el profesor funciona como auxiliar o paramédico es decir como terapeuta, la atención es necesaria en la clínica. Y finalmente el modelo educativo, este asume que se trata de un sujeto con necesidades educativas especiales, rechaza los términos "minusválidos y atípicos" la estrategia básica de educación especial aquí es la integración y normalización.

La estrategia educativa es integrar al sujeto, con el apoyo educativo necesario, para que pueda interactuar con éxito en los ambientes socioeducativos primero, y sociolaborales, después. Se requiere de un grupo multiprofesional que trabaje con el niño, actualmente coexisten los tres modelos porque se han venido yuxtaponiendo. Ya que se considera en la actualidad que cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje que le son propios.

Esto se debe a que en 1981 la UNESCO lo declaró el "Año de las personas con requerimientos especiales de educación". Se acepta en la actualidad el término de "Sujetos con Discapacidad" distinguiéndola de la de "discapacitado" esto porque el primero se refiere a un rasgo de la personalidad, el segundo, es la clasificación de un tipo de persona. Y, desde el punto de vista de la ética y del derecho positivo, todas las personas son iguales, aunque con rasgos diferentes por lo que se generó una estrategia incluyente, ya que no sólo atendió a los distléxicos y a los débiles mentales, sino también a los sordos, a los ciegos y los sujetos con problemas neuromotores esto, como se vio renglones arriba, se derivó de las escuelas creadas para sordos y ciegos en México (DGEE, 1994).

El artículo 41 de la ley general de educación señala.

"La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Procuraran atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social.

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, esta educación incluye orientación a padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación." (Ley General de Educación, 1993)

Los instrumentos de medida y diagnóstico han evolucionado enormemente en educación especial, lo que ha conducido a una clasificación muy sofisticada de la población, y por ende, a un sistema educativo paralelo muy complejo. Esto ha traído una gran dificultad a la planeación educativa moderna (Guajardo, 1994)

Si en nuestro país antes existía una definición y una clasificación para los sujetos con

retardo o deficiencia mental, a los cuales se les integraba en escuelas especiales dependiendo las necesidades mismas del sujeto, en la actualidad se habla como se observó en párrafos anteriores de la creación de un artículo fundamental por la Ley General de Educación en 1993, en el cual se consideró que para la correcta atención educativa era necesario primeramente dar un cambio de 360 grados con lo cual ya no se hablará ni de una definición ni de una clasificación, ahora se refieren solamente a sujetos "CON" discapacidad o "CON" necesidades especiales, sin dar una definición debido a los casos donde no existe una etiología para el problema además, de que con una definición no se permite el correcto desarrollo de las potencialidades de una persona en desarrollo que es el caso que nos concierne, por lo que se vió la necesidad de modificar el enfoque con el que se trabajaba antes para así proporcionar la correcta educación que necesitan, integrando a estos niños a la educación general.

La Dirección de Educación Especial (DEE), no hace referencia a sujetos recién nacidos ni de niños menores de 6 años que es la etapa de mayor riesgo para la correcta adaptación de un ser en constitución. En el trabajo de la DEE se habla solamente de una etapa escolar es decir de los 6 años en adelante hasta antes de los 18 años. Ahora bien quien se encarga de ello actualmente es el sector salud es decir la Secretaría de Salud (S.S.), y es aquí donde nuevamente se presentan las situaciones controversiales ya que en este ambiente se le da un termino diferente pero este tipo de conceptualización no ha sido posible encontrarlo a partir de bases directas como en el caso de la S.S.

A pesar de la poca aportación ofrecida por instituciones gubernamentales como en el caso de la S.S. afortunadamente existen instituciones que tienen inquietud por prevenir posibles problemas que se originan en periodos tanto pre, peri y/o postnatales. Me refiero al Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento ("CIMIGen"), que se formó en 1978 con el fin de ofrecer una atención integral a la mujer embarazada partiendo de un objetivo base "contribuir a la disminución de los problemas maternos, mediante la promoción de conocimientos en todos los niveles para prevenirlos".

Iniciando sus operaciones en 1988 con objetivos claros, metas precisas y con recursos técnicos y operativos propios, el personal del CIMIGen adoptaron el termino de riesgos al nacimiento para de esa forma abarcar lo mayormente posible las necesidades de la población con la que ellos trabajan.

Ellos ya no se refieren al retardo mental ni a sujetos con discapacidad sino a los posibles riesgos que, puede tener un niño en el nacimiento. Pero aunque aquí se le de otra connotación al sujeto con problemas, se trata de una área muy pequeña de trabajo es decir 5 colonias localizadas en la Delegación Iztapalapa en el D.F. Este es un esfuerzo grande sin duda ya que es un trabajo dirigido por un médico que ha tenido huella en la atención a la mujer embarazada y el neonato el Dr. Carlos Vargas García, junto con otros médicos y el apoyo de pasantes de la carrera de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENE-UNAM), del Instituto Politécnico Nacional (IPN), y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).

Sin embargo, este trabajo quizá tan rico en aportaciones como en experiencia no ofrece una modificación respecto al tipo de atención a la población en general, pero si es una base de la cual muchos deberíamos afianzarnos para el progreso de la asistencia necesaria en la población materna que influiría positivamente en el infante, la única objeción que encuentro en el trabajo realizado por el CIMIGen es que a pesar de ser un grupo multidisciplinario no involucran la necesidad del enriquecimiento de podría lograrse con la entrada del psicólogo u otros profesionales de la salud, estos son pininos en relación al gigante que tenemos por delante pero no dan respuesta a la duda de cómo se define al sujeto con alteraciones en el desarrollo, además cuál sería el papel que juegue el sujeto en la comunidad en general con dichos trabajos proporcionados tanto por la DEE como por CIMIGen no se hace una especificación de los beneficios que se obtienen de forma individual sino que se crea una utopía educativa en la cual estamos muy lejos siquiera de soñar. Necesitamos por tanto nuevamente conjuntar el trabajo pero no en aislado médicos y educadores por un lado y otros profesionales por otro.

La preocupación que se muestra es la de actualizar los cambios conceptuales que se han producido en el conocimiento de las relaciones entre los problemas pre, peri y/o postnatales que pueda sufrir el sujeto además de su proceso evolutivo, tomando en cuenta que no debemos concretarnos sólo al posible problema que pueda cargar el sujeto sino que este vive en un ambiente el cual puede o no ser favorable para su desarrollo, se debe

considerar por tanto que éste no es sólo alguien con necesidad de educación solamente sino, es un sujeto en constante desarrollo el cual necesita atención especializada que involucre el trabajo de otros profesionales de la salud, entre ellos encontramos el aporte ofrecido por algunas teorías psicológicas las cuales muestran concepciones diferentes al problema del retardo mental

Aportaciones de las Concepciones Teóricas de la psicología:

Una vez revisados los trabajos proporcionados por las instituciones internacionales y la de nuestro propio país es menester involucrarnos de lleno en el trabajo del psicólogo y en cómo éste, desde su muy particular punto de vista y enfoque de la conducta humana, aporta conceptualizaciones diferentes a las brindadas por psiquiatras, médicos y quizá pedagogos.

Por lo que procederé a ejemplificar las aportaciones de las concepciones de la psicología de las cuales revisaremos cuatro:

- 1) El Análisis Experimental de la Conducta
- 2) La Psicología Histórico-Cultural.
- 3) El Psicoanálisis.
- 4) La Teoría de Piaget.

Análisis Experimental de la Conducta

Los psicólogos al analizar los contenidos, ha intentado proporcionar una visión diferente por lo que define este problema de una forma en la que no clasifique, al sujeto por el contrario, intenta proporcionar definiciones que sean descriptivas del problema que este pueda presentar en una o diferentes áreas del desarrollo, encontrando las siguientes aportaciones

Bijou en 1963 realizó un análisis sobre el retardo mental desde un punto de vista funcional, el retardo se considera como cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio ambiente, el cual se produce a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que están dentro de los límites normales, por lo que propone un análisis funcional, considerando que el retardo es generado por historias adversas o por fallas en las coordinaciones de estímulos-respuestas

El funcionamiento fisiológico del niño con retardo puede estar dañado o incompleto, también puede deberse a conductas personales que interfieren en su aprendizaje.

Posteriormente Bijou en 1982 en colaboración con Dunnitz, aportan una visión diferente, ya que desde una propuesta interconductual sobre el niño, señalan que es necesario realizar una teoría del retardo en el desarrollo diferente a la del desarrollo normal con criterios individuales.

Se debe considerar que pueden existir aspectos que propician o influyen para que se presente un problema en los sujetos y estos pueden ser:

- 1) Las patologías biológicas relacionadas con factores que pueden producir alteraciones en el SNC
- 2) Patologías biológicas que tienen interacción con prácticas sociales en relación con el desarrollo social del sujeto.
- 3) Condiciones sociales que provocan poco desarrollo por vivir en lugares poco estimulantes como en el caso de la pobreza y la pobre interacción familia sujeto.

En estas dos visiones conceptuales del retardo de un mismo autor podemos observar que no existe en ningún momento el término de retardo mental ya que se usa el de retardo en el desarrollo, se pone el énfasis en que el problema puede presentarse debido a problemas biológicos y/o ambientales los cuales provocan que el sujeto tenga problemas en su desarrollo, no se menciona en ningún momento las clasificaciones y menos la necesidad de aplicar pruebas psicométricas para poder estigmatizar al sujeto.

Ribes en 1988, realiza un análisis de cómo es que se ha tratado de definir tradicionalmente al retraso mental dichas definiciones según el autor, se reducen a tres categorías:

- 1) Los que se basan en un bajo CI
- 2) Aquellos que se fundamentan en la incompetencia social en general y
- 3) Los que se basan en algún tipo de defecto constitucional

Sin embargo el autor especifica que para determinar si una persona es retrasada o no hay que considerar 4 factores

- a) Determinantes biológicos del pasado como aspectos genéticos pre y perinatales
- b) Determinantes biológicos del pasado nutricional, fatiga, drogas, etc.
- c) Historia previa de interacción con el medio, reforzamientos y,
- d) Condiciones ambientales: estímulos discriminativos, estímulos reforzantes y estímulos disposicionales

Por lo que sustituye el término de retardo mental por el de retardo en el desarrollo, mencionando que éste se presenta como un déficit conductual que se establece por comparación con las normas que corresponderían al caso. Este déficit se considera no como consecuencia de la falta de maduración por la acción de variables biológicas y del paso del tiempo exclusivamente, sino como producto de la interacción de los 4 componentes ya mencionados.

Desde esta perspectiva se considera al retraso mental como el resultado de la interacción de un determinado conjunto de exigencias ambientales.

Existe una relación estrecha entre los factores biológicos y factores conductuales, de manera que no se puede considerar que cualquiera de ellos, por separado sea la causa del retardo en el desarrollo ya que el sujeto es una entidad que se comporta.

Para autores como Galindo e Hinojosa (1988), el retardo en el desarrollo se debe a la situación social en la que se desenvuelve el sujeto, es decir las habilidades que no poseemos podrían quizá de alguna forma ser llamadas también como conductas retardadas.

Quizá sea difícil comprender que no existe un sólo retardo sino que la conducta se presenta a partir de la relación del sujeto con su ambiente es decir su entorno social.

Ingalls en 1978 con una visión diferente, menciona que el retardo mental es un continuo de la normalidad donde no existe un lugar para el retardado y el no retardado ya que esto es incompatible con la realidad, lo anterior se puede observar en casos donde se cree que el sujeto es retardado de niño y al llegar a una edad adulta puede desarrollarse normalmente, mientras que otros que aparentemente son normales, de adultos no pueden enfrentarse a situaciones como el de conservar un trabajo fijo.

La aportación desde el conductismo ofrece la posibilidad de un enfoque diferente por ejemplo lo es, por tanto la oportunidad de que a partir de ciertas modificaciones respecto a la conceptualización más que definición ofrecida a los sujetos con retardo en el desarrollo y a las personas que trabajan con ellos. Se logre desmembrar un trabajo hasta cierto punto ya caduco respecto a la forma de evaluar, tratar, etc., al sujeto, proporcionándole de ser posible un ambiente donde se podría desarrollar mejor para así obtener un lugar diferente al que en la actualidad tiene, en la sociedad. Es un trabajo que ha costado varias décadas, también es difícil, pero no es imposible tener otra visión al respecto además, la psicología sugiere la posibilidad de poder proporcionar una forma de trato e intervención a este tipo de sujetos diferente, dejando de lado las tan lastimeras definiciones estigmatizantes.

Psicología Histórico-Cultural.

Desde la perspectiva soviética particularmente la escuela Histórico Cultural, citaré a tres autores Liublinskaia, Leontiev y Vigotsky quienes presentan su aportación a la definición de retardo mental, desde una perspectiva diferente ya que se basan en el desarrollo del sujeto a partir de su relación con la historia y la cultura.

Existen diferentes concepciones del desarrollo pero, es necesario conocer la naturaleza de la conciencia del individuo, esta conciencia es un fenómeno social, se manifiesta y en estas manifestaciones aparecen tres aspectos.

1) Una mayor profundidad y complejidad de la actividad cognitiva, ej. Cuando el niño destaca los rasgos esenciales de la casa y los relaciona con otros no sólo se guía por aspectos externos. "El conocimiento en el escolar se organiza en categorías y en el adulto en sistemas. El desarrollo del conocimiento es un paso gradual del reflejo, de casos aislados a la cognición de los fenómenos de la realidad en sus rasgos y conexiones esenciales, este paso gradual modifica "qué aprende y cómo lo aprende"

2) Modificación de la actividad hacia lo circundante y hacia sí mismo. Pasa de actos puramente reflejos a actos voluntarios y dirigidos.

3) Perfeccionamiento de la actividad del niño a medida que se desarrolla. sus movimientos son dirigidos y coordinados debido a la evolución de su corteza cerebral.

El desarrollo de la conciencia del niño se manifiesta en sus actos y en la comprensión de la realidad y se acrecienta con el lenguaje.

Existen posibilidades, causas y condiciones de desarrollo

A) Las posibilidades: son su cuerpo y características al nacer, que toman forma en el contacto con su medio ambiente y se desarrolla en el mismo

B) Las causas. El desarrollo se encuentra ligado a las leyes naturales, pero para conocer el desarrollo de la personalidad es necesario conocer el medio social y tiene que estar en contacto con su medio.

Los actos de respuesta del niño provienen del medio externo (que lo estimula) y del interior (del organismo) Se considera al reflejo como base de la actividad aún cuando esta sea muy compleja dándose la participación activa del niño en este proceso de desarrollo. La actividad activa: manipulación, repetición, imitación, comunicación y dirección hacia la autoperección y autocontrol.

C) Condiciones de desarrollo.

- 1) Necesidad de seleccionar el contenido de la actividad infantil.
- 2) Ejercitación de la actividad.
- 3) Consolidación de conexiones entre acción y medio.
- 4) Enseñar a cumplir las tareas.
- 5) Desarrollo constante de la educación del niño mediante la complicación de tareas y su variación, así como su libertad de acción.

El desarrollo se debe a la lucha de contrarios o contradicciones.

- 1) Lucha entre lo ya alcanzado (viejas posibilidades) y las nuevas necesidades.
- 2) Las contradicciones existen entre las formas viejas y las nuevas formas de comportamiento (autonomía).
- 3) Choque entre lo que se hace (existencia contenido) y cómo se debe hacer (conciencia forma). (Liublinskaia, 1971).

Liublinskaia en realidad no hace referencia al retardo mental ni da una definición del mismo, pero sí muestra la necesidad de proporcionar al sujeto la posibilidad de desarrollo a partir del aprendizaje que le ofrece todo lo que le rodea, (el ambiente, la cultura, la sociedad, etc.), además con esto se permite que la zona de desarrollo próximo evolucione de manera diferente en el sujeto que está en desarrollo.

Para Leontiev (1973), miles de niños en el mundo presentan un desarrollo mental retrasado aunque en otros aspectos no sean diferentes a otros niños. Pero, ¿que pasa con los otros no desarrollados?, existe una suficiente comprensión de la naturaleza de la subnormalidad ligada a particulares concepciones teóricas sobre el desarrollo mental del niño, de ahí que surja la pregunta ¿Qué valor tienen las investigaciones médicas y psicológicas?, ó A ¿qué resultado final conducen sus diagnósticos, pronósticos y sus métodos de selección?, ¿pueden llegar a la disminución del número de niños clasificados como mentalmente subdesarrollados o determinan quizás el resultado opuesto?

Plantear este problema podría exagerar un peligro y no estar justificado de ningún modo. Pero los hechos que indican el gran uso en muchos países de tests psicológicos para distinguir a los niños intelectualmente dotados, excluye de una educación no sólo a los que no aprenden a causa de defectos orgánicos, sino también a quienes, pese a no haber superado dificultades elementales podrían hacerlo. Pero sería erróneo atribuir toda la responsabilidad a métodos teóricamente imperfectos de diagnóstico, la causa en la que se basan los fenómenos consiste en una insuficiente comprensión de la naturaleza de la subnormalidad ligada a particulares concepciones teóricas sobre el desarrollo mental del niño.

En el mejor de los casos los tests dan sólo una idea superficial del nivel de desarrollo. Los tests no descubren jamás la naturaleza del retraso ni permiten interpretarla en absoluto, sólo dan la ilusión de una explicación de la causa del retraso. No pueden proporcionar una base para decidir qué métodos deben usarse con los distintos niños para superar sus deficiencias intelectuales.

A la inversa, la idea de que los tests estudian factores permanentes -y que por tanto permiten pronósticos válidos- significa que el método de los tests difunde la idea de inevitabilidad del retraso intelectual e impide así el desarrollo de métodos pedagógicos diferenciados y con base científica para niños retrasados

Leontiev (op cit.), considera preciso reelaborar muchas concepciones tradicionales y sobre todo considerar el desarrollo mental desde otro punto de vista:

- 1) El desarrollo como proceso de asimilación de la experiencia del genero humano a diferencia de los animales permite al niño apropiarse o asimilar la experiencia de la historia

social a través no de la determinación filogenética (herencia) sino en su contacto con los demás, en un proceso histórico que es rápido, adquiriendo habilidades que las propias condiciones de la vida social exigen

El desarrollo mental del niño se inicia en un mundo humanizado, él no tiene que adaptarse a un mundo, sino más bien apropiarse de los fenómenos que le rodean. La apropiación se da por medio de la asimilación, así el niño comienza a usar instrumentos con una finalidad específica, en forma de acciones y operaciones tanto mentales como motoras.

Para Leontiev las acciones están contenidas en el objeto y es por medio de las relaciones con el mundo que le rodea, mediado por su acción, como el niño se comunica por medio del discurso

2) El desarrollo de las habilidades como proceso de formación de sistemas cerebrales funcionales, estas formaciones nacen como resultado de la acción de la herencia biológica, sino del proceso de desarrollo histórico-social. Al nacer el niño posee órganos especializados para cada función que se transmiten por herencia, simultáneamente se forman procesos mentales superiores.

Una vez formados los órganos funcionan en aislado, su dirección está condicionada por conexiones y se pueden sustituir diversos componentes debido a su larga duración. El niño no nace con órganos preparados para cumplir funciones que representan el producto del desarrollo histórico del hombre, estos se desarrollan durante la vida del niño según las condiciones ambientales.

3) Desarrollo mental del niño como proceso de formación de las acciones mentales, el aprendizaje del lenguaje es la condición más importante para el desarrollo mental. Sin embargo se debe rechazar que el niño posee funciones y operaciones de pensamiento ya que éstas se forman en la experiencia individual del niño. El niño asimila la experiencia del género humano en una forma ya generalizada. Es a través de la mediación de los padres y luego del lenguaje, como el niño transfiere al plano mental las acciones que realiza. Estas operaciones mentales se sujetan a posteriores cambios, hasta tomar características de una operación interna de pensamiento

Por tal razón en el caso de niños muy retrasados se puede lograr una reorganización que siga el proceso de desarrollo mental, por lo que la interferencia de este tipo en el proceso de formación de operaciones mentales debe producirse en el momento debido, de lo contrario la etapa de formación del proceso podría no desarrollarse o ser errada, así se creería que el niño padece un retraso intelectual.

Los problemas que influyen en el retraso mental son

1) La influencia de las condiciones Histórico-Cultural y Social en el que el niño se desarrolla, de éstas depende la permanencia o no de una guía educativa activa y cuando es necesario la posibilidad de una asistencia educativa especial.

2) El papel de los supuestos biológicos.

3) Características propias del niño en especial las características de los tipos diversos de actividad nerviosa superior que desde luego no pueden ser ignorados y,

4) Las características de la esfera emotiva y motivacional de la personalidad del niño revisten gran importancia.

En el caso de Leontiev se muestra nuevamente que el desarrollo de un niño se presenta a través de un continuo y que el retardo mental se debe a la falta de interacciones positivas del sujeto con el entorno que le rodea, el autor critica la propuesta dada por las instituciones de etiquetar el posible problema que puede o no presentar un sujeto ya que se colocan en un grupo de sujetos que nunca podrán desarrollarse correctamente en un ambiente de individuos sin problemas aparentes de conducta.

Vigotsky (1979), señala la interacción que existe entre el desarrollo y el aprendizaje mediante la evolución de la Zona de Desarrollo Próximo en el niño, definiendo a esta como, "La distancia entre el nivel real de desarrollo determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz" (pág 128)

En el nivel real las funciones que se evalúan ya han madurado en el individuo pero, en la zona de desarrollo próximo estas funciones se encuentran inmaduras pero presentes en el individuo esta nos permite trazar el futuro inmediato del niño así como su estado evolutivo

dinámico.

Para el año de 1989 Vigotsky al referirse al concepto de retraso mental menciona que es el más imprevisto y difícil de la pedagogía especial, hasta el momento ya existen ciertos criterios exactos para reconocer el carácter verdadero y el grado de retraso. Es un concepto que se extiende a un grupo heterogéneo de niños. No siempre es un hecho condicionado por una serie de cambios hereditarios sin que también y con mucha frecuencia es el resultado de una infancia infeliz.

En el grupo de niños cuya conducta y desarrollo se desvía de la norma y que por eso se separan con respecto a la educación de la masa general infantil en el grupo de niños difíciles en el amplio sentido de la palabra, se deben diferenciar de 2 tipos fundamentales

1) A causa de algún defecto orgánico (defectos físicos, ciegos, sordos, sordomudos, inválidos o por deficiencia orgánica).

2) Alteraciones funcionales (delincuentes, deficiencia de carácter).

Bajo el nombre de retrasados mentales se reúne generalmente al grupo de niños que quedan retrasados en su desarrollo del nivel medio.

Desde la perspectiva socio cultural encontramos que el niño se apropia y asimila su entorno histórico social ya que tiene para su propia persona diferentes posibilidades, tiene un cuerpo que al nacer es completo, tiene un desarrollo personal y un desarrollo biológico.

De su relación con los otros, su evolución neurológica y motora además de la zona de desarrollo próximo y se conjugan con la aparición del lenguaje y conforme evoluciona el lenguaje se llega a la cognición. Por lo que el hablar de retardo mental está influido por las condiciones socioculturales, la educación y los supuestos biológicos.

Más que una definición, ésta corriente teórica presenta un análisis del desarrollo del niño a partir de la interacción que se presenta de él con su entorno, pero no solo de un entorno familiar, social, sino también cultural e histórico ya que estos dos últimos aspectos también influyen para conformar al sujeto en desarrollo.

Esto debido a que el niño desde el nacimiento se apropia de su entorno, su cuerpo al nacer aunque esta completo físicamente no ha alcanzado el desarrollo físico y fisiológico debido además, se presenta otro desarrollo el cual no siempre es analizado y tomado en cuenta, ya que se piensa que el niño en cualquier situación se podrá desarrollar igual, a este lo denominamos "desarrollo socio-histórico" con el cual es posible ir conformando una personalidad propia, por lo que necesita ser estimulado tanto internamente, el organismo de todo ser vivo mantiene cierto equilibrio para el correcto desarrollo de sus potencialidades.

Como de manera externa por el ambiente, la cultura, su historia, etc. adquiriendo por tanto un lenguaje hasta llegar a la cognición.

Por lo que a partir de las características biológicas del niño y la interacción con su ambiente se permite el correcto desarrollo de dichas características. La interacción que tiene el niño primeramente con los padres y el desarrollo de su lenguaje le permitirán conformar un pensamiento de decir interiorizar sus conocimientos.

Por lo que la visión de esta corriente es muy diferente a la presentada por las escuelas occidentales, ya que no hablan de evaluaciones psicométricas, médicas, etc., sino de las formas como se relaciona el sujeto con lo que le rodea además, de los impactos negativos que se tienen cuando por alguna razón el sujeto presenta algún problema de tipo neurológico, quizá sea por el tipo de cultura y política que tenían hasta hace unos años lo cual permitió que el sujeto con Alteraciones en el Desarrollo Psicológico no fuera tratado como objeto, tomando en cuenta que si el sujeto presenta problemas se debe en gran parte a la baja estimulación ambiental en la que se desarrolla

Teoría de Piaget

Piaget, en 1964 afirmaba que el desarrollo cognitivo depende de cuatro aspectos maduración, experiencia física, experiencia social y equilibrio, sin hablar propiamente de las diferencias posibles en cada sujeto.

El enfoque evolutivo considera que existen diferentes cualidades más que cuantitativas, cualitativas respecto del desarrollo, los fundamentos piagetianos (mentalistas) fundamentan lo anterior sobre el desarrollo cognitivo de los niños normales y anormales. A partir de los estudios realizados por Piaget quien considera que el inicio de todo aprendizaje es la construcción activa de su mundo, cada individuo tiene en su mente una estructura cognoscitiva, por lo que crea un modelo que incluye hechos específicos y reglas de lógica para

èl. el niño tiene que pasar por 4 periodos los cuales difieren en el funcionamiento cognoscitivo.

Periodo sensoriomotor: abarca los 2 primeros años de vida, se caracteriza por estructuras cognitivas de tipo sensorial y motor, el niño actúa sobre el ambiente

Periodo preoperacional: Presenta la capacidad de simbolizar y representar mentalmente objetivos y sucesos ausentes. Piaget estaba convencido de que esta capacidad no nace del uso que hace el niño del lenguaje que prácticamente se está desarrollando al mismo tiempo, las representaciones mentales nacen de acciones interiorizadas

Pensamiento operacional concreto y formal: El niño desarrolla un sistema estable de operaciones concretas acción mental que se puede completar plenamente y que es completamente irreversible.

En los retrasados lo que difiere no es la secuencia, sino el ritmo con el cual transcurren estos. Tales niños presentan viscosidad en su desarrollo. El niño muestra viscosidad porque el ritmo de desarrollo oscila entre varias etapas a pesar de mostrar niveles más avanzados de pensamiento suelen manifestar modos menos maduros de funcionamiento.

El desarrollo cognitivo es el resultado de un proceso de dos pasos, consistentes en tomar nueva información acerca del mundo (asimilación) y cambiarlas propias ideas para incluir este nuevo conocimiento (acomodación).

Piaget nunca trabajó ni investigó a niños retrasados, sin embargo Inhelder colaboradora de Piaget en 1943, realizó los experimentos de su maestro con niños retrasados a diversos niveles conforme a la teoría, encontró que el grado de dificultad de los 3 tipos de conservación de líquidos era el mismo para los niños retrasados y los normales, sus respuestas eran semejantes, así comprobó que el niño retrasado avanza sí, pero más lento.

Piaget afirma que es inútil y peligroso intentar acelerar el desarrollo, los niños se desarrollan a su propio ritmo natural y cualquier intento de interferir con este ritmo probablemente fracase

Los psicólogos piagetianos han criticado el método tradicional de evaluar las aptitudes mentales, considerando que las pruebas de CI son simplemente un batido de reactivos sin sistema ni finalidad.

Los procesos mentales objetivos: aprendizaje, memoria, medición, percepción cambian cualitativamente con la edad. Lo que distingue al niño super dotado del niño medio no son los periodos por lo que pasa, sino el ritmo con el que recorre estos periodos.

Autores como Willon (citado en Ingalls, op.cit), concluyen que los retrasados no llegan a conservar sustancias y los ligeramente retrasados no conservan volúmenes y otros autores, como Stephen y Mcaugren (1974) mencionan que el desarrollo de los retrasados disminuye antes que el de los no retrasados

Esta teoría tiene validez si todos los niños pasan por el patrón de desarrollo normal y si se compara el rendimiento de niños retrasados con el de niños no retrasados que están en la misma etapa de desarrollo (idem.)

Respecto a esta teoría podemos observar que no se presenta nuevamente una definición de retardo mental pero se subraya la importancia de no etiquetar a los sujetos con alteraciones ya que estas se llegan a presentar debido al tipo de estimulación ambiental que reciba el sujeto.

La psicología cognoscitivista aporta aspectos enriquecedores respecto del trabajo con los sujetos con retardo ya que especifica la necesidad de observar el desarrollo del niño desde un punto de vista cualitativo más que cuantitativo además muestra la necesidad que tiene el niño de un ambiente rico en estimulación para poder desarrollarse adecuadamente por lo que comparte algunos aspectos con la psicología histórico-cultural.

Psicoanálisis

Mannoni (1978), autora de corriente psicoanalista, muestra en un principio una revisión de algunas teorías psicológicas llegando a una reflexión sobre la definición de retardo mental y a partir de esta habla del trato que recibe el sujeto por parte del profesional; señala primeramente que en Estados Unidos se estaba desarrollando la utilización de tests que servían para clasificar a los sujetos en sobre dotados, dotados y mediocres, se trataba de obtener, el mejor rendimiento posible de individuos considerados en el límite como robots

En 1962 Castets, R Leofort M Reyns (Mannoni, op cit), dan cuenta de una experiencia de psicoterapia en débiles mentales en un Instituto Médico Pedagógico del norte

de Francia, y dicen: los problemas mentales deben ser tratados como formas psicóticas. Hasta una fecha no demasiado lejana el diagnóstico de debilidad mental era conclusión incontestable, una contraindicación para toda tentativa psicoterapéutica.

Los psicoanalistas rehusaban dar un sentido a la debilidad mental concebida como un déficit orgánico, esto es, por que ellos solo habían trabajado con niños cuya supuesta imbecilidad era signo de un bloqueo afectivo, que repercutía sobre el plano intelectual pero los sujetos con insuficiencia mental debían ser mantenidos fuera del campo de la investigación psicoanalítica.

A partir de una definición psicológica y organicista, se crearon en Francia instituciones para deficientes mentales creándose una pedagogía para la readaptación social, los progresos en los programas de foniatria, de reeducación psicomotriz lograban beneficios en los niños, en la actualidad los débiles mentales son objeto de una atención especial donde se trata de distinguir al verdadero débil mental, inepto para una psicoterapia, del falso débil para quien todas las esperanzas son posibles.

Así en 1950 se publica un análisis de un débil mental por medio de dibujos un niño llamado Javier muestra a un hombre sin cabeza caminando sobre una cuerda floja por encima de un precipicio, el niño protegía a un padre quien había ayudado a los nazis alemanes denunciando a una aldea entera. De un ser temible se convirtió en un hombre acosado, su único recurso, su hijo, pero a pesar del hijo fue aprehendido.

A partir de este momento el niño desarrolla una pérdida de la realidad o actividad regresiva, su desarrollo se detuvo. "el dibujo no tiene cabeza porque si la tuviera estaía loco de dolor". Pero la historia iba más allá, el padre con uniforme nazi era la ley, pero en casa la ley era la madre.

Debido al éxito que tuvo esta psicoterapia, Mannoni llegó a creer que existían falsos y verdaderos débiles mentales. En un principio hablaba de un examen psicológico profundo estableciendo dos categorías. Los que obtienen un nivel homogéneo de debilidad mental en los distintos tests y, los que arrojan resultados contradictorios entre un tests y otro para así orientar o no al niño a una psicoterapia.

Una compañera de Mannoni proporcionó psicoterapia a un niño, a pesar de presentar homogeneidad en los tests psicológicos, que decían que el niño tenía un CI de 60. La anamnesis era anodina, como es común en los psicóticos. Más la familia era normal, pero el análisis reveló que el niño era el objeto que protegía a su madre contra una fobia a los perros, la mejoría del niño creó en la madre una grave crisis necesitando ser tratada también.

Por lo que el éxito de este caso condujo a Mannoni a apartarla para siempre de la certeza de un diagnóstico, certeza en la que nunca, en psicoanálisis, habría que confiar.

Estudiando ahora las reacciones de la familia frente a la debilidad, para 1954 había ya abandonado la clasificación débil homogéneo y débil de resultados contradictorios, esto porque en la terapia se observaba que débiles de carácter homogéneo se recuperaban en tanto que los de resultados contradictorios casi no progresaban.

A partir de este momento Mannoni sugería la terapia a niños con CI insuficiente. No todos brindan tan claramente la clave de su debilidad pero todos indican en forma más o menos confusa su modo de situarse frente al otro.

La debilidad mental interfiere para impedir la comunicación de lo que el sujeto experimenta y la inteligencia se estructura en forma tal que se convierte no en una interrogación sobre la vida y la muerte, esa inteligencia es la muerte misma.

Para el débil mental esa insuficiencia es plena, tiene como función justamente ocultar no sólo su propia falta de ser, sino también la falta de ser de su madre.

Desde que se comienza el análisis todo criterio de falso o verdadero caduca, lo que cuenta es la forma como es vivida la debilidad por el sujeto y su familia, la ausencia de la imagen paterna constituye para el niño el sentido del retardo.

En ocasiones existen enfermedades psicósomáticas que al convertirse en beneficio son muy difíciles de llevar a tratamiento.

Debilidad mental: El sujeto normalmente es hablado, le es difícil desear, es un objeto manejado, con una reeducación desde la infancia se le hunde en la angustia. Al tratarlo como sujeto pierde de golpe toda referencia de identificación no sabe quien es ni a donde va prefiere la pasividad.

En la actualidad vale la pena intentar toda prueba de psicoterapia de 3 meses sobre todo en el ser más desamparado, porque si tiene problemas orgánicos está destinado a ser

parásito de la madre.

La debilidad mental no tiene nada que ver con la imbecilidad que es más bien defensa neurótica.

Mannoni ha visto débiles mentales con una adaptación perfecta que hasta logran, éxitos escolares aún teniendo resultados bajos en tests (Mannoni, 1978).

Por lo que la inteligencia no siempre se puede medir de manera cuantitativa ya que esta involucra varios aspectos en el desarrollo del niño y sirve para varios fines.

El psicoanálisis de los débiles mentales es una experiencia muy particular que se relaciona con el análisis de psicóticos por la forma en que la familia del sujeto entra en juego en forma masiva como tratamiento.

Trás de la máscara de debilidad mental se disimula a veces la evolución psicótica o perversa. Por eso el estudio del débil mental no se limita al sujeto sino comienza por la familia. El fracaso de la terapia con débiles mentales enseña más que los éxitos.

Por su parte Zardel (198), plantea dos opciones con respecto al retardo: Por un lado se podría presentar respuesta o soluciones a problemas ya definidos y por el otro interrogar al sujeto sobre su problema cuando se trabaja en educación especial se tiene que considerar con qué fines estamos trabajando y qué supuestos subyacen éstos.

El niño con problemas se enfrenta tanto a un rechazo implícito como explícito, fue a partir de 1970 cuando se comenzó a hablar del principio de igualdad que generó métodos, condiciones y técnicas especiales para los niños segregados.

Nosotros tenemos una base y guía la teoría la cual nos permite una aproximación al problema, pero no es lo único para una buena intervención.

La opción es escuchar a la madre y al niño ya que el sujeto es un ser que dialoga y no un organismo en déficit. El sujeto en su abordaje subjetivo permitiere conocer que es un ser social por la mediación cultural y simbólica.

Se debe hablar de cómo trabajar a favor del niño y no cómo se debe educar para ajustarlo a una norma impuesta por una sociedad.

Mucho de lo que se escribe, se enfoca a los problemas que afronta el individuo retrasado dejando de lado los problemas de los padres y hermanos lo que niegue o dé al niño. Todo le afecta también a la familia.

Esta corriente al igual que las antes citadas tiene aspectos positivos respecto al trato del sujeto con retardo pero a diferencia de las otras lleva consigo el efecto negativo paralelo de tratar a toda la familia como si en toda ella hubiera algo mal cuando esta situación no se presenta generalizada (Wortis, 1972).

Desafortunadamente hasta los años 60's y principios de los 70' los estudios de investigación que se habían realizado con niños con retraso era solamente de clase media y eran niños severamente retrasados.

Es de comprender que todo padre al recibir la noticia de que su hijo es retrasado mental reaccione de diferentes formas, viviendo por tanto diversos tipos de crisis las cuales pueden ser reducidas a tres diferentes tipos.

La crisis de lo inesperado resulta del cambio repentino que se sufre en la familia en su forma de vida, las perspectivas hacia su hijo se ve truncada esta emoción varía de padres a padres algunos reaccionan con pensamientos de culpabilidad y otros pareciera que lo aceptan más concientemente. Pero, lo más difícil se presenta cuando el médico no lo dice y se descubre tiempo después y en algunos casos cuando los médicos resultan ser crueles al dar la noticia, eso también es una variable en el grado de crisis que pueda tener la familia; este tipo de crisis se supera en poco tiempo, pero le sigue o se vive otra crisis que es, la crisis de valores personales que se presenta porque los padres se encuentran repentinamente en una situación de valores conflictivos. Se presentan sentimientos de ambivalencia y en algunos casos el sentimiento de culpa irracional. Llegan a pensar que es un castigo de Dios por algo que hicieron mal alguna vez. Otros sienten culpa no por su pequeño sino por las reacciones que sienten hacia él, esto se observa en algunos casos porque el padre no suele hablar del retraso de su hijo incluso ni entre los mismos miembros de la familia. También existe el sentimiento de la negación con el cual los padres presentan un mecanismo de defensa frente al dolor de saber que un hijo suyo tiene retraso mental. Esto puede presentarse en algunos casos cuando el padre niega el retraso y sólo habla de problemas de aprendizaje por ejemplo u otros problemas. Otros buscan remedios que como por arte de magia solucionen este problema, otra forma de negación es no admitir que su hijo es diferente a los demás niños. No quedan afuera los padres que brindan una protección excesiva e inclusive aquellos padres

que tienen pena de lo sucedido a su hijo. Por último, se encuentra la aceptación, que describe lo que se considera una reacción saludable frente al hecho de tener un hijo retrasado, este padre aprende a reconocer en su hijo las posibilidades de desarrollo así como sus limitaciones; es aquel que no se inmuta al hablar de su hijo y permite el desarrollo de la familia unida con el niño, ofrece además la atención médica y educativa para su hijo sin buscar milagros, sobre todo da el mismo amor y apoyo a este niño que a los demás hijo nadie es más nadie, es menos.

La crisis de la realidad: es difícil comprender quizá que los padres que viven situaciones como éstas no sólo se enfrentan a sentimientos encontrados sino que también existen otras situaciones de suma importancia como lo es el aspecto económico sobre todo en los casos de familias de bajos recursos, además de la aceptación que existe de los extraños respecto al niño así como el trabajo y atención que necesitará el niño de toda la familia y no de una persona en particular.

Existen situaciones que también son importantes como las relaciones que tienen los niños con sus hermanos, algunos padres que no aceptan de lleno el problema de su hijo pueden pensar que esto podría ser infeccioso y por tanto contagioso para sus otros hijos sin embargo, son los hermanos quienes responden de forma diferente a la de los padres, es decir, algunos de ellos consideran que no existe mucha diferencia. Grossman en 1972 realizó una entrevista con chicos de bachillerato para, enterarse de las reacciones de éstos al tener un hermano con retraso mental, se encontró que no existe gran diferencia entre los chicos con hermanos retrasados y lo que no los tienen. Pero el 45% reportó ser beneficioso tener un hermano retrasado por conocer ahora mejor a la gente, ser más tolerante y apreciar más su salud e inteligencia, eso unió más a las familias. Un número igual sentía que les había dañado sintiendo culpabilidad y vergüenza, por lo que se debe tomar en cuenta la dinámica familiar si se desea dar un tratamiento olvida especial para el sujeto. Existe una tendencia cada vez más marcada al considerar que el niño no es sólo un niño en forma aislada con un problema, sino que toda la familia presenta un problema que pasa por cada una de las crisis antes mencionadas (Ingalls, 1988).

Como puede observarse dentro de las corrientes de la psicología se entremezcla siempre la necesidad de poder ofrecer al sujeto con alteraciones en el desarrollo psicológico posibilidades de un mejor manejo, proporcionando algunas definiciones, otras conceptualizaciones y algunas otras propuestas únicamente de trabajo pero, ¿qué es lo que se puede recuperar de cada una de éstas? La recuperación puede ser amplia y, cada teoría presenta puntos de vista muy importantes con los cuales podemos enriquecernos en conocimiento y sobre todo, en un momento dado ofrecer este enriquecimiento a la aplicación del trabajo con este tipo de sujetos.

Realizando un análisis de esta teoría con las ya antes mencionadas el psicoanálisis toca un punto muy importante; en esta orientación el sujeto no es un objeto y aporta en su trabajo la necesidad de que el sujeto no sea el único en atenderse, sino que debe analizarse la posibilidad de apoyo a la familia si es que ella lo desea lo mejor de todo es que ahora cada día más familias aceptan tener un hijo con retraso pero hace falta algo más para poder así tener resultados más satisfactorios.

Una vez realizada la revisión procederé a concluir el capítulo mencionando que las aportaciones que han brindado tanto las instituciones, como algunas de las corrientes psicológicas son importantes cada una desde su propio espacio, sin embargo, es difícil aceptar que el arduo trabajo de cientos o quizá miles de investigadores sólo quede en múltiples ocasiones en la literatura científica sin llegar realmente a las instituciones encargadas de la atención a este tipo de sujetos, considerando que esta no debe ser homogenizada ya que existen diferencias en las poblaciones como lo es el lugar, la cultura, la política, el país, etc., pues los avances no llegan siempre en el momento necesario y oportuno.

Otro aspecto importante que debe tomarse en cuenta es la forma en la que definimos los problemas que llegan a presentar los sujetos, sin dejar fuera la probabilidad de que dichas situaciones se pueden presentar en diferentes momentos, las cuales llegan a tener cargas negativas originando un encajonamiento de este sin permitirle la posibilidad de un desarrollo normal.

Por lo que corresponde a nuestro país, es aún más triste encontrar que este trabajo no ha quedado en el olvido, pues han habido cambios sustanciales los cuales no llegan, a las manos siquiera de los profesionales de la salud, específicamente los psicólogos ya que la

entidad encargada del trabajo con este tipo de sujetos no presta la información fácilmente.

La situación de educación en nuestro país es desafortunadamente precaria, esto es debido, como lo sabemos todos, a la política que se sigue, ningún mexicano de ser posible debe conocer sus derechos, solamente sus obligaciones, lo cual redundará en los resultados que se obtienen de los múltiples casos de alteraciones que presentan los niños ya sea por problemas gestacionales (prenatales), durante el nacimiento (perinatales), o después del nacimiento (postnatales).

Es necesario por tanto estar con una mente muy clara y crítica para así ofrecer aportaciones diferentes con las cuales se logre que estos niños tengan una atención más oportuna y adecuada, asimismo necesitamos concientizarnos como profesionales, primero, llegar con una visión abierta que nos permita observar las diferencias existentes en la población, segundo, es necesario crear una propuesta con una conceptualización nueva, para el trabajo con estos sujetos la cual debe involucrar una modificación en el término que aún en nuestros días se usa así como la modificación de dicha definición.

La presente investigación propone el término de Sujetos con Alteraciones en el Desarrollo Psicológico, por lo que para finalizar este capítulo considero pertinente precisar, como es que concebiremos a los sujetos con lesión orgánica en la investigación.

Como ya dije optaré por no emplear términos como retraso, retardo o deficiencias mental, por las implicaciones arriba señaladas, así como tampoco se usará la evaluación a partir del C.I. en virtud de que la etiquetación es reiterativa.

Retomaremos para nuestra conceptualización algunos aspectos planteados por la Escuela-Histórica Cultural, además de los siguientes: Clifford Geertz (19), el hombre a través del tiempo se ha ido construyendo y coconstruyendo a partir de la cultura en la que se desenvuelve tomando como materia prima los sistemas simbólicos, construyendo el significado expresado en el lenguaje reflejados, en la cultura.

El lenguaje tiene un impacto sobre la naturaleza del hombre como especie. Dice Clifford Geertz (op. cit.), sin el papel constructivo de la cultura somos <monstruosidades imposibles. animales incompletos sin terminar, que nos completamos o terminamos a través de la cultura>. Además, <no existe una naturaleza humana independiente de la cultura>.

Dado que la psicología se encuentra tan inmersa en la cultura, esta, debe estar organizada en torno a esos procesos de construcción y utilización del significado que conectan al hombre con su cultura. De esta manera observando que el niño no entra en la vida de su grupo mediante la ejercitación privada y autista de procesos primarios, sino como participante de un proceso público más amplio en el que se negocian significados públicos. Y, en este proceso, los significados no le sirven de nada a menos que consiga compartirlos con los demás. Esta es la explicación que da la cultura de qué es lo que hace que los seres humanos funcionen. En este ámbito juega un papel muy importante la psicología popular ya que ésta se ocupa de la naturaleza, causas y consecuencias de aquellos estados intencionales -creencias, deseos, intenciones, compromisos- despreciados quizá por el grueso de la psicología científica, en su esfuerzo por explicar la acción del hombre desde un punto de vista en que está fuera la subjetividad humana. Aquí el reflejo de la cultura, participa tanto en la manera que la cultura tiene de valorar las cosas como en su manera de conocerlas.

Para que el desarrollo personal y cultural del niño se logre están implicados enormemente como se mencionó antes los recursos narrativos los cuales son acumulados por la comunidad y mediante técnicas interpretativas los mitos, las tipologías de los dramas humanos y también, sus tradiciones para localizar y resolver narraciones variadas.

Así como algunos aportes planteados por Rosete (1998). Por lo anterior es claro que consideramos a las personas con algunas lesión orgánica como sujetos en proceso de desarrollo psicológico y cultural.

Existe un debate respecto a si lo determinante en el desarrollo es la afección orgánica (Teoría del defecto) "Escuela Histórica Cultural", o bien si aún con esta afección orgánica el desarrollo es igual al que responde a las condiciones normativas solo que más lento (Piaget, 1964), y de esta manera, entonces no es necesario una teoría distinta a la teoría de desarrollo normativo Biju, (1982).

Al parecer estas posturas son opuestas sin embargo creo que son una dualidad, esto es que es posible que ambas coexistan por que si bien la afección orgánica es constitutiva del sujeto, este también responde a las condicionantes socio-históricas culturales de su momento contribuyendo el sujeto a través de su acción a la paulatina construcción de su individualidad.

ya que es necesario reconocer que nunca habrá dos individuos iguales.

En otras palabras, un sujeto se constituye como sano, enfermo, discapacitado, competente, capaz, incapaz o algún punto intermedio entre esas dicotomías dependiendo de, las experiencias socio-históricas culturales y afectivas en las que se desarrolla, donde su cualidad orgánica será una entre múltiples condiciones.

De tal manera, que el sujeto estará vinculado con la percepción social y cultural en la que convive, además las significaciones familiares, y de las que el niño pueda construir a partir de su experiencia con las anteriores

Es por esto que en este trabajo nos interesa, conocer cuáles son las prácticas, creencias, costumbres, y mitos que hay alrededor del proceso de embarazo, parto y puerperio, y la estimulación temprana del infante, a través del curso de psicoprofilaxis perinatal lo que permitirá acercarnos a las condiciones posibles que puedan llevar a una probable lesión orgánica, o a condiciones psicosociales, culturales o económicas desfavorables para el desarrollo psicológico de los infantes. Abriendo así un espacio en el que las madres y si es posible los cónyuges, puedan reflexionar sobre esta situación y puede ser posible hacer la detección temprana de estas situaciones que las mujeres actúen sobre ellos y puedan facilitar de esta manera condiciones más favorables para un parto y estimulación temprana para los infantes. Los consideraremos una estrategia de preparación primaria para casos de lesión orgánica

CAPITULO II PREVENCIÓN

Definir a la prevención es uno de los trabajos más difíciles que puedan darse en cualquiera de las áreas de salud, además que no siempre se logra el objetivo de la misma por lo que es importante no quedarnos fuera de los avances que ocurren en la ciencia sobre todo lo que se refiere a este trabajo tan importante, ya que de la prevención depende la vida de las personas.

La psicología, al igual que otras disciplinas de salud, trabaja con la prevención pero no se logra al 100% el objetivo de la misma, sin embargo para la obtención de mejores resultados se ha dividido para ofrecer mayor posibilidad de atención por lo que generalmente se realiza detección temprana, pero sin intervención, y en el mejor de los casos se le proporciona al sujeto una habilitación o educación especial sin ser hasta nuestros días explotada debidamente esto quizá por los altos costos económicos y humanos que representa lograr una intervención primaria.

Historia de la prevención.

El desarrollo de la habilitación, entendiéndola como, tratamiento o intervención únicamente médica, se produjo antes que el desarrollo de la prevención de enfermedades mentales, tanto en la medicina como en la psicología. Se afirma que para poder prevenir cualquier fenómeno es necesario conocer los factores que intervienen en su producción. Así el desarrollo científico que permite la prevención no fue simultáneo en las áreas de la salud.

En un principio, la medicina preventiva se identificó con su actividad más visible y su logro más notable, el control de enfermedades transmisibles, la medicina preventiva era equivalente al control de enfermedades infecciosas, enfermedades nutricionales, malignas y otras más, para posteriormente incluir la suposición de que muchos problemas de salud eran totalmente prevenibles en alguna etapa de su evolución y que programas de control comunitario podrían ser de utilidad práctica (Eysenk, 1983).

Sin embargo hasta antes de la revolución francesa no existían diferencias entre medicina y psicología, en 1792 éstas surgen a partir de los postulados humanistas, dignidad, igualdad y fraternidad. Produciendo una reforma en el tratamiento de sujetos psiquiátricos, reforma llevada a cabo por Pinel (op. cit). La era moderna de la salud pública nace en el siglo XIX con el control de las epidemias por medio de medidas de salud ambiental y establecimiento de servicios sanitarios efectivos, que surgen en el mismo siglo, el desarrollo de la bacteriología proporcionó posteriormente bases científicas para las nuevas técnicas de control de enfermedades transmisibles. Por último se agregó la atención materno infantil (Cordera, 1983). Como se puede ver los avances en la intervención de control de enfermedades y prevención fue lenta.

Respecto a la psicología en México no fue sino hasta 1953 que la antes llamada Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), ahora Secretaría de Salud (SS), fundó los primeros Centros de Salud de Higiene Mental, su principal función la constituyó la prevención, detección temprana y tratamiento a corto y largo plazo, incluyendo la habilitación de los trastornos mentales de una comunidad circunscrita, a partir de este momento se han producido diferentes enfoques teóricos y prácticos, en la prevención médica y psicológica. Destacando la estrategia informativa la cual, parte de la hipótesis de que los individuos de una comunidad están expuestos a un problema determinado por carecer de información suficiente sobre los efectos negativos que la conducta problema ocasiona, esto es usado más en medicina, aunque no garantiza su prevención y en ocasiones origina incrementos en la problemática ya que la información no es adaptada a la población en general sino a una población con niveles superiores de conocimiento, provocando con ello desorientación en cuanto a los procedimientos a seguir para una salud estable (Glowe, 1976)

Lo anterior, porque los objetivos de la medicina son promover y conservar la salud, recuperarla cuando se ha perdido y reducir al mínimo los sufrimientos y malestar (Last, 19) .

A partir de los años 70's se definió otra estrategia general de intervención que marca el inicio formal del trabajo preventivo a nivel psicológico

La estrategia es constructiva, la cual pretende proporcionar a los sujetos programas para el entrenamiento de habilidades necesarias para enfrentarse a un problema y así disminuir la posibilidad de que se presente Eysenck (op. cit). afirma que los métodos

preventivos tienen que apoyarse en estudios exactos sobre frecuencia y prevalencia.

De alguna manera la intervención de variables subculturales, culturales, hereditarias, maternofetales, psicológicas, condiciones médicas, nutricionales, organización social, etc., cuyo estilo y análisis como ha señalado Nesbitt (1974) y Altirriba (1979), "Probablemente rebasan la capacidad fiscal, científica, técnica y el potencial humano actualmente disponible." (pág.17), ya que todo lo anterior muestra de alguna forma la dificultad para poder lograr la prevención de cualquier problema de salud, quedando sólo con la detección temprana o la habilitación, citados antes.

En nuestro país surge, en los últimos años, una organización de atención a la salud reproductiva. Programas de planeación familiar, vigilancia transgestacional para detección de embarazo de alto riesgo, atención hospitalaria del parto, etc., buscando con esto, la protección de la madre y el hijo, estas acciones se apoyan en el conocimiento de la epidemiología, de la morbilidad perinatal y de la detección de factores de riesgo. Ya que en México, cada año, un millón de niños nace sin asistencia médica y sobre todo de madres adolescentes lo que repercute en el alto índice de morbi-mortalidad infantil. Además de los indicadores de crecimiento intrauterino deficiente que afectan al 35% de neonatos mexicanos, los problemas respiratorios contribuyen a la enfermedad y muertes neonatales (hipoxia, anoxia, etc.), los traumatismos al nacimiento, las complicaciones placentarias del cordón umbilical y la ruptura de membranas, las malformaciones graves del sistema nervioso central, agregándose las infecciones en la etapa neonatal tardía. Los índices de mortalidad infantil perinatal y neonatal en México son mayores a los de muchos países latinoamericanos que tienen menores recursos que nosotros como: Cuba, Puerto Rico, Costa Rica y Chile (Díaz, 1983).

En todo el mundo, pero especialmente en los países menos desarrollados como el nuestro, las madres embarazadas, lactando y los niños lactantes son vulnerables biológica, psicológica y culturalmente (Cordera, op. cit.). Por tal situación en nuestro país hace tres décadas se creó una subespecialización de la Gineco-obstetricia, la Peri(neo)natología la cual contiene conocimientos médicos, científicos y técnicos sobre la reproducción humana y sus efectos, que enfocan primordialmente el período de la vida humana comprendido entre la vigésima semana de gestación y el vigésimo octavo día de vida extrauterina, abarcando también conocimiento de los acontecimientos de la vida intrauterina trascendentes en la integración biológica del ser y aquellos que suceden alrededor del nacimiento que tienen influencia fundamental en el crecimiento y desarrollo ulteriores del niño y pueden repercutir en su estado adulto (Díaz, 1990).

Gran número de estas situaciones pueden estar vinculadas a las lesiones del Sistema Nervioso Central (SNC) y originan Alteraciones en el Desarrollo Psicológico (ADP), las que planteamos en este trabajo, son factibles de prevenirse. Así, la prevención de los problemas sólo requiere del análisis de las características intra y superestructurales del país que delimitan las posibilidades de prevención (Galindo, 1988). Las medidas no tienen que ser exageradas, pero si en un principio quienes deben estar convencidos de los beneficios de estas son los profesionales de la salud en general desde directivos hasta asistentes ya que normalmente sólo una mínima parte de estos profesionales están convencidos de dichos beneficios, de esta forma se podrá proceder a informar a la población en general de la importancia de la prevención.

Definiciones médicas: Las definiciones que se presentan a continuación son básicamente las empleadas por la medicina Maussner (1977 citado en Alarcón, 1981), menciona que prevenir es inhibir el desarrollo de una enfermedad antes que esta se presente, pero en el uso corriente, el término ha sido ampliado para abarcar medidas que interrumpen o hagan más lento el progreso de la enfermedad, por lo que ha sido necesario establecer niveles de la intervención preventiva. La labor se dirige a modificar los factores adversos que pudieran incidir negativamente en el individuo sano, además la acción preventiva está enfocada a la detección e intervención temprana para así minimizar los efectos posteriores del problema y finalmente el tercer nivel que consiste en rehabilitar al individuo vista como problema generalmente médico.

La prevención también ha sido definida en niveles taxonómicos (Leavell, et al 1965, citado en Vargas 1983).

Prevención primaria incluye todas las acciones previas a la manifestación de la enfermedad, constituyen programas de prevención primaria dirigidos a una comunidad específica.

Prevención secundaria el segundo nivel en la taxonomía consiste en la identificación

o diagnóstico temprano de una población con alto riesgo de contraer cierta enfermedad y se somete a algún tratamiento preventivo, este trabajo se lleva a cabo con la toma de dos decisiones, la elección de la población de alto riesgo y la forma de tratarla.

Prevención terciaria: el tercer nivel implica lo relacionado con la rehabilitación del sujeto afectado. Para Kroeger (1987), las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales, es decir, que afectan no sólo a lo curativo sino fundamentalmente a lo preventivo, por esto se acostumbra denominarlas prevención primaria, secundaria y terciaria.

Como se observa, la tarea de la prevención es ardua, por lo que el profesional que está relacionado en el ámbito de la salud tiene por delante una gran responsabilidad además del reto de aplicarla correctamente siempre que se le necesite.

Pero el estudio de la prevención no debe ser únicamente a nivel médico aunque ciertamente esta rama de la salud fue la primera en definirla y llevara cabo campañas necesarias para evitar enfermedades principalmente, pero la psicología juega aquí un papel de suma importancia por lo que dedicaremos los siguientes párrafos a la ardua labor que como profesión de salud puede desempeñar.

Prevención terciaria en psicología:

Se entiende por prevención terciaria, todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de problemas mayores, en una población, procurando que los problemas o déficits funcionales, consecuencia de la enfermedad, sean las menos posibles; trata de evitar por tanto que empeoren las consecuencias propias del trastorno existente, comprende además todos los aspectos de rehabilitación ("nosotros llamaremos habilitación a este aspecto de la prevención ya que normalmente esta se ofrece a sujetos con problemas ya avanzados sin ninguna atención previa, es decir, no se puede rehabilitar al sujeto sin haber sido habilitado antes"), los de integración y/o reinserción social (Jordi, 1989).

La prevención terciaria se encarga de detener consecuencias posteriores de un problema ya presente en el desarrollo psicológico, por lo que son de suma importancia para la habilitación de estos casos las técnicas que servirán para contrarrestar o intervenir, de tal modo que se pueda corregir el desequilibrio o disfunción de un sistema. Estas indican la prevención de las causas de disfunción y la intervención con que se conserva o mejora el equilibrio, en este nivel se garantizan la continuidad de la atención y crean un medio recíproco aun estado constante o más satisfactorio del funcionamiento.

La prevención terciaria pretende la habilitación o tratamiento, medidas tendientes a que el sujeto siga su vida normal en un medio adecuado, aquí se habla de una continuidad de aceptación de la sociedad y una habilitación médica (Lancaster, 1988).

Lo cual es referido por el hecho de que normalmente se considera que si el sujeto presenta alguna alteración en su desarrollo psicológico no tiene mayor posibilidad de superación, por lo que podríamos considerar a la prevención terciaria como la transmisora de información sistematizada apegada a la realidad de una comunidad, para que se acepte el compromiso de la aceptación de estos niños y estimule su desarrollo.

Para casos de daño manifiesto el término curativo no es posible por lo que las acciones van encaminadas a reducir al mínimo las consecuencias originadas por el problema en el desarrollo psicológico en el sujeto, evitando en lo posible la estigmatización. El trabajo de prevención en cualquiera de sus tres niveles busca un desarrollo psicológico mejor para el infante lo cual no es en todos los casos factible ya que ello implica no sólo el trabajo del profesional de salud sino también de la pareja de padres, pero si la diada de adultos padre-madre no esta presente se puede y debe trabajar en conjunto con la familia. Es importante conocer el nivel socioeconómico y el ambiente físico en el que el sujeto se desarrolla.

Finalmente la prevención terciaria implica el trabajo tanto de médicos, educadores, psicólogos, trabajadores sociales, etc. Greene (1988) y Terraza (1976), consideran que la prevención ayuda a minimizar las complicaciones y facilitar la habilitación o tratamiento una vez que el problema ha avanzado, se aplica para evitar los efectos en la vida futura.

En este caso el trabajo se centra en actividades de rehabilitación y educación especial donde el psicólogo aplica las técnicas apropiadas al sujeto para brindarle la posibilidad de adaptación, desafortunadamente el trabajo aquí no tiene sus frutos ya que este debe darse en conjunto con otras disciplinas las cuales no siempre comparten la forma de trabajo del profesional en psicología.

Prevención secundaria en psicología

Se entiende por prevención secundaria todo aquello cuyo objetivo consista en disminuir la existencia de una enfermedad mental es decir, se refiere a los efectos de una lesión orgánica en el desarrollo del infante en una población, reduciendo su evolución y tiempo de duración al mínimo posible, lo hace ante la posibilidad de aparición de un trastorno o enfermedad que se actúa evitando o paliando al máximo sus efectos sobre un niño en concreto.

Igualmente lo es el desarrollo de todas las técnicas encaminadas a detectar cuanto antes posibles anomalías. Las técnicas son aquellas medidas aplicables a individuos o poblaciones destinadas a la detección temprana y a una intervención pronta y efectiva (Last, 1988; Kroeger, 1987). Autores como Galindo y Ribes (1990), aportan que además es impedir la agudización del problema. Para Greene (1988) y Ferrara (1976), es una acción que tiene como objetivo hacer posible el descubrimiento temprano de un producto de salud logrando un cese o modificación de la gravedad por lo que las actividades a seguir aquí son de diagnóstico y curación, así como la diseminación del mal, con el tratamiento oportuno se busca impedir complicaciones (Lancaster, op. cit.).

Las principales acciones a seguir en prevención secundaria son aquellas que tienen por objetivo disminuir al mínimo, posibles problemas que presente el sujeto.

Desde el Análisis Experimental de la Conducta el marco de la intervención respecto de las condiciones biológicas del organismo, los estímulos físicos y sociales que recibe del ambiente además de las oportunidades para el desarrollo deben a:

- 1) La existencia de estado físico apropiado,
- 2) La relación interpersonal positiva,
- 3) La disposición de contingencias para implantar, mantener y ampliar repertorios internos (Bijou, 1988).

Oportunidad que se inicia antes del nacimiento, esto es, con la interacción de las características fisiológicas (geno y fenotípicas), del feto y variables biológicas, además de las características socioculturales. La prevención en un sentido amplio, no se concibe como la realización de acciones aisladas de individuos o grupos sino como un conjunto de acciones perfectamente estructuradas entre sí que aseguran la disminución efectiva de los factores que provocan el retardo en el desarrollo. Entre las acciones más efectivas, está sin lugar a dudas la intervención temprana con niños de alto riesgo. El concepto de alto riesgo se refiere a aquellos sujetos que, debido a las condiciones medio ambientales en que se desenvuelven, está expuestos a sufrir algún daño físico o psicológico, existiendo variados tipos de riesgo: a) riesgo establecido, casos con problemas de tipo biológico, problema claramente identificado como en el caso del Síndrome de Down, b) alto riesgo biológico, niños con daño físico aparente debido a condiciones pre, peri o postconcepcionales donde se ve comprometido su desarrollo, c) riesgo ambiental o sociocultural, niños que habitan ambientes negativos (Alarcón, 1981).

La intervención temprana es aquí, la alternativa para evitar futuras consecuencias, evitando compromisos futuros así como minimizar el daño biológico con niños de riesgo establecido, además contiene una serie de elementos que hacen factible su empleo como agente preventivo.

Tjosssem (citado en Alarcón op cit), explica que las condiciones de pobreza y marginalidad en que se desenvuelven los niños los hacen altamente susceptibles al retardo.

En cada estado de su desarrollo el ser humano es producto de su dotación genética individual por una parte y de la historia de su contexto ambiental por la otra, es ampliamente aceptado que la herencia y el ambiente interactúan continuamente determinados; tanto por la velocidad y el nivel de un nuevo logro

Desde este punto de vista y en términos pragmáticos, se considera que los niños con desventajas mentales responden mejor si se desenvuelven en un ambiente estimulante y rico en experiencias, por el contrario los ambientes desfavorables reducen la capacidad genéticamente programada, la dotación genética proporciona los límites dentro de los cuales se dará el desarrollo psicológico cognitivo, variando este en función del conjunto de experiencias previas. La enfermedad, la muerte y la calidad de la existencia de los niños están determinadas fundamentalmente por la organización social. La estructuración de estímulos con la ayuda de padres responsables de la intervención y el trabajo integrado de los especialistas en un equipo multidisciplinario

En un breve resumen mencionaré la importancia de evaluar correctamente a los niños desde su nacimiento ya que de esta manera se detectará, el por qué, de problemas futuros, los bebés con desnutrición son evaluados y los resultados que se arrojan muestran dos diferentes tipos de niños, los niños simétricos y los niños asimétricos, dicha evaluación se realiza tomando como referencia, peso, talla y circunferencia de la cabeza, éstas medidas reflejan la historia nutricional del feto, pero, no sólo por él, sino también por la madre a quien se hará referencia posteriormente. El micro ambiente social bajo en estimulación y un tipo de madre pasiva, tradicional y desatenta son también factores que originan en el niño posibilidad de sufrir desnutrición, así que los ambientes en que viven los niños con riesgo de desnutrición son altamente negativos para su desarrollo mental (Cravioto, 1984)

En este nivel de atención es importante hacer hincapié en lo concerniente al bajo peso al nacer, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1974 estimó que el 18% de niños nacidos en países en vías de desarrollo presentaba bajo peso al nacer, igual o menor a 2500 grs y sólo el 7% en países industrializados. El bajo peso al nacer origina mayor riesgo de muerte y efecto negativo en aquellos que sobreviven, en su desarrollo físico y mental además de presentar retraso en el crecimiento debido a que su cerebro no alcanza su desarrollo normal, esto está vinculado con el nivel socioeconómico y educativo de la madre que ha presentado desde la infancia. Ya en años más recientes se calcula que cada año nacen en el mundo 21 millones de niños con bajo peso y de ellos 20 millones en países en desarrollo (Avila, 1988), México se adjudica el 15% de mortalidad infantil por bajo peso al nacer (Behm, 1988).

Diversas explicaciones concurren para dar cuenta de las causas de tan alarmante problema, por ejemplo, aquellas que se refiere a:

- a) las características de la madre es decir, su desarrollo, alimentación, el ambiente en el que se desarrolla, su relación con los otros, etc.
- b) las condiciones socioeconómicas de la familia y,
- c) la calidad de atención médica (Avila, op cit.)

Para disminuir este problema es importante conjuntar el esfuerzo de especialistas ya que la desnutrición fetal es para la gran mayoría de los afectados, un problema socioeconómico que se manifiesta biológicamente (Pérez, 19). Así también las condiciones materiales de vida y salud infantil constituyen un binomio indisoluble donde la calidad y la cantidad de la primera determina la segunda, esto es así; dada la alimentación, vivienda, servicios médicos, vestido, etc.

Como se mencionó antes, la desnutrición en América Latina es la causa directa o subyacente, por lo menos del 50 % de mortalidad en menores de 5 años (Núñez, 1988). Las características conocidas como biológicas de las madres, no son más que la consecuencia de una desnutrición que inicia desde su niñez o desde antes retrasando por ejemplo la menarquía, se tiene entonces que el tamaño de la placenta se determina por la desnutrición previa o durante el embarazo de la madre y este hecho determinará a su vez el tamaño del producto gestante (Díaz, 1975)

En lo que se refiere a la atención prestada a la madre embarazada por médicos, se encontró que entre 1969 y 1981 la atención proporcionada a mujeres en el área rural aumentó de 17.7 % a 48%, de aquellas fechas a la actualidad la situación no ha mejorado pues, según el INEA, en 1990 a nivel nacional sólo el 59% de los partos recibe atención médica, mientras que el tiempo de consulta médica es de 5 y 10 minutos cuando el mínimo debiera ser de 40 minutos. Cuando la madre no lleva una dieta adecuada los nutrimentos no serían los mejores ya que no poseerían las calidades requeridas por lo que las consecuencias negativas se presentarán en ambos, desarrollado desnutrición en la etapa clave de la vida del feto, pues se sabe que mientras más temprano se dá la desnutrición más estragos causará en el niño que la padezca, de ahí la alta mortalidad de niños preescolares y cuando se libra de estos estragos iniciales, quedan secuelas que originan un desajuste en su maduración física y mental haciéndolo candidato seguro a la deserción escolar por sus problemas de lenguaje, dificultad de concentración, o se agrega con bajo aprovechamiento al ambiente escolar, lo que se aprovecha para condicionarlo a desempeñar trabajos de baja complejidad (Ortiz, 1992).

Para concluir la inquietud de brindar atención de salud materno-infantil a la sociedad en general es debido a que se trata de un problema de salud pública cuyas determinantes se extienden a los problemas económicos que padece el país, por lo que es necesario ofrecer medidas adecuadas para enfrentar la situación. Sin embargo los resultados no involucran a una parte de la sociedad con alta mortalidad o con el subdesarrollo físico y mental diferente a lo esperado (Molina 1992). Es por ello que las medidas preventivas pueden modificar de

algún modo este problema

A continuación expondré algunos ejemplos de las principales acciones a seguir en una prevención secundaria

Aportaciones médicas: Afecciones metabólicas

" Lo que es comida para uno puede ser veneno para otros"

Sir Archibald G.

A punto de ser dada de alta de uno de los hospitales de Zamora Michoacán la recién nacida es sometida a una nueva y minuciosa revisión por parte del pediatra. Ella es el nuevo miembro de una familia en la que hay 4 hermanos donde ellos con retraso mental profundo, un par de horas antes, un médico residente le había picado el talón con una lanceta para recoger unas gotas de sangre en una tarjeta de papel filtro absorbente, el destino de la prueba fue el Instituto de Investigación Biomédica de la UNAM, ahí se realizó el análisis del contenido de las gotas de sangre. Se detectó que un aminoácido "Fenilalanina" era mucho más abundante en las muestras de la recién nacida, por lo que se presenta una enfermedad llamada Fenilcetonuria.

Estos niños son incapaces de utilizar en forma adecuada la fenilalanina que es un componente de las proteínas alimentos de origen animal, además de legumbres. La fenilalanina es un nutrimento necesario no sólo para la salud sino incluso para la vida.

Los seres humanos son incapaces de elaborarlo por lo que deben adquirirlo a través de alimentos, de ahí su nombre aminoácido indispensable, una alimentación normal provee al organismo de una cantidad de aminoácidos mayor de la necesaria y, en particular, de fenilalanina. En individuos sanos, los aminoácidos que no se utilizan sufren un proceso de transformación que los convierte en glucosa o ácidos grasos o bien, en bióxido de carbono y agua, los cuales son eliminados a través de la respiración y la orina. En cambio en los pacientes con fenilcetonuria esa transformación no se realiza y en unas semanas y meses, la fenilalanina se va acumulando en el organismo y la acumulación daña al cerebro.

Durante la vida prenatal Susana poseía una capacidad normal de su metabolismo, el hígado de su madre se encargó de transformar la fenilalanina, sin embargo ahora Susana es ya un ser independiente y esa sustancia se acumula poco a poco en su cuerpo.

En unas semanas más el exceso de aminoácido empezará a dañar el cerebro (neuronas, de la niña). Dado que toda la fenilalanina del organismo proviene de los alimentos, fue posible cambiar la alimentación a Susana de tal forma que sólo recibiría una alimentación especial con la cual se evitó la acumulación excesiva y dañina de la fenilalanina en su organismo

El tratamiento de extrema urgencia es para poder preservar su integridad cerebral el cual empezó gracias a algunas latas de producto especial que donó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Quien ve ahora a Susana comiendo feliz, jamás se imaginaría que en la ruleta genética su destino era padecer un retraso mental profundo (Velázquez, 1987).

A este estudio en la actualidad se le llama "Tamiz metabólico" el cual debe ser ampliado al 100% de la población neonatal mexicana; desafortunadamente por la cultura, creencias, hábitos y el bajo nivel educativo, tanto médicos como madres no dan la importancia debida a este tipo de exámenes para conocer el desarrollo del su propio hijo.

Son de gran importancia los análisis generalizados a recién nacidos especialmente los de sangre ya que con ellos se pueden detectar, entre otras, enfermedades metabólicas que de no ser tratadas adecuadamente, pueden producir algunos casos de deficiencia mental (Jordi,1989)

En los casos de hipotiroidismo congénito se debe llevar a cabo la promoción de la salud, el diagnóstico y el tratamiento oportunos. A todo recién nacido se le debe efectuar el examen de Tamiz Metabólico Neonatal entre las 48 horas o antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación tirotrópica (TSF) en sangre, extraída del talón) la prueba debe efectuarse antes del mes de vida, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental. El diagnóstico de un caso se establece por determinación de tirotrópica y tetrayodo tiroxina(4), en suero de sangre extraída. El tratamiento se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (de 12 a 19 microgramos de L tiroxina por K de peso por día), esto es hasta los 2 años ininterrumpido

En otro grupo de errores innatos del metabolismo el daño se produce no por acumulación de un compuesto ofensivo sino por la falta de alguna sustancia necesaria para el organismo.

Zaira niña de 3 años tenía una estatura de una niña de 1 año debido a un defecto genético. Apenas trascurridas dos o tres horas después del último alimento, la glucosa de su sangre descendía a cifras muy bajas. La pequeña era indiferente al medio y parecía haber olvidado lo poco que había aprendido por lo que había dudas acerca de su integridad cerebral.

Zaira no puede quitarle el fósforo a la glucosa, la enfermedad es denominada Von Glerke o deficiencia de glucosa 6 fosfatasa por lo que necesita una dieta con azúcares complejos y proteínas.

Otro caso de producción insuficiente de una sustancia indispensable para la salud, debida a un error metabólico es el hipotiroidismo congénito en el que la hormona tiroidea falta desde el nacimiento. Esta hormona interviene en muchos de los procesos mediante los cuales el cuerpo obtiene energía. Además esta es indispensable para que el cerebro alcance su maduración. Los niños afectados sufren retraso mental, junto con algunas otras anomalías características, lo que da lugar al cuadro conocido comúnmente como cretinismo. No todos los niños afectados con hipotiroidismo congénito deben esta enfermedad a un error innato del metabolismo de la hormona tiroidea; en algunos es consecuencia de una malformación congénita de la glándula tiroidea. Si el problema es detectado en los primeros días después del nacimiento mediante estudios en un programa de detección neonatal de defectos metabólicos y se ofrece un tratamiento adecuado crecerá y se desarrollará normalmente. Para este tipo de pacientes la hormona tiroidea un nutrimento.

Hay un error innato del metabolismo que compartimos con otros primates superiores como el Chimpancé, el gorila y el orangután. Los demás animales incluidos la mayoría de los mamíferos, no necesitan vitamina C ya que sus cuerpos lo fabrican a partir de la glucosa.

En humano es incapaz de transformar glucosa en esta vitamina. El que esta incapacidad por lo general no dá lugar a enfermedad, se debe a la abundancia de vitamina C que hay en nuestra dieta.

Fallas en el transporte, aunque la causa de todos los errores innatos del metabolismo es un defecto genético, no en todos el bloqueo metabólico se establece por el mal funcionamiento de una enzima. En algunos casos lo que está alterado es un acarreador, es decir, una molécula que se encarga de transportar ciertas sustancias de un compartimiento a otro del organismo; por ejemplo, de la luz del intestino o del túbulo renal hacia la sangre. Este tipo de defectos puede también crear requerimientos nutricionales excepcionales.

La niña, hija de primos hermanos, tuvo retraso mental, enrojecimiento y descamación frecuentes de la piel, además de tendencia a evacuaciones diarreicas, un cuadro no muy diferente al de la pelagra, enfermedad nutricional debida a deficiencia de niacina, sustancia concida también con vitamina B5. Esto ocurría a pesar de que la paciente, de buen nivel socioeconómico, tenía una alimentación adecuada. Cuando por medio de la cromatografía se estudiaron los aminoácidos en sus materias fecales y en su orina, se encontró que de varios de ellos, en particular de triptofano, había mayor cantidad de la normal, mientras que en el organismo esos aminoácidos se hallaban en concentraciones subnormales. Estudios posteriores más detallados demostraron que la niña no era capaz de absorber a través de su intestino todo el triptofano que ingería, por lo que perdía una parte considerable en las heces además, sus riñones no conservaban plenamente el triptofano en su cuerpo, que se desechaba en exceso a través de la orina. Estas eran las causas del déficit del aminoácido en la niña.

Los errores innatos del metabolismo o de transporte como se dijo antes, se pueden modificar con un tratamiento adecuado y oportuno, ¿pero qué ocurre cuando se presenta un error innato, sino una alteración en la constitución del ser en desarrollo por causas pre, peri o postnatales?

Para responder a la pregunta es necesario citar la importancia de integrar el trabajo que se requiere con niños a nivel de estimulación temprana como alternativa de prevención secundaria.

Aportación psicológica: Estimulación temprana.

Principios fundamentales.

En múltiples ocasiones se ha señalado la importancia que tienen los primeros años de vida para el desarrollo ulterior del ser humano, durante este período el crecimiento físico, incluida la mayor diferenciación del Sistema Nervioso Central (SNC), posibilitan el aprendizaje de una manera más acertada que en cualquier otra etapa de la vida, así estos repertorios determinaron la adquisición de responsabilidades posteriores. Es por eso que en algunos países se han diseñado programas que cubren objetivos específicos los cuales están encaminados a modificar o disminuir en lo mayormente posible problemas que puede presentar o presenta un sujeto en particular además de crear o elevar la necesidad de estímulos positivos para un desarrollo psicológico mejor.

El término de estimulación temprana es nuevo, pero la técnica es tan antigua como la humanidad, desde el momento que vino al mundo el primer niño y de manera instintiva la madre, lo limpió, acarició y lo acercó a su pecho para alimentarlo y darle calor. En el proceso del tiempo y lo que llamamos civilización, hemos perdido instintos la vida moderna demanda bastante y el niño ha quedado relegado y la mayoría de las veces sólo se le brinda poco tiempo de atención entonces, habrá que renovar la técnica que se está olvidando, apoyarla científicamente y darle toda la importancia que tiene, pues trae consigo grandes beneficios que con sencillas aptitudes y actitudes ayudaran a humanizarnos.

La estimulación temprana gira alrededor de lo más grato y tierno, "el niño". El término nuevo aporta conocimiento fáciles de adquirir y practicar que nos permiten que todos seamos útiles a los niños mediante nuestra ayuda para mejorar su formación (Naranjo, 1981).

No se trata de bombardear indiscriminadamente al infante, sino de proporcionarle actividades que involucren objetos de diversa índole, siendo imprescindible la relación del niño con el adulto por medio de gestos, palabras, contacto físico, etc. No exige medios costosos o difíciles de poner en práctica ni de un nivel escolarizado o preparación científica, esto es debido a que se incorpora a la forma de interacción con el infante en su crianza, es sólo daro poyo adecuado en el momento preciso.

Las investigaciones realizadas hasta el momento insisten en la necesidad de dar más y más importancia al desarrollo del niño en su etapa de 0 a 2 años y continuar hasta el final del 5to. año, se necesita por tanto un interés real para un mejor desarrollo del niño, con deseo de observar un crecimiento y un anhelo de que ese ser pequeño tenga las más adecuadas oportunidades de formarse y de alcanzar la plenitud de sus capacidades, se habla de todo niño (pobre, rico, protegido, abandonado, querido, rechazado, de ambientes cómodos e higiénicos o ambientes marginales y carentes de las primeras necesidades), porque requiere afecto, ayuda para crecer, estimulación para desarrollarse y guía para independizarse

La situación actual del mundo es negativa por la multitud de problemas que se traducen en, marginalidad, insalubridad, violencia e impaciencia. De los fallecimientos ocurridos en países subdesarrollados más de la mitad corresponde, a niños menores de 5 años por diarrea, disentería, neumonía, paludismo, sarampión, tuberculosis, etc. Otros se encuentran en peligro por desnutrición más crónica que aguda, ya que en casa normalmente primero come el que trabaja, es decir el padre, después los hijos varones y la madre y al último, si sobra las hijas.

Lo más difícil del trabajo dirigido al niño es que su situación es derivada de la situación social que impera en el país y aun fuera de este, porque lo influyen también, su perspectiva de vida depende no sólo de tener todo bien sino de ser una personita que se quiere realmente y no alguien a quien se tiene y se dice querer pero no como error. La vida sin duda es lucha y proceso de superación. por eso se debe clarificar y enmarcar la estimulación temprana dentro de nuestra realidad y buscar las vías correctas, por lo que la participación de todos es necesaria para complementar, aclarar y profundizar en el tema para el mejoramiento social y por ende beneficio para el niño.

No siempre tenemos presente que un niño cuando nace, tiene ya 9 meses de edad, con la fecundación se va concretando una nueva vida que exige preparación "A esa maravilla biológica de crear un ser humano va a seguir una relación psicológica de madre-hijo lo que se llama apego, fundamentará buena parte de la personalidad individual, reforzada y mantenida por la cultura y la familia " (Naranjo. pág. 19). el ser concebido en el vientre pasa tres etapas la germinal, la embrionaria y la fetal viviendo en cada etapa riesgos para sudesarrollo mental

y físico, (Papalia, 1992) La historia materna previa a la concepción y durante el embarazo, la evolución del trabajo de parto y postparto, además de todo signo fetal, son antecedentes importantes para la evolución del neonato, dado que el desarrollo normal del feto está sujeto a la amenaza de una multitud de datos obstétricos (complicaciones maternas, y factores ambientales que actúan por separado o en combinación, propiciando embarazos y neonatos de alto riesgo)

Todo recién nacido tiene que pasar por un proceso de transición para substituir y adaptarse a la vida extrauterina, esta entraña cambios de sistemas orgánicos (comienzo de la respiración, cambios de circulación fetal o neonatal, modificaciones de la hemodinámica cardiovascular, alteraciones de las funciones hepáticas y renales así como la reorganización de los procesos metabólicos para llegar a un estado constante de homeostasis postnatal, una vez que todo se cumple, el niño está en condiciones de crecer y desarrollarse (Ruiz y Vaquero, 1984). El desarrollo físico y motor son más rápidos en la infancia (Papalia, op cit.)

Es decir el desarrollo humano sigue una trayectoria bien definida que procede de lo simple a lo complejo, de lo general a lo particular, esta afirmación puede parecer surrealista ya, que sabemos que el desarrollo humano es diferente en todo sujeto debido a la educación, cultura, herencia, etc., además dependiendo del ambiente es como puede o no llegar lograrse el desarrollo esperado, sin embargo esta es una propuesta dada por la psicología con la cual se pretende mostrar que todo desarrollo psicológico necesita ambientes positivos para lograr una adaptación deseada.

El Dr José Renan Esquivel del Hospital del Niño en Panamá llama al niño "un ser en la primera etapa de vida", y busca que tengamos conciencia de que el niño es un ser integral en etapa expansiva de orden biológico y psicológico, es un ser que depende del adulto, pero, esta dependencia debe prepararlo hacia una independencia responsable para que al llegar a la etapa productiva, sus capacidades físicas y psíquicas alcancen el máximo de destreza, habilidades, inteligencia y sensibilidad. Nunca debemos nosotros los adultos olvidar que el niño vive una infancia y que ésta está llena de aptitudes maravillosas, a punto de convertirse en virtudes permanentes si oportunamente se apoyan y estimulan.

No hace poco tiempo se cree que un niño es "algo" pequeño por lo que el adulto debe cuidarlo pero, no sólo la familia, sino también la sociedad en general, esto lo podemos observar más actualmente con los derechos del niño. Sin embargo, la idea que se tiene de él, oscila entre la de carga, problema, incomodidad limitación y la de realización, futuro, responsabilidad y afecto. Un niño expuesto a la marginación de tipo afectivo, educativo, higiénico, social, nutritivo y cultural, vive como simple objeto sin posibilidad de elegir, es atendido pero no escuchado, es susceptible a riesgo por exceso o carencia de cuidado resultando daños orgánicos, emocionales o intelectuales de los que será difícil o imposible recuperarse, vive violentos cambios sociales y ambientales, además está ávido de protección pero no se la ofrecen para sus necesidades de desarrollo integral y crecimiento físico y psicológico.

En la actualidad, por las múltiples ocupaciones que tienen las personas que lo rodean, carece de afecto, protección, comunicación y vive en condiciones deprimentes que no garantizan su crecimiento normal. Por lo que en el olvido que se encuentra el niño y en la espera, va creciendo y desarrollándose, sin que exista alguien que lo ayude. En la infancia se vive la crisis de nacer, salir del útero que es un lugar agradable, tibio en que hay un balanceo muy grato y asegurado el alimento, pasar a un período extenso de aprendizaje y a vivir un violento y constante crecimiento.

El niño aprende a gatear, comer, conoce a través de sus sentidos, se relaciona, aprende un idioma, aprende a pensar lógicamente y se convierte en un ser independiente si cuenta con apoyo. El apego es importante para un mejor desarrollo de sus capacidades y facultades. La etapa primordial de apoyo en el desarrollo es de 0 a 6 años, ya que es también la etapa en la que se detectan problemas motores perceptivos, intelectuales, orgánicos y ambientales.

El crecimiento físico y mental del niño ha sido uno de los grandes centros de interés de la ciencia de este siglo (Haussler, 1982) ya que los repertorios establecidos durante la temprana infancia determinan la adquisición de los repertorios posteriores.

Desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años de vida:

La psicología del desarrollo infantil ha permitido elaborar parámetros del desarrollo un tanto estáticos, respondiendo a una cronología.

Esto es de 0 a 3 años el niño "debe saber" X o Z, sin embargo hay que reconocer que el desarrollo psicológico es dinámico y que paulatinamente esta va evolucionando así es que debe considerarse la descripción cronológica que continuamente se presenta, en ningún momento como algo estático, sino con el dinamismo que le corresponde

De 0 a 3 meses. Debe aclararse que el niño recién nacido no es un ser vegetativo que no ve, no oye, ni reconoce, el niño ve y oye desde que nace, inicia también el reconocimiento del ambiente en que se encuentra y de las personas que lo rodean; el aprendizaje es lento y continuo, duerme la mayor parte del día, esto es normal ya que le permite un proceso más rápido de maduración. Sigue con los ojos el mundo que le rodea (objetos, caras, etc.), y sonríe como reflejo -para más tarde hacerlo como respuesta-, reconoce a su madre y padre, se alimenta sin problemas, afina y adapta sus reflejos primarios especialmente la prensión además conserva involuntariamente en la mano un objeto, balbucea de manera espontánea y también como respuesta, su llanto es fuerte y vigoroso, succiona y mantiene la cabeza levantada brevemente mientras está boca abajo, y cuando está sentado con apoyo sostiene la cabeza erguida con oscilaciones, presenta a veces sobresaltos que irán desapareciendo, extiende y flexiona los brazos y piernas, así como cruza y descruza pies.

De 3 a 6 meses. El niño se sienta algunos instantes con apoyo, sostiene perfectamente la cabeza, coge voluntariamente objetos, tiende la mano cuando se le ofrece algo, se lleva cosas a la boca, trata de ampliar su campo visual, busca el juguete perdido, ríe a carcajadas, da gritos de alegría para responder al juego del adulto, responde al adulto platicando. Boca abajo el niño se apoya en los antebrazos y levanta la cabeza abriendo las manos hasta tenerla siempre así, mira sus manos, juega con ellas y se las lleva a la boca, balbucea, ronronea y hace gorgoritos, sonríe a su propia imagen, le gusta el rostro humano. De 6 a 9 meses. Permanece sentado por momentos, da vuelta acostado para ponerse boca arriba y boca abajo, es capaz de gatear para acercarse a un objeto o persona, empieza a permanecer de pie si se le sostiene, pasa un objeto de una mano a otra, coge un objeto en cada mano, logra hacer una pinza, con su dedo índice y pulgar, se divierte al tirar objetos, vocaliza varias sílabas sin significado verbal, reconoce a personas de su familia y puede tener miedo a caras desconocidas.

Al estar acostado levanta el tórax y una mano al dársele un objeto, lleva los pies a la cara y juega con ellos, utiliza el dedo índice, inicia la intencionalidad de sus actos (Ibidem).

De 9 a 12 meses. Se mantiene sentado, se arrastra y gatea quizás para atrás al principio, se incorpora a la posición de sentado, se levanta sólo, camina agarrándose de los muebles, puede dar algunos pasos y luego cae, recoge objetos con los dedos índice y pulgar presenta mayor dominio de flexión y extensores, saca y mete objetos de un recipiente observa los objetos que tiene en la mano, ofrece el objeto a otra persona y se lo da, bebe de una taza o vaso con ayuda, intenta manejar una cuchara, voltear al oír su nombre y atiende órdenes simples, pronuncia papá, mamá, imita ruidos repite sonidos, colabora en juegos de adultos. Se interesa por explorar el mundo ver, tocar todo y llevar a su boca, de esta manera explora los objetos, succioniéndolos o mordiéndolos, se mueve con la música.

De 12 a 18 meses. Camina explora la casa por sí solo, apila dos o más cubos, llena un recipiente, puede pronunciar 10 o hasta 15 palabras, manifiesta sus celos (cólera y llanto), y sus reacciones de rivalidad en el juego con hermanos más grandes sube escaleras con ayuda o gatea bajándolas, garabatea espontáneamente, pasa las páginas de un libro o revista, busca los juguetes que no tiene a la vista, repite respuesta a estímulos que ya conoce, juega sólo, imita, pone atención a una persona que le habla.

De 18 a 24 meses. Apila 4 o más cubos, enriquece su vocabulario, aprende a comer solo, aprende a estar limpio durante el día (primero materia fecal, luego orina), pone mucho interés en lo que hacen los adultos, imita gestos, se interesa en otros niños, trata de jugar con ellos pero, individualmente, corre, sube y baja escaleras uno a la vez, tira hacia arriba la pelota, brinca en el mismo lugar, puede manejar un triciclo, imita trazos verticales, práctica ejercicios rudos como rodar y dar volteretas. Le agradan los cantos aprende varios, agarra un vaso pequeño y toma sin derramar su contenido enriquece su vocabulario, señala partes del cuerpo que le nombren, es muy perseverante con el "por qué" comprende más de lo que habla usa gestos, manos, brazos y posturas del cuerpo para expresarse como medio de

sustituir la falta de lenguaje, empieza a ser individual, puede ponerse y quitarse ropa sencilla, se quita los zapatos, le agrada que le festejen sus progresos.

De 2 a 3 años. Aprende a saltar, a trepar puede brincar en una pierna, acomoda los cubos en puentes, desarrolla el lenguaje, emplea el yo, comienza a preguntar, comprende la mayoría de las palabras y frases que se le dicen participa en juego con otros niños, comprende que hay otro mundo fuera del familiar, tiene mayor equilibrio para correr, coordinación ojo/pie, puede cortar con tijeras, es más observador y atento, identifica, diferencia, reconoce. Aprende, arriba abajo adentro afuera, cerca, lejos, abrir, cerrar, recuerda hechos inmediatos

De 3 a 4 años, se pasea solo y hace visitas, camina de puntillas, se viste y desviste solo, se mantiene limpio durante la noche, imita una cruz, dibuja un monigote con cabeza y tronco, a veces con partes del cuerpo, reconoce 2 ó 3 colores, habla con lenguaje infantil, dice su nombre, edad y sexo, pregunta mucho y se interesa por la forma en que nacen los niños, escucha cuentos pide le repitan los que le gustan, juega con otros niños

De 4 a 5 años, se lanza, salta, balancea, desciende escaleras, colocando sólo un pie por escalón, dibuja un monigote con cabeza, miembros y partes principales, copia un cuadrado y un triángulo, habla de modo inteligente, cuenta con los dedos, identifica el día de la semana, escucha una historia y la puede repetir, se interesa por palabras nuevas y su significado, protesta si se le pide hacer algo que él no quiera, se interesa por actividades de los adultos, come bastante bien, es sociable, hace muchas preguntas, protesta cuando se le impone hacer lo que no quiere.

De 5 a 6 años, sabe trepar a los árboles, aprende juegos de pelota, así como actividades organizadas con sus amigos que le permiten correr lanzar y ejecutar todo tipo de movimiento; habla de modo correcto, distingue izquierda, derecha ayer, hoy, dulce salado, ácido, amargo, dibuja un monigote completo, pregunta el significado de las palabras abstractas, se interesa por las cosas de la casa, colonia y país, etc., así como en la edad de las personas adultas, coopera en actividades simples pero que sea de manera independiente, danza con la música, detesta la autoridad impuesta, ejecuta lentamente las ordenes, efectúa con interés las tareas (Naranjo, 1981, UNICEF, 19, Fernández, 1991)

Como se observó la psicología junto con otras disciplinas de educación proponen una forma de observar el desarrollo de un niño para así orientar las necesidades que pudiera presentar en algún momento pero, para que esto se logre más o menos igual, el niño debe crecer en un ambiente positivo, esta forma de vida no es necesaria sólo en los niños sin riesgo, sino en todos, por lo que la estimulación temprana puede dar respuesta a múltiples dudas que tengan tanto padres de familia como profesionales de la salud y educación de esta forma pasemos a las definiciones de estimulación temprana.

Definición de Estimulación Temprana.

El interés por la estimulación temprana es compartido por la ciencia de la conducta, organismos de salud y educación, por lo que surgió con fundamentos en los descubrimientos y como acción encaminada al trabajo con niños en condiciones negativas. Sus orígenes están vinculados con la prevención de alteraciones en el desarrollo psicológico y otros daños orgánicos cerebrales, el conocimiento científico acumulado en las últimas décadas extiende su aplicación e incidencialmente la totalidad de las prácticas de crianza del niño con un impacto en la sociedad. Los programas ofrecen su atención a niños en los años más tempranos de su desarrollo. Siendo independiente del grado de desarrollo de los países.

Teodore Tjossem (1981), dice " La estimulación temprana es probablemente uno de los conceptos más profundos en existencia hoy en día, si se considera su importancia en modelar el futuro de nuestra sociedad"

Montenegro (1978), la define como: el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico, esto se logra a través de la presencia de personas y objetos, en cantidad y calidad oportuna, adecuados en el contexto de situaciones de variada complejidad que generen en el niño cero grado de interés y actividad, es decir, que los objetos o personas originen en el niño la condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiental y su aprendizaje efectivo haciendo a un lado aquellas situaciones que no le permiten ese tipo de relación

En realidad es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo físico y psicológico la actividad puede involucrar objetos, pero siempre exige la

relación entre el niño y un adulto, en una forma de comunicación que puede ser de gestos, de murmullos, de actitudes, de palabras y de todo tipo de expresión. Debe aplicarse un estímulo oportunamente, acorde con la edad y desarrollo previsto para su edad. Ya que de ello depende no sólo el crecimiento físico sino que de la mano va el desarrollo de su mente, personalidad y sentimientos.

La estimulación temprana se incorpora a los patrones de crianza adecuados y certeros, que introduzcan al niño a su medio, mediante la seguridad afectiva básica, motivación e interés en su desarrollo sin restringir la iniciativa exploradora del niño, su curiosidad y necesidad de crecer se busca el máximo desarrollo integral que logre lo mejor de sus capacidades mentales, emocionales sociales y físicas (Naranjo, op.cit.).

Proporcionar determinados estímulos puede facilitar el desarrollo global en el niño para lograr un máximo de sus potencialidades para mejorar o prevenir posibles afecciones en el desarrollo en niño con riesgo biológico o ambiental (Molla, 1978, tribuna médica, 1978.)

La información adecuada para el desarrollo del lenguaje y comunicación sensorial (Año cero, 1978), esencia científicamente demostrada para que se produzca un desarrollo normal físico e intelectual durante el crecimiento reconocidas por la OMS, para afrontar las alteraciones en el desarrollo psicológico (Sánchez, 1978). Se busca el desarrollo máximo físico e intelectual mediante una estimulación regulada y continuada en todas las áreas sensoriales sin forzar el curso lógico de maduración del SNC es un trabajo con bases científicas. Incrementa el desarrollo psicomotor, motor, difiriendo del tipo de técnica en una u otra estimulación (Juárez, 1979). Crear las mejores condiciones posibles para que la familia rodee al niño e incluya como parte de la propia familia y no como un simple objeto (Año cero, 1978).

La plasticidad del SNC parte de la importancia de los factores ambientales (Servicios de Estimulación Temprana y Rehabilitación, 1985). Intervención temprana en el niño con ADP y su medio favoreciendo al máximo, su desarrollo e integración en el ambiente incluyendo diferentes técnicas y terapias adecuadas a cada definición particular (Coordinadora de Centros de Estimulación Precoz, CCEP, 1985). Está pensada para mejorar o prevenir posibles déficits del desarrollo en niños, ocasionados tanto por causas genéticas, mecánicas, infecciosas, etc., como por el ambiente y sociedad que afectan psicológica, física y sensorialmente a los niños. Se pone en marcha los primeros días de vida y abarca los 6 primeros años de vida, se fundamenta en que la maduración cerebral no se termina con el nacimiento, sino que prosigue aun tiempo después, dándose una plasticidad aprovechable (Jordi, op.cit.).

Las técnicas se pueden realizar en cualquier ámbito incluso en casa o reunir esfuerzos de las instituciones las cuales pueden observar el desarrollo del niño para que de esta manera el niño sea tratado como niño y no como un simple objeto. Son una extensión de actividades para encontrar soluciones a la demanda de servicio público, pero sobre todo requieren la participación de la madre, el padre y la familia. Jerome Bruner señala "El desafío tempranamente los problemas que enfrentamos es prerequisite para alcanzar algo de nuestro total potencial como seres humanos" (pág).

Carlos Martínez Sotomayor, Director de la UNICEF para las Américas, considera que según las condiciones en que se realice la formación de los niños, el futuro de alteraciones lingüísticas podrá ser de uno u otro sentido, el esquema que se adopte para su incorporación a la plenitud física e intelectual y a la capacitación, en términos de condiciones para actuar en un mundo cambiante, determinará la capacidad de la región para realizar profundas mutaciones en el proceso de desarrollo (Naranjo, 1981).

La estimulación temprana y el entrenamiento a padres se vinculan con el momento oportuno de intervención Brody (1960), ha reconocido que los estudios psicoanalistas coinciden en que las experiencias tempranas del infante son precondiciones funcionales para la salud o enfermedad psicológica. La clase de intervención que se lleve a cabo durante el desarrollo del pequeño va a marcarla diferencia entre prevenir, educar o proveer terapia, siendo los esfuerzos de proporcionar habilidades que no posee el niño manejando fundamentalmente el ambiente y la guía de los adultos (Caplan, 1961).

La estimulación temprana es una medida preventiva primaria y secundaria al retardo en el desarrollo dependiendo del momento de aplicación, si se aplica a problemas preescolares sería prevención primaria y en el caso de niños con déficit en el desarrollo, la estimulación temprana sería secundaria, lo cual es una ventaja más de la estimulación temprana dado su momento de aplicación (Ruiz, Vaquero, op.cit.)

Antecedentes Históricos.

Hasta la década de los 40's en ámbitos educacionales, médicos y profesionales de las ciencias de la conducta, se creía que la inteligencia era fija y el desarrollo estaba predeterminado genéticamente, así, se aceptaba que la conducta era no aprendida y que el coeficiente intelectual era constante, estas nociones tienen su raíz en las teorías de Darwin (1859)

Sin embargo al comienzo del siglo, después de estudiar la inteligencia durante 20 años y desarrollar los primeros tests para su medición, Binet en 1909 reacciona contra el fatalismo diciendo "Algunos filósofos actuales parecen haber dado su apoyo moral al deplorable veredicto de que la inteligencia del individuo es una cantidad fija debemos protestar y actuar en contra de este brutal pesimismo... la mente de un niño es como la tierra de un campo, para la cual un experto agricultor ha diseñado un cambio en el método de cultivo, de tal manera que en lugar de tener como resultado una tierra desierta, obtengamos en su lugar una cosecha. En este sentido es significativo, decir que la inteligencia de un niño puede ser aumentada, lo que constituye la capacidad para aprender, para mejorar con la instrucción.

Tomando como base ésta metáfora, Einsenberg (1977), la extiende en su trabajo denominado justamente "El cultivo de los niños" En él expresa que... "el granjero experto sabe que el éxito de una cosecha dependerá de la semilla que sembró y de las técnicas de cultivo que emplee. Las técnicas estándar no son buenas porque existen diferentes tipos de trigo".

A finales del siglo pasado e inicio de éste en múltiples investigaciones, se encontró que niños criados en instituciones referían mayor morbilidad que los criados en hogares biológicos Spitz (1945), comprobó el rol crucial de la madre en el primer año de vida acunándose en los casos de abandono materno, el término de "síndrome de privación materna", pero además se ha demostrado que puede existir descuido materno en niños que viven con su madre biológica (G. Howells, J., Caving 1955). A partir de este momento se estudian con mayor interés todas las variables ambientales que pueden producir un decremento en el desarrollo de la inteligencia, en función de lograr un mejor rendimiento. De ahí es que se han desarrollado múltiples programas de intervención en casos de privación social (Montenegro, 1978)

Actualmente a estos programas se les llama estimulación temprana y a pesar de que su desarrollo actualmente se da en todo el mundo fueron 3 naciones las que influyeron en su evolución Estados Unidos de Norte América, Argentina y Uruguay.

De Estados Unidos de Norte América la Dra. Dimitriev desarrolló una metodología que se basa en el condicionamiento operante Skinneriano y se mueve bajo la idea del desarrollo secuencial. También se dio en la Universidad de Oregón y California, y la Dra. García, da una importancia especial a la relación madre-hijo, dentro del contexto familiar, sus postulados se generan de la teoría de Piaget. A iniciativa de García se creó en 1963 en Uruguay la primera clínica oficial de diagnóstico, orientación y ayuda en el hogar para niños preescolares con retardo mental orientándose sus funciones en la línea del diagnóstico, información, orientación individual y familiar y evaluación.

En Argentina la aportación fue a partir de los trabajos del Hospital de Niños de Buenos Aires dirigido por la Dra. Corrat. Su denominador común es el interés desde hace años por la maduración normal y anormal del lactante así como el tener entrenamiento psiquiátrico y conocimientos a nivel de psicología evolutiva y genética, dando gran importancia al conocimiento de los reflejos, sigue un modelo neuropsicológico basado en el estudio de los reflejos especialmente los arcaicos y las teorías de Arnold Gesell. En México se destaca el trabajo de Emilio Ribes, responsable del proyecto de investigación sobre estimulación lingüística temprana que se realiza en la UNAM, trabajando conjuntamente con el proyecto sobre interacciones tempranas y desarrollo del lenguaje realizado también por el Dr. Joaquín Cravioto en, INCyT de la salud del niño (Jordi, 1989).

Los programas de estimulación temprana se ampliaron posteriormente para incluir las intervenciones dirigidas a niños de alto riesgo ambiental es decir niños biológicamente sanos, pero en un núcleo negativo quienes necesitan de una intervención para que el desarrollo no sea afectado. Se refiere también a que la intervención debe hacerse antes de que ocurra el eventual retraso de etiología ambiental. El niño necesita una persona para establecer un lazo afectivo estable, no móviles ni juguetes o juegos didácticos.

Debe aplicarse oportunamente con estímulos acordes a la edad y desarrollo, si el niño

no responde porque no ha sido estimulado antes, hay que localizar con cuidado los estímulos a que responderá; a partir de ahí hacia un desarrollo creciente de sus capacidades, si ha superado lo previsto para su edad se le puede estimular en la siguiente etapa. Esto facilitará el desarrollo del niño.

La etapa de 0 a 6 años se caracteriza por una sucesión de acontecimientos con sus propias particularidades, su desarrollo tanto físico, como fisiológico, psicológico, su persona y sus sentimientos, además de su desarrollo y crecimiento, por lo que es difícil y no aceptado querer en cerrarlo en etapas determinadas, aunque se sigue utilizando dicha forma de observar y estudiar su desarrollo, pero no debemos olvidar que el niño está dentro de un proceso vital que no conviene detener ni seccionar, es decir el niño se encuentra en constante coconstrucción con su ambiente, aprende de él obteniendo experiencia y a su vez lo modifica según sus necesidades.

"Es a la fuerza de vivir del niño a la que hay que agregar el estímulo, la alegría y el afecto" (Naranjo, 1981; pág. 85) Richardson en 1972 encargó a un grupo de educadores un análisis de la efectividad de los programas de estimulación temprana, estos programas fueron realizados para niños incapacitados, encontrando que los niños pueden -con estos programas- mejorar en forma importante su calidad de vida, ya que es importante tomar en cuenta que: 1) la manera en que se cría a un niño y el ambiente en el que nace, ejercen una influencia significativa respecto a quién será en el futuro, 2) los métodos empleados por la familia para establecer los roles sociales son importantes en el desarrollo del infante antes de los 2 años, 3) lo externo también ayuda al desarrollo del niño, 4) los efectos de un entorno negativo o positivo son más poderosos durante los primeros años de vida, el hogar es el ambiente principal, por lo que la estimulación profunda al niño en proporción uno a uno es mejor, 5) es mejor si participan los padres, 6) el nivel socioeconómico y CI guardan relación en cómo aprovecha la intervención, 7) iniciar en el momento de la aparición del lenguaje que después, 8) un programa sistemático y organizado puede contribuir de manera importante en el desarrollo intelectual y social del niño cuando tiene de 4 a 6 años, 9) las respuestas a la estimulación se dan mientras el niño participa de ellos, sobre todo en el hogar, 10) la calidad y la motivación del personal se relaciona directamente con el éxito del programa para poder aplicarse en otros contextos.

En los programas exitosos, los incrementos en el desarrollo del niño ocurren independientemente de la edad inicial o de entrada al programa de estimulación temprana. Unos inician dichos programas a los pocos meses de nacidos hasta los 5 o 6 años, si se inicia en un programa de aprendiendo a aprender a los 4 años se incrementa el CI en 20 puntos, a los 5 años su avance es menor a los 9 y 7 años que a los 6 años, sin embargo no se puede decir que esto sea real, más bien son efectivos en todas las edades, los incrementos se producen independientemente del sexo o la edad pero, importa mucho el tiempo que el niño permanezca en él, los incrementos se dan independientemente de las técnicas que se utilizan, sin embargo, algunos programas parecen ser mejores que otros (Stedman, 19).

El estímulo debe estar por tanto estrechamente relacionado con la capacidad, el interés y la actividad del niño no hay que forzarlo ni cansarlo; el conocimiento individual del niño, la relación con él y la comprensión de sus necesidades, da la medida exacta para la cantidad de estímulos que requiere. Incorporándola a los patrones de crianza adecuados y ciertos que introducen al niño a su medio ambiente una seguridad efectiva básica, una motivación para que aprenda y un interés en su desarrollo. No se debe restringir la iniciativa exploratoria del niño, su curiosidad y su propia necesidad de crecer, al hacerle él, hay que celebrarlo y alabarlo (Naranjo, op. cit.).

La estimulación temprana busca alcanzar en el sujeto el máximo de su desarrollo integral, que logre lo mejor de sus capacidades mentales emocionales, sociales y físicas, se trata de apoyar el desarrollo de su inteligencia, motricidad y personalidad, vale tanto la habilidad de las manos, el aprendizaje del gateo y del caminar como las expresiones del rostro, los intentos de comunicación, balbuceos y las reacciones de personalidad que el niño va adquiriendo.

Técnicas de Estimulación Temprana:

Las técnicas de aplicación de estimulación temprana se van a dividir según las edades del niño, empezando de 0 a 3 meses, donde se informará acerca de cuáles el desarrollo además la forma de preparar la siguiente fase sin olvidar que los estímulos se deben repetir

de una etapa a otra para afinar las destrezas. Es una modalidad nueva, se puede realizar en cualquier ámbito incluso en la casa, necesitan un interés real por el mejor desarrollo del niño, deseo de observar su crecimiento y un anhelo de que ese ser pequeño tenga las más adecuadas oportunidades de formarse y alcanzar la plenitud de sus capacidades, se convierten en una enseñanza personal, inolvidable, que en verdad enriquece.

Respecto a la cultura familiar, revoluciona la concepción materialista que ha objetivado a la humanidad en cifras y cosas, pues impide que el niño siga siendo tratado como simple objeto, no se necesita una organización sofisticada y costosa, más bien la extensión de actividades para encontrar soluciones a la demanda de servicios públicos. Requieren la participación de la madre, padre y demás familiares, los principales personajes en la vida del niño descansan en los seres humanos y son para seres humanos (Naranjo, op. cit.).

El control sistemático del desarrollo normal de la psicomotricidad se logra, rodeando al niño de un ambiente con clima cariñoso y afecto que provoca en el bebé un sentimiento de seguridad todo esto aunado a un estímulo es mejor si se centra desde los primeros meses. Estas técnicas tanto con niños con ADP, como con niños sin ningún problema aparente, sumando la vigilancia de su desarrollo paso a paso en ambientes naturales, es decir, en la casa, la escuela, etc., muestran la posibilidad de un mejor desarrollo en el niño. La idea clave que ilumina cada una de las etapas de este trabajo es: "La vida es movimiento, y por esto lo esencial es proporcionarle al niño una ayuda que lo estimule sin forzarlo en demasía" (Naranjo, pág. 16). Ya que desde el seno materno el bebé manifiesta su vitalidad con su incesante ajeteo, recién nacido, y superando el letargo normal de los primeros días, siente la necesidad de moverse libremente, los pañales y otras prendas que le entorpecen deberían ser ya un recuerdo de algo que ya no va a volver, por lo que las comidas, el aseo, el baño, el simple cambio de su ropa mojada debe convertirse en un juego, diálogo y canción.

La inmovilidad, la reclusión en la cuna, el excesivo aislamiento, la permanencia durante varias horas en la misma postura, la falta de contactos afectivos y personales son causa de la privación, por lo que es necesario que la madre o la persona encargada del cuidado del niño cuide y de ternura sobre todo durante los primeros movimientos conscientes y voluntarios del niño, además de sacar el mayor partido de todas las reservas del pequeño, sin privarle de su propia libertad y autonomía (Levi, 1991).

En este caso la madre o cuidadora, es la que por estar más tiempo con el niño puede lograr de éste los progresos necesarios; por lo que al niño se le debe hacer sentir que es parte activa en el juego a cada momento y que convive con alguien igual a él, es decir que no es un objeto al que se le mueve por mover. Así con alegría, el éxito se notará, con recompensas se obtiene primeramente una sonrisa, que sostenga la cabeza, que coordine movimientos oculares, faciales, que coja objetos (primero con la mano, luego con los dedos), que se mantenga sentado, después erguido y, finalmente como magnífica y decisiva etapa en el desarrollo de la motricidad, que camine y consiga el don del lenguaje, suprema adquisición del ser humano (Lelong, 1991).

En la actualidad ya no tenemos derecho de dejar que el desarrollo de un niño se dé al azar, es nuestra obligación ayudar al niño para que su desarrollo se dé de manera diferente, de nosotros los adultos depende, que el niño se desenvuelva en un ambiente de alegría y seguridad, dejar al niño en situación ventajosa, poner a su alcance la oportunidad que necesita. Podemos prepararle a dominar la posición desde sentado hasta el equilibrio al caminar. No se trata de forzar al niño, sino de ayudarlo en su desarrollo, adaptándose a su temperamento, sujetándose a su ritmo natural. Este trabajo no implica mayor tiempo ya que puede ser aceptado a lo realizado durante el día con el niño además no es costoso, pero si es necesaria una transformación en la actitud de la madre o la persona que lo cuida de esta forma todo se modificará para bien del niño y de todos los que lo rodean.

Por lo que la educación motora no sólo contribuye a prevenir deformaciones, corregir vicios posturales y consolidar logros, sino que además resulta un extraordinario factor de equilibrio físico y psíquico para el bebé dándole seguridad (Levi, op. cit.).

Datos sobre el niño

Siempre es útil tener referencia sobre las medidas normales de un niño como saber su peso y talla para así ubicar su desarrollo de manera más sencilla; normalmente el niño al nacer en sociedades como la nuestra pesa de 2500grs a 3500grs y mide de 48 a 52cm aumentando un kilo por mes durante los 4 primeros meses, para en que en los siguientes ocho meses suba un promedio de 500grs si al nacer mide 50cm promedio a los 6 meses puede alcanzar 65cm al año 75cm y a los dos años 85cm etc.

El parámetro del cráneo mide al nacer un promedio de 35cm., al final del primer año mide 47cm., y a los dos años 50cm., y a los 6 años alcanza 53 o 54cm., para ayudar a que se siga el desarrollo del niño con interés, mediante la verdadera participación de la persona que está a su cargo, se incluyen indicadores sencillo.

Prevención primaria en psicología

El término prevenir ha llegado a significar detener, la connotación original isabelina de la palabra prevenir "venir antes" parecería mejor. Jordi (1989), la define como todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de una enfermedad o traumatismo en determinada población, reduciendo de este modo el riesgo de que aparezcan nuevos casos. Comprende aquellas medidas que se toman en el individuo, en la comunidad o en el medio tendientes a evitar la producción de enfermedades en general, inespecíficamente, así, una buena nutrición materna durante el embarazo y puerperio tiende a favorecer su estado de salud y el de su hijo, ya que una buena nutrición pone al niño en mejores condiciones de resistir patologías (Ferrara, 1976). Aplicando el concepto integrador de historia natural de la enfermedad Ribes (1988), señala que el término prevención se debe emplear únicamente por medio del control de las causas que dan origen a éste, Galindo (1988), considera además que la ocurrencia de un problema económico y social, la pobreza, la marginación social, desnutrición, falta de servicios médicos y educativos son las causas verdaderas de los factores orgánicos y ambientales quedan lugar a una alteración en el desarrollo psicológico, Altiriba y Last (1976, 1989), exponen que la intervención de variables subculturales, culturales, hereditarias, materno-infantiles, conductas médicas, aspectos psicológicos, organización social, etc., probablemente rebasan la capacidad física, científica, tecnológica y de potencial humano actualmente disponible, pero a pesar de esto los objetivos han sido, son y serán básicamente promover y conservar la salud. Ya en lo que implica el trabajo psicológico, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1984 señala que la prevención primaria es el desideratum de toda acción de salud sobre todo en el caso de enfermedades genéticas y defectos congénitos por tratarse de problemas de salud crónico e ineludibles desgraciadamente esta atención tiende a ser limitada a cierto número de circunstancias. Por lo que es necesaria una protección de la salud por medio de métodos aplicados con carácter personal o colectivos, (Kroeger, 1987), por lo que se centra la importancia del asesoramiento genético en la prevención de malformaciones, además para proporcionar un adecuado asesoramiento genético es necesario en primer lugar contar con un diagnóstico preciso del padecimiento una vez detectado el problema deben ser canalizados a atención de alta especialización (Salamanca, 1990).

Por lo que estas definiciones especifican el trabajo que debe realizarse entorno al estudio de la prevención sobre el área de psicología que es nuestro campo de estudio, hablar de prevención primaria implica, el trabajo multidisciplinario en lo referente a la salud que es donde gira básicamente el bienestar de la sociedad pero no sólo es importante hablar o abordarlo en lo sanitario, sino también tomar en consideración que todo lo que rodea al hombre influye en un manejo adecuado o inadecuado de sus recursos.

La prevención primaria reduce la frecuencia de casos de retraso mental en la población, al combatir las fuerzas nocivas que actúan en la comunidad, esta se dirige a grupos no a individuos, Tratando de conseguir una meta específica en una población o grupo (Lancaster, op cit.) La prevención de muchos síndromes orgánicos y cerebrales, es factible a través de un tratamiento adecuado para los casos de posible lesión cerebral específica, el cual incluye el cuidado de infecciones, agentes tóxicos, traumatismos y drogas, la historia natural de la enfermedad involucra una serie de etapas en donde es necesario explicar cómo y cuáles medidas preventivas seguir. Por lo que se coloca a la prevención primaria en tres posiciones sin peligro, en peligro y en agentes presentes. Donde los dos últimos se encuentran en etapa de susceptibilidad, esto quiere decir a un paso de que se eviten o aparezcan los problemas (Cordera, 1983).

Ejemplo de algunas estrategias de prevención primaria para las Alteraciones en el Desarrollo Psicológico.

La atención como estrategia preventiva de primer nivel tiende a ser limitada a cierto número de circunstancias, pero existen factores identificables y controlables tales como la edad de la madre que posibilita la ocurrencia de un Síndrome de Down, además de ciertos defectos fetales que pueden ser detectados por medio del examen sistemático de la población para lo que se deben

a) Extremar medidas de protección del área abdominal y del producto contra radiaciones, toda mujer en edad fértil debe considerarse como embarazada.

b) Vacunarse contra la rubéola y tétanos en edad fértil.

c) Desarrollar campañas de educación sobre los riesgos de ADP

En el año de 1985 la Secretaría de Salud creó la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, la cual incluye nuevas estrategias de prevención donde se observa que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos como la inducción del mismo con oxitocina o ruptura artificial de las membranas amnióticas, han revelado que no aportan beneficios y si contribuyen a aumentar la morbi-mortalidad materno-infantil, por lo que el usarlos debe ser en casos muy limitados

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención urgente.

La norma tiene como objetivo establecer criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normal.

La cual se debe aplicar en todas las unidades de salud del sector público y privado.

Para lo cual se deben seguir las siguientes actividades durante el control prenatal.

Elaboración de historia clínica.

Riesgos del embarazo como cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias, vaginales y obstétricos.

Crecimiento uterino y salud fetal.

Determinación de biometría hemática completa, de grupo sanguíneo, exámen general de orina.

Detección del VIH en prostitutas, transfundidas y drogadictas, respetando su privacidad y confidencialidad

Aplicación mínima de dos dosis de toxoide tetánico.

No prescripción de medicamentos antes de las primeras 14 semanas

Entre otras, para finalizar con el establecimiento del diagnóstico integral, para con ello referir a la mujer a unidades de primero, segundo o tercer nivel

Para establecer el diagnóstico no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

La mujer con un bajo riesgo en su embarazo debe por lo menos recibir cinco consultas prenatales iniciando en la semana doce de preferencia, y para un embarazo de 40 semanas se requiere atención semanal sin que se prolongue a más de 42 semanas

Toda institución con servicio obstétrico debe establecer procedimientos para la prevención de prematuridad y bajo peso al nacimiento. Estos procedimientos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna

El manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretermino.

Para la atención al parto Durante el trabajo de parto normal, se proporcionará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decubito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.

No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta.

No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la norma institucional

respecto; en toda unidad con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice ideal será de 15% para los hospitales con segundo nivel y de 20% para los de tercer nivel

El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto, debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer.

La episiotomía debe practicarse por personal médico calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer.

El control del trabajo de parto normal debe incluir:

La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.

Mantener la hidratación adecuada de la mujer.

Se deben registrar todos los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.

Para la atención del período expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

En el expediente de la mujer se deben anotar con minuciosidad todos los datos obtenidos después del parto, tanto de la madre como del niño.

Atención del puerperio:

En los primeros 30 minutos se debe iniciar la lactancia materna además esta debe ser a libre demanda.

Se debe verificar cada dos horas la normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción, después cada 8 horas.

Ofrecer alimentación normal a la mujer así como la hidratación.

Se recomienda aplicar a las mujeres con Rh- con producto Rh+ la globulina inmune anti Rh dentro de las primeras 72hrs. después del parto u otro evento obstétrico.

Orientar a la madre acerca de los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de lactancia materna y signos de alarma para ambos.

Debe existir un mínimo de tres controles del puerperio, el primero será dentro de la primera semana y el término del primer mes para el tercero, el segundo control debe realizarse dentro del margen del período, acorde con el estado de salud de la mujer, se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura.

En ese momento se debe orientar sobre los métodos de planificación familiar, a alimentación materna y acerca de los cambios que pueden presentarse durante el postparto

Atención del recién nacido.

La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para valorar Apgar; frecuencia cardíaca; cada uno de estos se califica con un "cero" que equivale a ausente, "uno" para menor de 100 y "dos" mayor de 100. Esfuerzo respiratorio cada uno se califica con "cero" para ausente, "uno" para regular e hipoventilación y "dos" para bueno, llanto fuerte. Tono muscular; se califica con "cero" flácido, "uno" para alguna flexión de las extremidades y "dos" movimientos activos, buena flexión. Irritabilidad refleja; se califica con "cero" sin respuesta, con "uno" llanto alguna movilidad y "dos" llanto vigoroso, finalmente se encuentra el Color, el cual se califica con "cero" para azul, pálido con "uno" para cuerpo sonrosado manos y pies azules y "dos" completamente rosado. Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método Apgar al minuto y a los cinco minutos la valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido, de acuerdo con los hallazgos obtenidos se calificará de la siguiente manera: Sin depresión, 7 a 10 puntos, depresión moderada, 4 a 6 puntos y depresión severa; 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de 7 o más se considera normal, se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva

El recién nacido con calificación de 6 o menor amerita atención a nivel hospitalario

Así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular

vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva. Se recomienda investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh- que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rh (D), su variante débil D- y la prueba de antiglobulinadirecta (prueba de Coombs).

En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación de la madre.

En ningún caso se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

Manejo del niño con bajo peso al nacimiento

Al nacimiento utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar al recién nacido y tomar las medidas pertinentes en su manejo.

Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto prematuro, el parto prematuro, el recién nacido prematuro y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado.

Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso.

Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

La prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo a través de la promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Toda unidad que atiende partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tiroxina (TSH) en sangre extraída por punción del talón ó venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes del primer mes, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja de papel filtro que se envía al laboratorio.

La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.

El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se establece por determinación de tiroxina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.

El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos de L-tiroxina por kilo de peso por día). El control y el tratamiento del paciente debe continuarse, y por ningún motivo suspenderse hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de este momento se puede suspender durante 6 u 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

Desde principios de los años 50's se han expuesto, aplicado y criticado los conceptos de prevención primaria relativos a la salud mental y emocional ya que para que sea aceptada se deberá identificar a las poblaciones de alto riesgo para que los servicios se establezcan antes de que se altere la salud mental pretendiendo así alcanzar un equilibrio entre los diferentes niveles de estrés y los de apoyo al servicio de cada individuo. Esto debido a que el hombre es un sistema abierto en constante interacción con el ambiente, es decir, el hombre al interactuar con su ambiente adquiere experiencias tanto negativas como positivas las cuales dependiendo su estado emocional pueden afectar o no a su salud.

Por lo que los objetivos de la medicina son promover y conservar la salud, recuperarla cuando se ha perdido y reducir al mínimo los sufrimientos y el malestar (Last, 1989), estas definiciones especifican el trabajo que debe realizarse en torno al estudio de la prevención sobre todo en el área de la psicología.

Hablar de prevención por tanto implica un trabajo más específico, donde no sólo una disciplina puede brindar solución a un problema. Es importante por tanto, la unión de varias disciplinas, las cuales otorgan beneficios a la población en general respecto a la prevención a esta unión le llamamos multidisciplinaria la cual requiere información de una o varias

disciplinas de conocimiento, sin que exista una combinación o enriquecimiento entre ellas. Normalmente este es el trabajo que se brinda en las instituciones de salud en nuestro país, sin embargo existe otra relación de disciplinas las cuales brindan un aporte diferente teniendo como objetivo intercambiar su conocimiento, a esta forma de trabajo se le denomina interdisciplina, la cual busca tener la cooperación entre sí en un mismo problema teniendo interacciones reales hacia una cierta reciprocidad de intercambios que quedan como resultado de un enriquecimiento mutuo.

Afortunadamente este tipo de intervención ya se empieza a aplicar en nuestro país, sin embargo, aún estamos lejos de lograrlo pero, aun con eso el objetivo siempre será prevenir aunque no se dá la oportunidad de buscar mejores resultados con la implantación de esta, sobre todo si existe el apoyo de disciplinas diferentes en un inicio multidisciplinario para lograr un segundo paso, la interdisciplina.

Como puede observarse, a través del trabajo de prevención en cualquiera de los tres niveles se busca un desarrollo mejor para el infante lo cual no es en todos los casos factible ya que ello implica el trabajo de la pareja en todas las áreas de relación, es de gran importancia el nivel económico en el que se desarrolle la familia y por último el ambiente pudiendo existir otros no expuestos.

Para concluir diré, que la prevención en psicología juega un papel sumamente importante la cual se puede y debe explotar con mayor interés ya que de esta manera lograremos obtener mayores beneficios para la población en general y como ciencia logrará dar un paso más adelante y con ello el progreso humano hacia la salud tan esperada.

Esto por el hecho de que el índice de natalidad ha aumentado en los últimos años y el índice de mortalidad ha disminuido, aumentando el número de niños con secuelas orgánicas, sumado a que un alto porcentaje de estos niños viven en condiciones precarias con mala atención médica probalizando condiciones pre, peri y/o postnatales, como las descritas arriba, que se asocian a ADP.

Desde el punto de vista psicológico es importante tomar en cuenta que en toda relación de pareja existen aspectos que podrán brindar a la misma un manejo adecuado de herramientas en momentos necesarios, algunos de ellos son; la concepción, embarazo, parto, puerperio, lactancia y ablactación. Por ejemplo podría brindarse a la pareja asesoría en el momento que ésta inicia sus relaciones sexuales, en el momento que deseará procrear, acudiría a consejo profesional para conocer cual sería el mejor momento en que se pudiera tener un hijo, además conocería cual es la mejor alimentación durante ese periodo, las horas de sueño, actividades a realizar y cuales no, etc.

Y paralelamente sería importante la revisión periódica con el ginecólogo para conocer la evolución del embarazo cuando la pareja está esperando un hijo. Lo que caracteriza un trabajo multidisciplinario.

Por lo que vemos en el Método de Psicoprofilaxis perinatal una estrategia preventiva de primer nivel de alteraciones en el desarrollo psicológico, con dicha propuesta se pretende ofrecer que el desarrollo de ese nuevo ser que al nacer tiene ya nueve meses de edad tenga habilidades para una mejor adaptación al ambiente extrauterino, el método se ofrece por tanto a mujeres embarazadas para vivenciar un trabajo de parto y parto diferente, es decir, de forma participativa, así como ofrecerle a su hijo la experiencia de gozar de un nacimiento en el cual él también participará, pero además de ello el niño podrá gozar de un desarrollo diferente ya que la mujer podrá contar con herramientas para detectar desde los primeros días o semanas posibles problemas en su hijo o de lo contrario cooperará para que el desarrollo de su hijo se presente en la forma más óptima posible.

CAPITULO III PSICOPROFILAXIS PERINATAL

"A quien no teme la duda,
a quien se pregunta los porqué
sin descanso y a costa de sufrir
de morir

A quien se plantea el
dilema.
de dar la vida o negarla está
dedicado este libro de una mujer
para todas las mujeres".

O. Fallaci.

El presente capítulo es un cierre a lo planteado en los capítulos anteriores, con el cual se pretende realizar un análisis más profundo respecto de las situaciones que vive una mujer durante el embarazo, en el que normalmente se le educa para tener un comportamiento pasivo, olvidando que el papel de ella debe ser activo, es decir participativo y que este papel influirá en gran medida en el desarrollo intrauterino del feto y sobre todo aumentará la posibilidad de un nacimiento menos traumático. Se analizarán diferentes visiones del embarazo dependiendo del tiempo y de la cultura, así como de las políticas de salud en cada región, citando principalmente a México, posteriormente se realizará una revisión de diferentes aportaciones tanto de creencias como conocimientos científicos para la disminución del sufrimiento "de la madre" durante el parto, para concluir con la propuesta de investigación con la cual se busca lograr una estrategia preventiva para las múltiples problemáticas que se presentan y pueden alterar el desarrollo psicológico del niño por nacer.

Concepción de la mujer, embarazo y parto: visión histórica.

Como es sabido a través del paso del tiempo hasta nuestros días los roles de la mujer y el hombre han cambiado, lo cual ha permitido el crecimiento de éste como género, pero los roles actuales traen consigo un número importante de desventajas para la mujer dentro de la sociedad. Sin embargo, al realizar una revisión histórica encontramos que en un primer momento los roles de mayor importancia los jugaba la mujer, cultura matriarcal, donde la mujer tenía mayor jerarquía. En este tipo de organización la relación de hombres y mujeres no era monogámica y sólo ella sabía el origen de sus hijos.

Sociedades no occidentales

Dichos roles se ven modificados con el paso del tiempo, la relación cambia pasando a ser el hombre el que tiene la mayor jerarquía y la mujer ocupa un segundo plano, se forma la familia monogámica donde cada miembro tiene su papel y función, aunque no equilibrados, la mujer juega un papel central "la maternidad", la cual se inicia con la procreación, la educación de los hijos, siendo aparentemente su única labor de importancia dentro del núcleo familiar. ¿Pero qué ocurre con ese papel de maternidad, cómo se juega, cuál es el proceso implícito?

Para responder a las preguntas es necesario revisar cómo es que la mujer "mexicana" vive el periodo de gestación hasta parir a un hijo, vinculando la importancia que tiene la relación de ella con su rededor además de la influencia recibida por el ambiente, no sólo actual sino de sus ancestros, jugándose aquí la relación existente entre las sociedades industrializadas, además de las creencias y mitos de las comunidades añejas.

A pesar de ello aún existen sociedades que no comparten la vivencia de las grandes sociedades industrializadas de primer y tercer mundo. En estas los jóvenes crecen y se desarrollan a partir de la observación de la vida que se lleva en sus pequeñas sociedades abiertas donde todos participan por igual en el trabajo, en el juego sexual y en el cuidado de los niños desde muy temprana edad, este conocimiento pudiera ser aun más amplio y firme que el que tenemos en nuestras "sociedades civilizadas".

Existen tribus donde por ejemplo la pareja al saber que la mujer está gestando una nueva vida continúan con entusiasmo el acto sexual por creer que con este se logrará un hijo más grande y sano, en cambio en nuestras sociedades la ignorancia que existe es debida a la mezcla de culturas que se dio con la llegada de los "Bárbaros" (gente sin educación ni principios, es decir personas de las clases más bajas, la mayoría de ellos eran ladrones, asesinos, etc. de Europa) a nuestro país (lo cual se revisará más adelante) además, de los medios de comunicación que transquiversan la importancia de la relación de pareja que se

tenía

La educación sexual se ve como un tabú por la misma mezcla de culturas, creyendo por tanto que no es correcto ofrecerla a la población en general, esto origina que el pueblo sea ignorante y esta ignorancia se muestre en el conocimiento de la formación de un nuevo ser, lo cual lleva a dudar por ejemplo si es bueno o no continuar la relación sexual durante el periodo de gestación al parto.

Existen sociedades donde la gestación y el parto son parte del ciclo vital tan normal como lo realizan los animales, tal es el caso de comunidades africanas, pero en las sociedades de occidente donde existe la escritura y el supuesto desarrollo, el siglo pasado se crearon manuales para lograr facilitar el trabajo a las personas que atendían a las puerperas, no obstante en diversos países hasta hace no muchos años en estos manuales de embarazo no se mostraban mujeres gestando ya que era algo vergonzoso, ocultando esta situación con ropas muy especiales

En otras sociedades se muestra lo siguiente Margaret Mead escribe:

La pequeña también ve que el embarazo es tratado con el criterio más abierto y la mayor sencillez. El parto mismo puede estar escondido a los ojos de los demás, salvo a los de los adultos... pero en ninguna de estas sociedades se oculta el embarazo y, en realidad, se requiere de vestimentas pesadas y casas cerradas, así como de un sistema económico que pueda apartar a las mujeres de casi todo el trabajo productivo, para lograr esconder el embarazo a los ojos del mundo..." Wagan está embarazada, algún día tú también podrás estarlo. ¡Oh, qué barriguita tan grande tienes! No estarás embarazada?" En Bali, las niñas de dos o tres años caminan sacando el estómago a propósito y las mujeres mayores se lo tocan cuando pasan "¿Embarazada?", bromean. De modo que la pequeña sabe que, aunque los signos de su filiación en su propio sexo son leves [sus pechos, meros botones (no mayores que los de sus hermanos) y sus genitales un simple y apenas notorio pliegue], algún día estará embarazada y algún día tendrá un bebé (Macy, 1980, pág 10).

Sociedades occidentales

Muchas actitudes son heredadas de los antepasados y resulta más fácil si sabemos algo de esta historia. Para las culturas europeas, el embarazo era, la mayoría de las veces, un suceso temible. La edad para casarse y poder procrearse reducía a las necesidades económicas de la época, que vivieran las personas y estas podían casarse a edades muy tempranas o hasta llegar en ocasiones a permitir el matrimonio hasta los 30 años, cuando esta situación era sumamente difícil, no se permitía siquiera que los jóvenes tuvieran relaciones sexuales ya que eso no era permitido por la iglesia y al casarse debían tener todos los hijos que dios dispusiera, esto trajo como consecuencia el nacimiento de muchos niños, muchos eran abandonados en orfanatos o agonizaban en montones de basura y canales de desagüe en el Londres del siglo XVIII por ejemplo, (Macy, et al).

La procreación de los hijos estaba siempre fundamentada en los designios religiosos, así pues las actitudes hacia el amor, el sexo, el embarazo y el parto en Europa, no pueden separarse de las enseñanzas históricas de la religión cristiana. Existe un documento que era puesto en boca del novio cuando se casaba el "Libro Anglicano de Oraciones", "Yo te venero con mi cuerpo". Pero a esto se opone a la doctrina de la concepción virginal de María. La mujer ideal. La persona que parió a su hijo siendo virgen, (Ibidem, pág, 13)

La idealización de la mujer ha constituido una poderosa corriente oculta en la sociedad occidental

En los párrafos anteriores se observó cómo la evolución de una sociedad origina ciertos problemas respecto a la forma como se puede desarrollar la humanidad poniendo de relieve a la religión y a partir de ella se rigen todas las cuestiones respecto a la fecundidad.

En la Europa moderna, las comunidades judías ortodoxas de Polonia.. una mujer embarazada es objeto de una verdadera veneración y se siente orgullosa de su estado. En las sociedades arias cristianas, sin embargo, el embarazo entre las clases más bajas constituye una gran carga y se considera una molestia, entre las personas pudientes constituye una fuente de vergüenza e incomodidad además de ostracismo temporal de la vida social ordinaria" (Ibidem, pág, 14)

En la Inglaterra victoriana el embarazo era vergonzoso y se decía que la mujer estaba en estado interesante

Una Delfina de Francia (esposa del heredero al trono) estuvo en labor de parto durante treinta horas en las cuales era sangrada a intervalos regulares. Cuando finalmente nació su niño ella fue envuelta con la piel de un cordero recién sacrificado y metida en el

cuarto de descanso. Como se consideraba peligroso dormir después de un parto difícil, fue forzada a permanecer despierta por unas horas. Posteriormente, su cuarto fue sellado y ella fue dejada en la más completa obscuridad durante 9 días (Meyerowitz, 1966)

Papel sumamente difícil para las mujeres ya que eran separadas de su vida cotidiana y lo que es peor de su hijo recién nacido. Desafortunadamente la narración no tiene un cierre, pero eso muestra cómo en Europa el supuesto cuidado traía consecuencias más nocivas que benéficas a la madre y al hijo.

Las actitudes que en la actualidad se muestran hacia los niños no son las mismas en todas las culturas, como vimos en párrafos anteriores en el caso de Europa, esta situación ha evolucionado durante cerca de dos mil quinientos años, dando en la actualidad un valor mayor a nuestros niños. The History of Childhood de Lloyd de Mause (op. cit., 1966), muestra una fuerte corriente de hostilidad hacia los niños, la cual ha prevalecido durante toda la historia conocida. No sólo dejaban morir a los niños no deseados, matándolos de hambre o asfixiándolos en la cama, sino que los que sobrevivían eran tratados en forma inhumana.

En la antigüedad el infanticidio tipificaba la posición de los niños, los cuales tenían que luchar para sobrevivir contra el adulto hostil, en la Edad Media los padres no podían cuidar a sus hijos por ser muy jóvenes, en el Renacimiento se creía que eran seres demoniacos, ya en el siglo XVIII los ancianos se hacían más cargo de los niños, el siglo XIX fue testigo de la etapa de socialización que reflejó el nuevo enfoque moral dado a todo el bienestar humano, en cambio en nuestro país el cuidado a los hijos y el amor se vio perdido con la llegada de los bárbaros.

En la actualidad existen sociedades en las que se le entrega al niño amor y cuidado en combinación con libertad y gobierno, lo cual marca una diferencia importante de generaciones atrás (Macy, op. cit.) Sin embargo no, todos los gobiernos ni todas las comunidades pueden hablar de lo mismo ya que aun ahora los niños siguen siendo abandonados, maltratados o sacrificados cuando no se les desea.

Una vez revisados los aspectos históricos respecto a la gestación y el parto en Europa, procedamos a viajar ahora por nuestro país, ya que de esta forma tendremos conocimiento de los avances y retrocesos que tenemos, sobre todo sabremos como nacían los niños y que ocurría respecto al cuidado de la mujer gestante y el hijo en formación, ya que ese es uno de nuestros objetivos, conocer lo que ocurre en nuestro territorio para así poder incorporar medidas reales respecto a la atención y cuidado de la mujer, sin olvidar que quien juega un papel central aquí es el niño en desarrollo

"México prehispánico".

La concepción del embarazo ha cambiando en el transcurso del tiempo, sin olvidar que cada cultura tuvo su propia concepción respecto a los cuidados y atenciones a la gestación y parto en nuestro país. Por ejemplo antes de la llegada de los "Bárbaros" a México las familias náhuatl, tanto las de clase social alta (familias Pipiltin) como las de clase baja (familias Macehualtin), eran responsables de la educación de los hijos en las etapas iniciales de la vida y se preocupaban profundamente por hacerlo, logrando el desarrollo de la personalidad (inxitli, inyolotl), filosofía moral y principio dinámico del ser humano, mediante pláticas hogareñas entre el padre o la madre y los hijos. Cuando se llegaba a la edad de ingreso a la escuela, la tarea, seguía, ahora en manos de los Tlamatinime o profesores

Educación sexual

Los padres dedicaban tiempo especial a la educación sexual, señalando en su modo reiterativo de habla, que el acto sexual es "el acto por el cual se hace siembra de gentes" y que no debía abusarse de él. Ponían ejemplos de gran belleza y contenido moral, por ejemplo:

Diálogo del padre con su hijo:

"Mira que te apartes de los deleites carnales y en ninguna manera los desees, guárdate de las cosas sucias que ensucian a los hombres no sólo en las ánimas pero también en los cuerpos causando enfermedades y muerte"

"No te des a las mujeres antes de tiempo aunque tengas apetito de ellas, resístete hasta que seas hombre perfecto y recio. Mira que el maguey, si lo abren pequeño para quitarle la miel, ni tiene sustancia ni dá miel, sino que se pierde. En tanto que si lo dejan crecer y venir a su perfección antes de abrirlo, entonces sí da miel"

"De esta manera debes hacer tú que antes de que llegues a mujer crezcas y embarbezcas y seas hombre perfecto entonces estarás hábil para el casamiento y engendrarás hijos de buena estatura y recios y ligeros y hermosos y de buenos rostros" (Sahagún Capítulo XX)

Para con la hija. " Ahora eres mozuela tienes buen tiempo para entender esto, porque tu corazón está simple y hábil, limpio y puro y es como chalchihuite fino ya que aún no lo has mancillado... Mira que no te dás al deleite carnal, mira que no te arrojes al estiércol y hediondez de la lujuria, ya que si haz de venir a esto, mas valdría que te murieras luego"...Mira que te guardes mucho que nadie llegue a tu cuerpo antes de que te cases... No hagas adulterio a tu marido porque si esto se consuma, ya no hay remedio, ya no hay regreso. Si esto se sabe, serás arrastrada por los caminos, te quebrarán la cabeza con piedras y tomarán ejemplo con tu muerte" (Sahagún, Cap. XIX).

La filosofía moral enseñó, a través de la experiencia, a los antiguos mexicanos que para vivir moralmente y virtuosamente era necesario el rigor, la austeridad y, el mantener a los individuos en ocupaciones continuas y provechosas para la comunidad. Con esto el hombre crecía hacia un bien no sólo individual sino comunitario lo que traía consigo el desarrollo general de su pueblo.

Esta misma filosofía llevada por los mexicanos se mostraba en el hecho de que según Gibson (1995) estos antes de la llegada de la barbarie se casaban hasta alcanzar los 25 años las mujeres y los 30 años los hombres, era de esperarse que si la juventud náhuatl se preparaba para el proceso reproductivo con la rigidez del esquema educativo señalado, el matrimonio se llevara al cabo a la edad en que ambos organismos acaban la madurez orgánica, psíquica y social.

La gestación era considerada entre los mexicas como el acontecimiento más feliz de la existencia y por tanto, era motivo de comunicación a toda la familia y a la vecindad del calulli o barrio, mediante una gran fiesta: "Organ a los presentes, sabe que nuestro señor Yoalli Echeatl (el omnipresente y dios de la vida) ha permitido que ... reciba la bendición del principio dual y desde el treceavo cielo azteca ha enviado un huitzilihuitl con la semilla de un nuevo ser que se ha alojado en su vientre".

Cabe hacer mención aquí que los mexicanos pensaban que el ciclo menstrual seguía las fases de la luna y estaba controlado por ellas, además durante la luna llena la mujer era más fértil.

Embarazo

La fertilidad de una mujer fue siempre un atributo que le merecía el reconocimiento y status de prestigio social, al mismo tiempo la mujer en cinta era frecuentemente identificada con poderes sobrenaturales y no en pocas regiones de nuestro país, el embarazo era ocultado, mientras objetivamente no fuera visible, con ello se protegía también a la mujer de una posible "envidia". La noticia del embarazo de una mujer causaba regocijo, pero se debían evitar situaciones que se presentaban antes como la relación sexual ya que esta podía causar problemas en la formación del feto y/o en la madre (Holland, R.1990). La fertilidad de la mujer por tanto se asociaba a una vida próspera y se procuraba por todos los medios a su alcance garantizar la permanente reproducción de la familia, esto mismo lo podemos observar aun en nuestros días gracias a los aztecas ya que ellos tenían una serie de deidades femeninas relacionadas con la procreación y la maternidad por lo que la mujer en cinta quedaba bajo la protección de las diosas de la generación y la salud (Teteoinan, madre de los dioses y patrona de las parteras, Yoallicitl y Ayopechtli, diosa de Iostemazcallis).

La diosa de la luna simulaba el principio femenino en la cultura Tzotzil, y como tal, sigue siendo hasta nuestros días, la patrona de la procreación y del parto, la mujer se ve muy similar a una diosa durante este período, es ocultado el embarazo durante los primeros meses para evitar las posibles envidias, también los hijos eran traídos al mundo como un fruto.

En nuestro país tenemos un promedio de 57 diferentes grupos étnicos con lenguaje, costumbres, mitos, creencias, etc, diferentes, donde la maternidad es sumamente valorada por ejemplo entre los otomíes; y las costumbres para una protección del embarazo de la madre y al hijo en formación abarcan periodos bastante prolongados (Godelier, 1985).

Los Tojolabales poseen una cultura enriquecida de manera extraordinaria, por una constante práctica de los elementos simbólicos y rituales que abarcan todos los espacios de la vida cotidiana. El embarazo, parto y puerperio constituyen episodios colectivos de gran valor y es imposible desvincularlos de las concepciones más profundas de su cultura.

Entre los mexicas la futura madre recibía durante el período gestacional los cuidados y atenciones de parte de la Ticitl (partera), seleccionada desde el tercer mes estas mujeres no se limitaban a la atención de la gestante y su asistencia al parto sino que la sometían a todo un proceso educativo de tipo tutelar. Ejercían influencia en la pareja en cuanto a costumbres

como vestimenta, hábitos morales, higiene, prácticas sexuales, alimentación, etc., pero sobre todo, dice Pérez Salazar "preparaban a la mujer emocional e intelectualmente mediante una educación muy bien planeada.

En esta misma cultura la partera examinaba a la mujer para ver que la criatura viniese bien colocada y aconsejaba a ésta "que no tomase pena ni enojo, ni recibiese algún espanto para que no abortase ni causara daño a su feto. Mandaba igualmente a los de la casa que lo que quisiese o se le antojara a la gestante, que luego se lo diesen a fin de que no se dañase la criatura... que no mirarse lo colorado porque no naciese en mala posición su hijo... que no ayuna separa no causar hambre a su hijo. También le mandaba que no comiese tierra ni tampoco tizatl porque entonces nacería enferma o con algún defecto corporal, que comiera bien... que no trabajase mucho y que no se espantase porque eso causa aborto.

En esta cultura a diferencia de otras dentro del mismo territorio encontramos que la relación sexual es necesaria para que el niño no naciese enfermizo esto durante los tres primeros meses, pero al final del embarazo es necesario abstenerse totalmente.

Prácticas alimenticias

En cuanto a la alimentación durante el embarazo la mujer recibía comida especial que incluía maíz, se creía que este alimento era el responsable de la formación de un hombre, de su cuerpo cuando lo consume en alimento sólido (tortilla o tamal) y de su sangre cuando lo consume en (atole o posol), (Ruz, 1982).

En la cultura cujileña el parto es denominado también como el compromiso de la mujer y el nacimiento del niño constituye para la partera y la madre un compromiso salvado. Se suprimen alimentos fríos como la piña, cítricos como el jocote amarillo, aguacate, carne de puerco, y pescado, pero se les recomienda alimentos calientes como: avena, pan, chocolate, huevo, frijol, galletas, en algunos casos se le ofrece a la mujer embarazada compuestos de ajonjolí y atole de maíz con avena (Ruz, op.cit.). Como se ve los cuidados durante el parto en general en México en comunidades indígenas, suele ser diferente a la realizada en lugares industrializados Atención del parto.

En la cultura mexicana cuando se llegaba la probable fecha de parto la partera se iba a vivir con la mujer para ella atenderla de todo a todo, al iniciarse el trabajo de parto le daba un baño de temazcalli, preparaba un espacio donde habría de parir.

Al formalizarse el trabajo de parto, le daba otro baño y después, en tiempo y caso oportunos, le hacía beber un poco de agua de raíz molida de una planta llamada cihuapactli que ayuda a nacer al bebé, si no nacía se le daba un medio dedo de la cola de un tlacuatzin o zarigüeya, en polvo. Con ello la mujer paría fácilmente, cuando la mujer moría en el parto, se le hacía una serie de rituales (los mismos que se realizaban a los hombres guerreros muertos), y se convertían en diosas llamadas Cihutetes que acompañaban a Xuitzilopochtli en su diario recorrido del cenit al ocaso, los mexicanos siempre buscaban tener hijos sanos para así poder contar con una población fuerte y sana.

Ahora, el nacimiento de un hijo es ya un fenómeno que compete a la pareja y a la familia, en tanto que el sexo y las condiciones físicas, con que nace el niño se asocian a la virilidad y salud de la estirpe del padre.

Por ejemplo los Huicholes de Michoacán, los Tarascos, los Totonacas de Papantla, Veracruz; son algunos grupos y lugares donde la madre penetra en un río cuando presenta ya el trabajo de parto junto con su pareja para recibir la llegada del hijo tan esperado, aquí se presenta una situación muy diferente a la vivida quizá por muchas mujeres ya que por las causas relajantes del agua fresca del río la mujer vive un parto diferente al institucional, de esta forma en poco tiempo nace el bebé, flotando de inmediato siendo sostenido por el padre quien junto con la mujer salen y con una piedra cortan el cordón esperando la expulsión de la placenta (Stivalet 1988).

En documentos y códices mexicanos encontramos además testimonios de que la mujer daba a luz en posición vertical (cuchillas, hincada o semisentada) la que le permitía una mayor capacidad de pujo natural y menos agresivo para el feto situación que afortunadamente aun se continúa en muchos lugares de nuestro país pero no aceptado por los ginecólogos radicales (Jurado, 1995), se han encontrado ciertas figurillas de una diosa azteca de los partos y de la fecundidad, Tlazolteotli, la cual presenta una postura en cuchillas. En investigaciones que se han realizado se ha llegado a la conclusión de que en esta posición se evitan enfermedades en la mujer tales como: flujos, inflamaciones de ovarios, fibromas, prolapsos, etc. además, esta postura permite a la mujer tener un perineo más fuerte y elástico el cual permite el paso del niño por el canal de parto además, que se ha demostrado que la posición horizontal de

decúbito dorsal ocasiona compresión de los grandes vasos a nivel abdominal, dada la presión sobre ellos por el útero ocupado contra la columna vertebral y produce episodios de hipoxiafetal (Jurado, op. cit). Además de dar a luz en cuclillas, la mujer suele ser atada al poste principal de la choza, la partera la atiende inclinada frente a ella, en tanto que el padre la asiste por la espalda aflojando primero una teja y subiéndola luego hasta el estómago y apretándola para apresurar el parto, así nace el niño normalmente, la partera se prepara para cortar el cordón umbilical. Si es un niño se lo corta sobre la cabeza de un hacha, si es una niña sobre la piedra de moler 1) para que sepa cortar los árboles y 2) para que aprenda y sepa moler el maíz. El cordón umbilical se cose entonces con hilo y las secundinas se entierran en un rincón de la choza.

En Tzintzuntzán aún en nuestros días, los hijos se consideran altamente deseados y en consecuencia se toman todos los cuidados para salvar al niño en peligro que puede resultarle de la envidia de los que resisten la nueva posesión de los padres (Foster, 1987); así el nacimiento de un niño sano es un acontecimiento de gran valor, pues la salud del niño se relaciona con la masculinidad y fuerza del padre. Esta misma situación se encuentra en otras culturas mexicanas como en el caso de una investigación realizada por Vong en 1983, en un trabajo de Zinacatán nos habla del cuidadoso desarrollo de prácticas colectivas asociadas a una red de producciones simbólicas que, a través de hablar, ver, abrazar y la utilización correcta del calor y tiempo, logran establecer la comunicación básica de su cultura. Reconocido el nacimiento como punto inicial del ciclo de la vida, este nacimiento del niño es recibido por los zinacatencos mediante un conjunto de rituales de aceptación y protección, existen oraciones y costumbres muy específicos como la que realiza la partera al recibir al niño que inmediatamente le frota sal dos veces en la parte superior de la boca y le presenta 3 chiles rojos, dando así calor muy necesario a un cuerpo muy frío.

La partera establece la identidad sexual del niño a través de entregarle determinados objetos asociados a las nociones de masculinidad y feminidad, madre e hijo son protegidos de la vista de otras personas y ambos son cuidadosamente bañados y cobijados en señal de acogida y protección.

Después de que ha nacido su hijo la mujer se acuesta y descansa, permanece inactiva 20 días en los cuales la llevan a bañarse en los baños de vapor, no regresa a sus labores hasta un mes después del parto (Holland, 1990).

Existen situaciones parecidas en América y una de ellas la encontramos en una región de Brasil realizan la labor de parto en el campo o en sus casas en posición de cuclillas, lo que ayuda a que el niño nazca como se dijo antes más rápido, además las mujeres brasileñas en muchas comunidades rurales aun realizan sus labores diarias como en cualquier tiempo en cuclillas fortaleciendo así la zona pélvica.

En el caso de muchas poblaciones mexicanas se ha encontrado el arraigo tan grande en las comunidades rurales al baño de temazcal que se expone parte de la traducción original que ha hecho Librado Silva acerca de un relato náhuatl referidos al temazcal

"Cuando nace un niño, a los 8 días se baña a la madre en el temazcal. El padre va a pedir prestado un temazcal, pero antes de encenderlo, adentro se le ponen incienso y velas, se pregunta su nombre y lo llaman, le dicen: Mira... aquí te ponemos incienso y velas, te ruego que nos permitas bañar aquí a este bebecito, haz que crezca bien, que nuestro padre lo cuide siempre, que nunca caiga sobre él la enfermedad que viva muchos años y que siempre está contento, todos seremos felices si vive bien, (en este momento se puede observar como la mezcla de las culturas está presente sin embargo, las prácticas prehispánicas como esta se han perdido), luego se hierve el agua, con una hierba aromática y se baña a la madre con su hijo. Después del baño el marido carga a la parturienta. No permite que camine, la carga hasta su casa. A veces, si la mujer es de gran estatura o si es gorda y pesada las cargan en un ayate amarrado a manera de Xiquipil (la amarra de las puntas), se introduce un palo no muy grueso y se pone sobre los hombros. Así se carga, cuando ya llevan a la parturienta a la casa, en la calle van arrojando la hierba de pirul con que se hojea o la grama que se tendá en el baño. Si así se hace, nada malo ocurrirá al niño, también cuando un niño nace los padres ofrecen xopacatl, esto quiere decir que le dan, a todas las personas que lo piden, una bebida alcohólica, pulque u otras cosas (Silva, 1984).

Las mujeres taramaras no acostumban el baño inmediato después del parto por ser una región extremadamente fría.

En los Olomies, en contraste, este baño se proporciona acabando de parir la madre procurando mantener calor dentro de la casa que se asocia al dios del hogar encargado

del cuidado de la madre e hijo

En un cuidadoso trabajo de investigación documental y de campo, varios estudiosos de la medicina tradicional mexicana compilan un amplio expediente sobre los aspectos culturales del embarazo, parto y puerperio en las áreas rurales de México; de las aportaciones de estos Rodríguez (1992), seleccionó la síntesis que hacen sobre los beneficios que se obtienen con el uso del Temazcal en su asociación con los primeros cuidados a la mujer puerpera y el recién nacido, dicen los autores

"La acción terapéutica del vapor de agua, la actividad terapéutica de los aceites esenciales de las plantas que se encuentran en la atmósfera saturada de vapor, que se produce en el interior del baño y los efectos de las infusiones que la puerpera bebe en el temazcal provocan a) eliminación de agua y productos del metabolismo por sudor, respiración y orina, b) un efecto galactógeno ayuda a la producción de leche, c) ayuda a quitar el paño, d) combate el frío postparto, e) permite reacomodamiento y desinflamación de órganos" (pág. 69, op cit.)

Corresponde ahora realizar una revisión general de las situaciones vividas en diferentes comunidades respecto al tema que nos concierne que por causas histórico-sociales se vieron entre-mezcladas dando con esto matices muy especiales de los cuales muchos nos pesan bastante ya que vinieron a romper con un desarrollo que ni siquiera conocimos por completo.

Como primer punto encontramos que una de las diferencias básicas dadas por ambas culturas es que mientras que Europa se rige por una religión monoteísta en México se da un politeísmo, debido a este tipo de religión cristiana, en Europa se le proporciona una educación sexual al hombre en desarrollo. Por el contrario en México desde que el niño nace se le comienza a educar en todo aspecto dentro de la cual está la educación sexual, enfatizando el hecho de que el acto sexual es "acto por el cual se hace la siembra de hombres" con esto se presentaba el respeto a la persona, a la pareja y a la comunidad

Esta relación se rompió con la llegada de los bárbaros ya que con ella se obligó a los mexicanos a casarse en edades cada vez más tempranas llegando incluso a los 12 años, a fin de aumentar el número de tributarios.

Como se puede observar existía una gran diferencia respecto a la enseñanza proporcionada, si realizamos una comparación con países europeos, México con su cultura estaba muy por arriba de estos países, la riqueza que teníamos no se podrá comparar jamás con la más alta tecnología existente en la actualidad.

Es importante hacer hincapié respecto a las diferencias existentes en las dos culturas la mexicana y la europea donde para la europea un embarazo significa vergüenza, sin embargo para la mexicana era un gozo y se ve como un regalo

Sin embargo, con la llegada de los bárbaros, el gozo que se vivía durante un embarazo se modificó, lo cual originó múltiples problemas que venimos arrastrando desde ese entonces, ya que en la actualidad se viven situaciones que en cierta medida no se comparan en nada a lo que vivían nuestros antepasados. Por ejemplo las creencias se vieron modificadas negativamente originando cambios histórico-sociales y culturales en nuestro país, ya que en la época de la colonia se entremezclaron las ideas sobre la procreación de ambas culturas conservándose afortunadamente aún algunas aunque muy pocas creencias y cultos al embarazo de nuestros antepasados.

Es aquí donde queda muy bien engranada la frase siguiente: Por lo que ... "Quién establece un diálogo con las antiguas creaciones de las culturas prehispánicas de México, podrá encontrar válidos pretextos para pensar y actuar en el ambiente mismo del hombre de hoy" (León Portilla inédito).

Concepción de la mujer, embarazo y parto: Visión actual

En México a pesar de los avances técnicos y tecnológicos existentes en nuestros días, el cuidado del embarazo y el parto es en múltiples regiones rurales atendidos por parteras, las cuales conocen las técnicas que ayudan a la mujer a parir, además de los rezos y recomendaciones especiales para la madre y es tarea del padre y de la familia contribuir al bienestar de la madre y del niño. Normalmente las mujeres campesinas no tienen conocimiento de la existencia de servicios médicos especializados, o no los desean por lo que continúan con la tradición de atenderse con parteras pero, a diferencia de años atrás, se ha dado un cambio importante respecto a la atención que ofrecen las parteras en sus comunidades esto es aunque el médico no cree en el trabajo de la partera, se sabe, sin embargo, que un importante número de niños nace en estas condiciones sin problemas, por lo que los médicos han decidido apoyar el trabajo de estas mujeres ofreciéndoles capacitación

para de este modo modificar en un porcentaje aunque mínimo los riesgos que pueden presentarse en el momento del parto, un ejemplo de dicha situación la encontramos en el Estado de México que en cooperación con los H. Hospitales Generales de Zona ofrecen este apoyo. De esta forma la atención a embarazadas en comunidades diversas es ofrecida por parteras empíricas, esto debido a la confianza que se tiene en ellas, además del alto grado de problemas para una asistencia, de salud primaria pública ya que existen regiones con un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad y el recurso médico no presta sus servicios por no encontrar en muchos de estos lugares las aspiraciones que buscan (Key, 1992)

Así sabemos que, las creencias las actividades y los métodos para parir son específicos de las culturas aunque diferentes todas en nuestro territorio y es además diferente a lo vivido en una institución.

Existen documentos que nos muestran estas vivencias del pasado pero aún en la actualidad podemos encontrar que estas tradiciones continúan por lo que es necesario rescatar cada uno de los métodos que podrían traer mayor beneficio no sólo a una comunidad en específico sino a comunidades diversas tanto en el campo como en la ciudad.

Una vez realizada la revisión histórica de lo que implica la atención de la mujer durante el embarazo y parto es importante abocarnos ahora a lo que ocurren la actualidad respecto a esto, y cómo es que la mezcla de culturas en nuestro caso occidental (española) con la mexicana en primer instancia, para después darse con otras culturas tanto europeas como americanas, confluyen dando así un matiz diferente a lo que envuelve el período gestacional los miedos, creencias, tabúes, etc deben vislumbrarse para así conocer el porqué de que en la actualidad la mujer, dá tanto peso al parto, olvidando de alguna forma que no es el más importante sino que el embarazo se inicia con la gestación y debe igualmente ser atendida. Por lo que daremos inicio a este apartado realizand recorridos interesantes que se entretujan en este período tan importante para el ser humano.

Embarazo

Hace algunos años todos fuimos niños, período del cual tenemos recuerdos tanto conscientes como inconscientes, aunque no recordemos todos, forman parte de nuestra vida, también tenemos vivencias de un estado anterior a nuestro nacimiento, cuando aun estábamos en el vientre materno, lugar cálido y con poca iluminación en el cual no existía ruido ni contaminación. Ahora, durante el periodo del embarazo le toca a la mujer revivir esa experiencia, no como la estrella de la obra sino como protagonista. Ahora será su bebé quien no deseará abandonar tan abrigador refugio pero tendrá que hacerlo, tal y como lo hicimos algún día, y también tendrá la oportunidad de engendrar a sus propios hijos, igual que ahora lo tiene la mujer. Es la historia que se repite y repetirá una y otra vez (Braune, 1992) ya que esta vivencia forma parte de nuestro proceso como seres vivientes.

Al nacimiento de un niño se le ha llamado "el milagro cotidiano" Es algo que con el paso del tiempo y la entrada de la industrialización, o quizá antes, ha cambiado de perspectiva viéndose ahora como un fenómeno común y, sin embargo, es un proceso de tal complejidad que está mucho más allá de cualquier logro humano artificial. Aunque parezca extraño, la naturaleza y el proceso de la gestación constituyen todavía una frontera, a la cual el científico desea llegar para lograr cambios sustanciales para el beneficio del hombre, pero que estos cambios más que benéficos podrían traer consecuencias diferentes a las que se desean, dicha investigación se realiza en la actualidad con el genoma humano, proyecto de investigación ambicioso que ojalá tenga los frutos deseados.

La gestación "programada" es una de las potencialidades del ser humano, a diferencia de los animales no racionales que tienen etapas de apareamiento, el hombre por el contrario tiene la capacidad de (engendrar seres similares a él, reproducciones capaces de sentir y vivir), poder reproducirse cuando lo desea, por lo que con el nacimiento de un niño, la humanidad está expresando sus anhelos de continuidad preservando la especie (idem).

La mayoría de las mujeres saben que están embarazadas aún sin haber recibido la noticia del médico, esto se debe a ciertas modificaciones que se presentan en el cuerpo de ellas. Los síntomas que pueden dar casi la seguridad de éste son La pérdida del período menstrual, agrandamiento del útero, endurecimiento y sensibilidad en senos, agrandamiento y obscurecimiento en pezones, náuseas matutinas, somnolencia, alteración del olfato, sialorrea, es decir mayor producción de saliva, acidez estomacal, compresión de vejiga cambios emocionales, etc que en ocasiones tienden a vivirse sin disfrutar de ellos

La maternidad es considerada por muchos como la máxima expresión de la mujer, ya que participa activamente en lo mejor de la creación, no obstante es la etapa de mayor

incertidumbre en su vida por la gran cantidad de incógnitas que plantea, es un hecho asombroso, su vida no volverá a ser la misma (Petruiska, 1991), por lo que toda mujer responsable ha de cuidar de su futuro hijo, no cuando lo siente en su seno, sino desde que tiene uso de razón deberá cuidar su salud física y mental. La maternidad va a procurarle muchas satisfacciones, preocupaciones, miedos etc., por lo que debe estar dispuesta a aceptarlos hasta sus últimas consecuencias (op.cit., 1978).

Este proceso se da de la misma forma como se produce en cualquier mamífero, una vez fecundado un óvulo, en las entrañas de una mujer se inicia la vida, esta situación puede hacer que ella por ejemplo, se sienta completamente conmovida, siendo recomendable que en este período se encuentre llena de confianza y seguridad con la mente libre de preocupaciones buscando lograr, de los meses que dura la gestación una época de alegría, por lo que debe aprender todo lo que sea posible respecto a la gestación, el embarazo, el parto, el nacimiento, el cuidado del niño además de prepararse para satisfacer todas las necesidades que ella vive desde el momento que se sabe embarazada sin embargo, esta situación no siempre se vive con alegría ya que se pueden presentar situaciones especiales, las cuales no muestran la llegada de un niño de la misma forma como se mencionó antes, por lo que se citará otra forma diferente de recibir la nueva de un embarazo además de algunas situaciones que vive la mujer al saber que espera un hijo...

Una mujer gestando no es aquella que espera pasivamente el desarrollo del embarazo, ni continúa insensible su vida exterior mientras el nuevo bebé crece dentro de ella. Por lo que debe realizar una serie de importantes adaptaciones psicológicas sin olvidar la necesidad de una adaptación a su nueva vida, además de un segundo cambio, de no madre al de ser madre, además de adaptarse a su hijo

La vida de una mujer cambia en muchos sentidos cuando concibe a un niño. Hasta ese momento pudo haber sido una persona de amplios intereses. No es raro que al principio lo lamente, porque comprende con claridad que ello significa una terrible interferencia en su propia vida. No está lejos de la verdad, y sería tonto negarlo. Un bebé representa una serie de dificultades y una verdadera molestia cuando no se lo desea y aun si se le desea pero llega antes o después del tiempo esperado. Si una mujer joven no ha comenzado aún a desear el bebé que lleva dentro de sí, "sentirá que ha tenido mala suerte" (Winnicott, 1970)

Observemos pues que la gestación en muchas mujeres más que constituir la oportunidad para el desarrollo personal, suele ser una crisis, porque los cambios que entraña son drásticos y absolutos, etapa en la que se debe repasar tanto el pasado como el futuro, de lo aprendido tanto por su madre como por su padre se encuentra en una etapa que no siempre resulta benéfica y con resultados positivos. Esto dependerá siempre de las aspiraciones que existen en la mujer, de su vivencia como ser, si se ha cubierto a ella misma las necesidades personales y sobre todo la aceptación del hijo que se está desarrollando dentro de su vientre.

Narremos entonces cómo vive una mujer el saberse y verse como una persona diferente por la noción de un embarazo ¿deseado?, ¿planeado? no sabemos pero leamos el siguiente párrafo.

"Anoche supe que existías. una gota de vida que se escapó de la nada se encendió un relámpago de certeza: sí, ahí estabas Existías. Fue como sentir en el pecho un disparo de fusil. Se me detuvo el corazón Y cuando reanudó su latido con sordos retumbos, cañonazos de asombro, me di cuenta de que estaba cayendo en un pozo donde todo era inseguro y terrorífico existe un miedo y es miedo de ti, del azar que te ha arrancado de la nada para adherirse a mi vientre Nunca he estado preparada para recibirte, aunque te he deseado mucho Siempre me he planteado esta atroz pregunta: ¿y si no te gustara nacer? Y si un día tú me lo reprochas gritando: ¿Quién te ha pedido que me trajeras al mundo, por qué me has traído, por qué? La vida es tan ardua, niño!... ¿cómo sabré que no sería más justo eliminarte, cómo sabré que no prefieres ser devuelto al silencio? Tú no puedes hablarme Tu gota de vida es tan sólo un nudo de células apenas comenzadas. Tal vez ni siquiera es vida Y, sin embargo no sé qué daría para que pudieras ayudarme con un gesto. un indicio Mi madre sostiene que yo se lo dí Mi madre no me quería, ¿sabes? Yo empece por error, por un instante de distracción ajena Y, a fin de que no naciera, todas las noches mi madre diluía en el agua una medicina La bebiá hasta la noche que me moví. dentro de su vientre se estaba llevando la copa a los labios En seguida la apartó y derramó su contenido en el suelo Algunos meses después me revolcaba al sol victoriosa Ignoro si eso ha sido un bien o un mal Cuando me siento feliz pienso que ha sido un bien cuando me siento infeliz pienso que ha sido un mal No obstante incluso cuando soy desdichada, pienso que me gustaría no haber

nacido, porque la nada es peor que la nada. Yo, te lo repito, no tengo miedo al dolor. El dolor nace y crece con nosotros, y una se acostumbra a él como al hecho de tener dos brazos y dos piernas. En el fondo, tampoco tengo miedo de morir, porque si uno muere significa que ha nacido, que ha salido de la nada. Yo temo la nada, el no estar aquí, el tener que admitir no haber existido, aunque sólo sea por casualidad, por error, por una distracción ajena. Muchas mujeres se preguntan ¿por qué traer un hijo al mundo?... Yo amplío esta conclusión a la vida toda, al dilema de nacer o no nacer, termino por exclamar que nacer es mejor que no nacer. Sin embargo, ¿resulta lícito imponerte a ti ese razonamiento? ¿No equivale a traerte al mundo basándome tan sólo en mi convicción? Eso no me interesa, tanto más cuanto que no te necesito para nada... Tu mundo es el huevo dentro del cual flotas...tu primer fuente de alimento era el globo en el cual flotabas, pero ahora caliente alimento soy yo a través del cordón umbilical"... (Fallaci, 1984).

En los párrafos anteriores se muestra la visión de la mujer gestando con miedos, temores, aspiraciones, ilusiones, etc. sabemos de antemano que este tipo de situaciones se han vivido siempre, en este período tan importante.

La experiencia demuestra, sin embargo, que gradualmente se producirá un cambio tanto en los sentimientos como en el cuerpo de la joven gestante. La dirección de sus intereses se modifica, abandona lo exterior por lo anterior. Poco a poco siente que el centro del mundo está en su propio cuerpo (Winnicott, 1970).

Para la mayoría de las mujeres, el cambio psicológico desde la femineidad juvenil, sea ésta dominante o dependiente, hasta la condición de madre inteligente y responsable constituye una transición importante. A medida que adquiere conciencia de su próxima maternidad, su único interés se centrará en el pequeño por nacer; de esta manera, el bebé será suyo en el más profundo sentido, y la mujer sea de él.

Lo más importante es su capacidad para sentir que su bebé es alguien que vale la pena conocer como una persona desde el primer momento, nadie puede saberlo tan bien como la misma mujer.

La mujer gestante sabe algo de su hijo por los movimientos que ha aprendido a esperar de él dentro de su vientre. Si los movimientos han sido frecuentes, la mujer se ha preguntado cuánto hay de cierto en eso de que los varones patean más que las niñas, en cualquier caso, ha sentido placer ante ese signo real de vida que expresan los movimientos. Y supongo que durante ese tiempo el bebé ha llegado a conocerla bastante. Ha compartido sus comidas, su sangre ha fluído con mayor velocidad mientras usted debía una taza de té por la mañana o corría para alcanzar el camión. En cierta medida el bebé capta su ansiedad, su excitación o su enojo. Su propia inquietud lo ha acostumbrado al movimiento y ya está preparado para que usted lo haga saltar sobre su rodilla y lo acune. Por el contrario, si usted es una persona tranquila, el bebé ha conocido la paz y quizá sabe que tendrá un regazo tranquilo y una cuna inmóvil. En cierto sentido, diría que la conoce mejor que usted a él (op cit, 1970).

Se considera necesario que "Hagamos que cada hijo sea un hijo deseado". Esta afirmación más que mostrar agrado muestra la necesidad de conciencia materna por el deseo de tener o no un hijo.

Conforme se han ido desentrañando los misterios y maravillas que entraña la reproducción, se ha adquirido, al través de las centurias, capacidad y técnica para lograr el nacimiento de seres con mayor potencialidad de desarrollar su genoma y conservar o aun mejorar su salud. Por supuesto que la conducta reproductiva se ha modelado en función de conocimientos científicos, capacidad, tecnología, tabúes religiosos, normas sociales y recursos disponibles. Con avances y retrocesos que oscilan desde el sacrificio de los malformados en países como en Esparta hasta la reproducción asistida que hasta nuestros días vivimos (Jurado, 1995).

Parto

Quizá se escuche un poco literario sin embargo es propicio por el momento mencionar que el parto, el instante en el que vimos la primera luz, estuvo rodeado de infinidad de preparativos y seguido de innumerables trabajos, todos ellos obedeciendo al anhelo de la naturaleza de continuar produciendo vida. Esta es una maravilla de la naturaleza, sin embargo, después de su nacimiento el ser humano es el animal más dependiente de todos los animales que habitan la tierra ya que tendrá que ser alimentado e instruido durante su vida hasta el día en que pueda ser capaz de proveerse de todo lo necesario para su existencia. Esta dependencia comienza desde el instante en que dos células una proveniente de supadre (espermatozoide) y, la otra de su madre (óvulo) se unen para formar una sola, con todo el

potencial para formar un nuevo ser.

Sin embargo no es sólo el hablar del parto como algo sin importancia ya que está rodeado de matices mágicos tanto negativos como positivos observando de esta forma que en la actualidad el gran problema lo representa la creencia del dolor transmitido de culturas europeas y que en la actualidad tienen la mayoría de las mujeres a punto de parir, este síntoma significa un obstáculo para el buen recibimiento de su hijo; quizá esto se deba a la cultura, las costumbres, las creencias que no nos han permitido conocer de qué manera vivir momentos tan importantes para una mujer, es decir toda mujer al llegar al momento del trabajo de parto desconoce los hechos más elementales del mismo

Ahora procederé a hablar de los diferentes tipos de atención a la parturienta en ese período que involucra lo arriba mencionado

Tipos de parto (atención actual):

La obstetricia ha tenido grandes avances, en los últimos 50 años ha reducido a un mínimo los riesgos reales del parto. Ha utilizado diversas técnicas como la insensibilización con anestésicos y/o analgésicos tratando de disminuir los síntomas molestos del trabajo de parto y el parto en la mujer, sin embargo estas técnicas si no son efectuadas por personal capacitado pueden producir riesgos a la madre y al producto.

Klaus (1981), agrega que muchos de los problemas que en el parto se presentan pueden ser en ocasiones producto de una mala atención médica, -sin dejar fuera otras variables no analizadas por el autor-, la utilización de fórceps inadecuadamente por médicos no capacitados se torna en ocasiones peligrosa y por lo regular se requerirá de mayor anestesia para la parturienta lo cual traerá consigo posibles problemas para el producto. Un avance significativo en nuestros días es la operación cesárea, se procede a realizarla cuando el feto no puede nacer por vía normal, debido a riesgos secundarios, como desproporción falo-pélvica, mala posición fetal u otros, sin embargo, cuando esta no se realiza en un tiempo adecuado llega a provocar sufrimiento fetal (Braüne, 1992), en otros casos muy cotidianos en nuestro país se realizan cesáreas no por problemas que puedan presentar la madre o el producto sino que se ve más bien como una forma de obtener mayores ingresos sobre todo en el caso de instituciones particulares.

Sin embargo, aspectos como la respuesta fisiológica al trabajo de parto, representada por las contracciones uterinas reportadas por las madres como dolores, no ha sido erradicada o siquiera disminuida a pesar de los avances que se han logrado hasta nuestros días. Resultando esto un obstáculo para su hijo, debido a que la mujer llega a la etapa de trabajo de parto desconociendo lo más elemental de esos cambios fisiológicos.

Se ha visto a través del tiempo que la técnica obstétrica en constante progreso ha dado mayor importancia al parto en sí que a la misma mujer olvidando el valor de la participación activa de la madre en todo el proceso y sin pensar en la incidencia psicológica que se puede presentar como desconocimiento de este valor.

Independientemente de esta situación, el sector salud propone metas que se deben cubrir en un tiempo específico, las cuales a mi parecer no se han cubierto ni siquiera en un 50% a lo largo de los años, la atención que recibe la mujer en el momento de parir continua siendo la misma de antaño con métodos rudimentarios de décadas atrás, las cuales no ofrecen las medidas preventivas en muchos casos necesarias para la mujer y su hijo.

La meta del sector salud para el año 2000 es que el 100% de las embarazadas tengan acceso a la atención prenatal por personal capacitado y se fijó para 1994 una meta intermedia del 80% (Materno Infantil, 1994). Del cual no se sabe si se logró o no.

Es necesaria una respuesta a esto por el hecho de que si la atención se diera como se dice no existirían los índices de morbi-mortalidad que existen en nuestro país. Se debe resaltar que en 1992 existía una mortalidad infantil de 52,502 niños de los cuales 34,861 (12 por mil) tienen origen directo en causas perinatales y una mortalidad materna de 5 por cada 10 mil nacidos vivos registrados en un número de nacimientos que se deduce equivalente a 2,798,000 en el año, además de una mortalidad fetal igual o mayor que la neonatal, lo cual nos da una mortalidad perinatal alrededor de 25 por cada mil nacimientos. Si a esto se agrega que más del 10% de los nacimientos, corresponde a niños con bajo peso y otro tanto son prematuros conformamos un cuadro poco satisfactorio de resultados en la atención materno infantil en la etapa perinatal (UNICEF 1992).

El trabajo de la ginecoobstetricia es importante a pesar de su errores pero siempre es menester mencionar que existen otros métodos que buscan ayudar a la mujer durante el

embarazo y el parto que si bien no son totalmente aceptados, si aportan beneficios a la mujer parturienta, algunos han proporcionado mejores resultados en cuanto al trabajo de parto y como consecuencia un menor traumatismo en el feto durante su nacimiento los métodos son:

El parto natural: Es aquel en el que, como es sabido, la mujer tiene un trabajo de parto y un parto sin ningún tipo de anestesia o analgesia y que en ocasiones puede ser atendida dependiendo del lugar geográfico donde se encuentre, por una partera, un médico, etc.

El parto consciente por medio de la yoga: Este método se apoya en la multidisciplinariedad del nacimiento en cuatro planos; psicológico, medicina natural, electroacupuntura y bioenergética.

Esta metodología pone atención en que una persona debe ser consciente de sí misma, el yoga significa unión, y se aplica a una unión con el ser que se desarrolla en su seno y se hace extensiva a su pareja además para esta metodología es importante que la mujer conozca que cada choque emocional se sintoniza con una secreción de sustancias tóxicas que provoca estragos físicos como: Aceleración del ritmo cardíaco, intoxicación de la sangre materna, aumento de la presión arterial, dilatación de los bronquios, etc.

Las prácticas de este método se deberán realizar diario durante 2 horas y consiste en ejercicios de gimnasia, baños de agua fría, sesiones de respiración, ejercicios de expulsión, relajación progresiva consciente, yoga intelectual, Xaltha yoga especial para mujeres gestando, ejercicios para los ojos y fisiología de la gestación

Parto sin violencia. También denominado parto bajo el agua, postulado este método por Levoyer que promueve complementar los trabajos de parto sin dolor, parte de la premisa de que con el buen trato que se le da al neonato desde el alumbramiento disminuyen los traumas propios del primer contacto con el medio exterior. Así en cuanto nace el niño es colocado sobre el vientre materno cerca del corazón con la finalidad de evitarle una separación brusca y cortante de la madre, quien acaricia y habla con amor y ternura, el cordón umbilical no se corta inmediatamente, la luz del lugar donde se pare al hijo debe ser tenue y la temperatura similar a la uterina no debe haber, de preferencia ruidos ni voces sólo las de la madre y el padre, el médico debe bañar al niño con agua a la temperatura que está acostumbrado, de ser posible el padre debe hacerlo con una previa preparación (Juárez, Guzmán, 1982)

El método de acupuntura Está basado en la filosofía china que dice que la enfermedad es un desequilibrio de energías vitales que posee la persona, lo que crea una respuesta de defensa ante un ataque externo, regula y potencia nuestras funciones vitales, la acupuntura tiene 20 circuitos o conductos distribuidos por el organismo (meridianos) y por ellos circulan las energías y aquí se establecen puntos que al ser presionados mediante un pinchazo estimulan la zona. En la obstetricia existe una veintena de puntos que sirven principalmente para aliviar el dolor durante el parto así la parturienta está consciente durante el proceso, las contracciones son más llevaderas iluminando sólo la sensación de dolor, estimula la dilatación y acelera las contracciones acortando el proceso de parto (Alvarez, 1990)

Una vez revisados diversos métodos aplicados al momento del parto, es importante marcar la diferencia que existe entre la ginecoobstetricia tradicional y algunas culturas sobre todo las orientales que buscan, más que quitar las molestias del trabajo del parto disminuir la intensidad de estas y sobre todo inhibir de ser posible los problemas que se pueden presentar en el niño al momento de su nacimiento

Método de psicoprofilaxis perinatal

El presente es un método que busca lograr en la pareja embarazada mujer y hombre que compartan la vivencia que modificará su vida en múltiples aspectos tanto fisiológicos biológicos, químicos, físicos, como emocionales, sociales, etc. Es un período para compartir y de adaptación personal y de pareja, donde aprenderán el conocimiento del funcionamiento del cuerpo de la mujer, la forma adecuada de cuidado, el desarrollo de la gestación, y parto. Así como su participación activa en el momento del parto, no sólo de la futura madre sino también del futuro padre, obteniendo así el nacimiento de un niño en las mejores condiciones posibles lo cual se pretende alcanzar por medio de este método.

La psicoprofilaxis perinatal es una de las formas de apoyar a la madre en el momento del parto, ya que no sólo proporciona a la madre preparación para vivir un parto consciente con participación activa, (Mesme, 1776, Zdrawmislow, 1959, Braid 1892, Liebaull, 1880, Platanov y Velvoski 1923, Lamaze y Vellay 1985 Bretón, 1991 Santibañez, 1992 y Curzio 1996), sino que además plantea ofrecer la posibilidad de prevenir problemas o daños que pudieran

producirse en el infante en el momento de su nacimiento

A partir de este método se permite además la posibilidad de investigar las diferentes situaciones emocionales que vive la mujer durante el período del embarazo, trabajo de parto y parto considerando que estas situaciones se orientan siempre hacia la cultura en la cual se desarrolla la mujer, teniendo presente que nosotros vivimos en una pluricultura la cual además se está viendo bombardeada por culturas externas como es el caso de Estados Unidos o Europa

Dar a luz es una función normal y natural de la mujer, es asimismo una experiencia intensa y desafiante. Una mujer que vive el trabajo de parto y el alumbramiento sin ninguna preparación posiblemente viva el parto como una experiencia frustrante sin ningún tinte de felicidad debido a la forma de vivirla gestación y los temores que acompañan al parto.

Las contracciones referidas como dolores al final del embarazo por ella, normalmente van acompañadas de temores y tensiones que la mujer realiza de manera inconsciente en su útero produciendo con esto que los músculos que se encuentran en el extremo inferior del útero se contraigan durante el parto, sin saber que estos músculos deben siempre estar relajados. Por lo que al educar a la mujer para vivir un parto diferente se vincula la enseñanza de ejercicios de respiración, musculares, relajación y sobre todo la participación activa en el proceso sin extremar medidas ni miedos.

Psicoprofilaxis significa prevención por medios psíquicos. Además de ser un método educativo, de aprendizaje y adaptación ligados entre sí y oportunamente coordinados, el método psicoprofiláctico se basa en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinto de los demás métodos de analgesia obsétrica, recurre a la palabra como agente terapéutico.

Esta educación permite además evitar la presencia de un conjunto de síntomas específicos que convierten a las mujeres en verdaderas inválidas y mártires de sus embarazos causados por el desconocimiento y la mala información que se tiene respecto a lo que representa la feminidad y la maternidad, de acuerdo a la influencia del medio ambiente en que se desenvuelve cada mujer.

Sin embargo cuando una mujer es entrenada a vivir el parto como experiencia de desarrollo consciente observa el nacimiento como lo más normal, si con miedos pero no con pánico. Aprende a reconocer la razón de cada aspecto del trabajo de parto esperando con alegría los sucesos que ocurrirán. Tiene confianza del momento en el que puede nacer el niño. Con el entrenamiento, una mujer no solamente aprende lo que ocurre durante el trabajo de parto sino que también adquiere técnicas que le ayudarán a controlar su cuerpo. Por lo que este método no pretende desterrar el dolor pero si educar la voluntad de la embarazada para que a su vez esta participe activamente en el momento del trabajo de parto y parto, continuando así la maternidad con una visión diferente ayudando a su hijo a lograr un desarrollo diferente con mayor expectativa

El trabajo se realiza en grupos pequeños de 5 a 6 mujeres, ya que aquí las parejas pueden asistir a las sesiones o la mujer acompañada de cualquier otra persona aquí ellas son las protagonistas principales de su parto ya que tienen el entusiasmo de prepararse física y psicológicamente. Esta es una técnica que tiene sus orígenes en Rusia con base o fundamento en los trabajos realizados por Iván Pávlov, en 1933 en la URSS empieza a condicionarse la posibilidad de educar a la mujer para evitarle el miedo al parto y además para someterla a una preparación física.

El principal objetivo del método psicoprofiláctico es lograr que la madre y, de ser posible la pareja, están suficientemente capacitados para permitir dar la vida a un nuevo ser en las mejores condiciones posibles, donde las madres y los hijos son los protagonistas principales. Por lo que el objetivo implica también poder lograr una transformación de la población de parejas con hijos deseados, no deseados, planeados, no planeados, etc cada vez más y mejor instruidas ya que los padres en la actualidad buscan tener una participación activa en el embarazo de la mujer así como, en el momento del nacimiento de su hijo. La mujer aprenderá no solamente lo que sucede durante el nacimiento, sino también cómo es la formación del hijo que espera, los riesgos y beneficios de una adecuada atención tanto médica como psicológica y ambiental además, de técnicas a usar durante el trabajo de parto y el alumbramiento lo cual le ayudará a trabajar en favor, y no en contra del proceso normal del nacimiento. Al formar un equipo con su mente educada y su cuerpo entrenado, la mujer estará

completamente despierta para la experiencia más memorable de su vida

El concepto del inicialmente llamado "método de parto sin dolor", tuvo su inicio en los estudios de Fisiología Humana de Pávlov, quien tuvo el mérito de convertirlo en un método científico

Ha tenido múltiples modificaciones a través del tiempo hasta hablarse de una preparación integral a la gestante y sobre todo en el momento del parto modificando de alguna forma este trabajo ahora no se habla de prevenir el dolor sino que la mujer aprende a vivir un parto, de forma participativa ayudando a su cuerpo y a su hijo para el momento del nacimiento.

Este tipo de método no forma parte del parto dirigido sino que es realmente una excelente preparación para que éste dé buenos resultados.

Aquí se juega la comprensión de la parturienta respecto a la vivencia del parto

Cuando la mujer espera a su hijo con amor y confianza, apenas experimenta molestia durante el parto, en cambio las que viven con temor el momento de ser madres, no sólo por miedo al parto sino a las obligaciones que pronto tendrán que enfrentar, tienen una probabilidad mayor de sufrimiento durante el trabajo de parto (Botella, Clavero y Cabrera, 1982).

Sin embargo antes de continuar lo relativo a este método es importante que conozcamos su origen para así comprender el por qué de su científicidad.

Realizaré un esbozo del método el cual tuvo su inicio hace un poco más de un siglo y aun en nuestros días se encuentra en constante evolución, implicando por tanto el mejor desarrollo del trabajo multidisciplinario en cuanto al trabajo profesional y respecto a la parturienta y su hijo, ventajas que posibilitan que los porcentajes mencionados arriba no desaparezcan de un día a otro pero sí que vayan disminuyendo sus porcentajes, sobre todo en el marco de morbilidad infantil. Es indudable que desde que el hombre adquirió conciencia de su existencia, se ha interesado y preocupado por conocer y mantener el proceso de reproducción que le ha permitido subsistir como especie.

Historia del método

El trabajo con mujeres embarazadas más importante no cabe duda que es el realizado por Iván Pávlov, gracias al cual tenemos la posibilidad de aplicación fundamentada científicamente.

Sabemos que el organismo animal como sistema sólo existe gracias a un equilibrio ininterrumpido de éste con el ambiente, este proceso se observa claramente en el hombre ya que los segmentos superiores del cerebro han alcanzado tal nivel de desarrollo que hacen posible la ejecución del trabajo racional, lo que nos diferencia del animal es la actividad social y laboral además del lenguaje. Las investigaciones de Pávlov, sus discípulos y sucesores han colocado los fundamentos fisiológicos de los procesos psicológicos dando así una explicación materialista a la psicoprofilaxis y a la psicoterapia, estos han demostrado que el arma de la psicoterapia es la palabra siendo un estímulo condicionado tan real como otros estímulos no verbales y es capaz de provocar en determinadas condiciones alteraciones fisiológicas en el organismo

Analizando lo antes mencionado tenemos que la forma fundamental de la actividad nerviosa es el reflejo, Pávlov subraya que la actividad refleja se da a partir del segmento inferior de la médula espinal, se desarrolla progresivamente adquiriendo una gran complejidad en la corteza cerebral. Para el estudio de la actividad del Sistema Nervioso Central Pávlov, la dividió en dos, en inferior que es innata y la actividad nerviosa superior que está dirigida a establecer la interacción del organismo y el medio exterior y determina la conducta de los animales y del hombre.

Dividiendo por tanto a los reflejos en incondicionados y condicionados, los últimos constituyen los elementos fundamentales de la actividad nerviosa superior. Los reflejos incondicionados son instinto nutritivo, de conservación, sexual, paternal de sociedad, etc. Los reflejos condicionados son: reproducción de los reflejos incondicionados

"El reflejo condicionado es un fenómeno cotidiano y de los más extendidos los conocemos con diferentes nombres: amaestramiento, disciplina, educación, costumbres, etc. no son más que las conexiones que se han formado en el transcurso de la vida individual, conexiones entre determinados agentes externos y determinadas reacciones de respuesta" Pávlov (1951, citado en Velvoski 1963). Por lo tanto los reflejos condicionados son el resultado de la formación de conexiones temporales en la corteza cerebral entre focos de excitación provocados por estímulos condicionados e incondicionados. El reflejo condicionado puede

sera un más fuerte que el reflejo incondicionado dependiendo la base de que se formó

Por lo que la idea de la anestesia durante el parto por métodos psíquicos apareció con el desarrollo de la psicoterapia, entendiéndose por ésta el empleo metódico de los medios psíquicos en el tratamiento de las enfermedades. Esta situación puede ser equiparada a lo reportado por A Yarotski en sus trabajos, donde se mostró la necesidad de una reeducación de los enfermos como una de las condiciones para el éxito del tratamiento. A él corresponde la exigencia de elevar el régimen médico al nivel de la tarea fundamental, entendiéndose por ello la creación de una tranquilidad emocional y una atmósfera terapéutica. Es decir al enfermo no se le debe ver, tratar y hacer sentir como enfermo sino que se debe crear un ambiente positivo y no negativo, como era quizá cotidiano entonces. La enfermedad no es otra cosa que la ruptura del equilibrio entre el organismo y el medio ambiente. Lo importante es que el enfermo se sienta como una pequeña parte de un gran todo

En 1909, G Nietkachov publica un trabajo sobre un nuevo procedimiento psicológico para tratar la tartamudez y da una base científica a la influencia pedagógica como principio general de la psicoterapia y psicoprofilaxis. A pesar de que este trabajo estaba consagrado a una enfermedad determinada, sus tesis fundamentales jugaron un papel importante en la psicoterapia en general y, portanto en el método de psicoprofilaxis del parto.

La fórmula de Pávlov de que la sugestión es el reflejo condicionado más simple y típico del hombre se ha convertido en una definición científica clásica, retomada por Platanov como base para sus investigaciones psicoterapéuticas, por tanto corresponde a él el gran mérito de haber dado a conocer los trabajos de Pávlov. Este método de preparación lo consideraban sus autores el mejor, puesto que, según ellos daba la posibilidad a los tocólogos de conducir el parto más tranquilamente. Sin embargo, con este método los médicos que no dominaban la técnica experimentaban grandes dificultades.

Para poner en marcha la funcionalidad del método fue necesario investigar aquellas situaciones antes no observadas por los médicos pero muy comunes en una mujer durante el trabajo de parto para así lograr que la educación fuera adecuada, aplicándose en el momento del parto las situaciones observadas fueron

1) Los partos en un gran porcentaje se dan en la noche. 2) Las parturientas, a veces, daban la impresión de ser neuróticas por la forma de comportarse durante el trabajo de parto y parto. 3) La parturienta durante las contracciones suele frotarse la región lumbar y el sacro, a colocar los puños debajo del sacro haciendo movimientos, etc 4) El éxito del parto está relacionado con la capacidad de la parturienta de realizar rápidamente y de modo preciso las indicaciones del médico

"Estas observaciones sueltas indicaban que el papel de las formaciones centrales superiores del sistema nervioso y la importancia de la regulación de la conducta de la parturienta, así como su estado psíquico para el curso normal del parto y la disminución de los dolores tenía una significación mucho mayor de lo que antes nos imaginábamos" (Velvovski, 1963).

El óvulo fecundado no produce en la mujer ningún cambio hasta no haberse implantado en alguna pared del útero, el óvulo fecundado es muy diferente del no fecundado y éste al ir creciendo excita los receptores de la trompa y provoca reacciones reflejas, la implantación es un nuevo estadio en el desarrollo del embrión, pero no del organismo de la madre. Las exigencias del embrión empiezan a crecer e influyen en el organismo materno por lo que la actividad refleja de la mujer embarazada se complica aun más. Por lo que se considera al estadio de la gestación como un estadio trágico y el estadio de parto como dinámico. Entonces encontramos respuestas respecto al nacimiento de un bebé, normalmente se sabe que el feto nace en la mayoría de los casos cuando llega a su madurez y no cuando ha pasado el término de gestación (op. cit 1963)

Cuando inicia una contracción en el músculo uterino hay un aumento de la superficie de contacto de su paredes con la ampolla fetal aumentando así la intensidad y el volumen de las contracciones poniendo en acción nuevos grupos de fibras musculares

Así la cabeza fetal, al descender excita los receptores de la musculatura estriada situada más abajo mientras que el cuerpo del feto continúa siendo el excitante del aparato receptor del útero. Así, se produce una suma de los reflejos de la musculatura lisa y estriada. Esto determina la unión de las potentes contracciones de los músculos de la prensa abdominal a las contracciones del útero

Aquí se manifiesta el hecho de la repetición de la excitación cada contracción refuerza

el reflejo a la contracción que ya se había elaborado. De esta forma se puede comprender la dinámica fisiológica de las contracciones, aunque puede hablarse de un aligeramiento en camino.

Pero no solamente se debe hablar del trabajo realizado por el cuerpo y la propia madre, se debe tomar en cuenta también el trabajo del propio feto estos se manifiestan en la aparición y refuerzo de sus propios reflejos técnicos del cuello (Burdenko, 1950). En el periodo de expulsión, los movimientos del feto se producen en virtud de los conocidos movimientos de rotación del mismo, que dependen de los excitante que de manera constante actúan sobre él.

Por lo que el parto debe concebirse no como un fenómeno local anatomofisiológico, sino como un complejo reflejo condicionado y un reflejo incondicionado en cadena. En él intervienen en íntima interacción, tanto el organismo de la madre como el feto.

Respecto a si el dolor debe sentirse siempre con características específicas es falso, se presentan los principios de ellos. No hay ninguna prueba de que los dolores de parto sean inherentes al acto del parto estos no son obligatorios en los parto de curso normal. La esencia del parto es un acto fisiológico induce a considerar que este es un fenómeno ajeno, añadido, provocado por circunstancias que no están incluidas en el propio acto del parto.

Entonces: ¿por qué hay dolor? y ¿por qué es un fenómeno de masas?

Se debe considerar que existe una actividad nerviosa superior de la embarazada y la parturienta en el origen de los dolores del parto, siempre se ha presentado la atención principal a estos factores locales. "no cabe duda alguna, escribe A. Nikoláev, que los dolores de parto están siempre condicionados por un substrato material".

Para que surja y se manifieste una sensación dolorosa durante el parto es preciso la existencia del aparato morfológico en todos los eslabones, desde los receptores en los órganos y vías genitales hasta la corteza cerebral, esto se presenta siempre a lo largo de la gestación y el parto; las excitaciones que rodean a la parturienta puede determinar una complicada actividad refleja que se origina durante la gestación y parto, cuando una gestación y parto marchan adecuadamente sin ninguna complicación ni ambiental ni biológica entonces, el parto seguirá un curso normal pero no obligatoriamente doloroso, el origen y carácter del dolor durante el parto se determinan por la reacción de la corteza cerebral la cual permite la aparición de sensaciones molestas sólo en condiciones especiales, este se origina cuando los estímulos que van de los órganos y vías genitales se suman en una descarga masiva de impulsos que se forman en los obstáculos y complicaciones del parto. Sin embargo, en la corteza cerebral pueden originarse, correlaciones que condicionan la aparición de reacciones dolorosas, incluso, cuando el acto del parto transcurre fisiológicamente no provocando de ordinario manifestaciones dolorosas.

La preparación de la gestante antes del parto constituye el eslabón principal en el sistema de la psicoprofilaxis. K. Skrobanski, eminente tocólogo soviético, señalaba ya en 1936 del gran valor que tiene el trabajo preparatorio llevado a cabo con las gestantes en el consultorio médico. La preparación de las embarazadas debe realizarse con medios de psicoterapia racional sin sueño hipnótico pidiendo al médico que lleve a cabo la preparación psíquica estuviera presente en el parto. En 1947 se subrayó como necesaria por instrucción oficial del Ministerio de Sanidad de la URSS. La preparación previa asegura el contacto entre el médico y la gestante, tomando confianza hacia la vivencia del parto. La cual debe proporcionarse a partir de la semana 32 del embarazo la cual debe ser concluida antes de 10 o 12 días del parto debido esto a que no siempre el niño nace en la fecha prevista y estos días que sobran pueden ser utilizados para repasar las sesiones anteriores. Siempre es importante tomar las sesiones completas ya que de ello dependerá el éxito del método y sobre todo la probabilidad de mejor aplicación por parte de la parturienta. Cada sesión está conformada por dos secciones la médica y la pedagógica.

Es importante que los grupos no sean mayores ni menores de 3 ó 6 personas ya que este es un trabajo en grupo no individual, además se debe tratar de homogeneizar al mismo pero por particularidades individuales como en el caso de mujeres con productos con presentaciones de nalgas, enfermedades cardiovasculares, desproporción céfalo pélvica, mujeres con enfermedades funcionales, etc. Para ofrecer la preparación correcta es necesario realizar una entrevista minuciosa que contenga las situaciones más específicas de salud materna posible, así como el ambiente en el que vive, etc.

Aunque pueda parecer reiterativo es importante mencionar que la educación en la etapa reproductiva de los seres humanos cobra vigencia a partir del nacimiento del sistema psicoprofiláctico y psicoterápico de los partos sin dolor en 1950. El concepto proporcionado

por Velovski y otros autores se originó apartir de la inquietud de disminuir las molestias durante el parto con lo cual se pretende preparar a las mujeres embarazadas para cualquier método anestésico del parto

En otros países, el sistema de psicoprofilaxis se difundió ampliamente gracias al entusiasmo e inmensa actividad de Fernand Lamaze, quien llamó la atención sobre el sistema de trabajo soviético no sólo en la prensa científica sino más en la ordinaria, sobre todo en publicaciones femeninas (Velovski, 1963).

Las nociones generales del método francés agregó innovaciones que, a su vez, fueron valiosas para los rusos. Aquí la psicoprofilaxis es una analgesia verbal que se basa en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de los demás métodos de analgesia obstétrica. Recurre a las palabras como agentes terapéuticos, se basa en el uso de los reflejos condicionados que estudian Pávlov y sus discípulos.

Su propósito es equilibrar la corteza cerebral de la mujer encinta, creando durante el embarazo cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicables al alumbramiento, librándose de influencias y recuerdos perniciosos que previamente ha acumulado y que pueden inhibirla en el momento del parto como se mencionó antes. Perdiendo de este modo la postura pasiva que normalmente presenta.

Antes de la creación del sistema de psicoprofilaxis, la mujer que paría sin preparación estaba sometida a la influencia de tres factores desfavorables.

1) La posturación, aumentaba los temores y emociones gracias a lo que escuchaba de las demás mujeres. 2) La mala educación había producido una relación condicionada entre el parto y el dolor imaginario el ambiente provoca que la mujer reemplace la palabra contracción por la de dolor. (cabe recordar que esto ocurre en muchos países europeos y asiáticos y que existen otras comunidades en las que no se presenta ni el miedo ni el dolor, recordando por tanto que el ambiente es el que va a influir en gran medida en la preparación para el recibimiento del nuevo miembro de la comunidad). 3) La desorganización cortical completa, consecuencia de la falta de estereotipos dinámicos apropiados, es decir la participación pasiva provoca que se impida la creación de una inhibición adecuada.

Por lo que es un riesgo que debe correr el instructor y sobre todo la mujer que está abierta al aprendizaje formándose para sí un ambiente de absoluta confianza.

A diferencia del trabajo de los rusos Vellay, ofrece la preparación en nueve sesiones siendo la primer sesión a los cuatro meses, en ella se le habla de los peligros que se producen por ignorancia además, se le enseña anatomía fisiología del embarazo y las ocho siguientes durante los dos últimos meses de embarazo dedicados a educación neuromuscular, ejercicios adecuados a la parturienta, la séptima a la actividad uterina y la última se habla acerca de los mecanismos del cerebro

Otra diferencia es que piden, al contrario de los rusos, un nivel especial en la mujer así como escolaridad, nivel socioeconómico, etc. (Vellay, 1985)

En 1970 fue escrito el libro Preparation for childbirth por Donna y Rodger Ewy, con el cual desearon ofrecer el conocimiento que ellos no solamente adquirieron sino que vivieron, como parte de la formación de su familia proporcionando un análisis de los papeles que juega la madre durante el embarazo y parto, y el papel que juega el padre en dicho proceso, por lo que el libro fue escrito no sólo para los médicos sino más bien para las madres y padres de los futuros niños por nacer

Los habitantes de este mundo se están transformando en una población con mayores necesidades de instrucción, desafortunadamente no en todos los casos los padres tienen conocimiento de lo que sucede durante el período de la gestación

Por lo que los autores escribieron el libro para que la pareja asuma un papel activo durante el nacimiento de su hijo además de la posibilidad de aprender y utilizar correctamente las técnicas adecuadas durante tan importante momento

La vivencia de esta pareja de autores se originó en el Hospital San Anthonyen Denver donde nació su hijo por el método Lamaze

Aunque el dar a luz es una función normal y natural en la mujer es a la vez una experiencia intensa y desafiante, al vivir dicha situación sin preparaciones probable que encuentre la experiencia frustrante y sin satisfacción.

Con el entrenamiento, la mujer vivirá con una actitud positiva hacia el nacimiento viendo en este fenómeno algo normal y natural. Adquirirá también técnicas que le ayudarán a controlar su cuerpo. aprende a responder a cada contracción respirando adecuadamente así con estos elementos la mujer estará preparada para asumir un papel activo y satisfactorio

durante el parto

En pocas palabras el método Lamaze prepara a la mujer emocional, intelectual, psicológica y físicamente para el momento del parto

En Estados Unidos de Norte América, el método ha tenido algunas modificaciones adicionales respecto a sus conceptos originales especialmente en el uso de anestésicos, la evaluación del dolor y el contexto de los ejercicios de acondicionamiento.

El uso de anestésicos no es necesario con este método, pero siempre que la mujer lo necesite el médico se encargará de proporcionar las cantidades más mínimas procurando no llegar al uso de estas.

Estos autores ya no hablan de un parto sin dolor sino de un parto participativo ya que se observa que algunas mujeres dan a luz sin dolor, existen ciertos factores físicos que pueden causar verdadero dolor a pesar del entrenamiento. La estructura física de la mujer, el tamaño del bebé y las complicaciones en el trabajo de parto son solamente algunos de los verdaderos problemas físicos que pueden contribuir al dolor. El objetivo del entrenamiento no es el de hacer el parto sin dolor, sino el de hacerlo una experiencia controlable y positiva. No obstante el dolor está presente, la madre preparada juzga su trabajo de parto y alumbramiento como un período de actividad, trabajo, concentración y confianza y no como una ocasión de pasividad, impotencia, angustia o sufrimiento.

Este método no es un método natural, por el contrario, está basado en principios científicos los cuales fueron ya revisados en los antecedentes.

Probablemente la principal ventaja del método sea la de permitir a la mujer asumir un papel activo en uno de los acontecimientos más creativos de su vida. De ser posible el padre también participa en esta experiencia.

La madre será capacitada para cooperar en el momento del parto, sin embargo esto no aumentará o disminuirá la probabilidad de que sea un parto normal, eso depende de la fisiología anatomía y respuestas neurológicas, debe estar preparadas para encarar su parto con determinación y perseverancia, como lo haría ante cualquier otra tarea desafiante, pero no debe tratar de ser mártir ni heroína, la meta primordial es un bebé sano y una experiencia positiva, la forma en que nace el niño es secundaria. Éxito es tener un bebé: ahí sano y sin ningún riesgo (Ewy y Ewy, 1970). Esta aportación tan importante para la ciencia y las nuevas generaciones de mujeres gestantes llegó posteriormente a América del Sur.

El libro *Te New Childbirth*, escrito por Erna Wright fue desde su apreciación en 1964 el libro de mayor aceptación para ser divulgado en 1966 en América Latina además de haber sido escrito por una mujer enfermera y partera que preparaba a mujeres inglesas, mantuvo pura la técnica de los franceses y sumo la esencia latina de tal forma que su trabajo ofreció impulsos para una metodología mejor planteada

La única condición que existe para que la mujer pueda ser capacitada es que muestre verdadero interés y quiera trabajar conscientemente para que su hijo nazca con éxito

Cada país cuenta con una cultura propia en su territorio por lo que el método se ha ido adaptando a las necesidades propias del territorio sin cambiar los principios. Así se dice entonces que una mujer adiestrada es aquella que se ha preparado para entender la manera cómo trabaja su cuerpo, especialmente sus nervios, músculos y sistema reproductor, sabe que el nacimiento de su hijo es algo normal de su cuerpo. Esta mujer conoce además los imprevistos que pueden ocurrir durante el parto y si todo hace ver que no será normal, aprende oportunamente a adaptarse mejor a tales situaciones. Comprende bien el porqué de la importancia de someterse a revisiones prenatales periódicas y también el bien conocido valor de la dieta y del descanso adecuados

Sin embargo, para lograr una experiencia diferente es necesaria la armonía física, que el niño está en posición correcta y que la estructura ósea de la madre sea de tamaño adecuado, asimismo es importante su actitud hacia la experiencia del nacimiento del bebé

Llegada la hora del trabajo de parto, usará la respiración correcta y el control muscular específico y especializado de la función que realiza su cuerpo. Únicamente la llevará a un parto más eficiente, que por lo general resultará menos tardado que los que se realizan en otras circunstancias

Teniendo en algún caso sufrimiento físico será aún menor y la recuperación será más rápida. Ya que solo un 30% del trabajo de parto corresponde al aspecto físico, mientras que el 70% restante se maneja con la experiencia emocional y psicológica de la madre. En este campo es donde realmente actúa la psicoprofilaxis (Wright, 1979).

En México se inicia formalmente la aplicación en la práctica médica del método

psicoprofiláctico de atención al parto con la inauguración, en 1969, de una clínica privada que recibe el nombre de única psicosomática en Gineobstetricia. Siendo sus iniciadores el Dr. Raúl Fuentes Calvo y Guillermo Santibañez.

Este método se considera como un método educativo, sin embargo, esta metodología, al igual que en todos los demás países se valoró por sus efectos anestésicos en el parto igualmente en el trabajo de ingreso en 1968 a la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia del Dr. Santibañez donde ya se expusieron los primeros diez años de ejercicio privado del sistema de psicoprofilaxis obstétrica.

El aplicar esta metodología en una institución del sector salud, el Centro Materno Infantil "General Maximino Avila Camacho" hizo defender con más fuerza la práctica como medio de educar a la comunidad.

En la práctica médica es necesario tener presente que todo individuo, sano o enfermo, forma parte de un grupo familiar. La familia constituye así, dentro de la sociedad, la unidad básica y la reproducción humana es la forma natural de conservarla. Nuestro país tiene características específicas ya que presenta una gran heterogeneidad económica, política y cultural, esto dificulta la proyección de la educación en la reproducción humana por las diferencias culturales con las que contamos.

En particular, en nuestro país, las condiciones en que es efectó a la reproducción tiene sellos especiales.

Somos un país joven, la mayoría es de estos jóvenes cursan edades abajo de los 20 años donde el 40.4% del sexo femenino contraen matrimonio antes de los 20 años y el 30.6% dentro de los 20 a 24 años así pues el 70% contrae matrimonio antes de los 25 años.

En estas condiciones, el riesgo que significa el embarazo a temprana edad grande, para que las mujeres adolescentes están preparadas para la maternidad va a depender de sus propios recursos físicos y emocionales, de las condiciones económicas de su familia y su educación aquí es donde sobresale la importancia de la capacitación en psicoprofilaxis perinatal que aún en nuestros días no es muy aceptado sobre todo en el ambiente de salud pública (Santibañez, 1992).

Sin embargo, siempre existen instituciones que creen en este trabajo como lo es... El programa educativo de psicoprofilaxis perinatal, creado en 1981 en el Hospital 1ro. de Octubre del ISSSTE el cual desde entonces forma parte del servicio de Ginecoobstetricia, capacitando desde entonces a más de 6000 parejas, que han cursado un embarazo.

Los recursos importantes de este método, son la capacitación, la información y la motivación que se brinda a los participantes a este curso, el cual tiene una duración de 20 semanas.

1) Capacitación:

Capacita a la embarazada, para prevenir y mejorar los malestares propios del embarazo, originados por las modificaciones en el sistema músculo esquelético, que algunas veces llegan a ser incapacitantes.

Fagastante se adquiere el control necesario sobre los músculos que participan durante el parto.

Coordina sus esfuerzos con la dirección del equipo de salud, logrando que el nacimiento de su hijo se realice en óptimas condiciones, disminuyendo así accidentes obstétricos.

La parturienta conoce cómo y cuando controlar la sensación desagradable producida por la actividad uterina, mejora las condiciones de adaptación al trabajo de parto y el bienestar de su hijo durante el mismo, lo que le permite tener una experiencia positiva de este evento, misma que puede compartir con su compañero siempre y cuando él haya asistido a la preparación junto con su pareja.

2) Información.

Las parejas deben asistir semanalmente a recibir la información impartida por médicos especialistas para así reconocer los síntomas y modificaciones que indiquen que el embarazo no transcurre normalmente, pudiendo acudir a solicitarla atención necesaria, misma que será brindada oportunamente asimismo están preparados para identificar la sintomatología propia del verdadero trabajo de parto.

3) Motivación

El que, la pareja participe en el método educativo de psicoprofilaxis perinatal se refuerza con la presencia y relatoría que hacen de las experiencias vividas los padres que han dado a luz a sus hijos. Lo que les permite identificar el compromiso adquirido voluntariamente.

con sus hijos, así como evaluar lo importante de la protección que como padres responsables brindan a su familia, modificando patrones de conducta que se reflejan en el cuidado de hacer una adecuada planificación familiar, tomando en cuenta de manera consciente factores importantes como preparación del organismo femenino, mejoramiento de su nivel económico y la participación en el desarrollo y crecimiento de sus hijos (Bretón, 1991).

Cómo se observó, dentro de la historia del hombre han existido diferentes visiones respecto a todo lo que implica el embarazo y el nacimiento del neonato, sin embargo aun queda mucho por andar debido a que a pesar de existir en la actualidad una variedad extensa de herramientas con las que se puede lograr prevenir problemas al nacimiento, estas aún están muy lejos del alcance de toda la población femenina, por tanto el utilizar el método psicoprofiláctico como parte del trabajo realizado con mujeres embarazadas formó parte de la inquietud por intentar un involucramiento de las mujeres y que a su vez ellas tomaran conciencia de la importancia de su participación durante todo el periodo del embarazo, así como durante el trabajo de parto y el parto para lograr con ello la prevención de posibles alteraciones en el desarrollo de neonato

A continuación procederemos a mostrar la metodología utilizada para la aplicación de la investigación.

CAPITULO IV METODOLOGÍA

Los supuestos teóricos principales del estudio realizado se derivan de varias investigaciones que demuestran la capacidad de modificar las respuestas de una mujer, tanto fisiológicas como psicológicas durante el embarazo y básicamente en el periodo de trabajo de parto. Esto dado el alto porcentaje de niños que presentan probables complicaciones durante el nacimiento y la poca o nula participación de la madre para un nacimiento satisfactorio para los dos, por lo que es importante destacar la evaluación de los efectos de la preparación de la embarazada integrando el bagaje cultural con que cuenta es decir, sus creencias, mitos, costumbres, además de la atención médica requerida tanto general como especializada.

Objetivo General.

Emplear la psicoprofilaxis perinatal como una estrategia preventiva de primer nivel para niños con Alteraciones en el Desarrollo Psicológico, durante los periodos pre, perinatales y postnatales, en una población perteneciente a una comunidad suburbana.

Objetivo específico I:

Detectar las condiciones previas y durante el embarazo (de vida, salud, atención médica, alimentación, aspectos emocionales, participación del padre, creencias, mitos y costumbres respecto al embarazo), de las mujeres que pudieran estar asociadas con una futura Alteración en el Desarrollo Psicológico de su hijo.

Objetivo específico II:

Proporcionar un curso de psicoprofilaxis perinatal a las mujeres interesadas, con el propósito de generar una estrategia preventiva de primer nivel para casos de niños con Alteraciones en el Desarrollo Psicológico.

Objetivo específico III:

Obtener, a partir del reporte de la madre, los beneficios de haber participado en un curso de psicoprofilaxis perinatal

Pregunta general:

En que medida la preparación en psicoprofilaxis perinatal de la mujer embarazada aporta beneficios al feto durante el periodo prenatal, preparación al nacimiento y el nacimiento disminuyendo posibles complicaciones en el estado anímico de la madre durante el parto además de los beneficios para la mujer?

Método:

Delimitación del campo de investigación:

El proyecto de investigación se llevó a cabo en tres ámbitos diferentes, el primero en la comunidad de Chalma en el CDEC-Chalma por una duración de 8 meses, en segundo ámbito fue una clínica particular cercana a la comunidad antes mencionada por aproximadamente 1 año 3 meses finalmente en el Hospital General de Tlalnepanitla "Valle Ceylán" por 1 año 8 meses

Lugar de trabajo

Los lugares donde se trabajó como se mencionó antes fueron tres

El primero fue en el CDEC-Chalma ubicado en la colonia Guadalupe Chalma en uno de los salones del mismo centro, el cual tiene las siguientes características. Es una aula de lámina prefabricada aproximadamente de 5x4.5 mts., pintada de color blanco con iluminación

natural y artificial, una puerta y una ventana y piso de concreto, con sillas y mesas pequeñas ya que es un centro infantil y dos colchonetas donde realizaban ejercicio las mujeres embarazadas.

El segundo fue en el Sanatorio particular ubicado en la Colonia San Lucas Patoni se trabajó en un quirófano en desuso el cual mide 2.5x4mts con una puerta que se abre y cierra al empujarla, dos colchones y 10 sillas e iluminación artificial, desafortunadamente sin ventilación por ser un quirófano.

El tercer lugar donde se trabajó fue el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán" ubicado en la colonia Valle Ceylán, se trabajó en el área de ginecoobstetricia en el 2do. piso del hospital en el aula del mismo servicio, el cual tiene una dimensión de 6x10mst. promedio con pizarrón, televisión, videograbadora, sillas, ventanas grandes, ventilación e iluminación natural excelente.

Equipo de trabajo:

En el primer ambiente el equipo de trabajo lo conformaron las madres que llevan a sus hijos a atención de educación especial al CDEC-Chalma y la psicóloga responsable de la investigación.

En el segundo ambiente el equipo de trabajo lo conformaron dos médicos uno general y la otra una ginecoobstetra del Sanatorio, además de la psicóloga responsable.

En el tercer ambiente el equipo de trabajo lo conformaron en primer lugar el anterior jefe de ginecoobstetricia el Dr. Arturo Tirado, dos enfermeras, médicos residentes, médicos internos y estudiantes de medicina de 5to. y 8vo. semestre de la carrera además de las mismas mujeres que asistían al curso y la psicóloga responsable

Material.

En el primer y segundo ambiente el material consistió en rotafolios con la información impresa, laminas de papel, hojas, lápices, plumones.

En el tercer ambiente el material consistió en gises de colores, plumas, lápices, plumones, laminas de papel, sábanas, toallas o cobijitas que las mismas mujeres llevaban.

Aparatos:

Los aparatos utilizados en los tres ambientes fueron la televisión, videograbadora y grabadora, en el primer casos proporcionadas por una de las mujeres que asistían al curso

En el segundo caso la situación fue similar ya que dos sesiones el apoyo fue proporcionado por una de las señoras y en otras situaciones el apoyo fue proporcionado por el Sanatorio

En el último ambiente gracias al apoyo del Jefe de Ginecoobstetricia por un periodo de 4 meses se pudo utilizar la videograbadora y la televisión y gracias al apoyo de varias mujeres cuando era necesario ofrecían la grabadora para trabajar con apoyo de audio.

Características de las participantes:

En un período de poco más de 3 años de investigación, se brindó un curso de preparación para el parto "psicoprofilaxis perinatal" a 350 mujeres, las cuales cursaban entre el 2do. y 9no. mes de embarazo, tanto mujeres primigestas (adolescentes, añosas), como multigestas (adolescentes, añosas), mujeres solteras o casadas, en algunos casos el esposo acompañaba a la mujer, en otros casos algún familiar madre, hermana, vecina, amiga, sobrinos.

Primer contacto:

La realización del estudio exploratorio abarcó principalmente dudas existentes respecto al embarazo y todo lo que gira en torno a él

Se utilizaron 4 encuestas. a) para las mujeres subsecuentes, b) para los cónyuges subsecuentes, d) para las mujeres primigestas y e) para los cónyuges primigestos, se realizó de esa manera debido a que de esa forma obtendríamos el conocimiento existente tanto en las mujeres que hayan parido un hijo así como de aquellas que es su primera experiencia cada una de las cuales investigó los siguientes aspectos:

Encuestas "Madres subsecuentes"

- 1) Condiciones de vida
- 2) Condiciones de los embarazos y partos anteriores
- 3) Aspectos emocionales.
- 4) Condiciones de salud
- 5) Creencias mitos y costumbres respecto del embarazo y lactancia
- 6) Sexualidad
- 7) Participación del padre
- 8) Ablactación lactancia y desarrollo

Encuestas "Padres subsecuentes"

- 1) Condiciones de vida.
- 2) Aspectos emocionales.
- 3) Prácticas de salud.
- 4) Creencias, mitos y costumbres respecto del embarazo y lactancia
- 5) Sexualidad.
- 6) Participación del padre
- 7) Lactancia, ablactación y desarrollo.

Encuestas "Madres primigestas"

- 1) Condiciones del embarazo y previas al embarazo.
- 2) Condiciones de salud
- 3) Creencias, mitos y costumbres respecto del embarazo y parto.
- 4) Alimentación.
- 5) Participación del padre
- 6) Ablactación, lactancia y desarrollo
- 7) Sexualidad.

Encuestas "Padres primigenitos"

- 1) Condiciones de vida.
- 2) Aspectos emocionales.
- 3) Prácticas de salud.
- 4) Creencias, mitos y costumbres respecto del embarazo y parto.
- 5) Sexualidad.
- 6) Participación del padre
- 7) Lactancia, ablactación y desarrollo.

Estos son los rubros particulares de las encuestas, aunado a esto se les hizo una pregunta acerca de las expectativas que pueden existir respecto al taller "Preparación para el parto" al que fueron invitadas

Procedimiento:

La investigación se realizó en dos fases las cuales se presentarán a continuación.

Fase I (Invitación al taller)

1) Se realizó una invitación abierta a todas aquellas parejas o mujeres (madres solteras, etc) embarazadas de la comunidad de Chalma de las colonias San Miguel y Guadalupe de la siguiente manera:

a) Las madres de los niños que asisten a clases al CDEC-Chalma invitaban a las mujeres embarazadas conocidas a una entrevista para incorporarse posteriormente al curso captandose 6 mujeres

b) Se fue a las escuelas cercanas de las colonias antes mencionadas tanto al CENDI donde hubo una participación mínima pero dió frutos, de este ambiente se captaron dos mujeres

En la Primaria Leona Vicario de la col. Gpe. Chalma la directora sólo aceptó que se le dejara la propaganda

En otra Primaria, de la colonia San Miguel Chalma se realizó una entrevista con el subdirector, se el proporcionó propaganda pero nunca llegó ninguna persona al CDEC-Chalma

En la Primaria Leona Vicario de la misma colonia se tuvieron varias entrevistas con la directora, en un primer momento en una pizarra de información se colocó la información del curso quizá esto fue por dos días a la semana por dos o tres semanas para quitarse posteriormente, en este lugar solicitaron para poder brindar el apoyo se proporcionarían pláticas sobre sexualidad a los alumnos de 3ro a 6to año desafortunadamente el trabajo que se pretendía hacer nunca tuvo frutos

c) Se hizo un anuncio, el cual se pegó afuera del CDEC invitando a las mujeres al curso, pero como no se veía o era poco vistoso se realizó otro repitiéndose la situación, por último se colocó un rótulo que mostraba explícitamente los objetivos del curso, sin embargo ni siquiera eso dio resultado, por lo que se procedió a visitar las iglesias de las colonias

d) Se tuvo una entrevista con el sacerdote de la iglesia de San Miguel Chalma quien ofreció invitar a las mujeres al final de cada misa sobre todo en las misas del domingo sin embargo nuevamente no llegaron mujeres al curso

También se tuvo una entrevista con el sacerdote de la iglesia de Guadalupe Chalma y

la situación se repitió no llegó nadie

e) Otra forma de trabajo fue pegar propaganda en los negocios cercanos a las colonias Guadalupe y San Miguel Chalma

f) Se visitó el Centro de Salud "Valle de Madero" donde se tuvieron varias entrevistas con las trabajadoras sociales del mismo para poder permitir la posibilidad de invitar personalmente a las mujeres embarazadas. Se iba 2 veces a la semana para invitar a las mujeres, de este lugar se captaron dos mujeres. Después de un tiempo se regresó y ofrecieron la posibilidad de trabajo en el mismo centro en una de sus aulas donde sólo se trabajó un día ya que no se pudo realizar debido a que las personas de la tercera edad tenían su curso a la misma hora así que toda posibilidad se vio nuevamente anulada.

g) Se pensó que otra forma de atraer población podrían ser los sanatorios particulares.

Después de 8 meses de investigación y al ver que únicamente asistieron mujeres de las cuales solo 5 continuaron todo el curso, se procedió a buscar otro lugar que pudiera dar otros frutos

2) Por sugerencia de la asesora se procedió a ir a un Sanatorio Particular de la zona donde se tuvo una entrevista con un médico general y una médica ginecoobstetra los cuales aceptaron con gusto este trabajo, el director también aceptó gustoso que se trabajara el curso dentro de las instalaciones del Sanatorio. Desafortunadamente a pesar de tener un porcentaje alto de mujeres embarazadas no se canalizaba a estas, más adelante se especificará el posible porqué. Después de un año de investigación y con una población no mayor a 18 mujeres embarazadas se propuso el proyecto en el Centro de Salud "San Lucas Patoni" donde ocurrió exactamente lo mismo que en Valle de Madero.

3) El último espacio donde se proporcionó el curso fue el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán" donde por ser un Hospital de Salubridad se tuvieron que llenar varios requisitos y la entrada a este fue lenta, pero con resultados positivos, la propuesta fue aceptada primeramente por el jefe de enseñanza y después por el jefe en turno el Dr. Arturo Tirado quién a partir del primer día aceptó el trabajo apoyando con propaganda (ver anexo) pegada por todo el hospital, ahí la invitación se hacía directa a las paciente. En un inicio por parte de una médica incorporándose enfermeras, trabajo social, así como de médicos residentes, internos y estudiantes además de las mismas mujeres que asistían al curso y por supuesto la psicóloga encargada de la investigación. En este ambiente se observó quizá más claramente el poco interés, curiosidad o quizá necesidad que tiene la mujer de prepararse correctamente para un parto diferente ya que se conocieron los múltiples casos que día con día llegan por la falta de interés en el bienestar de la propia persona y de su hijo

Fase I (Aplicación de instrumento)

CDEC-Chalma

Lo primero que se mencionaba a las mujeres al llegar al CDEC, era un resumen o esbozo general del trabajo que se realizaría si se incorporaban a la investigación posteriormente se les explicaba la importancia de aplicar una entrevista para conocer sus miedos, preocupaciones, creencias, dudas, etc. respecto del embarazo y nacimiento de su hijo.

Sanatorio particular:

Este caso fue muy similar al anterior, sobre todo la ventaja existente aquí era que la mujer tenía la certeza de que su hijo nacería en esas instalaciones lo que aumentaría la prevención de problemas durante el parto.

Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán"

A diferencia de los casos anteriores a las mujeres se les invitaba, llegaban y observaban el trabajo que se realizaba ahí, después de un tiempo y a evaluar que eran constante e interesadas se procedía a aplicarles la entrevista, esto es por que aquí las mujeres no están seguras de si su hijo nacerá en el Hospital o en algún otro lugar, además de ello la población es muy variable ya que algunas viven muy lejos, otras no tienen los medios para asistir cada ocho días, a otras definitivamente no les llamó la atención, entre otras

Fase II (Aplicación del taller)

"Preparación para el parto"

La aplicación del taller en el CDEC-Chalma tuvo una duración de un poco más de 16 semanas, debido a que la población era poca pero con un interés enorme por aprender las sesiones tuvieron tiempos variados, en un inicio tenían una duración de dos horas hasta llegar a durar cuatro o más horas, además de trabajar directamente en la casa de algunas de ellas gracias al papel tan importante que implicaba para ellas el aprender.

Sesión 1

- 1) Bienvenida.
- 2) Introducción al curso.

Tema I

"Cómo se forma una nueva vida"

- 1) Fisiología y anatomía de los aparatos reproductores; masculino y femenino.
- 2) Fecundación y desarrollo del óvulo.

Sesión 2

Tema II

"Adaptación de la mujer a una nueva situación"

"El embarazo"

- 1) Modificaciones físicas y químicas en el organismo de la mujer durante el embarazo.
- 2) Aumento de peso y volumen.
- 3) Alimentación durante el embarazo

Sesión 3

- 1) Es recomendable el ejercicio?
- 2) Principios básicos de los ejercicios para la mujer embarazada.
- 3) Deslizamiento de la pierna
- 4) Fortalecimiento del estómago.
- 5) Estimulación de Espina.

Sesión 4

- 1) Aplicación de ejercicios.
- 2) Relaciones sexuales durante el embarazo
- 3) El aborto espontáneo.
- 4) Movimiento del feto.

Sesión 5

Tema III

"Enfermedades durante el embarazo y su prevención"

- 1) Venéreas
- 2) Diabetes
- 3) Hipertensión arterial.
- 4) Toxoplasmosis.
- 5) Otras.

6) Ejercicios

Sesión 6

Tema IV

"Importancia del conocimiento del desarrollo de mi hijo a partir de la consulta médica"

- 1) Visitas al ginecólogo.
- 2) Amniocentésis y ecografía
- 3) Otros
- 4) Ejercicios

Sesión 7

Tema V

"Mi hijo va a nacer"

- 1) Trabajo de parto
- 2) Parto.
- 3) Tipos de parto
- 4) Ejercicios

Sesión 8**Tema VI**

"Importancia de la respiración en la vida cotidiana sobre todo durante el embarazo, trabajo de parto y parto

- 1) Ejercicios de respiración
- 2) Diafragma en la respiración y la espiración.
- 3) Ejercicios.

Sesión 9**Tema VII**

"Educación neuromuscular" (relajación)

- 1) Definición de relajación
- 2) Cómo se llega a ella.
- 3) Modificaciones que se producen gracias a la relajación.
- 4) Ejercicios

Sesión 10**Tema VIII**

"Trabajo de parto"

- 1) Dilatación:
 - a) Definición.
 - b) Tiempo entre dilatación y dilatación.
 - c) Tiempo que se necesita para una dilatación completa.
- 2) Modificaciones químicas y mecánicas durante el trabajo de parto.
- 3) Importancia de la conjugación Respiración-Relajación.

Sesión 11**Tema IX**

"El bebé va a nacer"

- 1) Tres maneras de presentarse el parto:
 - a) Aparición del contracciones regulares

RESULTADOS

Los resultados cuantitativos de la presente investigación presentan el trabajo realizado con mujeres embarazadas (primigestas y multigestas), se muestran 86 casos, de los que se tienen los datos completos, que corresponden a tres ambientes de investigación: El CDEC-Chalma, un Sanatorio particular de la zona y el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán". Del CDEC se obtuvieron datos de 10 mujeres embarazadas de las cuales 6 eran primigestas y 4 multigestas, del sanatorio se muestran los datos de 18 mujeres; 15 primigestas y 3 multigestas, y del Hospital, los datos de 58 mujeres; 44 primigestas y 14 multigestas

a) Resultado de la entrevista a mujeres primigestas y multigestas.

Los resultados que a continuación se muestran son los arrojados por las entrevistas realizadas a cada mujer embarazada, estos se expondrán de la siguiente manera: primero se mencionaran los datos del CDEC-Chalma, en segundo lugar del Sanatorio, finalmente del Hospital, además cabe enfatizar que no todas las preguntas van dirigidas a la primigestas y multigestas así que habrá algunas en las que sólo hará referencia a alguna de ellas

CONDICIONES DE VIDA.

Dentro de las condiciones de vida encontramos diferentes aspectos de suma importancia, ellos permiten tener un mayor conocimiento de las necesidades que en algún momento durante el embarazo pueda tener la mujer, entre ellas están; la edad, para el caso de nuestro estudio se encontró que estas varían entre los 15 años hasta los 32 años para el caso de las primigestas y desde los 19 años hasta los 36 años para las multigestas (ver tabla 1).

La tabla 2 muestra el tipo de familia al que pertenecen las mujeres de nuestra población entre las que se encuentran: Núcleo, extensa y extensa compuesta. Observamos primeramente el caso de las multigestas; en las tres poblaciones se encontraron porcentajes mayores para las mujeres que viven en familias nucleares 50%, 100%, y 71.42%, respectivamente, y en el caso de las primigestas, éstas pertenecen en un mayor porcentaje para familias extensas compuestas 66.6%, 45% y 33%, respectivamente. Además encontramos que el 50%, 60%, 43.1% de las primigestas tenían de "3.1 a 5" años de casadas. El 50% de las multigestas del CDEC-Chalma tenía de "3.1 a 5" y de "7.1 a 9" años. Al Sanatorio corresponde un 66.66%, con un tiempo de casadas de "9.1 a 13" años. Y al Hospital un 42.9%, con un tiempo de "3.1 a 5" años, (ver tabla 3).

En cuanto a las actividades cotidianas realizadas por las mujeres encontramos: trabajo doméstico propio, las primigestas comentaron realizar esta labor en un 50%, 86.6% y 95.5%, para cada caso. Las multigestas reportaron un 75%, 66.66% y 92.85%, respectivamente. Además, las mujeres no sólo realizan trabajo doméstico propio, ya que existen casos donde también realizan el trabajo doméstico de su madre, esto se observó en las primigestas en un 50%, 33.33% y el 20.5%, para cada caso. Las multigestas lo realizan el 50%, del CDEC-Chalma, el 0%, en el Sanatorio y el 7.14%, en el Hospital. Encontramos que la cooperación en el trabajo doméstico de la suegra solamente las primigestas del CDEC-Chalma y del Hospital cooperan con su suegra en un 33.33% y 20.5%, respectivamente. Solamente el 25% de las multigestas del CDEC-Chalma lo hace, las otras dos poblaciones no. Finalmente otra actividad que realiza el 100%, de las mujeres es ver la TV (ver tabla 4).

Además encontramos que las mujeres dejaron de realizar algunas actividades a partir de saber de su embarazo. El 33.33% de las primigestas del CDEC-Chalma dejó de trabajar, el 16.66% de jugar basquet y el 16.66% dejó de estudiar. El 50%, de las multigestas dejó de cargar objetos pesados, además el 25% dejó de trabajar. El 33.33%, de las primigestas del Sanatorio dejó de jugar basquet, el 26.66% de trabajar y el 20% dejó de estudiar. El 66.66%, de las multigestas dejó de cargar objetos pesados. En el caso del Hospital encontramos que el 27.27% de las primigestas dejó de trabajar, el 40.90% de estudiar, 36.36% de jugar basquet, y el 85.71%, de las multigestas no dejó ninguna actividad (ver tabla 5).

Las primigestas reportaron las actividades diferentes que realizaban durante el embarazo, el 33.33% del CDEC-Chalma teje y camina. Para el caso del Sanatorio el 26.66%, teje y con un 25%, las mujeres del Hospital tejen, duermen, hacen ejercicio, caminan, escuchan música, leen y realizan labores domésticas (ver tabla 6)

Otra de las actividades que realizaban durante el embarazo fue caminar, el 50%, 33.33% y el 40.90%, respectivamente, de las primigestas "camina más" y el 50%, 40% y el 29.6%, "camina igual". Lo que corresponde a las multigestas el 75%, 66.66% y el 78.57%, "camina

más" y el 25%, 33.33% y el 21.42% "camina menos", (ver tabla 7).

Respecto al tiempo que duermen encontramos que el 83.33%, 86.58% y el 56.81% de las primigestas duerme de 9 a 11 hrs El 75% de las multigestas de CDEC-Chalma de 6 a 8 hrs Del Sanatorio el 33.33% de 5 a 6 hrs y de 6 a 8hrs. Finalmente el 57.14%, de las multigestas del Hospital duerme 8 hrs. Además de ello encontramos que algunas mujeres suelen tomar una siesta durante el día por ejemplo el 16.66%, 80% y 50% de las primigestas, sin especificar qué tiempo y el 50%, 33.33% y 14.3% de las multigestas también.

Otro de los aspectos de importancia dentro de las condiciones de vida de la mujer es el número de miembros que componen su familias, los datos de las primigestas del CDEC-Chalma son los siguientes; el 83.33% vive con su cónyuge, de las cuales el 50%, vive además con sus padres y hermanos, el otro 50%, vive con sus suegros, cuñados El 50%, de las multigestas viven con sus padres, sus hijos, cónyuge, el otro 50%, vive con sus hijos y su cónyuge. En el caso de las primigestas del Sanatorio el 20%, vive con sus suegros, cuñados y cónyuge, el 20%, con sus padres, hermanos y cónyuge y el 60%, únicamente con su cónyuge. El 100%, de las multigestas vive solamente con su cónyuge e hijos. Las primigestas del Hospital el 34.09%, vive con sus suegros, cuñados y cónyuge, el 18.18%, con sus padres, hermanos y cónyuge El 64.28%, de las multigestas vive con su cónyuge e hijos, (ver tabla 8)

El 33.33%, 20% y 18.18%, de las primigestas y el 25%, 25% y el 7.14% de las multigestas además el 100%, de los cónyuges primigestos y multigestos trabajan fuera de casa, el 50%, de los hermanos y el 25%, la madre, para el caso del Sanatorio y del Hospital, el 100% de los esposos labora fuera de casa, también el 7.14%, el padre, hermano y madre, también para el caso del Hospital.

Algunas de las mujeres trabajan fuera de casa, el 100%, 66.66% y 37.5%, de las primigestas trabajan en el comercio, el 33.33% del Sanatorio, en empresa privada, y el 37.5%, del Hospital, en vacunación, el 25%, en maquila de pintura y el 25%, sin respuesta. El 100% de las multigestas es comerciante.

El 100% y 37.5%, de las primigestas del CDEC-Chalma y del Hospital trabajan en horario abierto, con un 12.5%, para cada caso de 8am a 15 pm; 8am a 17 pm; 8am a 18pm y sin respuesta, el 100%, de las primigestas del Sanatorio trabaja de 9am a 6 pm El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma tiene horario abierto de trabajo, el 100% del Sanatorio labora de 7am a 21pm y el 100%, para el caso del Hospital de 7am a 17pm. Como se pudo observar en el caso de las mujeres que trabajan fuera de casa generalmente existe alguien que coopera con ella en las labores domésticas así al 100%, de las primigestas del CDEC-Chalma su madre, al 100%, del Sanatorio su familia y al 37.5%, de Hospital su esposo y familia. Al 100%, de las multigestas de CDEC-Chalma nadie. al 33.33%, del de Sanatorio la familia y al 100%, de hospital los hijos.

CONDICIONES DE LOS EMBARAZOS Y PARTOS ANTERIORES

El 50%, del CDEC-Chalma y el 66.66%, del Sanatorio tuvo tres embarazos mientras que el 57.14%, de Hospital tuvo solamente dos La atención de los mismos fue en un 100%, en sanatorio u hospital.

En el caso de los abortos encontramos que el 33.33%, 26.64% y 4.54% de las primigestas había tenido algún aborto. El 75%, 0% y 14.28%, de las multigestas también

Respecto al tipo de aborto encontramos que el 100%, de las primigestas del CDEC-Chalma lo ignora, el 25%, del Sanatorio presentó por dolor de cabeza y sangrado, trabajo de parto y el otro por ingestión de medicamentos. El 50%, del Hospital abortó por accidente de trabajo, otro caso fue un huevo muerto retenido El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma y Hospital reportan que fue espontáneo. El 100%, de las mujeres del CDEC-Chalma no recibió ninguna atención, el 100%, de la población restante sí, esta fue médica Además reportaron en un 100% no haber presentado complicación alguna

Ninguno de los hijos de las mujeres del CDEC-Chalma falleció mientras que el 33.33% del Sanatorio y el 7.15%, del Hospital si falleció alguno Además el 75%, de las multigestas de CDEC-Chalma tiene un hijo vivo El 66.66%, del Sanatorio dos y el 71.42%, de Hospital uno

ASPECTOS EMOCIONALES

Entre los aspectos emocionales de las mujeres encontramos que el 100%, 93.24%, y 89.63%, de las primigestas deseó a su hijo, el 50%, de las multigestas del CDEC-Chalma deseo a todos sus hijos, el 25%, no deseó a su primer hijo, el 25%, sólo a su segundo hijo, el 66.66%, de las multigestas del Sanatorio, el 100%, de los hijos de las multigestas del Hospital, fue deseado pero el 7.14%, no deseó a su segundo hijo.

El 33.33%, 53.28% y 47.72%, de las primigestas planeó a su hijo, el 25%, de las multigestas del CDEC-Chalma planeó a su 1er y el 3er. hijo pero al 2do. no, el 66.66%, del Sanatorio sí, de Hospital el 50% también.

En cuanto a si deseaban un niño o niña encontramos que las multigestas del CDEC-Chalma reportaron en un 50%, desear una niña y el otro 50%, indistinto. Para el caso del Sanatorio el 100% respondió que le era indistinto, en el Hospital el 100%, deseaba que su primer hijo fuera niño, en el segundo el 66.66%, deseaba niño y el 33.33%, niña.

Las primigestas del CDEC-Chalma reportaron querer una niña con un 66.66%, y niño el 33.33%. Del Sanatorio el 46.62%, niño, el 26.64%, niña y el 26.64%, indistinto y del Hospital el 38.63%, indistinto, el 34.81%, desea niña y el 25% niño.

A las multigestas se les cuestionó acerca del número de hijos que les hubiera gustado tener y se encontró que el 50%, del CDEC-Chalma deseaba dos hijos, el 25%, uno y el 25%, tres. El 66.6%, del Sanatorio deseaba dos y un 33.33%, tres. El 64.28%, de hospital deseaba dos.

Al recibir la noticia del embarazo el 100%, de las primigestas del CDEC-Chalma reportó "estoy feliz, me siento alegre y bonito" "aceptan a mi hijo", el 60%, del Sanatorio "me siento feliz porque tendré compañía" y el 84.07%, del Hospital "me siento feliz, más sensible y a veces con miedo" Con un 50%, las multigestas del CDEC-Chalma "me siento feliz además al llegar este nuevo hijo podrá tener compañía mi otro hijo", el 25%, "mal porque traía dispositivo y me embarazé", el 25%, "no sentí nada", el 100%, del Sanatorio "sentí felicidad", el 71.57%, de las multigestas del Hospital "me siento feliz y con miedo" y el 28.57%, "regular".

Cabe mencionar que el 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma y del Sanatorio supo que estaba embarazada cuando no menstruó, el 50%, de Hospital se enteró al mes.

En lo que toca a los cónyuges, encontramos que el 50%, de los multigestos del CDEC-Chalma comentó que "se sintió feliz", "la besó y la abrazo", el 25%, "le dio gusto" y el 25%, "se sintió; alegre pero preocupado por la economía" El 33.33%, de los cónyuges del Sanatorio comentó "se sintió feliz la abrazó y la besé", el 33.33%, "sentio gusto" y el 33.33%, "se alegró y ya no está tanto en la calle" El 21.42%, de los cónyuges de multigestas comentó "se sintio feliz, la besé y abracé, el 21.42%, "le dio gusto", el 14.28%, "es una bendición", el 14.28%, "le dio risa", el 21.42%, "alegre pero preocupado por la economía", el 7.14%, "se enojó"

El 33.33% y 46.66%, de las primigestas del CDEC-Chalma y del Sanatorio comentó que su estado de ánimo era bueno, el 68.17%, del hospital comentó que era sensible y más o menos. El 50%, de las multigestas de Chalma comentó estar sensible más o menos, el 66.66%, del Sanatorio está muy bien, el 28.57%, del Hospital comentó que es regular y normal, contenta y con miedo.

Además el 100%, 53.28% y 31.81%, de las primigestas reportaron no tener problemas, el 46.62%, del Sanatorio reportó si tener al igual que el 65.90% del Hospital El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma y del Sanatorio reportó tener problemas y el 71.42%, del Hospital no El 33.33%, 13.33% y 4.54% de las primigestas reportaron que los problemas que más le afectan son los familiares, al 16.66%, 46.66% y 50%, no le afecta ninguno, al 50%, del CDEC-Chalma le afectan problemas varios como ser madre soltera, el alcoholismo de su pareja, al 26.66%, del Sanatorio le afectan los problemas económicos, y al 13.33%, su salud, finalmente al 29.54% del Hospital le afectan los problemas económicos, al 15.9% le preocupa donde nacerá su hijo, los problemas con su cónyuge, el estar sola. Al 75% de las multigestas del CDEC-Chalma le afectan los problemas familiares Al 66.66%, del Sanatorio no le afecta ningún problema Al 35.71%, del Hospital no le afecta ninguno, al 35.71%, los emocionales, el no tener la agilidad anterior, el que su esposo no puede estar con ella por el trabajo.

Las primigestas consideran que su estado de ánimo afecta al niño en un 83.33%, 80% y 97.72% El 75% de las multigestas del CDEC-Chalma considera que si afecta al niño el 100%. del Sanatorio curiosamente considera que esto no afecta al niño y el 92.85%, del Hospital considera que si

PRÁCTICAS DE SALUD

El 50%, 66.66% y 45.45%, de las primigestas tenía de "5 a 7" meses de embarazo en el momento de las entrevistas. El 50%, 33.33% y 71.4%, de las multigestas tenía de "5 a 7" meses (ver tabla 9) Como se observó se da un ingreso tardío a la atención médica

Comían de todo con un 83.33%, para el caso de las primigestas del CDEC-Chalma, y el 100%, del Sanatorio y del Hospital. Su alimentación la modificaron de la siguiente manera, el 33.33%, de las primigestas del CDEC-Chalma consumía más verdura y fruta, con un 16.66%, para cada rubro las mujeres consumían más fruta, más leche, más de todo, no hizo variación en su comida. Las multigestas el 50%, no hizo cambio en la alimentación, el 25%, consumía más fruta, el 25%, más fruta y verdura.

Del Sanatorio las primigestas el 26.66%, consume más de todo, el 26.66%, más leche, el 13.33%, más fruta, el 13.33%, más fruta y verdura, el 13.33%, no consume grasa animal y el 6.66%, no consume picante. El 100% de las multigestas consume más de todo

Del Hospital el 31.81%, consume más fruta y verdura el 25%, más de todo el 18.81%, no hizo cambio alguno el 13.63%, no consume picante, el 6.81%, consume más leche, el 4.54%, más fruta, el 2.27%, dejó las verduras. El 42.85%, de las multigestas no realizó ninguna modificación en su alimentación, el 28.57%, se alimenta con más fruta y verdura, el 21.42%, es una alimentación mejor, el 7.14%, disminuyó los azúcares y sal.

En cuanto a la modificación que realizaron las multigestas en su alimentación durante sus embarazos previos encontramos que el 100%, del CDEC-Chalma y del Sanatorio no realizó ninguna modificación. El 42.85%, del Hospital tampoco, el 28.57%, comía más fruta, el 14.28%, comía más, el 14.28%, no sal, no azúcar, más agua y lo que indicaba el médico. Y después del parto el 50%, de las multigestas del CDEC-Chalma comentó que si realizó un cambio por 40 días, el 50%, no comió grasas ni irritantes. El 100%, de las multigestas del Sanatorio no hizo ningún cambio, el 50% del Hospital no hizo ningún cambio, el 28.57%, no comía grasas ni irritantes, el 14.28%, modifican su vida durante 40 días, el 7.14%, comía más fibra.

Por otro lado se encontró que el 66.66%, 46.62% y 52.27% de las primigestas no realizaba ejercicio antes de embarazarse. El 100%, 100% y 57.14% de las multigestas tampoco (ver tabla 10).

En cuanto a los cuidados durante el embarazo encontramos que el 50%, de las primigestas de CDEC-Chalma tienen cuidados como el no cargar objetos pesados, caminar, comer bien, no tomar medicamentos, y no tomar bebidas alcohólicas ni fumar. Del Sanatorio un 40%, no tiene ningún cuidado, otros casos solamente comen bien, tienen reposo, no cargar objetos pesados. El 40.90%, del Hospital no carga objetos pesados, caminan, comen bien, va a revisión médica. Para las multigestas de CDEC-Chalma un 50%, no cargar objetos pesados, caminan o no tienen ningún cuidado, las del Sanatorio sus cuidados son 66.66%, no cargar objetos pesados y cuidarse. Respecto al Hospital el 28.57%, no carga objetos pesados, otras no tienen ningún cuidado otras, reposo, no ingerir medicamentos, vida normal, ir al médico, caminar cuidarse (ver tabla 11).

El 50%, de las mujeres multigestas del CDEC-Chalma ha modificado sus cuidados ya que ahora tiene más reposo, el 50%, no ha realizado ningún cambio. El 66.66%, de las multigestas del Sanatorio ha reposado más que antes, el 33.33%, no ha hecho cambios. El 57.14%, de las multigestas del Hospital han modificado sus cuidados, de este porcentaje el 7.14% ha dejado además de trabajar, el 42.85%, no realizó ningún cambio

Las primigestas del CDEC-Chalma modificaron los cuidados de la siguiente manera 33.33%, no cargar objetos pesados 16.66% para cada caso, no hubo ninguno, no comer carne roja ni de lata, trabajar menos mes a mes y descansar más. Para las multigestas el 50%, ninguno el 25% no carga objetos pesados. El 40% de las primigestas del Sanatorio, no cargar objetos pesados, el 40%, ninguno y el 20%, cuidados normales. El 66.66%, de las primigestas del Hospital tiene más reposo y el 33.33%, no. El 28.57%, de las multigestas no cargar objetos pesados, el 28.57%, ninguno, el 14.28%, reposo, el 14.28%, no ingerir medicamentos, vida normal 14.28%, ir al médico, caminar cuidarse. En relación a la utilización de algún método anticonceptivo se encontró que el 50%, 40% y 61.4% de las primigestas utilizó algún método anticonceptivo. El 100% 100% y 85.66% de las multigestas también (ver tabla 12). El 66.66%, 50% y el 77.7% de las primigestas lo utilizó durante 2 ó 4 meses. El 33.33% y 33.33% de las multigestas del CDEC-Chalma y del Sanatorio lo utilizó de 2 a 6 meses y de 1 a 2 años. El 54.5% de las multigestas del Hospital de 3 a 5 años (ver tabla 13)

Para las primigestas del CDEC-Chalma fue 100% efectivo, para las multigestas el 75%, también y el 25%, no. Para primigestas y multigestas del Sanatorio el método fue 100%, efectivo Para el 61.36%, de las primigestas del Hospital fue efectivo y el 38.63%, no El 64.28%, de las multigestas también, el 28.57%, no, el 7.14%, no dio respuesta.

El 66.66%, de las primigestas de CDEC-Chalma ingería el medicamento, el 33.33%, de las primigestas del Sanatorio su cónyuge era el que utilizaba el preservativo, el 33.33%, por observación del flujo vaginal y el 33.33%, de forma intrauterina. El 75%, y 66.66% de las multigestas del CDEC-Chalma y del Sanatorio utilizaba el método intrauterino y el 70%, de los cónyuges de las multigestas del Hospital utilizaba el condón.

Al 66.66%, de las primigestas del CDEC-Chalma nadie le recomendó la utilización de algún método Al 75%, de las multigestas un médico. Al 86.66%, de las primigestas del Sanatorio se lo recomendó el médico A las multigestas al 66.66%, el médico El 47.72%, de las primigestas del Hospital dice que nadie El 57.14%, de las multigestas comentan que lo recomendó el médico (ver tabla 14).

Encontramos que el 100%. 40% y 100% de los cónyuges de las primigestas sabían y aceptaron que su pareja utilizara algún método El 100%, 66.66% y 92.85% también

El 50% de los primigestos del CDEC-Chalma no quiso utilizar ningún método, con un 16.66% para cada caso; utilizó el condón, el coito interrumpido y no dio respuesta. El 75%, de las multigestos utilizó condón Respecto a los primigestos del Sanatorio el 33.33%, uso condón. De los multigestos el 33.33%, uso condón. El 52.27%, de los cónyuges de primigestas del Hospital no uso ninguno El 64.28%, de los multigestos tampoco.

El 75%, de los multigestos del CDEC-Chalma lo utiliza por prevención, el 25%, no porque lo usaba la mujer El 33.33% de las multigestas del Sanatorio no dio respuesta, el 33.33% lo usaba la mujer, el 33.33% porque no le gusta. El 28.57%, de los multigestos del Hospital lo usaba por prevención, el 42.85%, sin respuesta, el 7.14%, no usa por incomodidad, el 14.28%, lo usaba la mujer, el 7.14%, él confía en la mujer lo usaba.

El 83.33% de las primigestas del CDEC-Chalma, reportó que deseaba conocer más acerca de los métodos anticonceptivos el 16.66% no ofreció respuesta. El 100% de las multigestas desea saber más El 60% de las primigestas del Sanatorio desea saber más, el 20%, no y el 20%, sin respuesta De las multigestas el 100%, desea saber más. Al 100%, de las primigestas del Hospital le gustaría conocer más. El 92.85%, de las multigestas también y el 7.14%, no

El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma y el 83.33% Sanatorio además del 92.85%, del Hospital acudirían con un médico para conocer más mientras que el 16.66% del Sanatorio y el 7.14%, del Hospital dice saber todo.

El 75%, de las multigestas del CDEC-Chalma, comentó que generalmente acude a pedir información, el 25%, comentó que no, por falta de dinero El 100%, de las multigestas del Sanatorio sí acude El 92.85%, de las multigestas del Hospital también, y el 7.14%, no, por falta de dinero.

El 66.66%, de las primigestas del CDEC-Chalma antes de embarazarse no acudía al ginecólogo, el 16.66%, si, una vez al año y el 16.66%, no dio respuesta, de las multigestas el 50%, no y el otro 50%, acudía cada 6 meses. El 66.66%, de las primigestas del Sanatorio no y el 33.33%, si y el 100% de las multigestas si El 77.27%, de las primigestas del Hospital no, 22.72%, si, cada año El 64.27% de las multigestas acude al médico cada 6 meses o cada año y el 35.71%, no.

Pero, el 66.66%, de las primigestas del CDEC-Chalma al saber de su embarazo comentaron que asistían cada mes, el 16.66%, inicio su atención a los 7 meses, el 16.66%, cada que podía El 75% de las multigestas cada mes y el 25%, cada que podía Las primigestas del Sanatorio en un 100% cada mes, el 66.66%, de las multigestas, cada mes y el 33.33% cada 8 días debido a que su embarazo era de alto riesgo por dos hijos fallecidos previamente El 95.45%, de las primigestas del Hospital acudió cada mes a su revisión médica el 4.54% es variada la visita al médico el 92.85%, de las multigestas aumentaron la visita al médico el 7.14%, no y el 7.14% sin respuesta

En cuanto al deseo de tener más hijos encontramos que el 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma no desea más hijos. El 66.66%, de las multigestas del Sanatorio también, el 33.33% desea uno más el 100% de las multigestas del Hospital no desea más hijos El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma lo ha platicado con su cónyuges, el 66.66%, de las multigestas del Sanatorio también y el 33.33%, no y el 100%, de las multigestas del Hospital si ha platicado

CONDICIONES DEL EMBARAZO

Dentro de los síntomas más comunes presentados por las mujeres durante el embarazo encontramos que el 75%, de las multigestas del CDEC-Chalma no presentó síntomas como vómito el 25%, sí del 2do al 4to mes El 66.66%, del Sanatorio no, el 33.33% diario en la mañana El 14.28%, del Hospital no, el 71.42%, del 2do al 4to. mes y el 14.28%, diario en la mañana

El 50%, 40% y 34.1% de las primigestas tuvo enfermedades como gripe y tos, el 16.66%, 53.33% y 40.1%. no. El 25%, 66.66% y el 35.7% de las multigestas tuvo gripe y tos, el 50%, 0% y 14.3%, tuvo problemas en las vías urinarias, los cuales suelen ser problemas comunes (ver tabla 15)

Encontramos también que el 83.33%, 66.66% y 75% de las primigestas y el 75%, 66.66% y 78.66%, de las multigestas no ha presentado ninguna infección, (ver tabla 16) Además que el 100% de las multigestas consideró que no afecta al niño.

El 66.66%, el 73.7% y el 25%, de las primigestas no tiene conocimiento de lo que es una enfermedad venerea. El 100%, 66.66% y 50%, de las multigestas si, (ver tabla 17)

El 33.33%, 46.66% y el 31.9%, de las primigestas recibió información en la escuela. El 50%, de las multigestas del CDEC-Chalma con un médico, al 66.66%, de las multigestas del Sanatorio la información se la dió su familia y al 57.1%, de las multigestas del Hospital no dió respuesta, (ver tabla 18). El 100%, de la población reportó que acudiría al médico para recibir más información.

Entre otras de las enfermedades que presentaban las mujeres encontramos que el 50%, de las primigestas del CDEC-Chalma, ha tenido anemia y el otro 50%, no, sólo el 25%, de las multigestas, si, el restante 75%, no. El 93.33% de las primigestas del Sanatorio no y el 6.6%, si, un 33.33%, de las multigestas ha tenido anemia y un 66.66% no. El 93.18%, de las primigestas del Hospital no y el 6.18% si, el 28.57%, de las multigestas sí y el 71.42%, no. También el 50%, 33.33% y 85.72%, de las multigestas no presentó ningún problema como hiper o hipotensión, el 25%, 33.33% y 7.14%, ha tenido hipotensión, el 25%, 33.33% y 7.14%, hipertensión.

Entre otros de los aspectos de importancia para la salud fetal y de la madre encontramos que el 66.66%, de las primigestas del CDEC-Chalma nunca estuvo expuesta a RX, el 33.33%, si de dos años para atrás. Las multigestas nunca. El 93.24%, de las primigestas del Sanatorio nunca y el 6.66%, de 2 años hacia tras. Las multigestas nunca. El 100%, de las primigestas y multigestas del Hospital no.

Respecto a si pertenece al IMSS ó ISSSTE, encontramos que el 83.33%, de las primigestas del CDEC-Chalma no pertenece a ningún Instituto de Salud, el 16.66%, sí. El 75%, de las multigestas no y el 25%, si. El 59.94%, de las primigestas del Sanatorio no y el 40%, si. El 66.66%, de las multigestas no y el 33.33%, si. El 95.45%, de la primigestas del Hospital no y el 4.54%, si. El 57.14%, de las multigestas sí y el 42.85%, no.

El 75% de las multigestas del CDEC-Chalma atendieron sus partos anteriores en el Hospital de Tlalnepantla 75%, en Ticomán un 25% y en Atizapán un 25%. Las multigestas del Sanatorio se atendieron en San Lucas 66.66% y Hospital de Jesús 33.33% El 100%, de las multigestas del Hospital se atendieron en el mismo Hospital de Tlalnepantla

El 33.33%, de las primigestas del CDEC-Chalma atiende sus embarazos y partos en el Hospital Juárez, el 16.66% en San Lucas, el 16.66%, en Maternal infantil, el 16.66%, en el Hospital de Tlalnepantla y el 16.66%, en el Hospital de Jesús, el 50%, de las multigestas del Hospital de Tlalnepantla irá a Ticomán, el 25% aun no sabe y el 25% en el Hospital de Tlalnepantla. De las primigestas del Sanatorio el 20%, nacerá su hijo en el IMSS y el 80%, en San Lucas, en el caso de las multigestas del sanatorio el 33.33%, nacerá en el Hospital de Jesús, el 33.33%, nacerá en San Lucas y el 33.33%, no sabe aun. El 81.81% de las primigestas del Hospital comentó que su hijo nacerá en el Hospital de Tlalnepantla y el 18.18% nacerá en el IMSS. El 92.85%, de los hijos de las multigestas nacerá en el Hospital de Tlalnepantla, el 7.14%, no sabe aun.

CREENCIAS, MITOS Y COSTUMBRES RESPECTO AL EMBARAZO Y PARTO.

El 100%, de las primigestas del CDEC-Chalma y el 73.92%, de las primigestas del Sanatorio reportaron que pensaban y comentaban a sus conocidos estar felices (alegría, con gusto un poco preocupadas, que no existen molestias, etc) y el 13.33%, no quería al niño pero ahora ha pensado más y mejor y si lo quiere y el 13.33%, no platica con nadie. El 93.18%, de las primigestas del Hospital comentan estar felices por la llegada de su hijo, el 6.81%, no están tan contentas pero ya ni modo

Además el 83.33%, de las primigestas del CDEC-Chalma sentía y comentaba que estaba feliz con el embarazo, el 16.66% en un principio negó que estaba embarazada así que no platicaba nada. De las primigestas del Sanatorio el 13.33%, no estaba contenta y el 86.58%, que estaba feliz. El 84.09%. De las primigestas del Hospital estaba muy feliz, el 13.63%, que se sentía preocupada ya que no deseaba el embarazo, el 2.27%, que a veces estaba feliz, a veces preocupada

Al reportar como está la mujer experimentando todo lo relacionado con el embarazo, el 100%, de las primigestas del CDEC-Chalma reportaron sentir ternura, se sienten sensibles porque las consienten. Las primigestas del Sanatorio el 93.24%, se siente feliz y el 6.66%, tiene temor desea que su hijo nazca bien. El 50%, de las primigestas del Hospital sintió alegría, el 27.72%, siente mucha ternura, y el 13.63%, emoción y temor.

En relación a aquellos acontecimientos que pudieran en algún momento afectar al feto en desarrollo, el 16.66%, 20% y 22.7%, consideró que ningún acontecimiento puede afectar al niño y, el 33.33%, 6.66% y 20.5%, que los medicamentos que no mande el médico

El 25% y 66.66%, de las multigestas del CDEC-Chalma y el Sanatorio consideran que no existe nada que afecte al niño, el 25%, 33.33% y 50%, piensa que lo que afecta al niño son las adicciones, sustos y cargar objetos pesados, (ver tabla 19).

En cuanto a algunos acontecimientos que las mujeres llegan a pensar que pudieran afectar al niño en desarrollo encontramos a los:

Eclipses El 33.33%, 66.66% y el 84.09%, de las primigestas comentan que los eclipses no afectan al niño en formación. El 100% y 42.85%, de las multigestas del Sanatorio y del Hospital piensan que no afectan al niño sin embargo, el 75%, de las multigestas del CDEC-Chalma dice que estos sí afectan.

Alimentos fríos y/o calientes: El 83.33%, 100% y 100%, de las primigestas mencionaron que el ingerir alimentos fríos o calientes no afecta a niño. El 75%, 100% y 64.28%, de las multigestas opina que no afecta en nada al niño.

Sustos El 66.66% y el 81.81%, de las primigestas del CDEC-Chalma y del Hospital piensa que los sustos no afectan al niño y el 66.66%, de las del Sanatorio considera que sí pero no dice como. El 50%, 33.33% y 21.42%, de las multigestas dice que estos pueden ocasionar aborto.

Caidas y golpes: El 66.66% y 60%, de las primigestas de Chalma y del Sanatorio consideran que las caídas o golpes pueden ocasionar un aborto, el 86.63% de las primigestas del Hospital opinan que no afecta en nada. El 50%, 66.66% y el 28.57%, de las multigestas consideran que estos pueden ocasionar aborto y/o dañar al niño.

El 66.66%, 93.33% y 54.54%, de las primigestas no ha tenido ninguna caída durante el embarazo, el 33.33%, 6.66% y 45.45%, ha caído, estas han sido ligeras. El 50%, 100% y 78.57%, de las multigestas no ha tenido ninguna caída, el 50%, 0% y 21.42%, sí ha caído alguna vez

El 66.66%, 86.58% y 11.36%, de las primigestas no sabe que consecuencias puedan existir en el niño después de una caída. El 25%, para cada caso de las multigestas de CDEC-Chalma consideran que puede ocasionar aborto, problemas a la madre o al niño. El 100%, de las multigestas del Sanatorio no sabe que le pueda pasar al niño, finalmente el 50% de las multigestas del Hospital opina que no afecta en nada al niño. (ver tabla 20)

El 50%, de las primigestas del CDEC-Chalma no acostumbra cargar objetos pesados y el 50%, continúa cargando objetos pesados. El 60%, de las primigestas del Sanatorio no carga objetos pesados y el 40%, sí. El 81.81%, de las primigestas del Hospital no acostumbra cargar objetos pesados y el 18.18%, sí

El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma cargó objetos pesados durante este embarazo y los anteriores. El 66.66% de las multigestas del Sanatorio no y el 33.33% sí. El 50% de las multigestas del Hospital sí y el 50% no

El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma considera que no, el 33.33%, de las

multigestas del Sanatorio que no, el 33.33%, sin respuesta y el 33.33%, puede ocasionar una hernia. El 64.28%, de las multigestas del Hospital considera que ninguno y con un 7.14%, para cada caso; ahora no, quizá después, amenaza de aborto, dolor de espalda, puede provocar en el bebé una hernia y sin respuesta.

El 100%, de la población de los tres grupos considera que es mejor utilizar prendas de algodón holgadas.

Con un 33.33%, 33.33% y 54.54%, para cada caso de las primigestas no sabe ni conoce que medicamentos pueden afectar al niño. La medicación inadecuada con un 50%, 73.2% y 100%, corresponde a la que no recomienda el médico, el 68.18% de las primigestas del Hospital no sabe. El 25%, 100% y 42.9%, de las multigestas dicen que sólo se debe tomar aquello que mande el médico. Respecto a la medicación inadecuada el 75%, 100% y 100%, opinan que afecta en el desarrollo del niño ingerir medicamentos no recomendados por el médico, (ver tabla 21).

El 50%, 46.66% y 38.63%, de las primigestas no sabe cuáles alimentos son peligrosos, el 16.66%, 33.33% y 34.09%, comenta que el picante. El 25% y 21.4%, de las multigestas del CDEC-Chalma y del Hospital dicen que el picante es un alimento peligroso ingerir durante el embarazo y el 66.66% y el 28.5%, de las multigestas del Sanatorio y del Hospital dicen que afecta la comida chatarra, (ver tabla 22). En cambio el 100%, de la población considera que los alimentos mejores son: leche, verdura, carne, fruta.

El 50%, de las multigestas del CDEC-Chalma consideró que realizar ejercicio depende de la situación de la madre y el hijo, el 25%, consideró que es bueno, el 25%, malos. El 100% de las multigestas del Sanatorio que es positivo. El 42.85%, de las multigestas del Hospital que es bueno, el 42.85%, que es malo y el 14.28%, que depende de la situación en que se encuentren la madre y el niño.

El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma y el Sanatorio considera que el entorno familiar sí afecta al niño. El 14.28%, de las multigestas del Hospital consideran que sí, el 71.42%, que no y el 14.28%, no sabe.

El 100%, de las primigestas del CDEC-Chalma platica con su hijo, el 75%, de las multigestas platica con su hijo y el 25%, no lo hace solo en la mente. El 93.24%, de las primigestas del Sanatorio platica con su hijo y el 6.66%, no lo hace y el 100%, de las multigestas sí platica con su hijo. El 100%, de las primigestas del Hospital sí platica con su hijo. El 100%, de las multigestas también.

El 66.66%, de los cónyuges de las primigestas del CDEC-Chalma platica con su hijo y el 33.33% no, el 50%, de los cónyuges de multigestas platica con su hijo y el otro 50%, no. El 73.26%, de los cónyuges de las primigestas del Sanatorio platica con su hijo y el 26.64%, no lo hace, el 100%, de los cónyuges de las multigestas sí platica con su hijo. El 90.90%, de las primigestas del Hospital platica con su hijo, el 14.28%, de las parejas de multigestas a veces, el 64.28%, sí y el 21.42%, no.

El 50%, 47.72%, de las primigestas del CDEC-Chalma y del Hospital comentó que quien decide el momento del embarazo son los dos quienes deciden el momento de embarazarse, el 73.33%, de las primigestas del Sanatorio menciona que es él quien decide. Lo que corresponde a las multigestas el 75%, del CDEC-Chalma reporta que él es quien decide el momento del embarazo y el 100% y 71.4%, del Sanatorio y del Hospital dicen que los dos, (ver tabla 23).

El 33.33%, 66.66% y 59%, de las primigestas consideró que el parto natural es mejor y sin complicaciones. El 50%, de las multigestas del CDEC-Chalma considera que es mejor que la cesárea, el 66.66%, del Sanatorio que es mejor y sin complicaciones, y el 71.42%, del Hospital piensa que es mejor.

El 33.33%, 46.66% y 13.6%, de las primigestas dice que la cesárea es más dolorosa. El 75%, de las multigestas del CDEC-Chalma dice que es dura y difícil, el 66.66%, de las multigestas del Sanatorio comentó que la cesárea es mejor que el parto, el 64.28%, de las multigestas del Hospital considera que es mucho más difícil que un parto pero que en sus casos han sido necesarias.

SEXUALIDAD.

El 50%, 73.2% y 31.2%, de las primigestas considera que la pareja se pueden tener relaciones durante el embarazo pero deben suspender dos o tres meses antes del nacimiento. El 52.2%, de las primigestas del Hospital comenta que el tener relaciones puede lastimar al niño. El 75%, 73.33%, de las multigestas del CDEC-Chalma y del Sanatorio considera que es bueno continuar la relación sexual pero suspender unos dos o tres meses antes del parto, y el 42.85%, del Hospital se debe suspender cuando para la mujer sea incómodo, (ver tabla 24).

El 66.66%, 59.94% y 72.27%, de las primigestas piensa que existen otras formas de satisfacer a su cónyuge por ejemplo con cariño es como se pueden satisfacer. El 100%, 66.66% y 35.7%, de las multigestas opinan que con cariño. En las dos poblaciones aparece además con porcentajes menores situaciones como masturbación, sexo oral, que no existe ninguna otra forma de satisfacción y alguna no comprendió la pregunta, (ver tabla 25).

PARTICIPACIÓN DEL PADRE

Al 16.66%, 53.28% y 52.27%, de las primigestas su cónyuge la acompaña al médico. Al 75%, 33.33% y 28.57%, de las multigestas también.

Al 66.66%, de las primigestas del CDEC-Chalma ahora que esta embarazada si la acompaña, al 16.66% no y al 16.66%, a veces. Al 73.26%, de las primigestas del Sanatorio si y al 26.64%, no. Al 72.72%, de las primigestas del Hospital si y al 27.27%, no.

Al 75%, de las multigestas del CDEC-Chalma su cónyuge la acompañó en algún momento y al 25%, no por el trabajo de la del cónyuge. Al 100%, de las multigestas del Sanatorio si las acompañan. Al 57.14%, de las multigestas del Hospital también las acompañan, al 35.71%, no y al 7.14% a veces.

Al 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma y el Sanatorio su cónyuge la llevó al hospital o sanatorio para que naciera su hijo. Al 78.57%, de las multigestas del Hospital también y al 21.42%, no.

Por el 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma y del Sanatorio fue su cónyuge por ella. El 85.71%, de las multigestas del Hospital si, y el 14.28%, no.

El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma comentó que su pareja cooperaba con ellas en todo lo relacionado con el cuidado como alimentación y atención al niño. El 33.33%, de las multigestas del Sanatorio comenta que no cooperaba su cónyuge con ella, el 66.66%, que cooperaba en todo. El 71.42%, de los cónyuges de las multigestas del Hospital cooperaban en todo, el 14.28%, no cooperaba, el 14.28%, solamente cambiando pañales y dando a veces mamila.

El 100%, de las multigestas de Chalma comentó que la participación de su cónyuge fue con apoyo moral. El 66.66%, de las multigestas del Sanatorio en todo la apoyo, el 33.33%, no dio respuesta. El 42.85%, de las multigestas del Hospital su cónyuge la apoyo en todo, el 14.28%, no dio respuesta, el 21.42%, con apoyo moral, el 14.28%, con su compañía, el 7.14%, ninguno.

Al 50%, 46.62% y 63.63%, de las primigestas su cónyuge las acompañó a comprar lo necesario para el niño. Al 75%, 100% y 50%, de las multigestas también, (ver tabla 26).

ESTIMULACIÓN EN EL DESARROLLO

El 100% de las multigestas del CDEC-Chalma comentó que si estimulaba a su hijo antes de los tres meses de edad, jugando con el hablándole, dándole objetos y en específico el 25%, de ellas daba terapia a su hijo porque tenía luxación de cadera. El 33.33%, de las multigestas del Sanatorio no realizaron ninguna actividad con su hijo, el 33.33%, jugaba con él, le hablaba, le daba objetos, el 33.33%, sin respuesta. El 35.71%, de las multigestas del Hospital no realizó ninguna actividad con su hijo, el 35.71%, le hacia ejercicios, jugaba, le hablaba, el 28.57%, sin respuesta.

El 25%, de las multigestas del CDEC-Chalma no realizó ningún ejercicio a su hijo antes de los tres meses, el 50%, le jalaban los bracitos, las piernitas, los movian, les hacian gestos, etc., el 25% solo cuidarlo. El 33.33%, de las multigestas del Sanatorio no dio respuesta, el 33.33%, ejercicios el 33.33% cuidarlo. El 64.28%, de las multigestas del Hospital le hacian ejercicios con sus bracitos piernitas le platicaban, el 21.42%, no dio respuesta y el 14.28%, nada.

El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma comentó que las actividades variaron

conforme el niño crecía. el 66.66%, de las multigestas del Sanatorio comenta que como crecía, el 33.33%, no dio respuesta. El 50%, de las multigestas del Hospital comenta que como iba creciendo, el 14.28%, no, el 35.71%, no dio respuesta

El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma considera que el desarrollo de su hijo debe ser sano El 66% de las multigestas del Sanatorio considera que sano y el 33.33%, que debe ser mejor 14.28%, de las multigestas del Hospital considera que debe ser sano, el 21.42%, alegre, el 28.57%, normal y tranquilo, el 21.42%, estimulado, el 7.14%, no sabe

El 100%, de las multigestas del CDEC-Chalma consideró que el desarrollo de su hijo ha sido normal el 66.66%, de las multigestas del Sanatorio que normal, el 33.33%, sus niños no viven El 50% de las multigestas del Hospital comenta que ha sido normal, el 14.28% no da respuesta, el 7.14%, que ha sido perfecto, el 28.57%, que capta muy bien las cosas es alegre y despierto. Y desearían en un 100%, las multigestas desea el desarrollo de su hijo sea mejor que el de los anteriores.

LACTANCIA Y ABLACTACIÓN

El 100%, de las primigestas y multigestas del CDEC-Chalma no sabe que es el puerpereo, el 86.58%, de las primigestas del Sanatorio no sabe y el 13.33%, sí, el 66.66%, de las multigestas no sabe y el 33.33%, sí. El 95.45%, de las primigestas del Hospital no sabe lo que es el puerpereo, el 4.54%, sí, el 7.14%, de las multigestas sí sabe, el 78.57%, no y el 14.28%, no respondió.

El 50%, de las primigestas del CDEC-Chalma comentaron, que si a la mujer cerca de los 9 meses de embarazo le sale liquido por la vagina es que el niño ya va a nacer el 16.66%, no sabe que pasaría ni que haría si se le rompe la fuente, el 16.66%, piensa que perdería a su hijo, el 16.66%, que el niño se contaminaría. El 39.96%, de las primigestas del Sanatorio no sabe que pasaría el 19.98%, que va a nacer ya el niño, el 13.33% ,sólo le daría miedo pero no haría nada, el 26.64%, el niño se puede perder. El 61.36% de las primigestas del Hospital no sabe que pasaría y el 38.63% que el niño ya va a nacer. Ante dicha situación el 100%, de las primigestas del CDEC-Chalma se irían al médico El 79.92%, de las primigestas del Sanatorio se irían al médico. El 77.27% de las primigestas del Hospital acudiría al hospital.

El 83.33%, de las primigestas del CDEC-Chalma no sabe por que algunos partos son muy prolongados y el 16.66%, falta de ejercicio El 79.92%, de las primigestas del Sanatorio no sabe, el 6.66%, es porque el niño esta grande, el 6.66%, existe poca dilatación, el 6.66%, es un parto complicado el 57.1% de las primigestas del Hospital no sabe, el 6.81% porque el niño puede estar sufriendo y el 36.09% porque existen complicaciones.

El 33.33%, de las primigestas del CDEC-Chalma no sabe que es lo que los médicos deben hacer, el 33.33% considera que se debe hacer cesárea, el 16.66% piensa que se debe atender a la paciente. El 46.62%, de las primigestas del Sanatorio no dio respuesta, el 19.98%, considera que se le debe atender. El 47.72% de las primigestas del Hospital considera que el médico debe saber de la salud de ella y de su hijo.

El 33.33%, de las primigestas del CDEC-Chalma no sabe qué conocimientos deben tener tanto los padres como el médico, el 66.66%, que se debe saber la salud del niño y de la madre. El 26.64%, de las primigestas del Sanatorio no saben y el 73.26%, que el médico y la mujer deben saber la salud de ella y su hijo pero más el médico El 20.45%, de las primigestas del Hospital considera que él debe saber, el 6.81%, el médico debe atenderme, el 18.18%, no sabe, el 34.09%, deben hacer cesárea si es necesario, el 11.36%, se debe provocar el parto, el 9.09%, se puede pasar el parto,

El 83.2% de las primigestas del CDEC-Chalma no sabe las posibles complicaciones, el 16.66% el niño puede tener el cordón enredado, niño grande, atravesado o desproporción cefalopelvica (DCP). El 86.66%, de las primigestas del Sanatorio no sabe, el 13.33%, el niño puede estar grande atravesado, DCP. El 88.63%, de las primigestas del Hospital no sabe y el 11.36%, el niño puede tener enredado el cordón, está muy grande, atravesado o exista DCP

El 100%, de las primigestas del CDEC-Chalma piensan dar pecho, el 33.33%, de 3 a 6 meses, el 16.66%, de 7 meses a 1 año, el 50%, de 1 a 3 años. el 100%, de las multigestas darán pecho de 7 meses a 1 año El 93.24%, de las primigestas del Sanatorio piensan dar pecho, el 59.94%, de 3 a 6 meses, el 33.33%, de 1 a 2 años y el 6.66%, no sabe, el 33.33%, de las multigestas dará de 1 a 2 años el otro 66.66% no sabe El 100%. de las primigestas del Hospital piensan dar pecho a su hijo, el 6.81%, un año, el 45.45%. 6 meses, el 36.36%, de 3 a 4 meses y el 11.36% el tiempo necesario, (ver tabla 27) El 83.2% de las primigestas del

CDEC-Chalma no sabe que es la lactancia, el 16.6% sí. El 46.65%, de las primigestas del Sanatorio no y el 53.3%, sí. El 45.54%, de las primigestas del Hospital no y el 54.45%, sí, pero no contestaron lo que piensan de ella.

El tipo de alimentación que las mujeres consideran deben ofrecerse al niño de 0 a 12 meses, el 50%, de las primigestas del CDEC-Chalma piensa dar pecho durante el primer mes, el 83.66%, pecho y té desde los dos meses, a los 8 meses, el 66.66%, piensa dar otro tipo de leche (no especifican el tipo), el 33.33%, piensa introducir alimentos sólidos (verdura) a los 2 meses y el 16.66% hasta los 7 meses, el 16.66%, reportó que piensa ofrecer cereales a los 3 meses, el 33.33%, a los 5 meses, el 16.66% dará tortilla a los 6 meses y el 83.33%, integrará al niño a la dieta de la familia a los 8 meses y el 16.66%, reporta no saber. El 53.33%, de las primigestas del Sanatorio comentó que dará pecho hasta los 6 meses, el 46.66%, además del pecho ofrecerá otro tipo de leche y té, el 6.6% y 13.33%, comentan que ofrecerán fruta y verduras a partir de 2do mes aumentando ya en el 3er. un 26.66%, y 33.33%, respectivamente, el 13.33%, incorporará a la dieta del niño pollo y jugos a los 4 meses y a los 11 meses el 33.33%, le dará la dieta familiar. Finalmente en el Hospital el 77.27%, de las primigestas dará pecho a su hijo por 4 meses, el 22.72%, dará además té y agua, el 20.45%, agregará fruta a los 3 meses, el 13.63%, aumentará con verdura, el 22.72%, habla de dar papilla pero no específica, el 72.72%, integrará al niño a la alimentación familiar a los 11 meses.

En la tabla 28 se observa a que edad las primigestas consideran que su hijo.

a) sostendrá la cabeza: El 33.33%, de las primigestas del CDEC-Chalma dicen que su hijo sostendrá su cabeza a los 3 meses. En el caso de las primigestas del Sanatorio encontramos que el 20%, piensa que su hijo sostendrá la cabeza al mes y otro 20%, que lo hará hasta los 4 meses. El 40.90%, de las primigestas del Hospital consideran que su hijo podrá sostener cabeza a los 3 meses.

b) sentarse con ayuda: El 50%, de las primigestas del CDEC-Chalma piensa que su hijo se sentará con ayuda a los 4 meses. El 13.33%, de las primigestas del Sanatorio comentan que quizá su hijo se pueda sentar con ayuda a los 3 meses y el 13.33%, a los 5 meses. El 27.72%, de las primigestas del Hospital piensa que su hijo podrá sentarse con ayuda quizá a los 6 meses.

c) sentarse solo: El 33.33%, de las primigestas del CDEC-Chalma comenta que quizá su hijo se siente a los 7 meses. El 20%, de las primigestas del Sanatorio piensa que su hijo se podrá sentar solo a los 12 meses. El 15.90%, de las primigestas del Hospital comentan que talvez su hijo pueda sentarse a los 7 meses y el 11.36%, que a los 8 ó 9 meses.

d) gatear: El 50%, de las primigestas del CDEC-Chalma cree que su hijo gateará a los 8 meses. El 33.33%, de las primigestas del Sanatorio que gateará a los 12 meses. El 29.54%, de las primigestas de Hospital piensa que su hijo podrá gatear a los 8 meses.

e) caminar con ayuda: Con un 33.33%, las primigestas del CDEC-Chalma comentan que su hijo caminará con ayuda a los 9 y 10 meses respectivamente. El 33.33%, las primigestas del Sanatorio comentan que su hijo caminará con ayuda a los 7, 8, y 12 meses respectivamente. El 50%, de las primigestas del Hospital dijo que su hijo caminará con ayuda a los 10 y 12 meses.

f) caminar solo: El 66.66%, de las primigestas del CDEC-Chalma cree que su hijo caminará solo al año. El 46.66%, de las primigestas del Sanatorio piensa que su hijo caminará solo entre los 12 y 18 meses. El 81.81%, de las primigestas del Hospital dijo que su hijo caminará solo de los 12 a los 18 meses.

g) balbucear: Con un 33.33%, las primigestas del CDEC-Chalma piensan que su hijo balbuceará entre los 8 y 9 meses respectivamente. El 26.66%, de las primigestas del Sanatorio comenta que su hijo balbuceará entre los 3 y 5 meses. El 22.72%, de las primigestas del Hospital dijo que su hijo aprenderá a balbucear entre los 12 y 18 meses.

h) pronunciar las primeras palabras: El 86.66%, de las primigestas del CDEC-Chalma comenta que su hijo dirá sus primeras palabras alrededor de los 15 meses. El 20%, de las primigestas del Sanatorio dice que su hijo dirá sus primeras palabras entre los 12 y 24 meses. El 47.72% de las primigestas del Hospital comentó que su hijo pronunciará sus primeras palabras entre los 10 y 12 meses.

i) pronunciar oraciones completas: Con un 33.33%, las primigestas del CDEC-Chalma piensan que su hijo dirá oraciones completas a los 18 y 24 meses respectivamente. El 33.33%, de las primigestas del Sanatorio comentan que su hijo dirá sus primeras oraciones entre los 24 y 36 meses. El 36.36%, de las primigestas del Hospital comentó que su hijo dirá oraciones

completas entre los 18 y 24 meses y el 27.27%, entre los 24 y 26 meses.

El 50%, de las multigestas del CDEC-Chalma considera que debe darse pecho al niño durante tres meses, el 25%, el tiempo que el niño desee, el 25% no sabe. El 33.33%, de las multigestas del sanatorio piensa dar un año y el 66.66%, no sabe. El 7.14%, de las multigestas del Hospital piensa dar 3 meses pecho, el 14.28%, piensa dar pecho el tiempo que el niño desee, el 14.28%, piensa dar 4 meses, el 35.71%, piensa dar 6 meses, el 7.14%, 9 meses, el 21.42%, un año. El 50%, de las multigestas del CDEC-Chalma comenta que no sabe que leche daría al niño si por algún motivo no pudiera dar pecho al niño y el otro 50%, no esperaría, le daría al niño la leche que mandara el médico. El 100%, de las multigestas del Sanatorio no sabe. El 100% de las multigestas del Hospital comentó que le preguntarian al médico o a su mamá que leche es mejor para el niño.

El 75%, de las multigestas del CDEC-Chalma considera que los alimentos más adecuados para un niño menor de 6 meses serían; durante los tres primeros meses leche materna para en el 4 mes incluirían en su alimentación papillas de pollo con verduras, así hasta llegar al sexto mes en el que incluirán la fruta, té, sopas, atoles y más verduras. El 66.66%, de las multigestas del Sanatorio dice que daría leche materna o industrializada, jugos de frutas, verduras, hígado y fruta. El 85.68%, de las multigestas del Hospital comentaron que ofrecerían a su hijo pecho, leche industrializada, papillas de frutas, verduras, algunas comentaron que ofrecerían pollo.

Y para los siguientes seis meses, el 75%, de las multigestas del CDEC-Chalma ofrecerán a su hijo a partir del 6to. mes papillas de verdura, fruta, además de tortillas y el 25%, incluirá en su dieta la carne ya a los 12 meses lo incorporarán a la alimentación de la familia pero sin picante y picada. El 66.66%, de las multigestas del Sanatorio comenta que daría lo mismo pero más sólido. El 92.82%, de las mujeres del Hospital considera que debe ofrecerse al niño lo mismo pero aumentando las cantidades además de otro tipo de carne como por ejemplo carne de res, además de frijoles, lentejas, sopas, etc.

En el caso de la alimentación que ofreció a sus primeros hijos el 50%, de las multigestas del CDEC-Chalma reportó no recordar como fue la alimentación de su primer hijo y el otro 50%, comentó que lo hizo de la misma manera como lo hará con el niño que espera. Con un 33.33%, para cada caso de las mujeres del Sanatorio ofrecieron por un lado leche, té, jugo, fruta cocida, cerca de los 8 meses ofreció, comida, plátanos y dulces. Mientras que otro porcentaje igual ofreció leche materna y de bote, papillas de pollo y fruta cerca de los 5 meses y a los 8 meses de todo excepto camarón y pulpo, por lo que corresponde al otro porcentaje no ofreció nada porque no tiene hijos.

El 42.84%, de las multigestas del Hospital ofreció a su hijo durante los primeros 3 meses leche materna, para sumarle a los 4 papillas de fruta cocida o de verdura, ya en el 7 mes el (28.56%), le dio a sus hijos caldo de res, pollo, huevo.

Finalmente las mujeres reportaron sus expectativas del curso, el 66.66%, de las primigestas del CDEC-Chalma reportó que deseaba obtener del curso el aprendizaje para poder cuidar a su hijo aprender a alimentarlo, como cuidarlo, además de prepararse para esperar el momento del nacimiento de su hijo además de que este sea rápido y que no sufran. El 50%, de las multigestas del CDEC-Chalma espera aprender a perder el miedo durante el curso, mientras que el 100% considera que el tomar el curso le ayudará a aprender más, ofrecer la posibilidad de un correcto desarrollo de su hijo. El 73.3%, de las primigestas del Sanatorio comentaron que deseaban poder aprender cuales son los cuidados que deben tener durante el embarazo, que les ayude a perder el miedo, además de poder aprender a respirar y a relajarse para poner a su vez en práctica durante el embarazo y durante el parto. El 100%, de las multigestas del Sanatorio considera que en el curso podrá aprender mucho más de lo que ya conoce, le gustaría poner en práctica lo que vieran en el curso.

El 68.18%, de las primigestas del Hospital comentaron que al asistir al curso deseaban aprender a vivir un embarazo más tranquilo, aprender a conocer como es el desarrollo del niño dentro del vientre materno, los cuidados que ellas deben tener para no tener problemas y sobre todo aprender a respirar y a tranquilizar sus nervios. El 100%, de las multigestas del Hospital comentaron que podrían aprender a tener más confianza en ellas mismas que obtendrían mayor y mejor conocimiento de todo lo que implica el embarazo, que aprenderían acerca de los cuidados que deben tener ellas y para un correcto desarrollo de su hijo.

Los resultados reportados a continuación son de los cónyuges que aceptaron dar respuesta a las preguntas de la entrevista, sin embargo por múltiples causas no se logró

obtener el 100% de datos, ya que algunos de los cónyuges no desearon responder por que consideraban que "eso era solo tema de importancia para sus cónyuges", ó simplemente no respondían a las preguntas y "comentaban que mejor se dejaran las preguntas en blanco que solo responderían su ellas", otros de los cónyuges por cuestión de trabajo "no tenían, tiempo" y en otros casos las mujeres eran solteras. Debido a esto se reportaron los resultados de: 4 señores del CDEC-Chalma; (2 primigestos y 2 multigestos), del Sanatorio 12 señores, (10 primigestos y 2 multigestos) y, del Hospital 44; (34 primigestos y 10 multigestos) Al igual que con las mujeres encontraremos que no todas las preguntas estaban dirigidos tanto a primigestos como multigestos.

Como primer punto encontramos que el 100%, de los cónyuges de las primigestas del CDEC-Chalma reportaron tener de 4 a 6 años de casados, el 50%, del Sanatorio de 1 a 2 años de casados. El 44 1%, del Hospital tenía de 0 a 1 año hasta de 2 años de casados (ver tabla 1). Además que el 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma vive con sus suegros, cuñados y cónyuge, mientras que el otro 50%, vive con sus padres, hermanos y cónyuge, respecto de los multigestos el 50%, vive con su suegra, sus cuñados, su hijo y cónyuge, el otro 50%, vive únicamente con su hijo y su cónyuge.

En el caso de los primigestos del Sanatorio el 20%, vive con sus suegros, cuñados y esposa, el 20%, con sus padres, hermanos y cónyuge, finalmente el 60% vive únicamente con su cónyuge. Respecto a los multigestos el 100%, vive con su cónyuge e hijos únicamente.

Y los primigestos del Hospital el 34.09% viven con sus suegros, cuñados y su cónyuge, el 18.18% con sus padres, hermanos y su cónyuge, mientras que el 60% de los multigestos vive únicamente con su cónyuge y sus hijos.

Lo que corresponde al trabajo en nuestro país está dividido por sectores de importancia para el desarrollo del país y del mismo trabajador, estos son: sector primario (producción), secundario (transformación) y, terciario (servicios). Encontramos lo siguiente en nuestras poblaciones.

El 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma trabaja en el sector terciario un 50% es empleado y el otro 50%, reportero policiaco. En el caso de los multigestos el 50%, se encuentra en el sector secundario ya que se dedica a la compra y venta de autos, y el 50%, esta en el sector terciario, es pulidor de pisos. En el caso de los primigestos del Sanatorio encontramos que el 100%, se encuentra en el sector terciario donde el 20%, son empleados, el 20%, choferes de microbus, el 10%, panadero, el 10%, capturista, el 10%, costurero, el 10%, carpintero, el 10%, empleado de maquinaria pesada, el 10%, empleado de limpieza. Lo mismo sucede en el caso de los multigestos ya que el 100% se encuentran en el sector terciario, el 50%, es chofer de microbus, y el otro 50%, es empleado de limpieza.

Con respecto a las parejas de primigestos del Hospital el 94.12% se encuentran en el sector terciario donde el 8.82%, es empleado, el 11.76%, Chofer de microbus o taxi, el 8.82%, albañil, el 8.82%, empleado de seguridad, el 14.70%, comerciante, el 2.94%, carpintero, el 14.70%, empleado de maquinaria pesada, el 2.94%, tablero, el 2.94%, mecánico de bicicletas, el 2.94%, electricista, el 2.94%, sacristán, el 2.94%, distribuidor de tequila, el 2.94%, contador, el 2.94%, talabartero, el 2.94%, jardinero, además de ello el 5.88%, está desempleado. Finalmente con los multigestos se repite la situación el 100%, de las parejas se encuentra en el sector terciario donde el 10%, es albañil, el 30%, es chofer de microbus, el 10% empleado de intendencia, el 10% obrero, el 10%, ayudante de mecánico, el 20%, técnico, el 10%, eléctrico mecánico. Al revisar los datos arriba mencionados encontramos:

1) Cerca del 100%, de cónyuges pertenece a uno de los sectores más mal pagados dentro de nuestro país

2) Al pertenecer a dicho sector la población generalmente no cuenta con servicios de salud, por lo que la atención durante el embarazo tiende a ser mínima y cercana al parto.

3) El ingreso al ser mínimo, implica poca atención alimenticia durante el embarazo de la mujer

4) Desnutrición para la mujer, el hombre y el hijo gestando.

5) Las pocas personas que cuentan con servicios de salud social tienden a preferir los servicios de salubridad ya que en el IMSS por ejemplo no se les ofrece la misma atención que en salubridad es decir, los estudios base no los piden sino demasiado tarde.

6) El bajo ingreso también ocasiona que la mujer no tenga la atención adecuada debido a que generalmente vive lejos de los centros de asistencia especializada y los costos de traslado de sus casas al hospital implica gastos que no siempre se pueden cubrir

Todo lo anterior permite que sea esta una causa más de riesgo para una mujer y su

hijo durante el embarazo, trabajo de parto, y parto. A lo que se suma el tiempo de labor de este ya que el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma tienen horario abierto El 30% y el 29.41%, de los cónyuges del Sanatorio y del Hospital trabajan de 8 a 18 hrs. (ver tabla 2).

Además si no en todos los casos a parte del trabajo fuera de casa realizan otra labor en casa tal es el caso del 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma arreglan aparatos eléctricos o problemas que aparecen en la casa. El 50%, de los multigestos no realiza nada más en casa y el 50%, de instalaciones de luz, de gas, etc. El 10%, de los primigestos del Sanatorio hacen composturas a relojes, el 30%, no hace nada aparte de trabajar, el 30%, trabajo doméstico, el 10%, ventanería de vidrio. El 100%, de los multigestos no realiza ninguna otra actividad en casa. El 2.94%, de los primigestos del Hospital se dedica a pintar cuadros, el 50%, nada, el 2.94%, reparación de aparatos eléctricos, el 41.17%, trabajo doméstico, el 2.94%, deporte. El 37.5%, de los multigestos no hace nada, el 12.5%, reparaciones en luz y gas, el 50%, trabajo doméstico. También encontramos que el 100%, 90% y 61.76% de las parejas de primigestos sí realiza labores domésticas como limpiar la casa, como cooperación con las labores generales de la mujer. El 100%, 50% y el 80% de los multigestos también

ASPECTOS EMOCIONALES

Encontramos que el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma supo que su cónyuge estaba embarazada porque esta se lo comentó al mes, el 30%, de los primigestos del Sanatorio lo notó por los síntomas de su cónyuge y el 26.47%, del Hospital lo supo en el primer mes. El 50%, de los multigestos de las tres poblaciones lo supo al mes, y el 50%, 50% y 37.5% a los dos meses.

Los primigestos del CDEC-Chalma comentaron en un 100%, que al recibir la noticia se sintieron alegres y contentos, el 30%, del Sanatorio sintió mucha emoción, el 35.29%, del Hospital se sintieron felices.

El 50%, de los multigestos de CDEC-Chalma y del Sanatorio se sintió totalmente feliz, otro 50%, con alegría y miedo por lo ocurrido antes, para la primera población se encontró que su hijo nació con dislocación de cadera y estuvo enyesado más de un año de la cadera a los pies y para el segundo caso agradeció a dios pero sintió miedo por lo que ocurrió antes, ya que sus dos hijos anteriores murieron antes de que los pudiera conocer, el 40%, de los multigestos del Hospital se sintieron totalmente felices, el 20%, sintió preocupación y felicidad, algunos de ellos por el aspecto económico ya que no esperaban al niño. Sumando a esto encontramos que el 100%, 90% y 82.35% de los primigestos desearon a su hijo, el 100%, 100% y 80% de los multigestos también. Sin embargo esos porcentajes no se observaron igual al revisar si su hijo había sido planeado, ya que el 100%, 40% y 58.82% de los primigestos no planearon a su hijo, el 100%, 100% y 40% de multigestos sí, (ver tabla 3)

Pasando o a otro punto se encontró que el 100%, 30% y 44.4%, de los primigestos deseaban un niño. El 50%, 30% y 50% de los multigestos deseaba niña (ver tabla 4). y el 100%, 40% y 61.67%, de los primigestos respectivamente reportó que sólo deseaban un hijo más (ver tabla 5).

En el caso de los multigestos encontramos que el 50%, de los multigestos del CDEC-Chalma desea al que viene en camino, el 50%, comentó que con dos está bien. Los multigestos del Sanatorio el 50%, si desea más hijos y el 50%, no por miedo lo único que desea es que su hijo sí se logre. El 20%, de los multigestos del Hospital desea tener más hijos, el 80%, no.

De ello el 100%, de multigestos del CDEC-Chalma si ha platicado. El 50%, del Sanatorio sí y el 50%, no porque no quiere que su pareja tenga miedo como él respecto a los dos niños muertos. El 80% de los multigestos del Hospital si han platicado, el 10%, piensa hacerlo más adelante, el 10% no respondió.

Además reportaron como habían experimentado los embarazos anteriores de su cónyuge así que el 100%, de los multigestos del CDEC-Chalma comentó que se vive con más amor. El 50%, de los multigestos del Sanatorio que lo ha experimentado con preocupación y felicidad y además le "echamos muchas ganas", el 50% con emoción muy grande. El 10%, de los multigestos del Hospital ha vivido con responsabilidad y más cuidados el 30% preocupado pero feliz el 10%, con responsabilidad y emoción el 30%, con más amor y el 30% sin respuesta. Como se pudo observar aunque el mayor número de señores comentó sentirse contento con el embarazo de su cónyuge, se encontró por otro lado que no existía el adecuado nivel de comunicación.

Y si esa experiencia la compartían con su cónyuge por lo que el 100%, de los multigestos del CDEC-Chalma reportó que sí. El 50%, de los multigestos del Sanatorio no y el 50%, sí. El 90%, de los multigestos del Hospital sí ha platicado y el 10% no, la situación antes mencionada se refleja en estos resultados. Además de como estaban experimentando el nuevo embarazo, el 100%, de los multigestos del CDEC-Chalma comentó que de forma feliz, el 50%, de los multigestos del Sanatorio comenta que es fantástico, sería el primer hijo que se logre, el 50%, preocupado igual que con los demás. El 50%, de los multigestos del Hospital preocupados, el 10%, es algo inexplicable, el 40%, sin respuesta. Sin olvidar todo lo que gira en torno a este, el 100%, 30% y 23.52% de los primigestos comentó que es una gran responsabilidad tanto para la esposa como para el hijo, y con un porcentaje menor a 30%, exponen que es agradable, normal o algo no experimentado, y con porcentajes menores a 30%, se muestran experiencias agradables, normales o como algo no explicable (ver tabla 6)

Se encontró que el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma platica con su cónyuge acerca de lo que esta experimentando. El 70%, de los primigestos del Sanatorio sí lo hace, el 10% no dio respuesta, el 20%, no platica porque tiene miedo de perderlo, por lo que le muestra una buena cara. El 67.64%, del Hospital sí platica, el 11.76%, no dio respuesta, el 2.94%, no tiene mucho tiempo, el 14.70%, no, en el caso de los multigestos encontramos que el 100%, de los multigestos del CDEC-Chalma sí ha platicado. El 100%, de los multigestos del Sanatorio también. El 60%, del Hospital sí, el 10%, no y el 30%, sin respuesta.

En cuanto a la opinión que tienen los cónyuges de los primeros síntomas de toda mujer embarazada, el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma comentó que su cónyuge no tuvo ningún síntoma antes referido pero que eso es normal por el embarazo. El 80%, de los primigestos del Sanatorio comentó que son síntomas comunes del embarazo, al 10%, le preocupa lo que ella sienta, el 10%, no manifestó ningún malestar. El 70.58%, de los primigestos del hospital comentó que son síntomas normales, el 11.76%, sin respuesta, el 5.88%, que le preocupa, el 8.82%, que no tuvo, el 2.94%, no le agrada que tenga esos síntomas. En ese aspecto, el 100%, de los primigestos de CDEC-Chalma procura atender a las necesidades de su cónyuge. El 90%, de los primigestos del Sanatorio trata de atender a su cónyuge y el 10%, trata de ayudar aunque a veces se molesta. El 8.82%, de los primigestos del Hospital comenta que la anima y dice que pronto pasará, el 32.35%, la ayuda y apoya en todo lo que necesita, el 20.58%, consintiéndola, el 17.64%, le compra sus antojos, el 11.76%, cumpliendo sus antojos, dándole sus pastillas, mimándola, el 2.94%, con el vómito no se le acerca, el 2.94%, sin respuesta.

Como se observó existieron diferentes manifestaciones acerca del apoyo a la cónyuge cuando vivió esos síntomas, con lo que se muestra además el papel que jugó el cónyuge durante los meses de adaptación de la mujer a su embarazo, tema generalmente comentado entre cónyuges, esto se puede observar a continuación, el 100% de los primigestos del CDEC-Chalma sí platica con su cónyuge, el 70% de los primigestos del Sanatorio sí y el 30% no, el 85.29% de los primigestos del Hospital también platica y el 14.70% no.

Continuando con los aspectos emocionales encontramos que el 100%, 40% y 35.29%, de los primigestos comenta que su estado de ánimo es bueno, el 50% y 30% de los multigestos del CDEC-Chalma y del Hospital considera que su estado de ánimo es alegre y, el 100%, del Sanatorio considera que su estado de ánimo es excelente (ver tabla 7), donde además se aprecian aquellas conductas como nerviosismo o preocupación.

Además el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma reportó no tener ningún problema, El 100%, de los multigestos no tiene problemas. El 70%, de los primigestos del Sanatorio no tiene problemas y el 30%, sí. El 50%, de los multigestos tiene problemas de pareja, familiares de trabajo, el 50%, los normales en una familia. El 50%, de los primigestos del Hospital sí tiene problemas, el 26.47%, no, el 14.70%, los normales, el 8.82% los de pareja, el 90%, de los multigestos reportó tener problemas económicos, el 10% tiene problemas de trabajo.

También encontramos que el 50% 30% y 0%, de los primigestos comentó que no le afecta ningún problema, el 50%, 10% y 38.23%, que le afectan los problemas morales y económicos. El 50%, 50% y 80%, de los multigestos tiene problemas económicos, el 50% 50% y 20%, le afecta los problemas de pareja. Como se pudo observar uno de los problemas que más afecta a los matrimonios multigestos de nuestra investigación son los económicos. Esto mismo demuestra y reafirma la respuesta que ofrecieron los hombres al comentar en que sector de trabajo se encontraban, (ver tabla 8)

Sumando a lo anterior resalta el comentario de los cónyuges ya que el 100%, 80% y 29.41%, de los primigestos comentó que no le afecta al niño el estado de ánimo del padre. El 50%, 100% y 60%, de los multigestos piensa que sí afecta al niño (ver tabla 9).

Para el caso de los multigestos del CDEC-Chalma encontramos que su estado de ánimo sí afecta al desarrollo del niño en un 50% y el 50%, que no. El 100% de los multigestos del Sanatorio no. El 40%, de los multigestos del Hospital no han notado nada, el 50%, sí y el 10%, sin respuesta.

El 50%, de los multigestos del CDEC-Chalma comentó que su vida como pareja cambió en todos los aspectos con cada embarazo, el 50%, ahora ella es más cariñosa. El 50%, de los multigestos del Sanatorio cambia todo, el 50%, estamos más unidos. El 10%, de los multigestos del Hospital todo es normal, el 10%, estamos más unidos, el 20%, paulatinamente ella es más cariñosa, 10%, no saliendo tanto, el 50%, no cambia.

Y con el nuevo embarazo, el 50%, de multigestos del CDEC-Chalma comenta que a veces discuten, el 50%, sin respuesta. El 50%, de los multigestos de Sanatorio considera que todo está igual, el 50%, que existe mayor unión. El 30%, de los multigestos del Hospital todo está igual, el 30%, ahora no se modificó, el 40%, sin respuesta.

Para el caso de los primigestos encontramos que el 100%, 80% y 88.84% comentó que es mejor ya que conviven un poco más.

PRÁCTICAS DE SALUD

A continuación señalamos algunos compromisos que la pareja embarazada contrae desde el momento en que inicia su relación tal es el caso de la utilización de métodos anticonceptivos como prevención a un embarazo no deseado, encontramos que el 100%, 60% y 55.88%, de los primigestos no utilizó ningún método anticonceptivo. El 50%, 50% y 87.5% de los multigestos utilizó algún método (ver tabla 10). Además de ello al 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma nadie le dijo de los métodos porque no estaban interesados, el 50% y 38.2% del Sanatorio y del Hospital no dieron respuesta, al 10% y al 38.2%, del Sanatorio y del Hospital les informó el médico. Al 50%, de los multigestos del CDEC-Chalma le informó un amigo, el 50%, y al 40%, de los multigestos del Sanatorio y del Hospital le informó el médico. Al cuestionarlos acerca de si estos tuvieron éxito los primigestos del Sanatorio reportaron en un 30%, que le dio resultado y en un 10%, que no. El 32.35%, del Hospital reportó haberle dado resultado, el 2.940% no.

En cuanto a la aceptación de la cónyuge de que su pareja utilice métodos anticonceptivos encontramos que el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma no respondieron, el 100%, de los multigestos comentaron que su cónyuge acepta que utilice algún método. El 70%, de los primigestos del Sanatorio no respondió, el 30%, si acepta, el 100%, de los multigestos comentaron que su pareja acepta que él use métodos anticonceptivos. El 44.11%, de los primigestos del Hospital si aceptan que utilice el método, el 2.94%, no, el 47.05%, sin respuesta y el 5.88%, los dos aceptan, y de los multigestos, el 80%, de las parejas aceptan, el 10%, no han platicado, el 10%, si por seguridad en los dos.

Independientemente de la aceptación o no, el 100%, de los primigestos desean conocer acerca de los métodos anticonceptivos. El 91.66%, de los tres grupos de multigestos desean conocer más, solo el 8.33%, no aceptó por tener un método proporcionado por la iglesia. Para ello el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma irían con un médico, el 50%, de los multigestos irían a una clínica y el 50%, a un Centro de Salud. El 60%, de los primigestos del Sanatorio irían con un médico. El 50%, de multigestos iría a una clínica y el otro 50%, a ningún lado. El 35.29%, de los primigestos del Hospital irían con un médico, el 35.29%, con un ginecólogo. El 50%, de los multigestos iría a planificación familiar, (ver tabla 11).

En el caso de los multigestos encontramos que el 50% de las cónyuges del CDEC-Chalma si utiliza algún método, el 50%, no. El 100%, de las cónyuges del Sanatorio si. El 90%, de las cónyuges del Hospital también, el 10%, un tiempo usa ella y un tiempo usa él.

También encontramos que el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma no acompañan a su cónyuge al médico cuando no están embarazadas, El 50%, de los primigestos del Sanatorio no. El 100%, de multigestos si la acompaña siempre. El 55.88%, de los primigestos del Hospital si. El 50% de los multigestos también.

El 50%, de los multigestos del CDEC-Chalma acompañaba a su cónyuge a las consultas con el ginecólogo y el 50% a veces. El 50% de los multigestos si la acompaña. El 100% de los multigestos del Sanatorio no. El 30% de multigestos del Hospital no la acompañaba y el 70% si.

Durante el embarazo el 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma acompaña a su cónyuge al médico ahora que está embarazada, el 50%, no por el trabajo El 70%, de los primigestos del Sanatorio sí acompaña a su cónyuge y el 30%, no El 55.88%, de los primigestos del Hospital sí la acompaña al médico, el 26.47%, no, el 2.94%, no dio respuesta y el 14.70, a veces.

En relación a los conocimientos de posibles enfermedades que pueden adquirir o tener tanto mujeres como hombres el 100% de los primigestos del CDEC-Chalma comentó que una enfermedad venérea es una enfermedad adquirida por contacto sexual afectando al órgano sexual femenino y/o masculino. El 50%, de los multigestos tiene conocimiento el 50%, no El 70%, de los primigestos del Sanatorio comentan que es una enfermedad que afecta al órgano sexual, el 30%, no sabe lo que es, el 100%, de los multigestos sí sabe lo que es El 67.64%, de los primigestos del Hospital comenta lo mismo y el 32.35%, no sabe, el 90%, de los multigestos sí sabe de las enfermedades venéreas y el 10%, no.

Para conocer más acerca de estas, el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma acudiría con un médico El 100%, de los primigestos del Sanatorio acudiría con un especialista. El 97.05%, de los primigestos del Hospital acudiría con un médico y el 2.94%, platicaría con su cónyuge.

El 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma reportaron no haber tenido ninguna enfermedad venérea El 100%, de los primigestos del Sanatorio tampoco. El 97.05%, de los primigestos del Hospital nunca han tenido y el 2.94%, reporta haber tenido granos y comezón en el pene

En cuanto a los cuidados que la mujer debe tener durante el embarazo encontramos que el 100% de los primigestos del CDEC-Chalma comentó que a la mujer se le debe evitar cargar objetos pesados y las caídas El 30%, de los primigestos del Sanatorio no sabe que cuidados necesita su cónyuge y el 30%, se le debe proporcionar cariño y comprensión El 38.2%, de los primigestos del Hospital dijeron que proporcionando cariño y comprensión, el 23.5%, no sabe (ver tabla 12).

El 100% de los multigestos del CDEC-Chalma y el Sanatorio ha modificado los cuidados a su cónyuge cuidando su alimentación, que no cargue cosas pesadas El 90%, de los multigestos del Hospital también y el 10%, no. El 100%, de los multigestos del CDEC-Chalma atienden más a su cónyuge ahora El 50%, de multigestos del Sanatorio la cuida más y el otro 50%, no sabría decirlo. El 90%, de los multigestos del Hospital sí cuidan más a su cónyuge y el 10%, sin respuesta

La mujer embarazada debe generalmente evitar ser expuesta a ciertos estudios entre los que se encuentran las radiaciones por lo que el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma consideran que los rayos X afectan al bebé, el 100%, de los multigestos considera que existen complicaciones o malformaciones en el niño. El 30%, de los primigestos del Sanatorio comenta que le afecta siempre, y el 100%, de los multigestos que puede ocasionar complicaciones o malformaciones en el niño. El 50%, de los primigestos del Hospital no sabe, y el 30%, que esto afecta al niño antes de los tres meses, el 70%, de los multigestos dice que esto aporta complicaciones o malformaciones para el niño (ver tabla13).

El 100% de los primigestos del CDEC-Chalma consideran que si una mujer embarazada carga objetos pesados, el niño puede tener complicaciones en el nacimiento, El 100%, de los multigestos piensa que se puede abortar. El 90%, de los primigestos del Sanatorio piensan que puede haber un nacimiento prematuro, el 50%, de multigestos piensa que el bebé puede perder algún sentido y el 50%, puede abortar El 64.70%, de los primigestos del Hospital consideran que el niño puede nacer prematuro, el 80% de los multigestos dice que puede abortar.

El 50%, de los multigestos del CDEC-Chalma sí platica con su hijo ahora que esta en el vientre materno y el 50%, a veces. El 50%, de los multigestos del Sanatorio sí platica con su hijo y el 50%, no, sólo le toca el vientre a su pareja El 80%, de los multigestos del Hospital sí platica con su hijo, el 10% a veces, el 10% no

Otro aspecto importante de considerar es el conocimiento que tienen los cónyuges del parto normal y los datos arrojados fueron los siguientes. el 100% de los primigestos del CDEC-Chalma consideran que el parto natural es mejor para los dos, además su recuperación es más rápida, EL 30% de los primigestos del Sanatorio comenta que es lo mejor para los dos además su recuperación es más rápida. el 20% considera que es agradable y menos problemas el 30% considera que es mejor el 20%, considera que la recuperación es rápida El 50% de los primigestos del Hospital considera que es lo mejor para los dos y recuperación

más rápida, el 11.76%, considera que debe ser una expectativa agradable, el 17.64%, que ha de ser bueno, el 5.88%, la recuperación es rápida, el 5.88%, no sabe, el 8.82%, que ha de ser muy doloroso, el 75%, considera que es lo mejor y el 25%, no sabe

El 100% de los primigestos del CDEC-Chalma considera que para realizarle a una mujer una cesárea debe ser en caso necesario únicamente. El 40%, de los primigestos del Sanatorio considera que sólo en caso necesario, el 10%, que debe realizarse cuando el niño viene muy grande o algún otro motivo, el 20%, no le gustaría, el 10%, debe tener mayor cuidado, el 10%, el bebé sufre menos. El 35.29%, de los primigestos del Hospital considera que debe realizarse en complicaciones, el 2.94%, cuando el niño viene grande, el 8.82%, por motivos difíciles, el 8.82%, no le gustaría, el 23.52%, necesita mayor cuidado, el 14.70%, no sabe, el 2.94%, es muy caro, el 2.94%, peligroso.

Además el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma no sabe nada relativo al parto o cesárea. El 50%, de los primigestos del Sanatorio si conoce y el otro 50%, no. El 32.35%, del Hospital si conoce, el 2.94%, existe una diferencia muy grande, el 55.88%, no sabe, el 2.94% están leyendo de los dos, el 5.88%, considera que la cesárea es menos dolorosa

El 100%, de los multigestos del CDEC-Chalma considera que la cesárea se debe hacer en caso necesario únicamente. El 100%, de los multigestos del Sanatorio dice que si es para salvar a niño esta bien. El 50%, de multigestos consideran que es mejor el natural y el 50%, que es más conveniente. El 20%, de multigestos del Hospital no sabe, el 70%, todos son buenos depende de cómo y cuándo se usen y el 10%, es peligroso.

Siempre es importante conocer la salud del cónyuge ya que de ello en algunos casos puede ser indispensable para saber las posibles anomalías que pudiera tener el niño en gestación así el 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma no contestó la pregunta, el 50%, comentó no haber sufrido ninguna enfermedad, el 50%, de los multigestos no, el 50%, presión baja. El 100%, de los primigestos del Sanatorio no, 100%, de los multigestos tampoco. El 88.23%, de los primigestos del Hospital no, el 8.82% ha tenido problemas con la presión, el 2.94%, tiene problema con su forma de fumar, el 10%, de los multigestos tiene el problema del alcoholismo, el 20% tiene el problema de tabaquismo y el 50%, ningún problema

El 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma no va a revisión médica nunca. El 50%, de los multigestos sí. El 100%, de los primigestos del Sanatorio no, el 50%, de los multigestos sí. El 47.05%, de los primigestos del Hospital no, el 20.58%, no dio respuesta, el 32.35%, sí va a chequeos ya que desea estar sano para su familia, para evitar problemas, sobre todo el chequeo de la presión, el 100%, de multigestos no se atiende.

El 100%, de los primigestos y multigestos del CDEC-Chalma no pertenece a ningún Centro de Asistencia Social. El 40%, de los primigestos del Sanatorio pertenecen al IMSS, el 60%, no pertenece a ninguno, el 50%, de los multigestos no pertenece a ningún centro de asistencia y el 50%, a San Lucas (Sanatorio particular) El 5.88%, de los primigestos del Hospital pertenece al IMSS, el 58.82%, no pertenece a ninguno y el 35.29%, considera que pertenecen al Hospital General de Tlalnepantla, el 70%, de los multigestos no pertenece a ningún centro y el 30%, al Hospital General de Tlalnepantla.

El 50%, de los hijos de los multigestos del CDEC-Chalma nació en el Hospital Gral. de Atizapán, el 50%, en el Hospital Gral. de Ticomán. El 50%, de los multigestos del Sanatorio no respondió y el 50%, en el Hospital Regional de Cuauhtepic. El 40%, de hijos de multigestos del Hospital nacieron en el IMSS y el 60%, en el HGT.

El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma no sabe dónde nacerá su hijo y el 50% nacerá en el Hospital de Tlalnepantla, El 50%, de hijos de multigestos nacerá en Ticomán y el 50%, en el Hospital Juárez. El 30% de los primigestos del Sanatorio su hijo nacerá en el IMSS el 10%, en una clínica privada, el 60%, nacerá en San Lucas, el 50%, de hijos de multigestos nacerá en el Sanatorio Tepeyac, el 50%, en el Sanatorio San Lucas. El 94.11%, de los primigestos del Hospital piensan que su hijo nacerá en el Hospital General de Tlalnepantla, el 5.88%, en el IMSS, el 10%, de los multigestos no sabe donde nacerá su hijo y el 90% nacerá en el Hospital General de Tlalnepantla

CREENCIAS, MITOS Y HÁBITOS RESPECTO AL EMBARAZO

El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma reportó que durante el embarazo ha tenido antojos y el 50%, mareos. El 50% de los primigestos del Sanatorio no y el 50%, si antojos, mareos y ascos. El 41.17%, de los primigestos del Hospital no ha presentado ningún síntoma, el 2.94%, no sabría identificarlos, el 2.94%, antojos los 3 primeros meses. El 23.52%

antojos al principio, el 14.70%, antojos y mareos y el 14.70%, nauseas

Durante los embarazos anteriores los multigestos del CDEC-Chalma el 50%, no tuvo ningún síntoma, el 50% mareos. El 50%, de los multigestos del Sanatorio no, el 50%, antojos. El 12.5%, de los multigestos del Hospital no, el 75%, antojos y mareos, el 12.5%, no sabe. En el actual embarazo el 100%, de los multigestos del CDEC-Chalma no. El 50%, de los multigestos del Sanatorio no y el 50%, sí. El 60%, de los multigestos del Hospital no y el 40%, sí.

El 100%, de los primigestos y multigestos del CDEC-Chalma considera la alimentación de su cónyuge y la de él no afecta al niño. El 60%, de los primigestos y el 100%, de los multigestos del Sanatorio considera que si puede afectar pero no sabe cómo. El 52.94%, de los primigestos del Hospital considera que no afecta y el 60% de los multigestos piensa que puede afectar pero no sabe como, (ver tabla 14).

Encontramos también que el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma argumento que los dos deben decidir el momento del embarazo. El 50%, de los multigestos piensa que es ella y el 50% que son los dos. El 80%, de los primigestos del Sanatorio que los dos, el 10%, el médico, el 10%, sin respuesta, el 100%, de multigestos piensa que son los dos quienes deben decidir. El 85.29%, de los primigestos del Hospital que los dos, el 2.94%, que el doctor debe saber, el 2.94%, sin respuesta, el 2.94%, el bebé, el 5.88%, la madre, el 100%, de multigestos piensa que los dos.

El 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma platica con su hijo. El 80%, de los primigestos del Sanatorio sí platica, el 10%, a veces, el 10%, poco. El 76.47%, de los primigestos del Hospital sí platica, el 17.67% a veces, el 5.88% poco y el 70% de los multigestos también.

SEXUALIDAD.

El 100% de los primigestos del CDEC-Chalma considera que una pareja embarazada puede continuar las relaciones sexuales hasta los 7 u 8 meses pueden seguir con las relaciones sexuales, el 50%, de los multigestos considera que se deben tener hasta antes de los tres primeros meses del embarazo. El 40%, de los primigestos del Sanatorio no sabe cuando suspender y el 50%, de los multigestos comentó que pueden continuar, no especificó hasta cuando. El 64.7%, de primigestos del Hospital no sabe cuándo suspender y el 40% de los multigestos considera que deben suspenderse por un mes y después pueden continuar, (ver tabla 15)

El 100%, de los primigestos y multigestos del CDEC-Chalma consideran que además de la relación coital existen otras formas de satisfacer a la pareja, esto es con besos, buen humor, sonrisas, cariño y abrazos. El 60% y 100% de los primigestos y multigestos del Sanatorio considera con besos, buen humor, sonrisas, cariño y abrazos. El 44.11% y 60% de los primigestos y multigestos del Hospital consideran que no existe otra forma, de satisfacción (ver tabla 16)

PARTICIPACIÓN DEL PADRE

En cuanto a la participación del padre encontramos que el 100% de los primigestos y multigestos del CDEC-Chalma coopera con su cónyuge en las labores domésticas. El 80%, de los primigestos del Sanatorio si coopera. El 50%, de los multigestos también. El 79.41%, de los primigestos del Hospital si coopera, el 100%, de los multigestos también (ver tabla 17). Además cuando su cónyuge no esta embarazada el 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma comenta que también coopera con ella en las labores domésticas y el 50%, comenta que porque le gusta que su casa este bien, el 50%, de los multigestos si cooperaba y el 50%, no. El 80%, de los primigestos del Sanatorio ayudaba desde antes a su pareja y el 20%, no. El 70.58%, de los primigestos del Hospital si cooperaban con las labores domésticas antes del embarazo y el 29.41%, no, el 80%, de los multigestos si coopera, el 10% no coopera y el 10% a veces.

El 100%, de las cónyuges de los primigestos del CDEC-Chalma no trabaja. El 20%, de las cónyuges de los primigestos del Sanatorio si. El 8.82%, de las cónyuges de los primigestos del Hospital también. El 100% de los primigestos del CDEC-Chalma considera que es muy bueno pero ella no trabaja. El 100% del Sanatorio comentó que su pareja es muy activa. El 100% de los primigestos del Hospital comenta que a ella le gusta y él no tiene por qué conocerse.

LACTANCIA, ABLACTACIÓN Y DESARROLLO

En cuanto a los conocimientos que deben tener las parejas después de que el niño ha nacido encontramos que el 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma no tiene conocimiento de lo que es el puerperio, el otro 50%, sí sabe, el 100%, de los multigestos no. El 70%, de los primigestos del Sanatorio no y el 30%, sí. El 50%, de los multigestos sí y el 50% no. El 91.17%, de los primigestos del Hospital no y el 8.82%, sí, el 80%, de los multigestos sí, el 20% no

Respecto al desarrollo del niño el 50%, de los multigestos del CDEC-Chalma comentó que difícil en los primeros años por su luxación en la cadera, el 50%, difícil es un niño muy hiperactivo. El 100%, de los multigestos del sanatorio no respondieron no tienen hijos. El 100%, de los multigestos del Hospital comentó que es normal.

El 50%, de los multigestos del CDEC-Chalma considera que el desarrollo de un niño debe ser más bueno que el del primero, con un ambiente y alimentación mejor y el otro 50%, que debe ser normal, él le ayudaría. El 50%, de los multigestos del Sanatorio desea que sea hermoso, saludable, sano, el 50% que esté sano y bien alimentado. El 30%, de los multigestos del Hospital que sea un niño sano y hermoso, el 70%, normal.

El 100% de los primigestos desea que su pareja dé pecho a su hijo porque es saludable además de proporcionar defensas al niño, también el 100%, de los multigestos considera que es lo mejor para el niño ya que de esa manera tendría más defensas, estaría mejor alimentado y eso sería bueno para el niño.

El 50% de los multigestos del CDEC-Chalma realizó con su hijo ejercicios en pies, piernas y manos antes de que cumpliera los tres primeros meses, el 50%, lo cargaba y acariciaba. El 100% de los multigestos del Sanatorio no tuvieron la oportunidad de trabajar nunca con su hijo. El 40% de los multigestos del Hospital jugaban con él, el 10%, ejercicios, el 10%, lo acariciaba y cargaba, el 40% ninguna.

En el caso de los primigestos el 50%, del CDEC-Chalma platicará con su hijo, el 50%, lo estimulará y le hará cariños. El 30%, del Sanatorio no sabe que hará, el 10%, alimentarlo, platicarle, amarlo, el 10%, alimentarlo, cargarlo, el 10%, platicar con él y el 30%, moverlo y platicar con él. El 38.23%, del Hospital no saben, el 11.76% alimentarlo platicar con él y amarlo, el 20.58% atenderlo, el 2.94% alimentarlo y cargarlo, el 5.88% platicar con él, el 20.58%, moverlo y platicar con él.

El 50%, de los multigestos del CDEC-Chalma comentan que va a cambiar los cuidados, que tendrá con el hijo que está por llegar, el 50%, que será el mismo. El 50%, de los multigestos del Sanatorio no sabe si los cambiará o no, el 50%, darle cariño y estar atento a lo que necesite. El 10%, del Hospital ayudarlo a conocerse, el 10%, no sabe, el 10%, bañarlo y vestirlo, el 50%, los mismos y el 20%, mucho cuidado y amor.

El 100%, de los multigestos del CDEC-Chalma considera que la alimentación que se le ofrezca al niño debe ser igual a la que le dieron al primero. El 50%, leche y de 6 a 9 meses papillas, el 50%, dar pecho y lo que el médico recomiende. El 30%, de los multigestos del Hospital el niño se debe alimentarse nutritiva y cuidadosamente, el 10%, dar pecho y lo que recomienda el médico, 10%, le preguntaría a un médico, el 50%, igual que al anterior.

El 50% de los multigestos del CDEC-Chalma no recuerda como fue la alimentación de sus hijos anteriores y como fue variando, el 50%, le daban pecho, tés, leche en polvo, papillas, etc. El 100%, de los multigestos del Sanatorio no dio respuesta. El 60%, de los multigestos del Hospital le daba pecho, tés, leche en polvo, papillas, etc., el 20%, leche y fruta, el 10%, no recuerda y el 10%, sin respuesta.

El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma dice que la alimentación que su hijo necesitará debe ser siempre natural y el otro 50% pecho y papillas. El 50%, de los primigestos del Sanatorio considera que en los primeros meses pecho, el 10%, leche, te, agua, el 40% leche y papillas. El 29.41%, de los primigestos del Hospital en los primeros meses pecho, el 5.88%, leche, agua y te, el 25.47%, leche y papillas, el 2.94%, todo natural, el (5.88%), la adecuada, el 8.82%, lo que el médico mande, el 20.58%, no sabe.

El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma considera que la alimentación proporcionada a su hijo deberá ser variada conforme crezca, el 50%, como lo indique el médico. El 60% de los primigestos del sanatorio no sabe el 30% según lo indique el médico el 10%, según como crezca. El 8.82%, de los primigestos del Hospital a los tres meses se variará, el 32.35%, no lo sabe el 14.70% según lo indique el médico el 8.82% conforme

crezca, el 35.29% según su desarrollo.

El 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma ayudaría en todo lo que esté a su alcance sobre todo en la anteción del niño. El 10%, de los primigestos del Sanatorio ayudaría a cambiar pañales, el 60%, en todo, el 10%, a ambos según necesidades, el 20%, no sabe. El 5.88% de los primigestos del Hospital dar de comer, el 5.88%, cambiar pañales, el 29.41%, en todo, el 8.82%, según necesidades, el 11.76%, no sabe, el 38.23%, atenderlo en todo, el 2.94%, jugar con él y cuidarlo.

El 50% de los primigestos del CDEC-Chalma no tiene conocimiento de lo que es la lactancia, el otro 50%, sí sabe, el 100%, de los multigestos sabe lo que es la lactancia. El 70%, de los primigestos del Sanatorio no sabe de la lactancia y el 30%, sí, el 100%, de los multigestos sabe lo que es la lactancia. El 91.17%, de los primigestos del Hospital no tiene conocimiento y el 8.82%, sí, el 90% de los multigestos sabe lo que es la lactancia y el 10%, no.

El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma no tiene conocimiento de lo que es la ablactación y que periodo abarca, el otro 50%, sí sabe, el 100%, de los multigestos sabe de la ablactación. El 100%, de los primigestos y multigestos del Sanatorio no sabe que es la ablactación ni el periodo de esta. El 91.17%, de los primigestos del Hospital no tiene conocimiento y el 8.82%, sí, el 100%, de los multigestos tienen conocimiento de la ablactación.

El 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma desea que el desarrollo de su hijo sea sano. El 50%, de los primigestos del Sanatorio desean que su hijo sea sano, el 40% normal y el 10%; no respondió. El 20.58%, del Hospital desea que el desarrollo de su hijo sea mejor, el 29.41%, que su hijo sea sano, el 50%, que sea normal.

A continuación se muestran las edades en las que el niño podrá realizar ciertas actividades a partir de la visión de los cónyuges.

a) sostener la cabeza: El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma piensa que su hijo sostendrá su cabeza a los 4 meses y el 50%, que a los 5 meses. El 40%, de los primigestos del Sanatorio dice que a los tres meses. El 38.23%, de los primigestos del Hospital piensan que a los tres meses, (ver tabla 18).

b) sentarse con ayuda: El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma que se sentará con ayuda a los siete meses, el 50%, que a los ocho meses. El 20%, para cada uno de los primigestos del Sanatorio que a los tres meses, cuatro, cinco, siete meses se sentará con ayuda. El 17.67% de los primigestos del Hospital que a los cuatro meses, y el 32.35%, no sabe.

c) sentarse solo. El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma dicen que a los nueve meses y el 50%, que a los diez meses. El 30%, de los primigestos del Sanatorio que a los 5 meses, el 30%, que a los 6 meses, el 10%, a los ocho meses, el 20%, a los 9 meses. El 26.47% de los primigestos del Hospital no sabe, el 20.58%, a los 9 meses.

d) gatear: El 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma dice que su hijo gateará a los 10 meses. El 40%, de los primigestos del Sanatorio dice que a los ocho. El 20.58%, de los primigestos del Hospital su hijo gateará a los cinco meses, el 23.53%, no sabe.

e) caminar con ayuda: El 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma consideran que su hijo caminará con ayuda a los once meses. El 30%, de los primigestos del Sanatorio piensa que a los ocho meses, el 40%, a los doce meses. El 38.23%, de los primigestos del Hospital piensa que su hijo caminará con ayuda a los doce meses, el 20.58%, a los nueve.

f) caminar solo: El 100% de los primigestos del CDEC-Chalma considera que su hijo caminará solo al año. El 40%, de los primigestos del Sanatorio piensa que al año, el 40%, que a los quince meses. El 29.41%, de los primigestos del Hospital piensan que su hijo caminará al año, el 29.41%, no sabe, el 17.67%, a los dieciocho meses.

g) balbucear: El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma piensa que su hijo va a balbucear a los dos meses el 50%, que a los tres meses. El 20%, de los primigestos del Sanatorio que a los seis meses, el 10%, para cada caso a los cinco, tres, ocho, veinte meses, dos años, desde el nacimiento. El 32.45%, de los primigestos del Hospital a los ocho meses, el 14.70%, a los dos años, el 11.76%, a los cinco meses.

h) pronunciar las primeras palabras. El 50%, de los primigestos del CDEC-Chalma piensa que su hijo dirá sus primeras palabras a los diez meses. El 50%, que al año. El 60%, de los primigestos del Sanatorio que será a los 24 meses y el 40%, a los 18 meses. El 26.47% de los primigestos del Hospital a los 18 meses. El 23.52%, no sabe y el 20.58% a los 12 meses.

i) pronunciar oraciones completas. El 50% de los primigestos del CDEC-Chalma piensan que su hijo dirá oraciones completas al año y medio, el 50%, que al año. El 40%, de

los primigestos del Sanatorio que su hijo dirá oraciones completas a los 24 meses, el 40%, a los 36 meses. El 35.29% de los primigestos del Hospital que su hijo dirá las primeras oraciones a los 36 meses, el 23.52%, a los veinticuatro meses y el 20.58%, no sabe

El 100%, de los primigestos del CDEC-Chalma al asistir al curso desea un mejor desarrollo de su hijo, el 50%, de los multigestos considera que existirán beneficios para la familia para transmitir a otros el conocimiento, el 50% el curso sacará dudas, saber más del embarazo, del desarrollo del niño, hacerle ejercicio. El 40%, de los primigestos del Sanatorio "va a ser bueno vamos a aprender, será de gran ayuda" el 20% "se obtendrá mejor conocimiento del embarazo", 10% desea que se cambie el horario por su trabajo, el 10%, no presentó expectativas, el 10%, "es interesante aprende uno y expone dudas", el 10%, "espero sea de gran ayuda a mi esposa y a mi hijo además que facilite el parto", El 100%, de los multigestos no contestaron. El 35.29%, de los primigestos del Hospital sin expectativas, el 14.70%, "va a ser bueno vamos a aprender, será de gran ayuda" el 14.70%, "se obtendrá mejor conocimiento del embarazo", el 11.70%, "es interesante aprende uno y expone dudas", el 14.70% "espero sea de gran ayuda a mi esposa y a mi hijo además que facilite el parto", el 5.88%, "mejor educación del bebé", el 2.94%, "ella me platica lo que ven", el 50% de los multigestos no respondió, el 30% opinan que tendrán nuevos conocimientos, el 10% aprenderá a hacerle ejercicio al niño, el 20% considera que son muy buenos y bastante ilustrativos los conocimientos que obtendrán.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Otra forma de evaluar los resultados obtenidos de la investigación; es apartir de la observación de los diferentes comportamientos, características y particularidades de cada asistente al curso de "Psicoprofilaxis perinatal", a los que llamaremos "Resultados Cualitativos" Datos que fueron capturados a través de notas de campo de los acontecimientos durante el curso y que por ser tan reiterativos y discretos fue posible cuantificar a través de porcentajes.

Difusión y/o trabajo multidisciplinario: Una vez realizada la revisión teórica de la investigación y de la zona en la que se aplicó el proyecto se procedió a dar difusión del curso, a las mujeres embarazadas de la comunidad de Chalma de Guadalupe D. F.

CDEC-Chalma

La difusión se realizó a través de volantes, trípticos (ver anexo), un rótulo (manta de 1.5 x 3mts.), invitación directa a mujeres de la comunidad, entrevistas con personalidades importantes de la misma, sacerdotes, médicos y maestras de las escuelas (CENDI, primarias y secundarias).

Durante un espacio de 8 meses, asistieron a solicitar el servicio de psicoprofilaxis perinatal 12 mujeres, 58.33% (7) primigestas y 41.65% (5) multigestas. Del total de mujeres, el 41.65% (5) solo acudió a una sesión, el 24.99% (3) acudió a 2, el 8.33% (1) a 4 y el 8.33% (1) a 8. Se ofrecieron dos cursos encontrando un promedio de 2.75 asistentes por sesión para el primer curso y de 1.37% para el segundo. El primer curso lo concluyeron 2 mujeres (20%) de las 10 que asistieron, ambas eran mujeres multigestas, con embarazos de alto riesgo previos y cesárea (embarazo de más de 42 semanas y la otra por preclamsia), el segundo lo concluyó 1 mujer primigesta (50%) de las 2 que asistieron, dando esto un total de 3 mujeres (37.5%).

Los cursos propuestos para el CDEC-Chalma se modificaron desde el inicio debido a que no se logró la asistencia de las 10 mujeres como lo planteaban los objetivos, así que se inició con dos mujeres, el curso estaba programado para 16 sesiones (una sesión por semana de dos horas cada una) pero, debido al entusiasmo presentado por las mujeres, las sesiones llegaron a tener una duración de hasta 4 o 5 horas, además de continuar en ocasiones en casa de las mujeres, por ejemplo una de ellas permitió que se vieran y analizaran en su casa tres películas, además cuando sus partos estaban cercanos se tuvo la posibilidad de concluir el curso de forma individual (tres mujeres), en sus propias casas. Los beneficios que se obtuvieron a partir de la amplia participación y constancia de las mujeres fue el disminuir el miedo al parto, a los "dolores", etc., además del intercambio de vivencias.

Ante la poca demanda se ofreció el curso en el centro de salud "Valle de Madero" cercano a la comunidad pero se presentaron algunas dificultades y esto no fue posible, más tarde se empezó a trabajar en un Sanatorio particular cercano a la colonia.

Sanatorio Particular

En este ambiente se intentó un trabajo multidisciplinario, por lo que primeramente se realizaron entrevistas, con el director, médicos generales y una ginecoobstetra del mismo sanatorio, a quienes se les informó acerca de la investigación, además de ofrecer la posibilidad de realizar un curso en sus instalaciones. Una vez aceptada la propuesta y para poner en marcha el programa se realizaron: volantes (ver anexo), anuncios e invitación directa de las mujeres. En un espacio de un año tres meses acudieron a pedir servicio de psicoprofilaxis perinatal 31 mujeres, 29.03% (9) multigestas y 70.96% (22) primigestas. Respecto a la asistencia al curso encontramos que el 29.03% (9) asistió a 1 sesión, el 16.12% (5) de 2 a 4, el 6.45% (2) a 5, el 9.67% (3) a 6, el 12.90% (4) a 8, el 26.45% (8) de 11 a 16 sesiones.

Como se puede ver más del 50% asistieron a más de 6 sesiones. Durante el periodo de trabajo en el Sanatorio se impartieron 4 cursos de psicoprofilaxis perinatal y el promedio de asistencia para cada uno fue de 1 mujer para el primer curso, de 4 para el segundo, de 2 para el tercero y de 3 para el cuarto. Los cursos al igual que en el CDEC presentaron modificaciones ya que en un inicio se trabajó con una mujer con un embarazo de 8.5 meses quien aceptó el curso intensivo de 10 sesiones, tanto en el sanatorio como en su casa, este con una duración de dos horas cada tercer día, hasta el nacimiento de su hijo. El segundo se ofreció en 20 sesiones. El

tercero cubrió los temas en 14 sesiones y finalmente el cuarto se ofreció en 10 sesiones. Después de un análisis del trabajo realizado se encontró que la asistencia al curso era mejor si este se proporcionaba en un número de 10 sesiones, debido a que algunas mujeres llegaron con embarazos avanzados como se muestra en los resultados cuantitativos, por lo que la estrategia seguida consistió en revisar los temas "trabajo de parto", "puerperio", "lactancia" y "estimulación temprana"; que comprendían los temas medulares del curso, aunque no concluyeran la totalidad de la temática eso debido al tiempo de gestación que ya tenían. Respecto al porcentaje de quienes concluyeron el curso, encontramos que, el primer curso lo concluyó el 100%, el segundo 18.18% (2), el tercero 18.18% (3), y el cuarto 50% (3), de las mujeres dando un total de 44.40% (7) considerando de todas las mujeres que concluyeron el curso en su totalidad. Pero si tomamos en cuenta que al final del embarazo se les proporcionaba la información medular se diría que el 100% de las participantes lo concluyeron.

A partir del trabajo de psicoprofilaxis se logró la detección de condiciones de riesgo orgánico, sociopsicológicos y psicológicos, de las que se ahondará más adelante.

Además es importante mencionar que un aporte a la investigación fue que en ese lugar se presentó el primer intento de un trabajo multidisciplinario, como se mencionó antes, sin embargo debido a los intereses propios de la institución no se logró culminar con la investigación debido a que el objetivo principal del sanatorio era poner fin al embarazo de las mujeres mediante cesáreas, sin un soporte científico, por ejemplo: una mujer que no presentó ningún problema aparente durante su embarazo, pero casi para llegar a los 9 meses, su médica le informó que estaba arrojando proteína por la orina, sin ningún estudio de laboratorio previo, culminando por tanto éste en cesárea. Debido a esta situación y al observar que el apoyo antes ofrecido por el personal médico se vio desviado, la expectativa de lograr el trabajo multidisciplinario se vino abajo orillando a la investigadora a buscar nuevas alternativas.

Hospital General de Tlalnepantla

El Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán", se vio como una alternativa, donde se pudiese continuar con un trabajo multidisciplinario a la vez de implementar el curso obteniendo los resultados finales esperados para la investigación, por lo que se tuvieron entrevistas con los Jefes de Enseñanza e Investigación y del Servicio de Ginecoobstetricia, se ofreció información general de la investigación y una vez aceptada la propuesta, se procedió a la canalización, realizada a través de volantes informativos (ver anexo) iniciando a su vez un trabajo multidisciplinario en el que se logró un trabajo muy estrecho y constante de motivación con los médicos estudiantes de la ENEP-Iztacala de 5to. y 8vo semestre que prestaban sus prácticas, médicos residentes, de base y enfermeras, así como la cooperación de las mismas mujeres embarazadas. La interacción inicial de los médicos y la psicóloga mostró un cierto rechazo de los médicos que paulatinamente disminuyó logrando mayor cooperación por parte de estos, sobre todo al vivenciar que las mujeres que asistían al curso presentaban disposición y cooperación en el momento del parto. En un periodo promedio de un año diez meses se impartieron cerca de 10 cursos de los cuales se reportan 6 debido a que se dio corte a la investigación al año tres meses.

Al curso, asistió aproximadamente el 10% de las mujeres invitadas y canalizadas por el personal (ya que asisten a consulta médica en promedio 60 mujeres diariamente), 99 mujeres, 68.68% (68) primigestas y 31.31% (31) multigestas. Una característica observada fue que en un alto porcentaje eran primigestas, lo que correspondía a las expectativas que buscábamos en la investigación.

El promedio de asistencia para el primer curso fue de 4.45 asistentes por sesión, en el segundo de 6.05, el tercero de 3.42, el cuarto 3.5, el quinto 5 y para el sexto 6.3. El primer curso lo concluyó el 30% (9 de 30 mujeres), el segundo 6.98% (2 de 29 mujeres) el tercero 23.07% (3 de 13 mujeres), el cuarto 16.66% (2 de 12 mujeres), el quinto 50% (4 de 8 mujeres) y el sexto el 100% (7 de 7 mujeres). Obteniendo un promedio general de 27.27% (27 mujeres de 99). Debido a que las mujeres llegaban al curso con embarazos muy avanzados los cursos se modificaron en duración y formato para que así recibieran lo medular para que a su vez lo aplicaran correctamente durante el trabajo de parto y parto. El primer curso se dio en 22 sesiones, el segundo en 17, el tercero en 14, el cuarto en 8, quinto y sexto en 7 sesiones. Ya que el 39.39% de las mujeres que asistían al curso llegaban con embarazos muy avanzados entre 8 y 9 meses de gestación por lo que no lograban concluir en su totalidad la temática del curso, pero como ya dijimos se podría considerar que 76.76% (76 de las mujeres), obtuvieron

beneficios debido a la participación de todas las compañeras que permitían se les instruyera acerca de los últimos temas del curso, consideraban que el curso tendría mejores resultados tanto para las que se retiraban pronto como para las que aun permanecían, por lo que trabajar con mujeres con embarazos avanzados permitió reorganizar el curso dando mayor peso a temas como: respiración, relajación, trabajo de parto, puerperio y lactancia, así como ablactación y estimulación temprana. Estos datos nos muestran, el hecho de que la mujer llega a atención médica con un tiempo de gestación avanzado, lo cual no les permite asistir a un curso de más de 10 sesiones. Pero cabe notar que existieron mujeres que asistieron al curso desde los primeros meses y tuvieron la posibilidad de asistir a tres o cuatro cursos, es decir, que algunas de ellas se sentían tan contentas en el curso que asistieron a este en repetidas ocasiones hasta que naciera su hijo.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Realizando un recuento total de las mujeres a las que se les proporcionó el curso de psicoprofilaxis perinatal encontramos que asistieron al mismo un promedio de 142 mujeres, a continuación presentamos los resultados de 76 de ellas (53.52%), el resto no se analiza por ser mínimo el número de sesiones a las que asistieron.

Uno de los objetivos de la investigación fue realizar la detección de condiciones de alto riesgo a continuación presentaremos como se cubrió.

Detectamos que de las 76 mujeres que asistieron al curso regularmente, el 80.26% (61) presentó una o dos y hasta tres condiciones de riesgo, solo el 19.37% (15) no presentó ninguna. Estudios como el de Herrera, Hurtado, Cáceres y García, (1996), han señalado como factores desencadenantes de problemas en el embarazo a) el desconocimiento de los procesos normales del embarazo y parto además de los procedimientos que se llevan a cabo en las instituciones de salud, lo que puede producir temores infundados y anticipaciones negativas b) percepción de ausencia de apoyo social (familia o pareja) c) actitud negativa hacia el embarazo y la maternidad (embarazo no deseado) d) relaciones conflictivas con la pareja o familiares y, e) características de personalidad. Las condiciones de riesgo que detectamos en este estudio, las clasificaremos de la siguiente manera: riesgo orgánico, esto es todo aquello que tuviera que ver con la fisiología de la mujer y/o del niño que pudiera ponerlos en peligro. Las condiciones de riesgos psicosociales, las que dividiremos en tres subcategorías 1) las vinculadas con dificultades económicas, 2) las relacionadas con condiciones psicoafectivas de la mujer con algún familiar y, 3) las características psicológicas particulares de las mujeres.

En la tabla 1 del anexo 2 se muestran los porcentajes de los riesgos encontrados en las 76 mujeres que participaron en el curso para riesgo orgánico encontramos un 57.89% (44), para condiciones psicoafectivas desfavorables un 35.52% (27), para dificultades económicas un 32.89% (25), y para condiciones psicológicas desfavorables un 23.68% (18).

Dentro de la categoría de riesgo orgánico, que tenía que ver con antecedentes o condiciones fisiológicas de la mujer, que pudiera poner en riesgo tanto su vida como la del niño un 57.89% (44), presentó características de riesgo orgánico, ya que el 25% (19) eran adolescentes, con una edad que fluctuó entre los 14 a 17 años; el 10.52% (8) eran mujeres jóvenes todas estas primigestas de 30, 32, 39 y 42 años, el 18.42% (14) eran mujeres con una cesárea previa, sumado a estas situaciones encontramos casos con condiciones particulares por ejemplo: La anemia se presentó en un 9.21% (7), de estos casos; el 1.31% tuvo dos abortos previos; el 2.63% (2) presentó amenaza de aborto.

Entre otras condiciones de riesgo encontramos que el 2.63% (2) presentó obesidad e hipertensión el 1.31% (1) mujer adolescentes con factor Rh- el 1.63% (1) con luxación de cadera con abortos previos el 7.89% (6) el 1.31% (1) un óbito y finalmente el 1.31% (1) con sangrado intermitente, (ver tabla 2)

En la tabla 3 se hace un desglose de las condiciones psicoafectivas desfavorables encontradas en la población, se puede ver que de las 44 mujeres que presentaron estas características, el 50% (38), eran mujeres solteras, muchas de ellas adolescentes, así como todos los casos de las mujeres jóvenes, el resto eran adolescentes y algunas otras mujeres 25% (19) tenían padres sobre protectores, que en muchos de los casos tomaban las decisiones por ellas, por ejemplo "reanudar o no la vida de nuevo con el padre del niño" o "preguntas sobre sus dudas a la psicóloga durante el curso", un 15.78% (12) reportaba no contar con el

apoyo económico ni moral de su cónyuge; el 1.31% mujer soltera reportó que no aceptaban a su hijo, el 6.57% (5) tenía problemas de pareja y un 13.15% (10) señaló tener problemas con los suegros

Las condiciones psicológicas reportadas por las mujeres al inicio del curso se encuentran en la tabla 4 y como se ve de las 76 mujeres, el porcentaje más alto corresponde al reporte de tener miedo al parto, 93.42% (71), asimismo se presentó un desglose de los diferentes tipos de miedo: "miedo a otra cesárea" con un 13.15% (10); "a repetir la situación traumática de su parto anterior" con un 5.26% (4), "a otro aborto" con un 5.26% (4); "a no poder ayudar al bebé" el 15.87% (12); "a perder otra vez al bebé" con un 11.84% (9); "a que el niño no se mueva" con un 10.52% (8), "a que se mueva demasiado" con un 6.57% (5). El miedo se encontraba vinculado con otras condiciones de riesgo en este caso con riesgos orgánicos, pero también encontramos un 18.42% (14), vinculado con problemas económicos, en este rubro las mujeres, reportaron dificultades en el ingreso económico señalando que este era insuficiente y que en algunos casos era una preocupación permanente porque no les alcanzaba, a veces para la consulta, los estudios o el parto o cesárea según el caso. Por lo que debemos observar que para el año de 1997 el costo de los pasajes era en promedio de \$12.00 a \$16.00 de ida y vuelta al hospital cuando iban solas o se sumaba otra cantidad similar cuando iban acompañadas, motivo que dieron algunas, como justificante para dejar de asistir al curso, o a la misma consulta ya que el costo era de \$15.00 y si a eso le sumamos cuando los médicos solicitaban estudios la cantidad aumenta considerablemente ya que los análisis tenían un valor de \$ 80.00 y el ultrasonido de \$120.00 lo cual muestra que no era tan fácil para ellas recibir la atención necesaria ya que si juntaban su dinero para el médico les faltaba para el pasaje o viceversa y si asistían a consulta no podían realizarse los estudios, etc. Cabe enfatizar que aunque los hospitales de salubridad son para las personas de más escasos recursos y se dice que si no tienen para pagar el servicio siempre se les debe proporcionar, no es así aunque cabe enfatizar que uno que otro de los médicos viejos en el Hospital de Tlalnepantla realmente atendía a las mujeres que lo solicitaban, además de ello es importante mencionar que el servicio de urgencias al menos en ese hospital no se cobra.

La situación antes mencionada tenía que ver sobre todo en los casos de las mujeres del Hospital General de Tlalnepantla, y del CDEC-Chalma en un caso en específico que desde la llegada al curso reportó preocupación por no poder "juntar lo de la cesárea o parto".

Un 14.47% (11), que presentaban tanto condiciones orgánicas, como psicoafectivas y económicas; solo en el 6.57% (5) el miedo apareció sin relación a otras condiciones de riesgo. Otras condiciones psicológicas que reportaron también las mujeres, cada una de ellas con un 10.52% (8) eran tímidas, un 2.63% (2) eran impulsivas, las cuales corresponden a características personales 2.63% (2), "preocupación por el desempleo de su cónyuge" derivado de las condiciones económicas precarias, 3.94% (3) "depresión por estar sola" en el caso de mujeres solteras, 5.26% (4), "temerosas por lo que le han contado del parto", lo que es producto de la herencia cultural cristiana que señala "parirás a tu hijo con dolor", una más (1.31) "tensión por el regreso de su compañero", el 1.31 (1) tenía duda respecto a cómo definir su situación", reportado por una mujer sin apoyo de su pareja, el 1.31% (1) "ya no quería otro hijo", expresado por una madre multigesta que vivía dificultades económicas. "Como se puede ver es claro que las condiciones psicológicas presentadas al inicio de su embarazo, no sólo se vinculan con su condición orgánica sino que se entrelazan con las económicas y psicoafectivas, producto de su relación con los otros y además de sus características muy particulares. Como se observa esta maraña de condiciones de no ser analizadas y reflexionadas, pueden conducir a estados fisiológicos (Herrera, et al 199) que compliquen el trabajo de parto y sean desfavorables para el nacimiento del bebé por lo que durante el curso se trabajaron todos estos aspectos.

En la tabla 5 se muestran las condiciones psicológicas observadas durante el curso, estas podrían dividirse en dos grupos; el primero que corresponde a categorías desfavorables para un buen embarazo y trabajo de parto, y el segundo en el que están las categorías favorables. En el primer grupo encontramos nuevamente el miedo a lo que ocurriría en el parto presentaba el porcentaje más alto 35.52% (27) junto con un temor a la misma situación 17.10% (13), como ya señalamos en algunos casos vinculado con condiciones de riesgo orgánico, pero en otras a condiciones psicoafectivas y económicas desfavorables, otra condición psicológica observada fue la sobreprotección de familiares, padres, esposos o suegros que presentó un 27.63% (21) que es una condición psicoafectiva muy importante de considerar, porque no permite a la mujer moverse a partir de sus propios sentimientos y necesidades, sino tener que aceptar lo

que los otros le imponen, justificando esto, por el gran afecto que le tienen, el (6.57%), 5 casos, presentaban: tensión, ansiedad, timidez, preocupación, poca participación en el curso pues siempre estaban calladas, algunas de ellas intranquilas, aprensivas, tristes, nerviosas, deprimidas, una presentó llanto en algunas sesiones, por lo que se muestra con un * las características que se presentaron junto con condiciones orgánicas, con un * las vinculadas con condiciones psicoafectivas y una + con condiciones orgánicas desfavorables. Nuevamente encontramos que la presencia de dos o más de estas condiciones están vinculada con las condiciones psicológicas observadas. Dentro de la categoría de características favorables, encontramos que estaban, contentas y felices el 34.21% (26) y se mostraron muy participativas en el curso el 43.42% (33), lo que muestra un positivo efecto en el estado de ánimo de las mujeres. Al final del curso y en el momento del parto algunos de estos estados de ánimo se modificaron y las categorías desfavorables disminuyeron en número y porcentaje y las favorables se incrementaron en porcentaje, esto se puede ver en la tabla 6 que nos muestra que el 68.42% (52), de las embarazadas estaban tranquilas, el 19.73% (15), contentas y solo se conservaban los estados desfavorables siguientes, tensión " debido a mal manejo hospitalario" 2.63%, miedo, el 6.57% (5), pacientes que presentaron una gran resistencia a que las revisaran para evaluar su dilatación del cuello uterino, en un 1.31% (1), estaba preocupada porque su bebé estaba sentado, el 2.63% (2) tensas porque sabían que les harían cesárea.

Se presentó un 23.68% de complicaciones durante el parto, un 21.05% (16) presentó preclamsia, y el resto con un 5.26% (4), ruptura de fuente, el 5.26% (4), por circular de cordón, el 1.31% (1), posición facial, el 5.26% (4) tuvo desprendimiento de placenta, el 5.26% (4) el producto tenía posición pélvica, el 7.89% (6) tenía Desproporción Céfalo Pélvica (DCP), el 6.57% (5) tensión, el 59.21% de estas complicaciones se vinculan sólo con condiciones orgánicas y el otro 40.79% está vinculado con condiciones psicosociales fundamentalmente psicoafectivas, el 27.63% (21) de los casos presentaron sobreprotección de los padres, esposos o suegros.

Un aspecto de interés en la investigación fue conocer los deseos y dudas que presentaban las mujeres embarazadas las cuales se mostraron a continuación por orden de importancia para las mismas mujeres como: el embarazo, la salud del niño, los procesos del mismo embarazo y parto, de pareja, personales, familiares, etc.

DESEOS DE LAS MUJERES AL ASISTIR AL CURSO

Durante la entrevista las mujeres reportaron tener miedo a diversas circunstancias las cuales les preocupaban estas se encontraban en primer orden y entre ellos están "miedo al parto" con un 93.42 %, ya que pensaban que tendrían dolores que quizá no podrían aguantar ya que les habían comentado que eran muy fuertes.

Otras mujeres reportaron miedo por "no tener los medios económicos para la llegada del niño", (44.73%), esto debido a que en algunos casos los esposos no tenían trabajo, eran madres solteras, mujeres solas, etc

"Vivir nuevamente una cesárea" (17.10%), debido a que reportaban que después de la cesárea presentan dolores muy intensos en sus vientres además de que no se pueden mover mucho, a excepción de una que dijo que para ella era mejor la cesárea ya que no le gustaban los partos ya que este siempre es muy doloroso además de traumático

"A embarazarse otra vez ya que el niño que estaba esperando no lo deseaba ni esperaba" (30.26%), cuando la mujer no está preparada para un nuevo embarazo el recibir la noticia de este puede propiciar problemas múltiples, mostrándolos como miedo, existen además los casos en los que ya tienen muchos hijos

Mujer con oligodramios, reportaba "miedo por la salud de su bebé", pero también tranquilidad porque asistió a todas las revisiones solicitadas por el médico (1.31%).

En el caso de las madres solteras encontramos miedos diferentes, "tengo miedo que el papa de mi hijo no hable cuando nazca su hijo" (7.89%), en esos casos eran madres soltera que no habían tenido el apoyo de la pareja durante el embarazo.

En algunos casos el "miedo era a abortar nuevamente" como en el caso de la mujer con esterilidad previa (1.31%) o en el caso de la que había "abortado ya dos veces", (1.31%) "Miedo de perder a su hijo", (15.78%) ya que fueron casos que habían vivido pérdidas anteriores y no deseaban volver a experimentar otra pérdida

"Vivir una preclamsia", (10.52%), eso debido a que habían tenido una preclamsia previa

Una mujer en específico del sanatorio particular reportó "Yo tengo miedo del parto no quiero sentir, quisiera que me durmieran para no vivir nada"(1 31%), eso debido a la influencia negativa de la madre, posesiva.

Existieron miedos no reportados pero si analizados fueron el temor por estar solas es decir, ser madres solteras, el vivir con familias posesivas, etc. Uno de los casos con el que nos tocó trabajar resultó de un error médico (inadecuada revisión la mujer tenía puesto el dispositivo y se antedía cada seis meses como el médico lo recomendó sin embargo quedó embarazada, además vivió una amenaza de aborto y miedo los tres primeros meses por el dispositivo (1.31%)

Una mujer tenía miedo de parir rápidamente a su hijo como en casos anteriores. con un 1 31% ese fue un caso especial debido quizá al tipo de organismo de la mujer y su umbral de dolor es tan alto que no identifica la más mínima contracción, solo al llegar la hora del nacimiento de su hijo.

También se dieron casos que reportaron, "Tener miedo que le pongan el DIU y se encarne" (39.47%) "Yo camino mucho porque me da miedo que el niño se me vaya a pegar" (64.47%), "Es necesaria la episiotomía porque me da miedo que se me infecte" (30.26%), dicho problema se presenta en la mayoría de los casos debido a la inadecuada limpieza que realiza la mujer misma y nuevamente debido a que no se le ofrece la orientación de la adecuada limpieza "Si yo no quiero que me bloqueen pueden no hacerlo verdad, porque me da miedo que me pase algo por el bloqueo" (43.42%), las mujeres pensaban que el "bloqueo" era la "raquea" y que esta les podría provocar problemas de espalda, pero cabe mencionar que en la actualidad esa práctica es obsoleta ya que fue sustituida por el bloqueo el cual involucra mucho menos anestesia y si más analgesia que no provoca ningún problema ni a la mujer ni al niño.

"Yo no quiero que mi hijo nazca aquí quien sabe como la atiendan a una y eso me da miedo" (30.26%), como se observó ese número de casos contemplo como es que las mujeres no confiaron por un lado en el sanatorio debido a que les hacían cesárea a todas, o en el caso del Hospital de Tlalnepantla donde muchas de las mujeres comentaron tener desconfianza al servicio pero, sin conocer antes dicho servicio, además se dieron casos en donde las mujeres tenían la certeza de una atención inadecuada realmente

"Algunos ejercicios me dan miedo no lastimará a mi hijo?" (19.73%), duda que se presentaba sobre todo en las mujeres con embarazos de alto riesgo a quienes les habían dicho sus médicos que no podían hacer movimientos bruscos afortunadamente en ninguno de los casos existió problema y por el contrario en la mayoría dio resultados positivos.

"Miedo porque tengo ya nueve meses y el niño no da luces de nacer" (21.05%), miedos mal fundados debido al descuido de no saber la fecha en la que se embarazaron, lo cual origina dudas tanto a la madre como a los médicos y aun más cuando estas no se realizan los estudios que ayudan a despejar un poco dichas dudas.

"Mi hijo no se ha movido me da miedo estará bien" (14.47%), en casos como esos se reveló la falta de conocimiento de las características básicas de un embarazo, lo cual se repite en los siguientes casos. "Mi hijo viene sentado tengo miedo que le pase algo", (6.57%).

"Yo tengo miedo de no saber dar de comer a mi hijo" (35.52%), este es un miedo poco común en la actualidad debido a que todas las madres buscan dar mamila a su hijo pero cuando alguna habla de dar pecho y tener dudas o miedos la perspectiva cambia y origina un deseo de aprendizaje.

En segundo orden encontramos que, el 92.10%, desea "que mi hijo nazca bien", situación muy repetida tanto en las multigestas como en las primigestas ya que querían proporcionar un nacimiento adecuado a su hijo.

En tercer orden encontramos que a la mujer le interesaba tener conocimiento acerca de los procesos por los que pasa al estar embarazadas, el 22.36% "deseo saber si es bueno o no asistir constantemente al médico" Como se observó en los resultados cuantitativos las mujeres asisten a revisión médica una vez que su embarazo se encuentra muy avanzado, sobre todo en el caso de las primigestas, debido quizá a desidia, al miedo a que sus padres sepan de su embarazo o también podría deberse a ignorancia.

El 15.78%, "señala aprender para poder detectar el momento del nacimiento de mi hijo" condición presente en las mujeres que habían deseado y planeado a su hijo

Un 10.52% "deseo aprender todo lo relacionado con el embarazo y parto, estoy leyendo pero creo que no es suficiente" la inquietud de las mujeres se debió a que leían o escuchaban algo relacionado al embarazo llegaban a la sesión y lo comentaban para que se les

retroalimentara o les hablara acerca de los problemas de la información obtenida.

En un cuarto orden y respecto a aspectos personales encontramos un 3.94%, "ya no deseaba otro hijo" esa situación se observó primordialmente en las mujeres que asistieron al CDEC-Chalma y al Hospital de Tlalnepantla, estas mujeres ya tenían hijos, y no deseaban más.

Con un un 2.63%, "deseo aprender para ayudar a que mi bebé nazca bien o sea que no se muera como los otros dos", estos fueron dos casos: a una mujer se le murieron sus hijos y en el otro caso tuvo dos abortos previos, un 2.63%, "tuvo problemas de esterilidad", pareja joven después de tres años de múltiples intentos por embarazarse, además de estudios, llegó a un sanatorio donde se repitió la situación, un ginecólogo propuso a la pareja realizar un ejercicio y que con el podrían tener la esperanza de engendrar un hijo, la pareja lo realizó teniendo como resultado un embarazo que duró tres meses, terminando en aborto espontáneo, después de seis meses la mujer se volvió a embarazarse, logrando un embarazo de alto riesgo con placenta baja, durante ese tiempo su atención médica fue continua ya que presentó fuertes contracciones durante todo el embarazo

El 1 35% "deseo aprender a ser madre porque cuando nació mi primer hijo yo era muy niña y él era para mí un juguetito", este caso fue muy especial ya que la mujer comentó que ella tuvo a su primer hijo a los 14 años y que su madre le hacía todo a ella y sólo le permitía cuidarlo un rato por lo que para ella era como jugar con él, cuando el niño tenía un año una mujer se acercó a ella y le dijo que por qué no le regalaba a su juguete, en ese momento ella se dio cuenta que no era un juguete sino su hijo, es por eso que esta ocasión desea poder vivir su embarazo y nacimiento de su hijo diferente busca ofrecer lo que no pudo dar a su primer hijo.

DURANTE EL CURSO

En el momento de dar inicio al trabajo en grupo se encontró que el deseo más presentado por las mujeres fue "perder el miedo al parto" con un 93.42%, el cual abarcó los puntos antes mencionados, además de estar en primer orden. En segundo orden se encontró que las mujeres deseaban saber acerca de los procesos del embarazo y parto, el 65.78% aprender a respirar. Al 65.78% les inquietaba saber si su hijo nacería por parto o cesárea.

A lo que más miedo tiene la mujer es al momento en el que nacerá su hijo quizá porque piensa que le "dolerá", pero al estar informadas sobre ello podrán tener mayor conciencia de cómo debe ser su participación, por lo que sus dudas se aclararon durante los temas de trabajo de parto y el momento del parto, se les informaba de las situaciones que las condicionaban para que su hijo no naciera por vía normal, entre las que se encuentran problemas musculoesqueléticos, de salud materna, de salud fetal y placentaria tales como; desproporción cefalopélvica, pelvis con formas irregulares, huesos medios en pelvis, etc. problemas maternos como; diabetes, hipertensión, primigesta (adolescente y añosa), cesáreas previas con intervalos menores a dos años, más de tres cesáreas u otros problemas físicos o de salud no expuestos, en lo concerniente a problemas placentarios como: placenta previa, marginal, postmadura, inmadura, etc., finalmente los problemas de salud fetal desde posición fetal, tamaño de cabeza del feto, prematuridad, postmadurez, etc.

De esa forma la mujer tuvo el conocimiento de aquellas situaciones que pueden concluir en una cesárea, sin embargo también se les informó que mientras el embarazo no presente ningún problema su hijo puede nacer por parto normal, así que solamente se puede saber hasta el momento en el que se inicia un trabajo de parto o después de cumplir 40 semanas de embarazo si su hijo nacerá por parto normal o cesárea

El 38 15% tenía embarazo de alto riesgo y deseaba poder brindar algo bueno a su hijo

Un tercer orden lo ocupó todo lo relacionado con la salud del niño, el 11.84% "deseo que mi hijo nazca sano no importa que sea nuevamente cesárea" reportado por las multigestas con miedo de repetir la situación de la cesárea consideraban que si eso era bueno para el niño era mejor la operación.

Estan también los aspectos personales (relación de pareja), el 9 21% eran madres solteras y deseaban "que el padre de mi hijo esté conmigo", en algunos casos, en otros comentaban que no querían que él supiera de la existencia de su embarazo pero por otro lado sentían que sería muy bueno que el padre de su hijo estuviera con ellas. Por el contrario el 6 57% deseaba que "el padre del hijo no regrese". debido a que él no la dejaba ni un momento

en paz, y la molestaba continuamente

En otro orden importante para las mujeres estaba lo relacionado al embarazo y los procesos del mismo; el 52.63% deseaba se repitieran las sesiones de relajación, debido a que con estas mujeres se logró ofrecerles si no todo el curso si la mayoría de los temas, tuvieron además la posibilidad de tener dos o hasta tres o cuatro sesiones de relajación lo cual les agradaba bastante ya que después de la relajación se les invitaba a realizar un viaje por su vientre para conocer a su hijo, después del cual las mujeres despertaban además de relajadas muy contentas por la experiencia vivida.

El 36.84% de las mujeres deseaba que se les programaran más películas de las previstas, en este caso muy especial realmente fueron pocas las mujeres que tuvieron la posibilidad de revisar las películas programadas debido a que en el CDEC-Chalma por ejemplo no se pudieron revisar todas las películas, esto por evitar la incomodidad de las familias de ir todas a revisar cada película y también porque la mujer que ofrecía su casa tenía un embarazo muy avanzado así que no se concluyó la revisión de las mismas. En el caso del Sanatorio curiosamente después de revisar la primera película la televisión se les cayó y no se pudo continuar con la revisión de las mismas a excepción de una ocasión en que una señora ofreció su casa para revisar una película.

En el caso del Hospital, el esposo de una de las mujeres llevaba su televisión para revisar las películas pero igualmente no pudo llevarla todo el tiempo, después el hospital ofreció una TV pero desafortunadamente ocurrió algo similar al Sanatorio ya que después de tres películas revisadas se robaron la TV y no fue hasta mucho tiempo después que se nos permitía revisar una que otra vez alguna película.

En cuanto a la continuidad del trabajo en sus casas, el 6.57% pidió que se le ofreciera la conclusión del curso, esa oportunidad que se ofreció quizá se debió a la confianza generada después de un tiempo de trabajo extenso como en el caso del CDEC-Chalma en específico y en el caso del Sanatorio particular.

Por otro lado el 100% compartía el deseo de que la instructora estuviera con ellas en el momento del parto, esto porque en algún momento se les mencionó la posibilidad de lograr la autorización para el ingreso a la sala de expulsión o al quirófano según el caso, por lo que se creó en las mujeres cierta dependencia.

Conforme se avanzó en la temática del curso las mujeres mostraron inquietud por conocer acerca de la salud del niño pero cuando este ya hubiera nacido; el 39.47% de las mujeres deseaba que al nacer los niños se les ofreciera un curso de estimulación temprana, ese deseo estaba basado en los temas que se les ofrecían a las mujeres y en algunos casos como se observa en el porcentaje, no se conformaban con lo revisado en teoría, tenían la inquietud de poder revisar cada tema con el niño para así no tener ningún problema o arriesgar al pequeño con algún movimiento incorrecto

Durante el curso existieron tres casos con características particulares; el primero presentó oligodramio (poca cantidad de líquido amniótico) y prolapso de cordón umbilical (cordón umbilical al rededor del cuello), el segundo sus dos hijos anteriores murieron, el último reportó un prolapso de cordón ombilical todas deseaban que su hijo estuviera bien.

En generalidades: El 15.78% deseaba que la acompañara a urgencias para revisión, el 2.63% que se le acompañara a su consulta, en uno de los casos debido a que cambio de atención de un centro de salud al Hospital General de Ticoman y deseaba saber si preguntaba correctamente todo lo relacionado con su hijo, en el otro caso debido a que el ultrasonido reportaba que el niño estaba bien y el médico decía que estaba sentado

El 1.31% "prefiero que me hagan cesárea porque no me gustan los partos" debido a la influencia negativa de su madre, el 1.31% "deseo que me hagan cesárea porque no deseo sufrir", el 1.31% al saber que a todas les hacían cesárea y a ella le programaron también la suya. "mejor me voy al seguro yo quiero que mi hijo nazca por parto normal"

DUDAS DE LAS MUJERES AL ASISTIR AL CURSO

El embarazo es un periodo que está impregnado de diversas preocupaciones las cuales van acompañadas de desconocimiento, información incorrecta o a medias, etc. de todos los temas relacionados con el embarazo lo cual implica que la mujer viva en un mundo de dudas que no siempre son aclaradas y que en ocasiones ni siquiera son expresadas por las mismas mujeres

Durante la entrevista

Se presentaron múltiples dudas las cuales en un primer momento comulgaban con los aspectos antes referidos a continuación se mostrarán algunas de ellas: un 78.42% preguntó "¿Aquí podré perder el miedo al parto?", resultando uno de los porcentajes altos, dentro de las dudas de las mujeres

Preguntas sobre el curso El 100% al llegar y después de ofrecida la información preguntó "¿Cuánto va a durar el curso?", el 100%, "¿Cada cuándo debemos venir?", el 72.36% "¿Cuántos días vas a trabajar con nosotras?", un 35.52%, "¿Explicame de qué se trata el curso?", sumando a estas preguntas se sumaban aquellas que pedían se les informara acerca del curso y en algunos casos pedían toda la información pensando que quizá se les daría esta en su totalidad en una sola sesión

El 27.63% "¿Porqué es importante tomar el curso?", esta duda la tenían sobretodo aquellas mujeres remitidas por los médicos y que no les interesaba asistir, sin embargo algunas de ellas al asistir a dos o tres sesiones permanecían definitivamente.

Un 22.37% "¿Podríamos trabajar con ellas o haríamos otro grupo?", la inquietud era debido a que al observar a las señoras trabajar y reportar como se sentían quizá eso les hacía pensar en la posibilidad de integrarse con ellas en el trabajo

El 21.05%, "¿Podemos venir los tres días?", (estos casos son del Hospital donde se trabajaban tres días a la semana), el 19.73% "¿Puede acompañarnos nuestro esposo?", el 13.15% "¿Puedo tomar el curso aunque me hayan hecho cesárea?", lo cual mostró el interés de la mujer por adquirir conocimiento aunque tuviera ya hijos

El 10.52% que asistían al Hospital preguntó "¿Es necesario venir ahora o hasta que tenga más tiempo?"

Un 1.31%, pregunto con mucho interés "¿La información que nos vas a dar es parte de lo que dice Vellay en su libro de parto sin dolor?", esta mujer después de que planeó y deseó a su hijo busco mayor instrucción acerca del embarazo y cómo poder ayudarlo para que no sufriera en el momento de su nacimiento, y finalmente, "Yo estudie dos años medicina y no si si el curso funcione o no", en este caso la mujer había vivido ya dos cesáreas y pedía que le hicieran cesárea ya que ella no soportaría un parto, además nunca creyó en el curso.

DURANTE EL CURSO

Tema: "como se forma una nueva vida"

En este apartado las preguntas más comunes en las mujeres fueron referidas a su fisiología, como por ejemplo; al conocimiento de su aparato reproductor ya que muchas de ellas tenían información incorrecta, parcial o simplemente no sabían nada acerca del proceso natural de su cuerpo, entre las dudas más referidas encontramos; que el 22.36% preguntó, "¿El óvulo se ve cuando se desecha?" el 18.42% "¿Por qué se da la menstruación?", un 28.94% pensaba y preguntó, "¿El óvulo es la menstruación, verdad?", "Yo nunca me hubiera imaginado que la menstruación hubiera sido parte o más bien el nido para el bebé, más bien yo pensaba que era el óvulo el que se moría" con un 17.10%

Para responder esta pregunta es menester hacer referencia a tres aspectos muy importantes los cuales, aunque pudiera decirse que no tienen relación entre si.

La educación en nuestro país hasta ahora no ha logrado cubrir las necesidades de una enseñanza más abierta en todo lo relacionado con la sexualidad y en las escuelas solamente se instruye al estudiante acerca de los fundamentos de la sexualidad humana, por ejemplo cambios presentes en el inicio de la pubertad hasta la juventud, sin embargo esta educación no ofreceta respuesta necesaria a las inquietudes específicas de la población

En un segundo lugar, esta lo relacionado a la cultura impregnada de creencias, mitos y costumbres las cuales en algunos casos no crean la seguridad en la mujer para vivir un embarazo tranquilo, tal como se revisó en el primer capítulo de la investigación antes de la llegada de los "bárbaros" la población comulgaba con creencias, mitos y costumbres que fueron distorsionadas debido a la baja cultura y educación que tenían esos bárbaros originando trasgiversión en la población femenina.

Estas dos condiciones forman una tercera, que es el desconocimiento del proceso de embarazo y parto, ocasionando con ello que la mujer no viva su embarazo de forma consciente.

Pasando al tema propiamente dicho se encontraron dudas como: un 85.52% preguntó "¿Dónde se implanta el huevo?", un 78.94% "¿Cómo se desarrolla en el útero?", un 47.36%, "¿Cómo se va formando el niño?", un 17.10% "¿Por qué el bebé se implanta en el útero?", un 22.36% "¿Cómo se forman los gemelos?" un 1.31%, "¿Verdad, qué para formar a un niño la pareja debe tener muchas relaciones porque con una sola vez no nace un niño?" un 11.84%, "¿El cordón umbilical está pegado al ombligo de la madre?", un 31.57% "¿Desde cuando es ya un feto?", un 17.10% "¿Por qué si en el tercer mes está ya completo no nace?", un 39.47% "¿Por qué se dan los abortos y cómo prevenirlos?" con un 39.47%, "¿Cualquier mujer puede abortar?" En este rubro encontramos nuevamente que las dudas que tienen las mujeres por sencillas que parezcan arrastran múltiples tabúes que no se habían podido discipar en ellas aun en los casos en los que ya tienen hijos.

En lo concerniente a la relación madre-feto, es decir, cómo debe ser el acercamiento de las mujeres con sus hijos aun antes de nacer, las dudas más presentadas fueron. Con un 63.15% "¿Qué tan buena es la música para el bebé?" "duda aclarada por las mismas mujeres ya que algunas reportaban que el niño no está contento con todo tipo de música pero cuando escuchan alguna que les gusta a ellas el niño también está contento porque se mueve de forma suave.

El 63.15% preguntó, "¿Deberás se puede platicar con él?", esa pregunta se presentó ya que muchas de ellas pensaban que podría ser tonto platicar con alguien a quien ni siquiera conocían". h) El 51.31%, "¿Es cierto que los niños conocen a la gente?". El 44.73% "¿Exactamente todo lo que sentimos lo siente el bebé?". "¿Es cierto que el bebé también se siente mal si una piensa cosas negativas se las pasa una al bebé?" con un 27.63% Encontramos nuevamente que aspectos tan sencillos y de alguna manera propios del ser humano, se le han arrebatado o despojados, es decir, no se le permite expresar sus sentimientos

Esto es gracias a la mala información que tenemos de hace muchos años lo cual origina que las mujeres pongan poca atención al desarrollo de su hijo lo cual puede ser en un momento dado herramienta para poder prevenir problemas en el niño y en la madre, pero por el contrario como no lo tocan, no platican con él. El mismo niño no ofrece respuestas que daría si fuera realmente estimulado, pero sin irnos más lejos esa situación se observó desde el momento en el que no saben como se engendra un hijo.

Tema: Adaptación de la mujer a una nueva situación (el embarazo).

Las dudas en este rubro abarcaron básicamente lo relacionado a aspectos orgánicos durante este periodo como: "¿Qué es lo que una debe hacer cuando está embarazada, los cuidados, etc.?" con un 36.84%, "¿Dicen que uno debe comer más, eso es bueno?" con un 34.21%, en esta pregunta se repite lo antes mencionado, nuestra cultura esta impregnada de mitos y costumbres que se juegan en ese periodo originando en ocasiones problemas y en otras beneficios tanto para la madre como para el niño.

El 28.94% "¿Por qué a cada rato queremos ir al baño?", se observó que al no conocer los cambios fisiológicos durante el embarazo no tienen visión de lo que ocurre en su cuerpo internamente.

Las piernas se me hinchan "¿Qué puedo hacer para que no se me hinchen tanto?" con un 28.94%, "¿Por qué se hincha uno?" con un 21.05%, "¿Que es la preclamsia y por qué da?" con un 90.78%.

Existen otras preguntas como "¿Cuántos kilos debemos subir?" con un 39.47%, "¿El aumento de peso puede ser mayor o menor?" con un 22.36%, "¿Por qué se siente una muy llena con todo?" con un 15.78% Esas dudas iban frecuentemente acompañadas de creencias y mitos que la mujer comparte con otras, estas le ofrecen en algunos momentos seguridad y en

otros miedos, sin embargo no se debe dejar de lado que la atención médica en nuestro país no involucra la posibilidad de ofrecer instrucción a la mujer acerca de la necesidad de seguir una dieta, con la cual se podrían evitar problemas como obesidad, preclamsia, eclamsia, hipertensión, entre otros.

El 25% "Por qué nos cansamos tanto ahora?". El estómago me pesa mucho y me siento mal, me canso mucho "¿Qué puedo hacer para no cansarme tanto?" con un 18.42%, igualmente olvidan que el niño tiene que ir creciendo para alcanzar un tamaño de 50 cm promedio en el momento del nacimiento

El 18.42% "¿Por qué me da tanto sueño ahora?", dudas que surgen generalmente por no tener el conocimiento de la evolución presentada en la mujer durante este periodo, el 17.10% presentó la inquietud de saber ¿Qué hacer cuando una se siente mal?", algunas de ellas se apoyaban en lo que les decían sus madres o mujeres ya mayores, sin embargo la duda persistía cuando no daban solución a éstas.

También presentaron dudas como "¿Por qué sale el paño y no a todas les sale?" con un 9.21%. "Me estoy manchando de la cara, ¿Eso es el paño?" con un 3.94%. "¿Le hace daño a una tomar mucha agua o eso le afecta al niño?" con un 1.31%, esta duda es parte de algunos mitos o costumbres que la población femenina arrastra generalmente por ignorancia durante ese periodo.

El 100% preguntó "¿Cómo puedo cuidarme la piel para que no me dé comezón?", "¿Hago los ejercicios tres veces al día está bien?" con un 1.31%. Como se puede observar las dudas de las mujeres iban de lo general a lo particular, observando que conforme pasaba el tiempo en el trabajo sus preguntas eran más elaboradas originando con ello mayor conocimiento

Tema Enfermedades infecciosas durante el embarazo y su prevención.

Se puede pensar que de alguna manera existe conocimiento de las enfermedades sexualmente transmisibles, sin embargo esta aseveración resulta falsa al encontrar que el conocimiento que tienen de éstas en ocasiones es erróneo, veamos las dudas presentadas por las mujeres durante el curso: "¿Las enfermedades venéreas se previenen?" con un 100%, "¿Cómo se adquieren?" con un 82.89%, "¿Cuáles son los cuidados y tratamientos?" con un 73.68% "¿Cuáles son las enfermedades que más puede contraer una mujer embarazada?", con un 60.52% "¿Cuáles son más peligrosas?" con un 56.57%. "¿El tratamiento sólo lo debe llevarla mujer o también su esposo?" con un 31.57%. "¿Por alguna enfermedad venérea se puede morir un niño?" con un 14.47%.

Se encontró que las mujeres no suelen revisar su vagina para observar si existe algún problema y menos aun llevar a cabo una limpieza diaria de esta.

Otras preguntas fueron El 100% preguntó, "¿El SIDA nos puede dar a nosotras también y eso afecta al bebé?", con un 85.52%, "¿Cómo se puede contraer el SIDA?", "¿Si a una mujer le da SIDA esta enfermedad se la transmite a su hijo?", con un 90.78%, "¿Una mujer embarazada no se debe acercar a alguien con SIDA?" con un 50%.

"¿Qué cuidados debe tener la mujer para prevenir las infecciones?", con un 82.89% "¿Las enfermedades de los genitales también le hacen daño al niño, si es así se considera un embrión de alto riesgo?" con un 5.26%. "¿Cuáles son los problemas que puede tener la madre y el hijo en caso de estar infectadas de VIH?", con un 40.78%, "¿En el hospital realizan estudios de VIH para saber si alguna mujer está infectada?", con un 31.57%.

Aunque en la actualidad aun en los diversos medios de comunicación se ofrece la información se encontró que la población femenina no tiene la más mínima orientación respecto a ese tipo de enfermedades sin embargo quedó implícita la necesidad de que ellas debían cuidarse, revisarse cotidianamente y exponer sus dudas al médico y en caso de observar algún problema si fuese necesario pedir un tratamiento para su pareja.

Importancia del conocimiento del desarrollo de mi hijo a partir de la consulta médica.

Durante ese tema se pudo observar que sobre todo en las primigestas existen dudas mayores a las esperadas debido a que no tienen conocimiento de los cuidados básicos que deben tener durante este periodo entre ellas encontramos con un 22.36% como se pudo observar anteriormente, una de las primeras preguntas realizadas por ellas fueron "¿Debo ir al médico o no es necesario?" condición que afortunadamente para algunas de ellas fue

modificada, sin embargo a pesar de que la mayoría de las mujeres llegaban con embarazos avanzados el asistir a este tema en especial proporcionó la posibilidad de una mayor y mejor atención médica ya que de esa manera las mujeres podían preguntar con mayor confianza sus dudas y por tanto obtener respuesta a estas.

Un 57.89%, ¿Desde cuando debemos ir al médico?, duda que surgió en ellas después que se les informó acerca de los cambios que presentan y de la necesidad de atención una vez que se sabe del embarazo además de las posibles complicaciones que podrían originarse por una atención tardía o equivocada.

Un 51.31%, ¿Cada cuándo debemos ir al médico? pregunta sobre todo de las primigestas ya que en algunos casos pensaban que no era necesario, eso se observó en los meses que tenían al asistir a su primera consulta médica, un 77.63%, ¿Qué cosas debo preguntarle al médico en la consulta?, después de ir avanzando en el tema, en las mujeres surgió la duda respecto a qué preguntas deberían hacer al médico debido a que ellas no preguntaban nada y sólo escuchaban las recomendaciones sin decir normalmente una palabra, en este caso los mismos médicos comentaban que no informara tanto a las mujeres que asistían al curso porque se habían vuelto muy preguntonas.

Aunque para algunos médicos eso era molesto, para otros era mucho mejor, comentaban que de esa forma las mujeres iban detectando sus síntomas ofreciendo a ellos la posibilidad de proporcionar un servicio de primer nivel además que así se podían prevenir algunos problemas como, preclamsia, anemia, hipotensión, hipertensión, bajo peso, infecciones vaginales, embarazos avanzados, etc.

Un 2.63%, presentó la siguiente duda ¿No hay problema que yo vaya a un dispensario, o tiene que ser en un hospital donde yo me atienda? esto es porque cerca de su casa no existen centros de salud, a una de las mujeres le detectaron un embarazo de alto riesgo, canalizandola oportunamente, cabe enfatizar que en el dispendario todos los pacientes son atendidos por un médico general.

Un 86.84% ¿Me deben mandar a hacer estudios o sólo con la visita al médico sé que mi hijo está bien?, en esta pregunta en particular se observó que la mayoría no tenía ni idea de qué estudios son necesarios para conocer la evolución del embarazo, esta situación se repetía aún en las mujeres que ya tenían hijos, de aquí se podría cuestionar la atención brindada por los médicos ya que mientras algunos piden mucho más estudios de los necesarios por el contrario otros no piden ninguno, caso que se repitió en los tres lugares donde se llevó a cabo la investigación.

Un 39.47% ¿El ultrasonido es malo? cuestionamiento importante ya que debido a la mala información, las mujeres llegan a presentar miedo pensando que este podrían ocasionar algún problema en el niño, en este aspecto nuevamente el médico en múltiples de los casos no informaba acerca de las características de dicho estudio, además cabe enfatizar que las mujeres pensaban que el ultrasonido era igualmente maligno para el niño como los RX.

Un 69.73%, ¿El ultrasonido es para ver cómo se desarrolla el niño y saber su edad?.

Un 56.57% ¿Es malo tomarse radiografías? generalmente las mujeres no saben si esto afecta o no a su hijo o a partir de cuándo o cuando no, en este caso en el Sanatorio todos los médicos suelen pedir a las mujeres una radiografía para saber si el niño está en posición y si puede o no pasar pero a su vez realizan mediciones un tanto extrañas para concluir que el niño no pasa, aunque no siempre sea cierto y proceden a informar a la mujer que lo mejor será que le realicen una cesárea para que el niño este bien. Es importante mencionar que ni en los Centro de Salud ni en los cinco Hospitales de Salubridad donde nacieron los niños de las mujeres que asistieron al curso les pidieron radiografías y en el caso del Hospital de Tlalnepanitla donde se tuvo contacto más estrecho con médicos y mujeres sólo piden las radiografías para casos con alto riesgo.

Un 36.84%, ¿Qué es la amniocentesis, siempre se debe hacer?, pregunta que surgía sobre todo al terminar de revisar una de las películas transmitidas durante el curso "embarazos de alto riesgo", donde a las mujeres con embarazos de alto riesgo les realizaban la amniocentesis para prevenir posibles sufrimientos en el feto por lo que algunas mujeres pensaban que era necesario en todo caso, pero la duda era aclarada en ese mismo momento sobre todo porque en nuestro país solo se realiza dicho estudio en los hospitales de tercer nivel tanto públicos como privados. Dicho tema también fue revisado en todo momento que las mujeres lo pedían.

Un 23.68% ¿Por qué aquí no hacen amniocentesis? duda que persistió en las mismas mujeres se aclaró que dicho estudio sólo es para casos con riesgos mayores y que ese

estudio no se realiza más que en hospitales de tercer nivel como Peri(neo)natología que también es de Salubridad, sin embargo el caso de una mujer que se atendía a parte del sanatorio en otro lugar, el segundo médico sugirió que se realizara una amniocentesis para saber si los pulmones del niño estaban ya maduros y si así era podrían hacerle cesárea ya que con pulmones maduros no necesita estar más tiempo adentro el niño, afortunadamente la mujer preguntó y comentó acerca de dicha situación de tal manera decidió esperar la evolución del embarazo y el trabajo de parto ayudando a que su hijo naciera finalmente en otro sanatorio por parto normal sin necesidad de ninguna amniocentesis ni cesárea

Un 68.42% ¿Qué estudios se deben hacer cuando una está embarazada?, duda presentada tanto por primigestas como por multigestas ya que por falta de información médica, ignorancia o no sabían qué estudios se necesitan durante ese periodo.

Un 36.84%, ¿Por qué se deben hacer estudios de orina? estas mujeres no tenían conocimiento de porque debían realizárselo y no se lo hacían y por el contrario otras se lo realizaban a pesar de no saber para qué.

Un 82.10%, ¿Qué es el factor Rh? las mujeres en general no tenían conocimiento de dicho aspecto por lo que el porcentaje fue bastante elevado, sobre todo porque no conocían los problemas que se podían presentar debido a un Rh-.

En el Hospital llegó una adolescente de 15 años con un factor Rh-, por sus características fue canalizada a alto riesgo donde se le dio un tratamiento especial para que no se dañara al niño.

Un 43.42%, ¿Como saber si mi hijo tendrá problemas al nacer por el Rh como puedo prever eso? después de conocer a la mujer con Rh-, las otras presentaron preocupación por su hijo ya que el 93.42% no sabían ni siquiera qué tipo de sangre tenían.

Un 35.52%, ¿Se debe conocer el tipo de sangre del esposo?, nuevamente por la preocupación reportada después de conocer los posibles problemas para el niño, un 78.94%, ¿Por qué nos miden la panza y nos la apachurran con un fierrito (pinar)? una de las primeras dudas que reportaron las mujeres para convertirse posteriormente en una exigencia hacia los médicos

Como se puede observar conforme avanzaba en el curso las mujeres fueron mostrando mayor interés en todo lo relacionado a su hijo, sus cuidados eran mejores, no exagerados, sobre todo su cuidado personal se vio modificado, exigían una atención más profesional preguntaban, etc

Tema: Mi hijo va a nacer.

Como se mencionó antes las mujeres poco a poco iban estructurando mejor sus preguntas respecto a sus dudas lo cual se lograba a partir de la cooperación de todas ya que mientras unas aclaraban las dudas de otras, entre todas dábamos respuesta a aquellos aspectos que no conocían, revisaremos algunos de ellos: ¿Cómo puedo saber si tengo ya nueve meses o todavía me falta? con un 28.94%, aquí los porcentajes como se observará fueron ya menores a los arrojados antes.

El 22.36% ¿Es bueno que el niño se mueva o eso es malo? algunas mujeres pensaban que si el niño se movía o se movía mucho era debido a que estaba mal o tenía algo sin embargo esa duda fue resuelta por ellas mismas, en este aspecto personalmente me sorprendían, ya que después de muy poco tiempo las mismas mujeres reportaban que mientras más se moviera un niño más sano estaría

El 63.15% ¿Cómo puedo saber que mi hijo está por nacer? esa fue una de las preguntas que más realizaban las mujeres primigestas incluyendo en algunos casos a aquellas que ya habían tenido hijos, pero por cesárea.

El 82.89%, ¿Qué debo hacer cuando vaya a nacer mi hijo?, las mujeres mostraban inquietud al no saber qué hacer, esa inquietud se vio modificada, presentado posteriormente interés por saber como debían responder en ese momento

Un 52.63% ¿Cuáles son las formas en que un niño puede nacer y por qué? en relación a esta pregunta se encontró que las mujeres no tienen conocimiento de cuáles son las formas en las que puede presentarse el nacimiento de un hijo lo cual implica que ellas reporten en múltiples ocasiones miedo

El 78.94%, ¿Cómo se inicia un trabajo de parto? en ese rubro desafortunadamente se encontró que las mujeres ni siquiera tenían conocimiento de como se puede presentar éste debido quizá a que los médicos no ofrecen la información adecuada o tal vez porque no lo

consideran importante, además las mujeres que asistían a sus consultas regulares escuchaban en cada una, las recomendaciones del médico, "si se presentaba salida de líquido, sangre por su parte, o dolores cada 5 minutos era momento de ir al Hospital" pero a pesar de ello las mujeres no atendían dichas recomendaciones, quizá debido a ello el porcentaje arriba mencionado es tan alto, lo cual origina también riesgos para el neonato en el momento del nacimiento.

El 65.78%, ¿Cómo son los dolores? al escuchar a mujeres que habían tenido hijos, primigestas presentaron infinidad de preguntas acerca de lo que ellas dan por llamar "dolores", esa duda fue aclarada y las mujeres al referirse a las contracciones no volvían a llamarlas dolores

El 90.78%, ¿Cómo puedo saber que estoy sintiendo una contracción? después de aclarada la diferencia entre dolor y contracción, las mujeres preguntaban insistentemente como es que podían identificar dicha situación debido a que su concientización se iba fortaleciendo poco a poco, para así orientar más tarde a sus compañeras.

El 75%, ¿Las contracciones sólo se sienten en el trabajo de parto? duda presentada más en primigestas y multigestas con cesárea previa, pero se les aclaró que durante todo el embarazo las contracciones están presentes aunque para ellas no sean perceptibles.

Como se pudo observar conforme se avanzaba en el programa las mujeres iban tomando conciencia de lo que ocurría en sus cuerpos y mejor aún se volvían parte importante en su propia participación para el buen desarrollo de su embarazo y protección a su hijo.

Tema: Importancia de la respiración.

Al llegar a la revisión de este tema encontramos menos problemas a los antes vistos, ya que desde que la mujer asistía a la primera sesión se le orientaba acerca de la forma correcta de respirar, sin embargo al pasar a los niveles que debían aplicar durante el trabajo de parto y parto existieron casos aunque los menos, de dudas respecto a la correcta forma de respirar entre ellas por lo que algunas comentaban: el tema está muy difícil y yo casi no lo entiendo mejor vamos a hacerlo con ejercicios ¿sí, por favor? el 36.84%, comentaron que ese tema en especial estaba complicado por lo que después de cierto tiempo de trabajo con las mujeres se procedió a modificar el tema ya que no se volvió a presentar de forma teórica sino práctica.

¿Cómo puedo saber que no estoy respirando bien y cómo debo hacer para respirar bien? el 22.36%, respuesta que les daban las mismas mujeres al comentar "una se siente diferente además el niño se mueve más eso quiere decir que la respiración es la correcta si una se cansa o marea es que está haciendo mal el trabajo.

¿Nosotras respiramos mal todo el tiempo? 78.94%, esa fue una duda más generalizada la cual se observaba al iniciar la sesión de ejercicios ya que usualmente respiraban por la boca o jadeaban en lugar de respirar, sin embargo el trabajo por partes ayudo a que las mujeres fueran conociendo y sintiendo cómo iba modificándose todo lo que ellas sentían, es decir reportaban que ya no se cansaban, podían dormir mejor, si caminaban por mucho tiempo no se fatigaban, etc.

En el momento que se presente el trabajo de parto, qué tan buena es la respiración, realmente funciona? un 43.42%, duda que presentaron más mujeres sobre todo porque aun con la instrucción y la correcta aplicación de lo aprendido continuaban mostrando miedo sin embargo dicho miedo tenía matices diferentes a los presentados al llegar al curso, es decir sus miedos eran ya racionales ya que habían conocido de dónde vienen esos miedos es decir, los vislumbraban objetivamente

Tema Educación neuromuscular

Respecto a este tema en contramos que una vez instruidas en la rutina de ejercicios diarios al igual que en la respiración, lograron una mejor armonización dentro de los distintos ejercicios neuromusculares por lo que las dudas presentadas fueron menores. ¿Cuesta un poco de trabajo tensar los músculos pero si se puede, verdad?, con un 22.36%, ¿Los ejercicios se deben hacer diario? con un 100%. ¿Porqué se siente una tan bien con los ejercicios? con un 100%

En la segunda parte del trabajo se ofrecieron a la mujeres sesiones de relajación, las dudas que más presentaron fueron ¿Yo no senti nada pero dígan me ustedes que si viajaron

(termino que las mujeres dan a la vivencia de la relajación), que se siente a dónde van, qué ven? con un 14.47%, ¿De verdad se sienten mejor? con un 14.47%, Yo no pude viajar pero me sentí muy bien

¿Es malo que no pueda hacer lo que ellas?, con un 13.15 %, A mi me costó mucho trabajo relajarme, ¿todas las demás si pudieron por qué? con un 9.21%. ¿Por qué nos trajiste tan pronto?, yo apenas estaba conociendo a mi hijo con un 60.52%. Como se pudo observar el mayor porcentaje de mujeres logró relajarse además de realizar un viaje imaginario hacia su propio vientre donde conoció a su hijo, algunas lo tuvieron en sus manos otras solamente lograron verlo pero lo más importante en esas sesiones fue que se relajaron sin mayor problema.

En el caso de las que no lo lograron en la primer sesión se les ofreció una segunda o hasta tercera oportunidad logrando con ello que si no el 100% si cercano a este se lograra; no tanto porque las mujeres conocieran a su hijo, como todas pedían, sino para que vivenciaran como es que el cuerpo se puede realmente relajar (durante la sesión en los tres ambientes desafortunadamente llegaba a haber ruidos algunas veces mayores otras menores sin embargo al preguntarles acerca de lo que ocurría en el exterior sólo las que no lograban la relajación reportaban lo sucedido las otras mujeres nunca reportaron esos ruidos extraños en algunos casos las mismas mujeres reportaron que sentían cómo se iban y que mi voz se perdía, así, que ellas continuaban la labor y curiosamente al platicar su vivencia todas coincidían en lo visto).

Tema: Trabajo de parto.

Ese fue uno de los temas más revisados dentro del curso, también temido, en el que más altos se hicieron debido sobre todo a las dudas tan generales en algunos casos y específicas en otros ¿Cómo se sabe si es un trabajo de parto falso o verdadero? con un 35.52%, duda compartida en muchas ocasiones con el cónyuge, en esos casos se observó que el embarazo no es un periodo en el que sólo debe participar la mujer sino la pareja en su conjunto.

¿Cómo debemos identificar el trabajo de parto? con un 72.36%, como se puede observar el porcentaje de mujeres con esa duda era elevado sin embargo quienes más lo preguntaban eran las multigestas con cesárea previa seguidas de las primigestas.

¿Qué es la dilatación?, con un 51.31%, en este caso para algunas de ellas, estos son términos nuevos ya que no conocen tal proceso, en otros aunque al parecer tenían algún conocimiento no sabían como expresarlo. ¿Qué es el borramiento? con un 56.57%, como se mencionó antes estos son terminos nuevos para ellas y en la mayoría de los casos tienden a confundirlas más sobre todo durante el trabajo de parto, pero a las que asistieron al curso se les aclaró en todo momento.

¿Qué debemos hacer cuando se rompe la fuente?, con un 82.89%, tema muy polémico ya que la mayoría a pesar de saber que es una situación especial y que la mujer debe asistir inmediatamente al hospital, respondían "no pasa nada malo"

¿Tienen que darse todos los pasos antes para saber que tenemos que irnos al hospital verdad, o no? con un 34.21%, a pesar de que en innumerables ocasiones les informó acerca de los síntomas que presentarían al final del embarazo, propios para irse al hospital ellas continuaban preguntando si tendrían que ocurrir todos los síntomas (salida de líquido amniótico, contracciones de 60" cada 5' y sangrado igual o parecido a la menstruación) para dirigirse al hospital.

Afortunadamente las mismas mujeres aclaraban las dudas de las otras mujeres

¿Por qué algunos embarazos duran muy poco y otros duran mucho? con un 30.26%, pregunta básicamente de las primigestas sobre todo en aquellas que asistieron a su primera consulta entre los 4 y 6 meses de embarazo y que tenían miedo de tomarse el ultrasonido, además de ello que la mujer normalmente no conoce cuando se embaraza, ya que la mayoría de los niños llegan sin ningún compromiso de los padres

¿Cuándo se debe hacer cesárea? con un 100% duda en todas las mujeres ya que generalmente esperan a que los médicos sean quienes les informen que les van a realizar una cesárea pero no siempre el por qué de esta así que se les habló de los 12 por qué de una cesárea

¿Qué voy a hacer si a la hora de la hora se me olvida lo que aprendí? con un 52.63% duda mayor en las primigestas como es sabido y se observó durante todo el trabajo las

mujeres aprendieron a detectar situaciones a las que debían poner atención, además de aprender a identificar y decrementar el miedo a partir de la respiración sin olvidar que no siempre se logra el 100% de los beneficios esperados y eso no se debe sólo a la mujer sino que no se debe olvidar que ella vive en un ambiente donde se relaciona con más personas, y situaciones que pueden originar una variación en su conducta, sin embargo las herramientas y capacitación se les ofrecieron a todas por igual.

Cuando se vio la película de parto psicoprofiláctico: ¿Por qué se desgarró la señora? con un 5.26%, en ese aspecto sólo 4 de las mujeres observó detenidamente lo que ocurría en la mujer durante su parto, yéndose estas más a lo fisiológico que a la participación de la mujer en el momento del nacimiento de su hijo.

Otro porcentaje, estuvo atenta a lo que realizaba la mujer durante su parto, ¿Cómo le hace la mujer no se ve que haga ningún esfuerzo? con un 15.78%, como se observó las mujeres aprendían a ser más observadoras y a detectar cuales debían ser las respuestas que ellas aportar durante su parto.

Tema. Alumbramiento y métodos anticonceptivos

Durante este tema las mujeres presentaron inquietudes diversas que vinculaban el deseo de conocer la forma de ayudar a su hijo a nacer rápido y sano, entre las preguntas encontramos: ¿Qué es el alumbramiento? (47.36%). Como se sabe, la población femenina habla de "dolores y de aliviarse", normalmente no entienden los términos médicos manejados cotidianamente en las salas de parto y quirófanos los cuales no son utilizados en la consulta, es decir en general la mujer vive su embarazo sin saber cual debe ser su participación durante este y menos aún durante el parto y alumbramiento orillándola por tanto a ser solo un ente observante y no participativo durante el penúltimo proceso del embarazo, durante el curso la mujer jugo un papel importante al cuestionar e interesarse en conocer cual debía ser su participación.

Una vez revisadas algunas dudas las multigestas reportaron que no habían participado durante en trabajos de parto anteriores por lo que ahora sabrían como cooperar.

El (60.52%) preguntaron ¿Yo no he vivido un parto o en mi parto anterior no cooperé y quisiera que nos enseñes a pujar?

Cabe manifestar que aunque ya se había revisado el tema de trabajo de parto y parto las mujeres reportaron la inquietud de poder realizar un ejercicio con el cual pudieran identificar si su pujo era correcto, cabe enfatizar que al realizar el ejercicio la mayoría pujaba mal ya que la fuerza que implica el ejercicio la centraban de la cara hacia el estómago y al llegar al último ya estaban fatigadas, por lo que en lugar de ayudarse propiciaban un cansancio mayor.

En el caso del sanatorio particular una de las preguntas más referida fue, ¿Cuándo nace el niño nos lo dan luego, luego? (13.15%), desafortunadamente debido a la política interna del sanatorio al nacer el niño es retirado de la madre por un periodo de 12 a 18 horas si es que nace sano y por más de 24 horas se existe alguna pequeña complicación y si existe un problema como meconio, llanto después de los 15 segundos de nacido, etc. el niño era retirado hasta por 5 días sin que la madre pudiera en algún momento tocarlo.

A continuación se ejemplificará el caso de un médico que comentó después del nacimiento de un niño: "...Pues el niño tiene que estar en el cuñero hasta mañana ya que si se lo llevan a su madre se puede morir porque se enfría, si le pasa algo al niño yo no me hago responsable..."

Como se mencionó en la metodología, durante la aplicación del curso se intentó la posibilidad de incorporar un trabajo multidisciplinario en los casos que fuera posible, así las mujeres podrían gozar de mejores expectativas en su atención. Pero como es de todos sabido dentro de una institución de salud ya sea pública o privada suelen existir rivalidades entre profesionales, en este caso el médico quizá pretendió causar miedo o imponer su autoridad ya que no siempre se permite que otro profesional de sugerencias acerca de como planear su labor. Y menos aun cuando el segundo juega un papel diferente al primero.

Afortunadamente no solo había un pediatra en el sanatorio y otro médico comentó que eso no era cierto que al contrario mientras más rápido fuera entregado el niño a su madre sería mejor para los dos "Si usted se compromete a apoyarme yo podré entregarle a la señora a su niño en dos horas" Y así fue retirándose el otro médico y pasadas las dos horas el

pequeño fue entregado a su madre. También es importante mencionar que de los niños que nacieron en el sanatorio solo 4 de ellos fueron entregados en corto tiempo a su madre ya que las asistió el último médico.

Otra de las preguntas de las mujeres fue, ¿A fuerza nos tienen que hacer la rajada en la vagina, que feo?, pregunta que realizó el 50% de las mujeres y como se pudo observar ellas, no siempre saben todo lo que ocurre en una sala de partos por lo que se observó no conocen que maniobras deben realizar los médicos para ayudar al niño a nacer y que las madres no tengan desgarramientos. ¿Qué cuidados debemos tener para que no se infecte la episiotomía? (35.52%), a pesar de no conocer todas las mujeres dicha maniobra obstétrica fueron pocas las que preguntaron acerca de los cuidados necesarios durante ese periodo.

Como se ha visto uno de los problemas que más se observa en las mujeres embarazadas es que no asisten a su revisión médica, de forma constante lo cual puede originar ciertos problemas sobre todo cuando el tiempo del embarazo ya es cercano o mayor a las 40 semanas originando con ello posibles problemas, uno de los problemas que más viven las mujeres y sus hijos es el meconio, en ese aspecto se encontró que el 71.05% de la población tenía la inquietud de saber; ¿Por qué nacen los niños con meconio?

¿Qué otras complicaciones pueden haber con el prolapso de cordón? (59.21%), se revisaron diversas complicaciones en el neonato debido al prolapso de cordón sin embargo el interés de ellas propicio que exigieran mayor información.

¿Hay algún problema porque el niño viene sentado eso es malo? (9.21%), las mujeres en su ilusión por que su hijo naciera por parto normal al recibir la negativa de los médicos mostraban miedo por la salud de su hijo, en algunos casos las mujeres dudaban entre ir con una partera o hablar con el niño, así finalmente se concientizaban de que quizá su hijo nacería por cesárea pero sano.

¿Por qué se tiene que donar sangre cuando nace el bebé? (43.42%), esa más que una pregunta en la mayoría de los casos reportados era una reclamación ya que consideraban que con lo que pagarían debía ser suficiente, pero se les habló de la importancia de donar sangre y en algunos casos no codificados ofrecieron su donación aun antes de nacido su hijo.

¿Cuánto tarda la placenta en nacer y que es lo que hacen con ella? (63.15%), esa duda surgía después de la película "partos complicados", desafortunadamente en la actualidad tanto en el sanatorio particular como en el Hospital General de Tlalneapantla no revisan la placenta y la tiran después de que nació el bebé. Una conclusión propia es que como ahora se realiza al niño un examen de su estado al nacer llamado "APGAR" donde se evalúan cinco aspectos del neonato (los cuales se especifican en el capítulo dos), por lo que ahora los médicos concluyen que con la placenta no se obtiene información acerca de la salud del niño.

¿Es necesario que sangremos después del parto? (19.73%), casi la totalidad de las primigestas pensaba que al nacer el niño y la placenta se terminaba con todo lo relacionado al embarazo pero yo les preguntaba antes de responder su pregunta "¿Y el colchón donde quedó?" (ya que de esa forma les ejemplificaba el revestimiento del útero para esperar al huevo fecundado), con esa pregunta quedaban aclaradas todas las dudas en ellas así que se les informaba de los cuidados que debían tener además de las revisiones durante el puerpereo teniendo no el DIU que se coloca en el caso del Hospital de Tlalneapantla a todas las mujeres después de parir.

¿Por qué después de que nace el bebé el vientre continua grande? (40.78%), duda nuevamente fue respondida con otra pregunta "¿Qué pasa con los órganos de la mujer cuando el niño va creciendo además como creen que regresan a su lugar?". A lo que las mujeres respondían primero que no sabían o que no recordaban les repetía la pregunta y generalmente lo recordaban o se les volvía a explicar hasta que les quedara claro a todas.

Durante la sesión de Métodos Anticonceptivos, una de las dudas fue "¿El puerpereo es aquello que hacen las mujeres para no tener más hijos?", (1.31%), como se observa las mujeres no tenían conocimiento de todo el proceso del embarazo y parto además de todo lo que con llevan estos, su información acerca de estos temas en algunos casos es equivocado en otros a medias o peor aun no saben de este. "La amniocentesis es quitar la bilis a la mujer ¿o no?" (1.31%), en este caso se repitió el desconocimiento o la información equivocada respecto a ese termino. ¿Todos los métodos anticonceptivos son malos? (64.47%), en este caso debido a lo que la mujer suele escuchar de otras mujeres llegan a creer que estos son realmente malos sin embargo las mínimas concian las ventajas y también las desventajas de las mismas.

¿Existe algún método que no afecte en nada a la mujer y no tenga fallas? (63 13%), en ese caso considero que más que nada las mujeres mostraban sus miedos debido a fallas anteriores o por desconocimiento.

¿Por qué en el IMSS le ponen el DIU a las mujeres sin preguntarle si las puede matar, porque les perfora el útero además a veces los niños nacen con el DIU o no?, desafortunadamente una de las políticas del sector salud en la actualidad es disminuir el número tan alto de embarazos sobre todo en las zonas marginadas con lo que se busca disminuir a su vez problemas mayores, sin embargo la mayoría de las mujeres consideran que eso es malo comentan que eso es una agresión y falta de ética, sin embargo la política continúa.

¿Por qué se encarna el DIU? (36.84%), ¿Por qué a unas mujeres sí les ponen el DIU y a otras no? (42.10%), en este caso aunque muchas decían que "se falta a los derechos humanos de la mujer", en los hospitales de la Secretaría de Salud tienen, la política de colocar el DIU a todas las mujeres después de parir.

¿Una vez que nace el bebé nos pueden poner el DIU o no? (26.31%), ¿Dicen que algunos métodos pueden dejar estéril a la mujer es cierto? (9.21%), ¿Con la salpingoclasia se arriesga mucho una verdad, porque ya no se siente lo mismo y una deja de ser la misma? (22.36%).

¿A mi me gustaría saber acerca de la ligadura de trompas de falopio por que yo me quiero operar pero dicen que es malo que da cáncer, que no se siente lo mismo después, ¿Es cierto eso? (14.47%), ¿Si una mujer no quiere tener más hijos se puede operar y después si quiere más hijo se puede volver a operar? (1.31%), ¿A mi me gustaría conocer métodos porque él desea otro hijo pero yo no y para no embarazarse luego, luego me gustaría saber mucho de ellos porque yo no se mucho? (2.63%).

Dentro del trabajo con las mujeres embarazadas se dijo en algún momento que algunos de los esposos asistían al curso junto con ellas y dos de ellos preguntaron ¿Yo quiero saber si la vasectomía duele porque a uno lo abren y yo no quiero que me abran? dando (2.63%). ¿A qué edad es bueno hacerse la vasectomía? (2.63%). Como se pudo observar las dudas de las mujeres iban acompañadas de miedos, creencias, mitos etc., los cuales revisaremos más adelante

Tema: Lactancia y ablactación.

Tema muy difundido en la actualidad el cual pretende concientizar a las madres de los beneficios de la lactancia hasta una edad determinada (6 meses obligatorio) y una ablactación adecuada (a partir de los 6 meses y no antes) con la cual se puedan prevenir posibles problemas como alergias en los niños debido a la incorrecta alimentación, que puede acarrear problemas mayores en el niño tales como problemas metabólicos o desnutrición originando con ello problemas en su desarrollo general y sobre todo neuronal, sin embargo este rubro no se cubre de forma orientadora a las mujeres originando que estas continúen con sus habituales tareas.

Después de reflexionar, encontramos que las mujeres que asistieron a curso pretendían por lo menos ofrecer pecho a sus hijos e iniciar una ablactación correcta, para lograr esto ellas preguntaron aspectos como: ¿Desde cuándo tenemos leche? (18 42%), duda en muchas de ellas sobre todo al observar a compañeras que tenían producción aun antes de nacido el niño, otras desde los primeros meses del embarazo en cambio existieron mujeres que no reportaban ningún síntoma ni presentación láctea aun con embarazos avanzados

¿Desde cuando debemos darle pecho al niño? (90.78%), ¿Hasta cuándo debo dar pecho? (86 84%), en ese caso las mujeres en múltiples momentos se encontraron casi entre la espada y la pared ya que mientras un médico mencionaba una cosa otro le decía otra y lo mismo ocurría con las enfermeras y al ofrecer la investigadora la información, ellas ya no sabían quien estaba en lo correcto así que insistían mucho en que les informara de el tiempo mejor de lactancia.

¿Cada cuánto debemos darle pecho al niño? (100%), ¿Qué debo hacer para poder dar pecho a mi hijo? (67 10%), ¿Es bueno darles aparte agua, té, atole, etc.? (55.26%) pregunta impregnada de mitos, costumbres y creencias. ¿Dicen que una debe tomar atoles para que baje la leche es cierto? (47 36%). ¿La alimentación de la madre se debe cambiar para amamantar al niño? (39 47%). ¿Cuáles son los cuidados que debo tener para que mi pezón no se lastime? (80 26%) en ese caso encontramos que algunas de las multigestas tuvieron

problemas en sus pezones y ellas fueron las que más preguntaban. ¿A veces se inflaman los pechos y ya no sale leche porqué? (31.57%) también reportado por las multigestas básicamente

¿Qué tan malo es amamantar al niño cuando una hizo coraje, cocino o labó?(34.21%), duda igualmente impregnada de mitos creencias y costumbres, transmitidos de manera oral por las mujeres mayores.

Durante la sesión de ablactación: ¿A qué edad se inicia la ablactación en el niño? (71.05%), la inquietud mostrada por las mujeres fue modificándose conforme se avanzaba en la revisión del tema de la lactancia, originando por tanto el deseo de aprender para así ofrecer una alimentación correcta a su hijo cuando fuera necesaria. Cabe hacer mención que las mujeres generalmente se encuentran con una rica variabilidad de propuestas de alimentación para su hijo transmitidas de manera oral por ejemplo: propuestas médicas, de otras mujeres con hijos y la investigadora. El gran reto para la mujer era decidir que alimentación sería la mejor para su hijo. ¿Con qué debo empezar? (61.84%), ¿Es bueno darle fruta antes de los 3 meses? (32.89%), ¿Nos vas a dar una lista de lo que nuestro hijo debe comer para que crezca sano? (100%), al finalizar con el tema las mujeres mostraban un verdadero interés respecto de la forma de alimentar a su hijo y las dudas disminuyeron.

Tema: Principios de estimulación temprana.

La estimulación temprana está compuesta de principios simples que corresponden a la unión de juegos, ejercicios sencillos, atención y cariño que los cuales de forma sistematizada o no toda mujer ofrece a un pequeño para ayudara su desarrollo. Sin embargo esta labor como tal, las mujeres reportan no conocerla aunque como es sabido es una tarea que generalmente toda mujer realiza con niños pequeños, se presentaron múltiples cuestionamientos entre ellos: ¿Qué es estimulación temprana? (71.05%), en la mayoría de los casos esta era una duda debido a que no habían escuchado el termino con anterioridad, ¿Para que sirve?(80.26%) ¿Cómo ayuda eso a mi hijo? (94.73%), ¿Yo podría hacerle los ejercicios? (100%), ¿A mi me da miedo no lo vaya yo a lastimar? (88.15%).

¿Los ejercicios son a fuerza o se pueden dejar de hacer? (39.47%), ¿Desde cuándo debemos hacerle los ejercicios al niño?, (89.42%), ¿Tú nos vas a enseñar a hacerle los ejercicios? (100%), ¿Es importante estimular al niño?, (71.05%). ¿Es bueno hablarle al niño desde ahora que está en mi vientre? (80.26%), ¿Hasta cuándo debo estimularlo? (78.94%), ¿Cómo hacerle ahora con mi hijo de 4 años no se que hacer cuando nazca el bebé? (3.94%), ¿Cuáles son los posibles problemas de un niño al enfermarse? (28.94%), ¿Por qué desde que nos embarazamos debemos hablarle al niño? (22.36%), ¿Desde qué el niño está en el vientre puede escuchar música y voces? (48.68%), ¿Los bebés deben escuchar música, que tipo de música? (52.63%), ¿Cuándo el niño ya nació la música debe escuchar la bajito o fuerte?(47.36%), ¿Es bueno hablar fuerte cuando los niños están dormidos? (40.78%), ¿Porqué se le deben hacer ejercicios al niño? (69.73%).

A pesar de existir dudas generales en algunos casos y particulares en otros las mujeres mostraron gran interés respecto al conocimiento del desarrollo de su hijo.

A lo largo del trabajo con las mujeres se observó que existía en ellas desconocimiento generalizado en muchos terminos y muchos de ellos de debe quizá a: falta de educación sexual (escolarizada y del hogar) ya que como sabemos normalmente hablar de sexualidad aun en nuestros días es un tabú lo cual origina que la mujer al concevir un hijo tenga en muchos de los casos miedos sin fundamento en otras respuestas equivocadas debido a la mala, mediana o nula información, la cual no solo adquieren fuera de un ambiente médico, lo peor del caso es que son poco aquellos médicos que se dan el tiempo mínimo para hablar a la mujer acerca de lo que esta ocurriendo en su cuerpo. Considero que la falta de información y desconocimiento en la mayoría de los casos es la causa de tantos problemas en el niño. Además de la pereza de la misma mujer por aprender.

Uno de los casos que encontramos es que en la actualidad se realiza en todos los centros de Salubridad la posibilidad de tomar una prueba a los niños cuando nacen llamado "Tamiz metabólico" el cual se debe realizar a todos los niños para prevenir problemas (de todos los grupos un porcentaje mínimo realizó a su hijo dicha prueba y no fue por desconocimiento ya que a todas se les instruyó acerca de la prueba)

Mitos, creencias y costumbres

Las condiciones de las mujeres con las que se trabajó en la investigación involucraron aspectos que se han analizado en pocas ocasiones y que sin embargo juegan un papel importante en el desenvolvimiento de la mujer, en este caso durante "El embarazo", el cual se encuentra ricamente impregnado de mitos, creencias y costumbres propios de nuestra cultura, las cuales le permiten por un lado vivir un embarazo con tranquilidad, pero también lo viven con miedos, sumando también la condición orgánica de la mujer.

Además es importante mencionar aspectos como, su situación socioeconómica y psicoafectiva los cuales se conjugan durante el embarazo, a continuación mostraremos algunas de las características que comparten las mujeres.

Costumbre. Entendemos por costumbre al hábito adquirido por la repetición de actos, práctica muy usada que presenta cualidades y usos que forman el carácter distintivo de una persona o comunidad.

Encontramos que las mujeres continúan aun en nuestros días con costumbres anteriores a la llegada de los bárbaros, por ejemplo; "Si se baja el bebé debemos ir con una señora para que nos sobe, después de eso la señora nos dice que debemos descansar". Como se observó las mujeres acuden primeramente a una atención empírica es decir a una partera dándole a ella el poder de conocimiento de su salud y la de su hijo. El 15 78%, asistió; alguna vez con una partera para que le acomodara al niño.

"Cuando vaya a nacer el bebé me tomo un té de chocolate con ruda y ya, al hospital", esta es una costumbre utilizada desde tiempos prehipánicos por las mujeres para abortar, pero en este caso algunas mujeres lo hacen para adelantar el trabajo de parto.

Otra costumbre muy parecida es tomar una taza de té de canela para ayudar a que el parto se acelere.

"Yo ayudo a mi mamá porque ella me cuida y ayuda con mi embarazo" (1 31%), en ese caso más que costumbre la mujer tenía una dependencia hacia la madre y a su vez la madre podía manipular tranquilamente a su hija.

"A mi se me estaban hinchando las piernas y mi suegra me hablo de un jugo me lo hice y con eso en dos días realmente el edema desapareció y siento que también puedo dormir mejor". Costumbre que tiene como efecto un provecho para la mujer, como se sabe, ciertos frutos y legumbres al ser mezclados originan diuréticos que el cuerpo aprovecha en un 100% dando como resultado beneficios, así observamos nuevamente que la mujer acude a otras instancias antes que a un médico, pero cabe enfatizar que existen casos en que los "remedios caseros" como suelen llamarles en casos simples ofrecen resultados positivos y en menor tiempo que los medicamentos prescritos por un médico, en ese caso la mujer compartió con las otras su conocimiento ofreciendole esa manera resultados similares a quienes lo realizaron (el edema desapareció ó disminuyó), ya que lo tomaban todas las mañanas.

Después de dar a luz y antes de la cuarentena se le dan baños de hierbas tanto a la madre como al bebé.

Quando la madre da a luz días después va a dar gracias a la villa.

Tanto la madre como el bebé se tienen que purgar después del parto.

Al niño se le da té de azares para que duerma bien y no se haga nervioso

Los bebés cuando les van a salir los dientes se les pone en la encía vino para calmar la comezón.

La Santa María se les pone a los niños debajo de su almohada para que duerman bien, y no están inquietos.

A los niños cuando les da hipo les tiene uno que poner un poco de azúcar en la boca

Si los niños hacen bizcos se les pone un pedazo de papel, hilo o algo rojo en la punta de la nariz

El té de hierbabuena es caliente y se les da a los bebés cuando tienen cólicos.

Quando los bebés tienen diarrea se les hace un té de guayaba o se le da la guayaba cocida, también se le puede dar manzana roja Cuando los niños están estriñidos se hace té de ciruela pasa o se le ponen supositorios de glicerina

Se pone en un baso con agua ruda para que cuando haya visitas reciba este el aire y no le haga al niño

En muchos lugares se dice que el pulque es el niñoero y a una embarazada siempre le

ofrecen

Creencias firme asentimiento y conformidad con alguna cosa.

Las creencias compartidas por las mujeres de la investigación abarcaron diferentes aspectos, encontramos

El (15.78%), pensaba que "La ligadura de trompas ocasiona que de cáncer, es mala, y no se siente lo mismo después" Creencia que reúne múltiples tabúes enriquecidos con el desconocimiento de las mujeres transmitidos de una a otras.

Reforzándose dichos problemas por el personal de salud ya que en los centros de salud, sanatorios y/u hospitales no se ofrece información completa, correcta y sencilla, respecto de la salud reproductiva sobre todo del cuidado que deben tener las mujeres en el momento que desean utilizar algún método anticonceptivo, y en particular al pedir un método definitivo, aunado a lo antes mencionado, la mujer no regresa más a atención, dando como resultado que en ocasiones solo asista a esa atención cuando ya no desea tener más hijos

"Pensábamos que el ultrasonido le hacía daño al feto por eso no nos lo hacíamos", (34.21%), tal como se mencionó antes los médicos generalmente lo único que dicen a las mujeres cuando están embarazadas y asisten a una consulta es que hacerse un ultrasonido, pero raro es aquel que informa el porque de dicho estudio Y menos aún informan acerca de los beneficios que se obtienen al conocer la salud del niño por medio de este.

Cabe aclarar que la educación sexual que se ofrece en instituciones educativas únicamente involucra lo relacionado con cambios sexuales tanto en hombre como en la mujer sin ahondar más en ello por lo que la población en muchos casos no conoce la importancia de los estudios de laboratorio necesarios cuando una mujer se embaraza o aun antes, lo más lamentable es observar que se dan casos en los que mujeres que tienen ya hijos no conocen aun la importancia de la realización de estos. Lo cual origina que estas vivan con miedo e ignorancia la importancia de un estudio el cual llegan a considerar como nocivo para el niño, pudiendo traer más tarde consecuencias negativas para los dos (niño y madre).

"Una siempre debe estar en movimiento para que el bebé nazca más rápido" (57.89%), una situación que se observó en las mujeres fue que mientras menor era su grado de escolaridad y su estado económico ponían mayor énfasis a sus cuidados como en el caso del movimiento continuo ya que ella consideraban que eso ayudaría al niño y a ellas para no sufrir tanto en el momento del nacimiento del niño. Lo contrario se observó en la mujeres con niveles superiores ya que mientras más alto era este menor era el movimiento de las mismas ya que disminuyeron actividades al saberse embarazadas

"Es bueno caminar, para el niño", (69.73%) Situación que un alto porcentaje de mujeres mencionó, afortunadamente ese número aumento ya que si no estaban siempre en movimiento si caminaban un poco más, observando que aunque esta sea una creencia se sabe que mientras más movimiento realicen mayor flexibilidad existirá en el perineo ocasionando con ello un nacimiento más rápido (Wright, 1979; Shapiro, 1993; Daimón, 1973; Day, 1975; Von Braune, 1992; Álvarez, 1990; The Boston Children's Medical Center, 1985; Pietruszka, 1991; entre otros).

"Una debe comer más para el niño" (52.63%). Esta es una de las creencias muy compartida ya que se piensa que el comer más es benéfico para la madre y el niño, pero en la mayoría de los casos era comer más fruta y verdura, la creencia de antes de comer por dos afortunadamente ha ido disminuyendo sin negar que existieron casos en donde dicha situación ocasiono problemas como preclamsias eclamsias, aumento de peso, aumento de presión arterial, o cuando es mínimo el problema ocasionan edemas

"Para que un niño se forme se necesita tener muchas relaciones", (1.31%) en casos como este encontramos que no son solo dudas de las mujeres sino que estas son compartidas por la familia y en muchos casos quizá hasta con la misma pareja, aunque en este caso sólo una mujer reporto eso no es de dudar que muchas de las que asistieron al curso compartían dicha creencia que puede tener matices de duda también.

"Si una guisa no debe darle de comer al niño porque se enferma" (26.31%), esta es una más de las creencias compartidas por nuestras mujeres, aun en nuestros días, pero después de un tiempo de trabajo internacional de instituciones de salud encargadas de investigar todo lo relativo a la lactancia, se han arrojado resultados que demuestran que ni hacer corajes ni estar expuesta al calor afecta al niño en su alimentación sin embargo lo que si va a afectarlo siempre es la falta de higiene que tiene la mujer en manos y pecho al

alimentarlo ocasionando con ello los cólicos, las diarreas, etc.

Dentro del trabajo realizado en el CDEC-Chalma se incluía la visita a la casa de las mujeres por lo que una ocasión que se visitó a una de ellas el esposo de otra al llegar le preguntó "¿Se siente mal, le duele la cabeza, verdad quiere que el espíritu la sane?" después de que el señor colocó sus manos cerca de la cabeza de la mujer, su dolor se disipó. En ese caso el dolor de cabeza se le quitó a la señora debido a que el señor comentaba que el podía sanar a la gente por lo que la señora creyó en él y realmente le funcionó, el porcentaje fue de (1.31%).

Existió un caso donde la religión jugaba un papel importante en la vida de una pareja, ya que solamente cree en el método Billings aceptado por el papa "Este método es el único bueno" (1.31%), desafortunadamente para la pareja al revisar el tema de métodos anticonceptivos supieron que ella no se embarazó cuando ellos habían pensando, es decir que el método les fallo, aun así comentaron que no existía ningún método mejor.

"Con luna llena nace más rápido un bebé", (13.15%) creencia compartida por médicos ya que comentan que en luna llena nacen siempre más niños por parto normal, (no saben porque, ni yo tampoco)

"El bloqueo me da miedo, me han platicando que después duele la espalda se sienten mal les puede hacer mucho daño a parte a una cuñada mía le pusieron bloqueo y dejó de caminar le costó mucho trabajo recuperarse".

"Me duele la espalda porque agarre frío en el quirófano", (1 31%).

Entre otras de las creencias que comparten las mujeres que asistieron al curso encontramos:

Antojos Si una mujer embarazada se le antoja algo y no lo come el niño, nace con la boca abierta o si el antojo es tan fuerte hace que aborte o se apresure el parto.

Estómago Cuando el estómago está picudo se dice que va a ser niño y cuando esta redondo o cuadrado es niña.

Ascós Se dice que los ascós son causados por que el bebé te esta saliendo bello y que va a nacer muy peludo.

Saltar. Si se brinca o salta un arroyo o una cuerda al bebe se le enreda el cordón umbilical.

Cargar Cargar cosas pesadas los niños suelen nacer mal de la columna.

Picante Si la madre comió mucho picante el niño nace con chincual.

La madre no debe hacer corajes por que le afecta al bebé.

Si al niño le hace uno cosquillas en las plantas de los pies no va a hablar pronto.

Cuando se le cortan las uñas al bebe debe hacerse con la boca porque si se hace con un cortaúñas no hablan pronto y debe ser cuando están comiendo.

Cuando el bebé chupetea mucho es por que la mollera se le ha caído además su popo es verde.

Cuando el bebé se escucha mormado o tiene molestias para mamar puede ser que este desvarillado.

Antes de ser bautizado un bebé deben ponerse unas tijeras, agujas o seguros en forma de cruz para evitar algo sobre natural.

Se dice que cuando los bebes han sido bautizados que han recibido las sales que hasta su sudor sabe salado.

Si los niños regresan lloronsitos o inquietos cuando uno sale se dice que agarró aire.

Los niños cuando empiezan a babear si se les limpia la baba se empachan.

Cuando se empachan los niños están muy inquietos y se les salta el huesito de la espina.

Si el niño tiene el puño cerrado es por que va a ser muy codo.

La madre no debe hacer corajes porque le afecta al bebé.

Cuando el bebé repite en el pezón se tiene que poner al niño al revés porque si no el pecho se empieza a florear y se hace una especie de tumor.

Si al niño se le da mucha miel le suelen causar cólicos.

Al niño si se le asoma en el espejo se dice que se vuelven locos.

A los niños se les envuelven las manos porque dicen que se quieren morir y uno no los debe dejar cruzarlas.

Sñar Si la futura madre sueña a su hijo si es niño nace niña.

Cuando la madre deja de amamantar y tiene relaciones tiene un 100% de quedar embarazada.

Una mujer embarazada debe tomar atoles para tener más leche.

Si un bebé nace en el día se dice que va a ser muy flojo y si nace en la madrugada que va a ser muy trabajador

También se dice que los niños son más enfermizos que las niñas.

Si el agua con que uno baña al niño es aventada bruscamente el niño se espanta.

Cuando los niños están durmiendo y brincan es porque están espantados.

Si un bebé nace en el día se dice va a ser muy flojo y nace en la madrugada que va a ser trabajador

También se dice que los niños son más enfermizos que las niñas.

Cuando los niños tienen pelusa en las manos no se debe de quitársela porque es su posible riqueza.

Si un bebe es llevado a un río y regresa muy inquieto tienen que regresar al mismo lugar y gritar 3 veces el nombre del bebé

Cuando los niños se chupan las manos a la mamá se le cae el cabello.

El té de rosa de castilla es para cuando están inflamados del estómago.

El té de apio y manzanilla son frescos.

La lechuga orejona y las hojas de durazno sirven para dar baños al bebé y que este duerma mejor

Cuando uno come alimentos fríos el niño se pone bombo y arroja constantemente gases, y esos son: Las calabazas, papas, naranja, nopales, carne de res, ejotes, carne de puerco, sandía, papaya, melón, huevo.

Para curar de ojo se cura con un huevo, ruda y loción de hombre

Comiendo aguacate la madre o si bebe cerveza va a tener más leche.

Cuando los bebés hacen verde es porque les falta alimento.

Mito fábula ficción alegórica. Los mitos comparten intentos de explicar la realidad mediante relatos verosímiles pero indemostrables. En este rubro encontramos que los mitos que más compartieron las mujeres compartían básicamente aspectos relacionados con la luna

"La luna se come al bebé nace con labio leporino o sin una piernita o sin un brasito", (25%), generalmente las mujeres piensan que la luna puede afectar en algún momento a su hijo por lo que aunque no fue el (100%) que lo reportó si se encontró que continúan ciertas costumbres (las cuales en este caso en específico se vinculan con los mitos), para que la luna no afecte al niño la mujer debe llevar un listón rojo o un seguro cerca del vientre.

La luna: Si hay luna llena y no trae puesto un seguro en el estómago el niño puede nacer mal formado o apresurarse el parto, la malformación también se debe a que hay eclipses, también la luna influye en el estado de ánimo de la embarazada.

"Siempre debo traer un seguro en la panza no se por que pero es bueno" (89.42%), las mujeres responden que no saben para que o porque deben usar unseguro, pero siempre lo llevan en su pantaleta o en el fondo cerca a el vientre, lo curioso es que al ir a su revisión médica la mayoría de ellas se quitan cuantas cosas traen para que el médico no las juzgue quizá.

"Un listón rojo es bueno para los eclipses", (72.36%), aunque este lo usan para los eclipses también suelen traerlo durante todo su embarazo.

"Si va a haber un eclipse debe una ponerse una cazuela en la panza para que este no se coma al niño" (15.78%), ese mito al igual que todos los demás relacionados con la luna son el resultado de largos años de manipulación europea, en específico española, los españoles no compartían ni comprendían los conocimientos cosmoónicos de la cultura mexicana por lo que impusieron sus propios mitos sin permitir que el conocimiento ya existente tuviera una salida benéfica sobre todo para una mujer embarazada de esa forma las mujeres en la actualidad al no saber que dicho mito es falso y al no encontrar quien informe de dicho aspecto prefieren continuar con ellos

En los ranchos, pueblos o lugares enyerbados existen unas viboras llamadas cincuates que silvan como hombres y le echan el bao (la duermen) a la mujer, entonces ellas maman el pecho de la mujer y al bebé le dan la cola y los bebés pueden morir y si es tan fuerte la impresión la mujer también puede morir, se ahuyentan con el humo de algún cuerno o hule que se quema.

Los bebés cuando los observa una persona y no los agarra se dice que les han hecho ojo

Cuando se va a caer el ombligo si es enterrado en un árbol es de buena suerte

Lo difícil en estos casos es que la mujer está expuesta a múltiples circunstancias

desfavorables que puede traer consecuencias desagradables para ella y para su hijo ya que como se ha mencionado ni los mismos médicos se prestan para aclarar dudas cuando las mujeres las exponen o en otros casos al no saber como exponerlas, las mujeres prefieren quedarse con la duda, trayendo las consecuencias negativas.

Participación de las mujeres en el curso.

En un inicio la participación de las mujeres fue mínima, debido quizá a la falta de conocimiento y al temor de expresar inquietudes personales las cuales posiblemente con el transcurso del tiempo y su asistencia al curso les permitió lograr una integración así como una participación más estructurada, ya que se consideraron escuchadas por sus compañeras y por la investigadora.

A continuación mostraremos algunas situaciones que lo ilustran.

De acuerdo con los cuidados que debe tener la mujer durante el embarazo comentaban: "Yo digo que tomar agua nos ayuda a los dos, al bebé y a mí porque así no se me hinchan los pies y si no tomo agua sí se me hinchan, y el niño tal vez no se sienta bien".

"Los análisis y ultrasonido nos los mandan para saber como estamos, para conocer el desarrollo del feto, además para saber de problemas en sangre, diabetes, etc".

"La amniocentesis sólo se hace en problemas como los vistos en la película de "embarazos de alto riesgo" así sabemos que estudios si nos deben mandar y cuales no"

En cuanto a las enfermedades que puede contraer la mujer o el niño antes, durante o después del embarazo unas orientan a otras así como en la importancia de la vacunación.

En los ejercicios se corregían unas y otras. "No solo se deben hacer una vez al día tres veces cada ejercicio, no tres veces al día como tu lo haces, por eso te sientes mal".

"El parto me da miedo pero por otro lado me siento tranquila porque no he dejado de ir al médico, el bebé se mueve mucho y me siento bien".

Cooperación de las mujeres:

"Yo presto mi casa para cuando quieran que veamos alguna película". "Yo puedo traer mi televisión para ver la película es chiquita pero se ve bien", también uno de los esposos comentó: "Yo me comprometo a poner propaganda en mi microbus para que vengan más gordas".

Estimulación antes del nacimiento. "En mi caso el bebé espera la hora en que llega su papá y cuando ya va a llegar empieza a moverse mucho y cuando llega el papá y me toca la pancita brinca y siempre está contento". Las multigestas compartían las experiencias vividas durante el parto o cesárea. "La bajada de la leche también se logra con succión oral".

"He preguntado a señoras que ya se operaron y dicen que no pasa nada y a una amiga le dan más ganas que antes".

Ahora revisaremos algunos aspectos que vivieron las mujeres durante el curso, los cuales le permitieron observar, errores, equivocaciones o en algunos casos omisiones que cometieron durante el embarazo, o con sus hijos anteriores para el caso de las multigestas

"El cuerpo humano es algo vivo, lo más hermoso de la vida, sin embargo eso no lo tomamos en cuenta porque muchas veces pensamos que no es importante" "El tema del conocimiento del desarrollo de mi hijo es muy importante ya que conocimos como saber si el niño se está desarrollando correctamente o los problemas que pueden presentarse"

"Los temas los das de manera tan sencilla sobre todo en algunas sesiones se aportan experiencias propias y así se entiende mejor la clase". "Estamos aprendiendo mucho y además no sentimos el tiempo, que bueno que estamos aquí" "Esto es bueno ya que así ayudas a todas y las que aun quedan aprenden mejor los temas ya que se va reforzando hasta tener un conocimiento muy consciente de lo que debemos hacer y eso es lo que una necesita para cooperar en el nacimiento de un hijo" "Las respiraciones me ayudan mucho yo ya no me canso tanto"

Después de la película arroyo materno. "Esto que le pasa a los monitos, pasa también con nosotros verdad? Porque pobres niños por eso yo digo que se debería aceptar la legislación del aborto porque así no sufrirían tantos niños no deseados y no se vivirían los problemas de los niños de la película". "Hay pobre de mi hijo entonces el sufrió mucho cuando era bebé porque yo trabajaba y se quedaba solito ahora entiendo porque cuando llegaba no me dejaba y me pedía que dejara de trabajar y ahora se siente siempre contento porque estoy

con el, si una supiera eso no abandonaría a sus hijos".

"Tu me relajas mucho y explicas todo de un manera muy fácil, siempre que trabajo contigo me siento muy bien".

Respecto a la estimulación temprana:

"Es importante conocer esto ya que uno piensa que con que el niño este seco, alimentado y limpio es suficiente, pero no el que uno está con el ayuda a que se desarrolle mejor por eso Oscar es tan vivo siempre estamos con él y le enseñamos muchas cosas".

"Es triste saber que en el dispensario no haya ultrasonido" La mujer asistía a un dispensario donde únicamente le realizaban una revisión obstétrica sin pedirle que se realizara estudios y hasta los 5 meses le sugirieron se realizara un ultrasonido, el cual reportaba oligoramios.

Como es sabido en la mayoría de los sanatorios, consultorios, etc. no existen los aparatos necesarios para realizar estudios tanto de laboratorio como de imagenología por lo que, estos son mandados a hacer en laboratorios externos, es difícil aceptar que los médicos en un innumerable número de ocasiones no consideran la importancia de los estudios y los pide hasta que la mujer tiene un embarazo muy avanzado y en el peor de los casos ni siquiera los prescribe.

"Sólo voy a asistir una vez a la semana porque mis hijos no me dejan ni un momento y dicen que ya estoy bien y debo ir por ellos a la escuela y a pasear". (mujer con peligro de aborto por embarazo con DIU y al no ser encontrado con el ultrasonido todo temor se fue modificando por tanto su vida).

Cambios en el comportamiento de la mujeres.

Después de ver la película de arroyo materno. "Como eres esta película debiste pasarla al principio no hasta ahora ya que casi nace mi bebé y los otros también, como tu dijiste yo ahora ya platico con mi hijo y voy a platicar más con él -tú también Claudia y ud señora Rocio-".

Sra. Rocio -"Sí, yo platico con él aunque a veces me siento rara porque todavía no lo conozco-".

"He trabajado todos los días y me siento muy bien me he sentido más tranquila" "Después de estar dos días en el hospital y pensar que mi hijo nacería prematuro ahora continuo mi vida más tranquila".

"Ahora trabajo más que antes ya me pongo a lavar por que antes no lo hacia, camino más".

"A mi no me dejaban hacer nada pero como ven que mi prima hace muchas cosas ya me dejan hacer lo que antes no me dejaban y mi bebé está muy bien"

"Yo al contrario ahora ya no camino me llevan a todos lados en carro".

Como se revisó antes, las mujeres llegaron con ciertas características particulares las cuales se modificaron poco a poco en confianza, comprensión del miedo que tenían después de un tiempo ese miedo se consideraba como racional y no irracional, conciencia de los progresos que debían existir en sus cuerpos, etc. En este primer grupo de trabajo se encontró gran armonía sobre todo con las dos primeras mujeres que asistieron (multigestas) ya que fueron constantes en el trabajo tanto en casa como en el centro, eran participativas y cuestionaban cada tema que se revisaba después de un tiempo de trabajo se encontró mayor interés y eso se pudo observar a partir de el número de horas que estábamos en contacto, la exigencia que pedían a los médicos al ser revisadas y cuestionarlos respecto de los avances en el desarrollo de sus embarazos las dudas se aclaraban. Además de que con el conocimiento previo que tenían respecto a sus cesáreas orientaron a las primigestas (tres), les aclaraban dudas y entre todas formaron un grupo que brindó superación personal a cada una de las que formamos el curso.

La población reportó mejoría en su estado físico (dolor de espalda, cadera, cansancio, insomnio, sueño diurno, etc.), ya no se cansaban y sus semblantes mostraban tranquilidad y confianza.

Lo aprendido en el CDEC-Chatma me permitió tener una cercanía diferente con las mujeres además de una comprensión mayor de las características individuales de cada una,

esto origino que se investigara más acerca de las soluciones para algunos problemas presentados durante el embarazo

Como se vió y se revisará más adelante las mujeres al llegar al curso se quejaban de dolor de espalda, cansancio, insomnio, miedo al parto, etc., entre otras y sus características muy particulares.

Con la cooperación de todas se diluyeron múltiples temores, dudas, miedos, además de creencias y malestares especiales arriba mencionados, ya no se cansaban tanto, se observaban más armoniosas que antes después de un tiempo mostraban que su semblante cambiaba, debido a que las mujeres que llegaban al curso normalmente ojerasas y pálidas (esto es detectado porque no se pintan), su vista se observaba cansada, con el paso del tiempo y su asistencia continua al curso, las ojeras disminuían y en algunos casos desaparecieron, los ojos antes enrojecidos se pintaron blancos y vivos, su tez se observaba fresca y en algunos casos hasta llegaban chapeadas además no presentaban grados altos de estres, aunque en algunos casos al ser canalizadas ya no se tuvo mayor contacto con ellas.

Esta población no fue muy participativa pero aquellas que cooperaron al principio lo hicieron hasta que su hijo nació y además de ello regresaron para exponer a las otras su experiencia en el parto o cesárea.

"Desde que vengo a los ejercicios me siento mejor ya camino más ya duermo bien". "Yo antes pensaba que platicar con el bebé era de locos pero ahora ya platio con él". "Yo me siento muy tranquila porque ahora no me hinche como demi niña me inche mucho, además ahora si tomo mucha agua para sentirme mejor" "Ahora yo ya le exijo al médico que me diga como estoy y que me explique las cosas"

"La médica dice que tu nos estas mal educando porque ahora sabemos mucho y exigimos mucho pero que eso esta bien". "No a se logró con todas las mujeres pero algunas fueron perdiendo la timidez para hablar".

Con las mujeres adolescentes en un principio se observó que quienes hablaban eran las madres no las embarazadas pero con el apoyo de todas esta situación fue variando y en algunos casos las mujeres iban solas después y así participaban más. Al realizar los ejercicios de educación neuromuscular y realizar los tres niveles de respiración ellas fueron detectando el músculo que se tensaba y relajaba, lo cual origina que se "sientan mejor". "Recuerdas que me sentia muy cansada pues ahora desde que me dijiste que me pusiera las almohadas ya descanso más y me siento mejor".

Una chica que no tenia el apoyo del padre del niño se veía triste y con semblante decaído, después de platicar y trabajar con todas las mujeres se observó con más entusiasmo.

La mujer con DIU ya no se preocupaba, le hicieron un ultrasonido y el DIU no apareció, su semblante cambio en su totalidad y se volvió más expresiva

Yo ya deje de comer sal porque no quiero tener edema ahora comprendo que eso es malo

Comentarios sobre su participación durante el curso.

Yo me sentiría rara si le hablo a mi bebe porque todavia no se mueve Como se puede ver las mujeres comparten pensamientos similares y en algunos casos están impregnados de dudas y creencias.

He estado muy bien, los ejercicios me han ayudado mucho yo me siento relajada, tranquila y puedo hacer todo lo que quiero y no me canso. Después de unas sesiones la disposición de la mujer cambiaba logrando con ello un estado físico y de animo positivo.

He estado más tranquila y en el hospital me dijeron que estamos bien los dos. Al saber del oligodramios la mujer se dirigió a atención de tercer nivel donde la atendieron hasta que estuvo fuera de peligro

Yo me he sentido muy cansada pero es que he estado trabajando, pintamos lacasa e hicimos la cena de noche buena, pero con los ejercicios descanso mucho.

En el caso de una madre soltera el primer acercamiento que se tuvo con ella floró por estar sola y desear que regrese el papá de su bebé situación que fue cambiando poco a poco hasta parecer vivir más tranquila.

Me siento muy bien, sólo le pido al bebé que no nazca todavía que nazca en año nuevo no importa que día yo me siento muy bien alegre y tranquila ya no tengo tanto miedo y pienso que le voy a echar muchas ganas para que mi bebé nazca bien además ya platicó con él porque antes de la película nunca me había puesto a pensar en lo importante que es para

un niño ser atendido desde antes de que nazca. Ese caso fue especial ya que se trabajó con ella sola y no pudo compartir con otras mujeres sus sentimientos, dudas o deseos sin embargo su actitud fue cambiando logrando con ello lo antes mencionado.

Yo solo deseaba un hijo pero ahora ya platique con mi esposo y decidimos tener dos hijos otros desean tres o cuatro. Decisión de pareja después de revisar el tema de estimulación temprana.

Uno de los papeles más importantes que jugaron las mujeres que asistieron al curso fue que entre ellas se orientaban respecto a las dudas que se llegaban a presentar en cualquier momento y si no tenían la respuesta se dirigían siempre a la investigadora (cabe abrir un paréntesis en este caso ya que no siempre se tenían las respuestas a las inquietudes de las mujeres por lo que más de una vez se tuvo que acercarse a médicos; pediatras, ginecologistas, radiólogos, de medicina física y rehabilitación, traumatólogos, y de medicina general así como a enfermeras).

Emociones

En la sesión de relajación: "Yo le toque una piernita a mi bebé, si estuve con él, me senti muy alegre, muy bien" "A mi me dio mucha emoción hasta quise llorar es una experiencia muy bonita". "Yo también senti deseos de llorar, fue muy hermoso todo". "Si fue una bonita experiencia yo sólo lo vi de lejos no lo toque".

"Antes yo no platicaba con mi hijo y tampoco lo hice con mi hija pero ahora si ya lo estoy haciendo". "Todo lo que aprendo en el curso se me hace muy fácil, además llevo a platicarle a mi esposo y nos sentimos muy bien porque estamos aprendiendo mucho" "Yo siempre tomo notas y las reviso con mi esposo". "Estoy triste porque mi esposo no esta conmigo".

Quejas y/o condición orgánica.

Después de los ejercicios "A mi me dolía la espalda y ya no me duele, además mi bebé se mueve mucho y no se movía tanto"

"Con la respiración me relajo bastante"

"A mi los ejercicios me hacen sentir muy bien me tranquilizo mucho".

"Yo hace unos años hacía yoga así que los ejercicios se me hacen muy buenos porque no molestan en ningún momento ni al niño ni a mi".

"No me cansé ni siento molestias pero tengo que practicar más los ejercicios porque siento que me equivocó un poco".

Con la película de la respiración: "Vieron como la contaminación afecta tanto".

"Me fui a hacer un ultrasonido y el niño está bien, yo no he tenido molestias"

"He estado muy cansada la presión se me sube a veces y tengo edema (después de que el espíritu la sano) me siento muy bien ya no estoy cansada hasta mi cara se ve diferente".

"Yo me siento bien y no entiendo lo que me pasa pero voy a ir al Hospital General" (le detectaron oligodramios "poco líquido amniótico).

"Yo me desmayo si subo escalera eso es desde que me embarace".

"Con los ejercicios me siento peor" (los hacía muy rápido y las mismas mujeres la corrigieron)

"Me canso un poco y me duele la espalda"

"Me van a hacer cesárea porque tengo problemas de preclamsia, estoy arrojando proteína por la orina pero lo raro es que no me hicieron estudios"

"Siento dolores en el bajo vientre frecuentemente y de repente no me deja ni caminar pero con la ayuda de las respiraciones me siento más tranquila"

"Me dijo el doctor que tengo placenta previa marginal y por eso tengo siempre trabajo de parto pero que con un medicamento que me dio y que no le hace daño al niño me sentiré mejor que eso es para llegar a los 9 meses"

"Hace unos días fui a ver a la mamá de mi esposo y no se que me hizo siento que me hizo brujería porque tomé fuerzas no se de que yo no me acuerdo de nada pero mis papás y mi esposo me dijeron que tenía que me había pasado yo tengo miedo por el bebé"

"Me mandaron a hacer una radiografía y dice el Dr. que mi bebé no pasa que tengo estrecha la pelvis, me van a hacer cesárea".

"Me siento muy triste porque me mandaron a hacer una radiografía y me dijeron que mi niño tiene que nacer por cesárea tengo un hueso que no va a dejar pasar al bebé, al médico le pregunte porque y solo me dijo que no pasa el niño y no me hablo del hueso, lo malo es que no me puedo ir a otro lado".

"Pues como yo veo que a todas les han hecho cesaréa yo mejor me voy al IMSS si no aquí también me van a querer hacer cesárea". Tiempo después "Te lo dije la doctora me dijo que mi bebé no pasa y me van a programar la cesárea pero yo ya hable con mi esposo y me dijo que sí que me va a llevar al seguro".

"Yo no quiero sentir nada tengo mucho miedo mejor que me duerman yo no quiero sufrir".

Mujer adolescente, madre soltera; al llegar al curso temblaba y no podía ni platicar el médico le dijo que no aguantaría un parto por eso la iban a preparar para una cesárea solo esperarían a los 9 meses

"Me dijeron que mi hijo viene sentado y me molesta mucho, me sofoca, no me deja respirar correctamente".

"Estoy muy triste porque me dieron los resultados de mi ultrasonido y el niño viene sentado, se podrá acomodar".

"Yo no puedo dar pecho a mis hijos porque se me borra el pezón"

"Yo subí mucho 20 kgrs. y me preocupa pero en realidad no me he hinchado"

"Yo con el segundo nivel de respiración me siento muy sofocada y el bebé se me clava muy feo".

"Tengo muchos granitos en las piernas pero el médico me dijo que es una alergia propia del embarazo naciendo el bebé se me va a quitar".

Mujer sumamente tensa que no respiraba correctamente lo cual la tensaba más

"Con la respiración y sus tres niveles y mi esposo sobandome la parte baja de la espalda me siento más tranquila".

Durante el nacimiento de su hijo (cesárea) "Siento, siento a mi hijo como va saliendo de mi cuerpo que bonito se siente"

Análisis de resultados

Como ya vimos los resultados cuantitativos ofrecieron gran información, además en ocasiones esta fué enriquecida, modificada o contradictoria con los datos obtenidos cualitativamente a lo largo del curso, de esa manera se accedió a un mayor conocimiento de la individualidad de las mujeres; así, la unión de los dos datos ofreció la posibilidad de conocer aquellos aspectos en los cuales existían lagunas de conocimiento, específicamente durante el embarazo

Reunida la información se facilitó la posibilidad de recoger diversas manifestaciones tales como sus miedos y preocupaciones, tomando en cuenta, aquellos mitos, creencias y costumbres que se viven durante el embarazo. En esta última parte del trabajo analizaremos la riqueza de estos resultados.

Condiciones de vida.

Uno de los resultados que llaman la atención, es el tipo de familia al que pertenecen las embarazadas; el porcentaje mayor de mujeres primigestas viven en familias extensas y extensas compuestas, mientras que las multigestas en familias nucleares. Esta diferencia, de alguna manera corresponde al momento del ciclo de vida familiar en el que se encuentran, dado que las parejas recién formadas recurren con más frecuencia al apoyo paterno. Esta situación se refuerza también por las características demográficas de esta zona, en donde las familiares viven en predios amplios, habitadas por más de una familia, en algunos casos viven en casas compuestas de varios cuartos, y al casarse los hijos o unirse a un cónyuge, ocupan uno o dos de esos cuartos, o bien, dentro del mismo predio construyen un cuarto independiente del resto de la casa principal, pero continúan viviendo en el mismo predio, estos datos confirman los ya encontrados por Rosete (1993).

Con respecto al tiempo de vida en pareja, como era de esperarse las multigestas presentaron mayor tiempo de casadas en promedio 7 años, mientras que las primigestas en promedio 2 años. Lo interesante es, que particularmente en el Hospital, el tiempo promedio de vida en pareja era de 6 meses, el equivalente al tiempo de embarazo de la primigesta. Por lo que deducimos, que la vida conyugal se inició a consecuencia del embarazo, el cual sólo en menos de un 50 % fue planeado. Hay que subrayar que gran parte de estas primigestas eran adolescentes. Durante el Curso la convivencia cotidiana con ellas, generó la suficiente confianza como para que muchas de ellas plantearan, que en realidad no vivían con el padre del niño y que incluso algunos de ellos, no estaban enterados del embarazo, otros, al recibir la noticia del mismo las dejaban sin ofrecerles el apoyo necesario, finalmente existieron casos en los que el apoyo se brindó sin formalizar la relación. Lo que ponía a las adolescentes en una situación familiar y emocional difícil, que apreciamos a través de sus manifestaciones de sentimientos de ansiedad y miedo.

Por otro lado es interesante analizar las actividades cotidianas que las mujeres realizaban, las que dejaron de hacer y las que se incorporaron a su vida. La embarazadas realizaban diversos trabajos domésticos como; limpieza, barrer, trapear, cocinar, lavar ropa, etc. pero no siempre era sólo la labor de su cuarto sino también del resto de la casa, recordemos que algunas viven en familias extensas y extensas compuestas; existieron casos donde además debían cooperar en otra casa ya fuera la "de su madre o de su suegra". Esa característica fue particular de las mujeres del CDEC-Chalma.

Aunque las embarazadas primigestas respondieron en la entrevista que al iniciar el embarazo disminuyó el número de actividades que realizaban, pues indicaron que dejaron de cargar objetos pesados, trabajar fuera de su casa, algunas labores domésticas, jugar basquet ball, trapear, etc. sobretodo las adolescentes. Como ya señalamos arriba, para las que vivían en familias extensas el trabajo doméstico sí se incrementó. Además es importante mencionar que al saber de su embarazo las adolescentes tuvieron que dejar de estudiar ya fuera la secundaria, la preparatoria o alguna carrera corta. En el caso de las multigestas, estas realmente sí dejaron de trabajar, otras de realizar labor doméstica y cargar objetos pesados.

Entre las actividades que se incorporaron a su vida diaria encontramos que las mujeres caminaban tejían, las que podían tomaban una siesta en el día, leían, escuchaban música etc.

Desglosando un aspecto preponderante para la mujer durante el embarazo hablaremos de la importancia de caminar más encontramos que las multigestas caminaban

más, (73.42%), mientras que las primigestas sólo reportaron 41.41%. Para el caso de las multigestas podríamos pensar que realizan esta tarea por costumbre ya que se dice que "el caminar ayuda a que el niño no se pegue" y sobre todo que el parto sea más rápido. Esta creencia se ha transmitido por tradición oral entre las mujeres que han parido un hijo, dicha tradición, como es sabido, contiene elementos de la cultura prehispánica la cual comprende innumerables prácticas de las mujeres durante ese periodo. Científicamente (Álvarez del Real, 1990, Álvarez del Real, 1990, Artal, Raúl, 1990, Balcells, D. F. 1978., Daimon, 1973., Jurado García, 1995., Norma Oficial para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién, Nacido, 1988., Pietruszka, Marvin, 1991, Velvovski, 1963, Von Braune, 1992., Wright Erna, 1975., etc.), se sabe que con la marcha la mujer ayuda al perineo a hacerse más elástico y fuerte, también con el movimiento se ofrece la posibilidad de un desarrollo óptimo del niño. A diferencia de las multigestas, la mayoría de las primigestas consideraban que no era importante caminar, una vez en el curso, y con ayuda de las multigestas, las primigestas comprendieron que con la marcha obtendrían beneficios tanto para ellas como para sus hijos, por lo que aquellas que acostumbraban caminar aumentaron su tiempo de marcha y aquellas que no lo realizaban empezaron a hacerlo, por lo que salían a caminar ya fuera solas o con su cónyuge. Existieron casos en los que antes iban a su consulta únicamente en microbus y después de un tiempo comentaban que iban a consulta caminando.

En otro aspecto, se observó que algunas de las primigestas se tomaban tiempo para dormir una siesta, en cambio las multigestas no lo hacían, ellas comentaban que "Si una mujer duerme mucho esto hará que el niño se pegue y mientras más activa esté mejor estarán tanto el niño como la madre", así que se instruyó a las mujeres acerca de la necesidad de tener dos descansos al día, mínimos de 15 minutos cada uno de lado izquierdo para oxigenar a su hijo adecuadamente, (Norma Oficial para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién, Nacido, et. al.), además de la importancia del descanso después de tanta labor que realizan al día, afortunadamente las mujeres después de un tiempo reportaban que descansaban sus dos veces al día aunque no se durmieran, que el niño se movía más y mejor después del descanso, esto trajo como resultado un estado físico materno mejor y movimientos fetales continuos. En el rubro de número de horas que duerme, se encontró una diferencia sustancial entre primigestas y multigestas, las multigestas duermen menos tiempo quizá porque tienen hijos y sus actividades se ven aumentadas considerablemente, no así en las primigestas que aún no comparten toda la responsabilidad de una multigesta. Además, como se mencionó antes, generalmente al vivir las primigestas en familias extensas y extensas compuestas su responsabilidad de alguna manera era compartida con los otros miembros que habitan la casa, aunque debe quedar claro que sobretodo en el caso de las mujeres del CDEC-Chalma y del Hospital sus labores eran mayores que las de las mujeres del Sanatorio.

La población del estudio se caracterizó, como lo señalaremos en varios momentos, por contar con muy escasos recursos económicos, por este motivo algunas mujeres contribuyen al gasto familiar, el 23.83%, de las primigestas, y el 19.04%, de las multigestas, trabajaban fuera de casa. Entre los trabajos que desempeñaban encontramos: comerciante, en empresas privadas, en jornadas de vacunación, etc., se observa que la mujer al igual que su cónyuge presta sus servicios en el sector terciario, que es el más mal pagado, y generalmente no cuentan con las prestaciones y servicios de ley. Al igual que su cónyuge su horario de trabajo es largo por ejemplo horario abierto y de 7 a 21 hrs., lo cual impedía en ocasiones que asistieran a revisiones periódicas. Pero, todas las mujeres al cumplir 7.5 meses de embarazo se retiraban del trabajo para esperar la llegada de su hijo, para después reincorporarse al mismo. Esta situación es relevante dado que nos muestra una sobrecarga de trabajo para estas mujeres, las que además de realizar trabajo doméstico, realizan trabajo remunerado lo que les deja poco tiempo para dedicarlo a su persona y a la atención de su embarazo. Pero que de no realizarse restaría ingreso económico para el mantenimiento de su familia y quizá para la misma atención médica y parto o cesárea. A consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado laboral, encontramos (Lee Shapiro, 1993.), que paulatinamente los esposos se incorporan al trabajo doméstico. En este estudio las mujeres reportaron que generalmente tienen apoyo de alguien, para el caso de las primigestas les ayudaban sus cónyuges, en algunos casos hermanos, madre, suegra, cuñados, etc. al 100% de las multigestas del CDEC-Chalma no le ayuda nadie. Cabe resaltar que los cónyuges reportaron cooperar con su cónyuge en todo lo relacionado con la casa. Sin embargo una vez en el curso las mujeres, afirmaron que la cooperación de los cónyuges en especial del CDEC-Chalma, de las primigestas del Sanatorio y del Hospital, no existía.

Condiciones de los embarazos y partos anteriores.

El 71.02% de las multigestas tiene uno o dos hijos vivos, pero al revisar el número de embarazos se encontró que más del 50%, de nuestra población tuvo de dos a tres embarazos. Preguntando acerca de abortos anteriores se encontró que el 44.64% de las multigestas y el 21.50%, de las primigestas había abortado alguna vez. Llamo la atención el gran número de abortos encontrados en esta población, dato que corrobora lo encontrado por Rosete (1994) en la población de Chalma y estudios realizados en el Distrito Federal y la zona conurbada, (LynnBlaney, 1994).

En el caso de los abortos, encontramos que el 100% de las mujeres del CDEC-Chalma no recibió ninguna atención, mientras que el 100% de la población restante si la recibió. Las mujeres reportaron no haber tenido ninguna complicación. Cabe mencionar que la falta de atención médica de los abortos puede ocasionar complicaciones como por ejemplo; hemorragias, infecciones, etc. La falta de atención médica es alarmante por el gran riesgo que viven las mujeres, que las puede llevar hasta la muerte, basta con checar los datos estadísticos de las siguientes instituciones. (Instituto Nacional de Salud Pública, 1990, Instituto Nacional de Salud Pública, 1990., Langer, A., Bobadilla JL., 1990., Infante Castañeda, 1990., Norma Oficial para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, op cit.) Es claro que los embarazos en adolescentes pueden terminar en abortos, como sucedió en algunos de las primigestas, pero nos preguntamos, por qué si el 50.46% de las primigestas y el 95% de las multigestas usan método anticonceptivo, existen tales porcentajes de abortos. ¿Acaso los métodos anticonceptivos no son efectivos? Al parecer esto tiene algo de verdad pues encontramos casos de mujeres que se embarazaron con el dispositivo, o tomando pastillas y en el caso de las primigestas reportan que usaban condón o el ritmo y estos no fueron efectivos, pues se embarazaron.

En cuanto al número de hijos fallecidos en la población del CDEC-Chalma encontramos un 0%, mientras que para el caso del Sanatorio un 33.33%, a una mujer se le murieron sus dos hijos uno al nacer y el otro nació muerto dicha mujer fue canalizada a perinatología para una atención de tercer nivel por considerar esta situación de alto riesgo. Para el caso del Hospital encontramos que el 7.15%, perdió a algún hijo, a una mujer no le ofrecieron la atención de su parto en un hospital de Salubridad, al exigir el marido la atención, los médicos de mala gana aceptaron atender a la señora pero cuando llegó al quirófano el niño ya estaba muerto. En los otros casos no se tiene conocimiento de si tuvieron o no atención prenatal.

Como se pudo observar aunque mínima existió pérdida de hijos por parte de las mujeres de la investigación lo que en algunos casos era un factor de alto riesgo, el que pudo ser detectado a tiempo, si la mujer contara con los conocimientos básicos del funcionamiento de su cuerpo de aquí la importancia del Curso de psicoprofilaxis perinatal que se impartió a través del cual fue posible detectar como condiciones desfavorables la apatía de algunas mujeres por conocer el desarrollo y salud tanto de su hijo como de ella misma, así como también en ocasiones también la negligencia de muchos médicos, condiciones que aunadas probabilizan la aparición de lesiones neurológicas, en la mayoría de los casos irreparables.

La atención de los embarazos de las multigestas fue en un 100% por médicos de Centros de Salud, particulares, Sanatorio, Dispensario y/u Hospital, pero es importante resaltar que dicha atención no necesariamente es la más idónea para una mujer embarazada, veamos por qué: En el Centro de Salud de Cuauhtepac, en el que trabajamos, generalmente las que ofrecen la atención a las mujeres embarazadas son las enfermeras, se encargan de tomar signos vitales a la mujer e informale, que si presenta "dolores muy fuertes", "salida de agua por su parte" (entendido por parte a la vagina) "sangrado abundante", etc., se dirige al Hospital. Esto porque no hay médicos que las revisen, les señalan también que si no ocurre ninguno de los signos de alarma señalados, regresen al siguiente mes.

En el caso de los Sanatorios particulares la gran mayoría de las mujeres embarazadas son revisadas por médicos generales, estos ofrecen una atención más profesional a la mujer pero no es siempre la idónea, generalmente solicitan sólo unos análisis clínicos durante todo el embarazo, además si tienen en sus instalaciones el aparato para tomar ultrasonido lo solicitan si no es así no lo demandan. Observamos que frecuentemente al final del noveno mes solicitan una radiografía para ver si "el niño está en la posición correcta" una vez entregada esta los médicos le dan a la mujer la grata sorpresa "su hijo no puede pasar porque

usted tiene una pelvis muy pequeña la cual le podría ocasionar problemas al niño si naciera por parto, así que lo mejor es programar una cesárea" Otro argumento que los médicos usaron para llegar a una cesárea fueron, "Señora usted está arrojando proteína por la orina así que su niño tendrá que nacer por cesárea ya que usted no lo está alimentando correctamente" curiosamente ese diagnóstico lo dan sin estudios previos, es decir los mismos médicos se aprovechan en muchas ocasiones de la ignorancia de las mujeres o de la confianza que vierten en ellos. Esta práctica común entre los médicos del Sanatorio impidió el cumplimiento de los objetivos de la investigación, ya que aunque había participantes en el curso de psicoprofilaxis no podíamos evaluar su efectividad, pues muchos de los embarazos terminaban en cesárea sin un motivo o justificación palpable.

Respecto al único caso de atención en un dispensario, el médico proporcionó a la mujer una atención preventiva ya que diagnosticó que el embarazo de una de las mujeres presentaba un oligodramio, el cual pone en peligro la vida del feto ya que el organismo de la mujer no proporcionaba a su hijo el suficiente líquido para su correcto desarrollo, por lo que la canalizó a una atención de tercer nivel con lo que se logró el nacimiento de un niño sano. Por lo que toca a los Hospitales del IMSS se encontró algo similar a los Centros de Salud y Sanatorios particulares, ya que en este caso quien atiende a la mujer sólo por unos meses es el médico familiar, para después canalizarla con las enfermeras materno infantiles quienes dan orientación básica respecto a la salud y cuidados que la mujer debe conocer, aquí no se solicitan ultrasonidos, sólo análisis clínicos y llegados los nueve meses es canalizada a un Hospital de Zona para que su hijo nazca. Esta información la obtuvimos de manera indirecta a través de algunas madres que participaron en el curso y al mismo tiempo acudían a los servicios del IMSS.

Para finalizar están los Hospitales de Salubridad tanto del Distrito Federal como del Estado de México en específico del Municipio de Tlalnepantla, donde la mujer embarazada llega por dos vías: 1) la mujer es atendida en un Centro de Salud y al llegar a los 7 meses se canalice al Hospital, en este caso la mujer debe llevar consigo su carnet en el que viene la historia del embarazo, pero como ya se vio antes, no siempre las mujeres pueden presentar dicho documento debido a la atención raquítica del Centro de Salud, y 2) la mujer puede atender su embarazo desde el inicio en el mismo Hospital.

En ambos casos las mujeres con embarazo normal son atendidas por estudiantes de medicina y residentes de primero y segundo grado de la especialización de gineco-obstetricia, los casos de embarazo de alto riesgo por residentes de tercero y cuarto año de la misma especialización y por médicos de base. La atención en general se da mensualmente y para casos que lo ameritan la distancia entre consultas es menor. A diferencia de los lugares anteriores la atención de la mujer es primero ofrecida por la enfermera quien toma signos vitales y después por el médico, se le solicitan generalmente tres análisis clínicos durante el embarazo así como tres ultrasonidos y nunca se les piden radiografías.

No sólo la atención médica que se les ofrece es poco satisfactoria, además hay que recordar que las mujeres se incorporan a la atención médica después de los 7 meses, rara vez antes de este tiempo, por lo que la posibilidad de asimilar las recomendaciones de las enfermeras es remota y la aplicación de los exámenes de rutina sólo es posible realizarlos una vez, por lo que esto dificulta más la atención médica que se desearía y que está estipulado por la Norma Oficial para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién, Nacido (1993).

Expectativas

Las mujeres al asistir al curso reportaron tener ciertas expectativas, encontramos que no únicamente deseaban aprender todo lo relacionado con el embarazo, el desarrollo del niño, los cuidados que debían tener, la forma más correcta de alimentarse, sino que además deseaban aprender a alimentar a su hijo, a prepararse para el momento de su nacimiento, también deseaban aprender a perder el miedo al parto, al trabajo de parto, a los "doctores", a estar solas, a no saber qué hacer, etc. ...

En el caso de los cónyuges encontramos que aunque en su gran mayoría consideraron que gracias al curso podrían obtener beneficios que a su vez transmitirían a otras personas, también deseaban que su hijo tuviera un mejor desarrollo, su participación en el curso podría de muchas maneras disciplinar las múltiples dudas que se presentan durante este periodo, aprender más sobre el embarazo, lo que podría ser de gran ayuda para su cónyuge además

quizá con el curso se podría facilitar el nacimiento de su hijo. Además de ello se encontró que el 75% de la población del Sanatorio no reportó ninguna expectativa. En ese caso se abre una duda ¿por qué los señores que respondieron a la entrevista no mostraron interés en lo que se podría lograr con el curso?. Una vez que asistieron al mismo encontramos que las expectativas de la gran mayoría iban más allá de lo expresado en la entrevista ya que no únicamente tenían el deseo de aprender aspectos harto citados, pero que muchos de estos no son conocidos a fondo por ellas y ellos, es decir, a pesar de conocer algunos de los cuidados que deben seguir una vez que están embarazadas se dieron cuenta que existían en ellas muchas lagunas de conocimiento las cuales en la actualidad no siempre son aclaradas ni por los médicos, ni por otras mujeres que hayan tenido ya hijos, además que en los casos en los que si se ofrece la información suele ser difícil comprender y aceptar que el consejo u opinión vertida por personas como madres, suegras, abuelas, etc., es real, ya que generalmente la mujer joven considera que las mujeres mayores ofrecen razones anticuadas y no funcionales, pero es bien sabido que las personas mayores aportan la experiencia que en algún momento forma parte de la historia y de la posibilidad de permitir un mejor u óptimo desarrollo de la mujer y del hijo en gestación para llegar a la formación de una familia. Ahora cabe también mencionar que no es sólo el papel de la mujer sino que también está de por medio el hombre ya que ambos son los responsables del embarazo, de su cuidado, de la atención personal, emocional, médica, etc.

Prácticas de salud.

Como se reportó en los resultados cuantitativos y cualitativos las mujeres no asistían a sus consultas en los primeros meses del embarazo debido a múltiples factores tales como lo económico, la desidia, el desconocimiento, porque se sentían bien y no consideraban importante ir al médico, entre otros.

Encontramos que las mujeres asistieron a su primer consulta entre los 5 y 7 meses, 54.02% para el caso de las primigestas, y para las multigestas fue un 51.57%, y más de un 30% asistió hasta los 9 meses, datos que se pueden corroborar en otras fuentes (Infante, 1990. Instituto Nacional de Salud Pública, 1990). Es importante reiterar que aunque las embarazadas afirman que atienden sus embarazos con los médicos, en la mayoría de los casos esto es casi simbólico, pues al llegar tan tarde a la atención médica no es posible informarlas y mucho menos prepararlas para que colaboren en el momento del parto. Lo que las hace llegar con gran desconocimiento y miedo al parto, sobretudo a las primigestas. De ahí la importancia de este curso de psicoprofilaxis perinatal que se les ofreció.

En cuanto a la alimentación, reportaron que comían de todo, o simplemente que comían bien, pero durante el curso reportaban que no tomaban agua, que no disminuyeron la ingesta de sal y azúcares, que consumían grasas y refrescos y en algunas ocasiones ni siquiera comían. También encontramos que el 78.82% de las primigestas y el 71.02% de las multigestas reportaron no presentar anemia. Una vez trabajado el tema, "Estudios de Laboratorio" y pedirles que le preguntaran al médico cómo se encontraban de salud, algunos médicos reportaron que efectivamente tenían anemia pero que esta era mínima.

Como sabemos muchas de las prácticas alimenticias incorrectas presentes en las mujeres originan problemas de salud sobretudo durante el embarazo; tal como hipertensión, hipotensión, diabetes durante el embarazo, edemas, hasta llegar a la preclampsia o eclampsia, la toxoplasmosis etc por lo que se observó la necesidad de hechar mano de sus propias prácticas alimenticias para que así aprendieran a modificar su dieta que era realmente baja en nutrientes sin olvidar que el tipo de población con que se trabajó era en su mayoría de bajos recursos, por lo que la modificación en su dieta fue dada en grupo, es decir, eran ellas las que opinaban de la comida y la investigadora orientó acerca de la forma más sencilla y económica de alimentarse de forma balanceada, sin ver afectado su gasto familiar, además aprendieron a comer alimentos que antes no consumían. Así pues parte de la estrategia metodológica seguida fue incorporar sus prácticas culturales para enriquecer, en este caso, su alimentación.

Después de un tiempo las mujeres se sentían contentas ya que con la modificación en su alimentación, principalmente las del Hospital de Ceylan, lograron avances por ejemplo en su peso, este no se vio alterado comentaban que no se sentían pesadas, sobretudo las mujeres que asistían al Hospital reportaron que su presión arterial se encontraba en la normalidad. en los resultados de ultrasonidos generalmente se reportó que la placenta tenía un grado de maduración correcta con la edad gestacional lo cual implica que después de un

tiempo de trabajo las mujeres corrigieron su ingesta sin olvidar ni dejar fuera que ellas mismas comentaban que a veces se les antojaba algo grasoso pero sabían que no debían excederse por el bien de su hijo y el propio. La importancia de este cambio en la alimentación de la mujer embarazada, se ha mostrado en estudios como los de Casanueva (1990) Instituto Nacional de Perinatología, 1990 finalmente en un estudio de Zubirán (1995), en el que muestra a través de una réplica de su estudio original después de 30 años encontró que una balanceada alimentación contribuye a la gestación de un hijo sano.

En cuanto a los cambios alimenticios después del parto, apesar de no conocer el término del puerperio y de las modificaciones que se originan en el cuerpo de la mujer y que a su vez necesitan modificar un poco la dieta, encontramos que tanto las mujeres del CDEC-Chalma como del Hospital sí cambiaron la dieta durante 40 días posteriores al parto, no comieron irritantes, grasas, etc., mientras que las mujeres del Sanatorio no realizaron ningún cambio.

Como se dijo en la población de estudio existe una alta suma de tradiciones y costumbres que involucran aspectos relacionados con el cuidado de la mujer después del parto las cuales se entremezclan con las recomendaciones que muy pocos médicos aportan a la mujer después del parto, de hecho, muchos médicos olvidan las recomendaciones que deben ofrecer a las mujeres, no sólo en lo que implica la salud, sino también la alimentación.

Un aspecto interesante que encontramos es esta investigación, fue conocer cómo existen entre las embarazadas una serie de prácticas con una larga historia y que forman parte de la cultura y la información oral que se transmite entre mujeres, pues observamos que a pesar de que el médico no informe de los cuidados post parto, algunas mujeres, los siguen por recomendación de su madre o de mujeres viejas por ejemplo, después del parto a muchas mujeres se les faja para que su cuerpo no se vuelva flácido, toman baños de temazcal o simplemente de hierbas para que "saque todo lo frío que agarró en el hospital", que se cubran muy bien los pies y cabeza ya que de no hacerlo les puede doler la espalda y deben andar durante la cuarentena bien cubiertas, en algunos casos no se les permite hacer nada, así que quien cuida al niño es otra mujer. En relación a la alimentación en la mayoría de los casos se le sugiere que consuma líquidos en abundancia, como atoles, leche, comidas caldosas, verduras, para que tengan leche en abundancia, que omita los irritantes como chile, limón, porque ocasionan malestar al bebé, también debe evitar las frutas frías. Como plantean Rodríguez (1992) y Jurado (1992) estos cuidados en la alimentación se sugieren para la madre, pero se está pensando fundamentalmente en el bienestar para el bebé, el que a través de la leche materna obtendrá los nutrientes que necesita

Pasando a otro rubro, mencionaremos que parte del curso de psicoprofilaxis perinatal era proporcionar a las mujeres una rutina de ejercicios diarios, con el propósito de lograr un acondicionamiento físico que ayudara a las mujeres a enfrentar el trabajo de parto, sobretodo en casos en los que éste fuera prolongado. Nos llama la atención que más del 50% de las mujeres no realizan ejercicio cotidianamente.

Encontramos también que el 22.61% de las multigestas considera que el ejercicio es malo, un 32.14% considera que depende de la salud de la madre y del hijo, mientras que el 100% de las mujeres del Sanatorio considera que es malo. Una vez incorporadas al trabajo en el curso, comprendieron la importancia de realizar algún ejercicio no sólo para el niño sino para ellas mismas, ya que realizando su rutina diaria observaron cómo el cansancio "que en algún momento reportaban" se minimizaba o desvanecía según el caso. Además comentaban que a partir de que realizaban ejercicio dormían mejor, no se cansaban tanto durante el día y lo mejor para ellas era que su hijo se movía más, sin lastimarlas

Nos parece interesante hacer algunos comentarios respecto a dos prácticas que tienen las mujeres en su vida cotidiana, por un lado que un porcentaje alto de las mujeres reportó no contar con un tiempo para descanso, lo cual consideran innecesario, pero que durante el curso se enfatizó su importancia. Por otro lado esta el cargar cosas pesadas, lo que encontramos se da con una alta frecuencia, dadas sus condiciones materiales de vida, la mayoría de las señoras vivían en lugares en donde los servicios se encuentran muy retirados de sus domicilios, por tal motivo en múltiples ocasiones necesitan llevar consigo un alto número de bolsas las cuales llevan objetos pesados. Dado que no pueden dejar de hacer estas actividades, se les hicieron recomendaciones como que la mujer no flexione el cuerpo hacia adelante cuando desee recoger algo sino que lo haga de lado que camine de forma equilibrada es decir su peso lo medie en las piernas y no en la espalda y caderas, usar ropa siempre holgada para ayudarla a tener una mejor circulación sanguínea etc. A partir del

trabajo en grupo, las mujeres lograron identificar qué actividades podían aplicar a sus personas y cuáles no, además de ofrecerles beneficio propio y a su hijo. En este caso es interesante para el estudio resaltar que si bien es difícil que las embarazadas dejen de hacer cosas indispensables, dadas sus condiciones de vida material, se puede contribuir con algunas recomendaciones para evitar que lastimen su cuerpo o al bebé.

En relación al uso de métodos anticonceptivos encontramos, que el 50.46% de las primigestas y el 95.22% de las multigestas reportaron que utilizaban algún método como prevención de un embarazo no deseado. Sin embargo una vez que se tuvo mayor acercamiento con las mujeres, se observó que en realidad las únicas que realmente utilizaban algún método como prevención eran las multigestas. En cambio las primigestas no utilizaban ningún método ni ellas ni su cónyuge y en muchos de los casos se embarazaron "con la primera vez". Esta información apareció, cuando se trabajó este tema y fue posible conocer también que las mujeres no tenían conocimiento de los métodos anticonceptivos o si sabían algo era muy vago y en muchos otros casos ambiguo, así que en cuanto a la efectividad del método encontramos que sólo algunas multigestas reportaron que no fue efectivo el (DIU), ya que se embarazaron con él. Respecto a quién les recomendó el método anticonceptivo las primigestas comentaron que: "el médico", "una amiga", "la farmacia" y "la parroquia", además de "nadie" se pudo observar que dicha recomendación en algunos casos no fue la más acertada, ya que estaban embarazadas sin haber planeado a su hijo. En el caso de los primigestos comentaron que un médico recomendó la utilización de algún método. En lo que corresponde a las multigestas encontramos que generalmente quien les recomendó el método había sido un médico y en el caso de los multigestos "un amigo" o "el médico". Además solamente los cónyuges de las multigestas sabían de la utilización de algún método y lo aceptaban. Algunos de los cónyuges de las primigestas reportó utilizar condón. Como vemos aparentemente existe gran información a este respecto pero sabemos que para poder actuar preventivamente, es decir, sin correr riesgo de un embarazo no deseado y/o planeado, es necesario una educación sexual encaminada a crear una cultura de respeto no solo hacia el cuerpo de mujer sino también del hombre, y la auto determinación de que método anticonceptivo usar en base a su efectividad.

Una vez revisado el tema, las mujeres tanto primigestas como multigestas comentaban que desearían contar con algún método para la prevención de un embarazo no deseado por lo que irían con un médico para pedir la información. En el caso específico de las mujeres del Hospital comentaron estar molestas por las técnicas llevadas a cabo en ese lugar, ya que a todas las mujeres después de parir les es colocado el DIU. Las mujeres comentaban que eso era falta de ética y también, falta a los derechos humanos de la mujer, pero a pesar de su molestia muchas comentaron que quizá sería mejor para así prevenir un embarazo, sobre todo en las mujeres adolescentes; en el caso de las multigestas algunas comentaban que se realizarían la salpingoclasia ya que no deseaban más hijos, además cabe mencionar, que existieron casos en los que los señores pedían información de la vasectomía ya que consideraban que el planear un hijo era papel de dos.

Continuando con la atención médica de las mujeres encontramos que las multigestas son las que llevan un mejor control y atención de su salud asistiendo por lo menos cada año al ginecólogo, mientras que las primigestas reportan no asistir, y solamente lo hacen cuando se sienten mal y eso es al médico general. En ese aspecto se podría deducir que debido a la experiencia existente en las mujeres que han parido con anterioridad, estas tienen conocimiento de algunos de los cuidados de salud que necesitan seguir, pero cabe mencionar que dicho conocimiento no es gratuito ya que se juegan diversas situaciones entre las que se encuentran el tipo de atención que se ofreció en el lugar donde parió a su hijo, esto es que no únicamente por haber tenido ya hijos la mujer obtiene el conocimiento, aquí el médico juega un papel decisivo en la participación de la mujer en su salud ya que es él quien debe orientarla acerca de los cuidados y atención posteriores al parto y puerperio, además de ofrecer información de planeación familiar (Norma Oficial para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, op cit). Quizá todo eso aunado al espacio físico donde la mujer se atiende, ofrece la experiencia presente en las multigestas. Y como ya dijimos también contaron con las recomendaciones que las mujeres cercanas a ellas aportaron respecto a su atención y cuidado.

Podríamos decir, entonces que quizá esa inexperiencia de las primigestas se deba a que no se cree que exista necesidad de atención, la atención no llega hasta ella, no conoce de la importancia de revisiones periódicas con un ginecólogo y el pudor mal entendido que en

muchos casos trae como consecuencias varios problemas como infecciones. Durante el curso, a las mujeres se les ofreció la información necesaria para que pudiesen acercarse a los servicios de salud reproductiva y solicitar la orientación individualizada.

Respecto a las enfermedades virales el 41.33% de las primigestas y el 42.45% de las multigestas sufrió durante el embarazo de gripe y/o tos, como se vio se presentaron porcentajes altos de infecciones en las vías respiratorias como gripas, recordemos que estas enfermedades son frecuentes porque durante el embarazo hay una baja en las defensas de las mujeres que las hacen más vulnerables a las infecciones las que afirman, traspasan la barrera placentaria afectando al bebé en formación, de ahí la importancia de contar con una buena alimentación. En los casos atendidos, los médicos no reportaron ninguna dificultad para la madre o el feto por lo que únicamente sugerían que las mujeres ingerieran muchos líquidos, descanso y sobre todo pedían que no se administraran ningún medicamento.

En relación a las infecciones vaginales, también frecuentes durante el periodo del embarazo, encontramos que para muchas de las mujeres, el flujo no era considerado como una infección o un riesgo para el bebé, muy pocas mujeres reportaron en la entrevista tener alguna infección vaginal, pero una vez que estuvieron en el curso reportaban que los médicos no les preguntaban al respecto. Aquellas a las que el médico les había diagnosticado alguna infección no seguían su tratamiento, después de comentar este tema durante el curso, las mujeres en su siguiente consulta pidieron las revisaran para prevenir alguna infección y algunas pidieron un tratamiento para su pareja. Como se observó las mujeres no consideraban el flujo como algún problema, pero una vez que conocieron los efectos negativos para el niño actuaron para evitarlo. En cuanto al conocimiento de lo que es una enfermedad venérea encontramos que las multigestas tienen mayor conocimiento de dichas enfermedades mientras que las primigestas tienen un conocimiento a medias, y para el caso de los cónyuges encontramos que tanto primigestos como multigestos tienen el conocimiento necesario de las enfermedades venéreas. Para el caso de los cónyuges encontramos que nunca habían sufrido algún problema venéreo, sólo uno de los cónyuges del Hospital comentó que en algún momento tuvo granos y comezón en el pene, lo cual muestra por un lado que quizá en algún momento tanto hombres como mujeres presentaron algún problema pero como no las conocen del todo bien, en realidad no saben si la han sufrido alguna vez.

Como se puede ver en distintos momentos se hizo evidente un gran desconocimiento, del funcionamiento de su cuerpo y los riesgos para el bebé, situación alarmante, y que es producto de no contar con una formación sexual ni en la casa ni en la escuela por lo que es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario para la actualización de la información teórica, además es necesario que tanto las escuelas como los padres de familia abran la posibilidad de que los jóvenes expresen sus dudas e inquietudes respecto a la sexualidad que hasta nuestros días continúa vedada por considerarla tema prohibido.

La población de estudio comentó que deseaba conocer más acerca de las enfermedades venéreas, la forma de prevención, y si las sufrían el tratamiento y que para ello acudirían a un médico.

Como es sabido, durante los primeros meses del embarazo la mujer debe tener cuidados que generalmente nuestra población no lleva a cabo, tales como revisión médica, realización de estudios de gabinete o laboratorio, ultrasonido, etc., sumado a estos se encuentran otros cuidados por ejemplo no debe vacunarse nunca si está embarazada a excepción de la vacuna del tétanos ya que previene que el bebé se infecte al momento de pasar por el canal vaginal, además no debe exponerse a radiaciones como los rayos X ya que esto puede ocasionar problemas musculoesqueléticos en el niño sobre todo durante el primer trimestre, en nuestra población afortunadamente no se reportó ningún caso de exposición a estos rayos sin embargo muchas de ellas consideraban que el ultrasonido era lo mismo que los rayos X y reportaron tener temor de realizárselo, después de la exposición del tema les fue disipado el temor y comprendieron su importancia.

Un aspecto interesante de analizar en esta parte es el tipo de servicios médicos con lo que cuentan las embarazadas, se encontró que el 79.57%, de las primigestas y el 67.20% de las multigestas no pertenece a ningún centro de asistencia social, recordemos que la mayoría de los trabajos de sus cónyuges y de ellas corresponden al sector terciario y por eso no cuentan con esta prestación es decir como se ha venido revisando no asisten a revisiones médicas. Sin embargo no se debe olvidar, que existen Centros de Salud y los Hospitales de Salubridad para aquellas personas con bajos recursos y que a pesar de ello no siempre asisten debido por un lado a que estos centros no les ofrecen una atención de segundo o

tercer nivel, o se encuentran realmente retirados de sus lugares de residencia

Aunque son pocas las mujeres que tienen servicios de atención social por parte del IMSS se encontró que a pesar de contar con este servicio las mujeres asistieron al curso fuera de su institución, invitadas por los médicos, trabajadoras sociales u otras personas de su Clínica. Estas mujeres asistieron principalmente al CDEC-Chalma, y al Hospital General de Tlalnepanitla.

Otra de las características particulares de las multigestas que contaban con el servicio del IMSS, es que sus hijos no nacieron ahí, nacieron en Sanatorios particulares o en Hospitales de Salubridad, finalmente las primigestas que contaban con servicios del IMSS acudían a Sanatorios particulares, Centros de Salud u Hospitales de Salubridad para su atención para finalmente parir a su hijo en el IMSS. Cabe mencionar que en dos de los casos que fueron atendidos en el IMSS existió lo que se denomina negligencia médica.

El primer caso fue una mujer multigesta que se atendía en el IMSS y en el Hospital de Tlalnepanitla pero por causas económicas decidió que su hijo nacería en el IMSS, su embarazo fue atendido desde el segundo mes en ambos lugares, en el Hospital de Tlalnepanitla le realizaron tres ultrasonidos mientras que en el IMSS ninguno, los estudios de laboratorio fueron realizados en ambos lugares, y los reportes médicos en todo momento fueron de un embarazo normal sin riesgo alguno, con una cesárea previa mayor de tres años.

Al llegar el noveno mes de embarazo le pidieron un último ultrasonido en el Hospital pero no se lo realizó, al iniciarse el trabajo de parto se dirigió al IMSS, la revisaron y dijeron que le faltaba poco, después, sin prepararla la pasaron a sala de partos le decían que pujara para que el niño naciera, que no cooperaba nada y lo último que recuerda fue que un médico comentó que el niño venía de cara así que la iban a dormir, al despertar su hijo estaba ya en perinatología, porque había nacido con sufrimiento fetal debido a la posición

El segundo caso: Una mujer primigesta que atendió su embarazo desde el primer mes en el IMSS, estuvo en el curso y los médicos reportaban un embarazo normal sin riesgos, una vez llegada la fecha del parto la mujer presentó hemorragia se dirigió al médico y ahí la dejaron por largas horas esperando que avanzara el trabajo de parto, lo que los médicos no revisaron fue que el sangrado que presentaba la mujer no era por rompimiento de membranas sino por desprendimiento de placenta así que dejaron que el niño tuviera sufrimiento fetal sin importarles en lo más mínimo. Cabe enfatizar que los médicos tienen la obligación de conocer el tipo de sangrado que la mujer puede presentar en algún momento durante su embarazo, y que los colores de la sangre muestran si se puede esperar a la evolución normal o si es necesario intervenir, además no le realizaron ningún ultrasonido. En ese caso en particular en el que por medio de un ultrasonido no se puede visualizar si existe algún problema con la placenta es importante como se dijo antes que las revisiones las realicen únicamente verdaderos profesionales de la salud ya que de ello depende la salud de la madre y el niño.

Respuestas emocionales ante el diagnóstico del embarazo actual.

Era de nuestro interés en esta investigación conocer los aspectos emocionales que la mujer experimentó al conocer el diagnóstico de su embarazo, ya que el embarazo puede implicar para la mujer un imprevisto sobre todo cuando no lo ha planeado, como un limitante para su desarrollo personal, profesional o de trabajo, modifica en gran medida la relación con su cónyuge y la gente que le rodea, tanto si tiene más hijos como en el caso de las multigestas o si es el primero, en este caso se juegan también la edad de la mujer, sobre todo si es adolescente, y la relación con su cónyuge, esto es si es estable o no, etc., sumando a esto el miedo de los efectos si les pasara algo a ellas como golpes, caídas, golpes en el estómago, corajes, o amenazas de abortarlo, además de miedo al parto. Por otro lado, el reporte de emociones como alegría, felicidad etc para finalizar se encuentra lo relacionado con las condiciones de vida material como sus ingresos económicos, aspecto que en poblaciones como las de la investigación es muy precario. Por otro lado, sabemos que cuando el embarazo es planeado muchas de las situaciones se anulan dando un embarazo rodeado de factores favorables tanto para la madre como para el niño en formación. Además sabemos que el que un hijo sea deseado o no, es considerado como una condición psicosocial que puede ser favorable o desfavorable para el desarrollo primero físico y luego psicológico del niño. Los resultados nos mostraron datos interesantes a este respecto. Por un lado porcentajes altos en relación a que "si desaban a su hijo" pero más bajos para "si lo planeamos", lo que nos hace pensar que el poco uso de métodos anticonceptivos llevó a embarazos no planeados, que ya

en curso son aceptados por los padres. Las multigestas señalaban por ejemplo que habían deseado al primer o al último de sus hijos no a todos, por lo que a los otros sólo los aceptaban. Esta dificultad en la aceptación de los hijos, al parecer está vinculada con las dificultades económicas de mantener un hijo más. Es claro entonces que si bien no todos los hijos fueron planeados, la mayoría son aceptados una vez que se da el embarazo, sólo pesa el hecho de que las condiciones económicas en las que viven se hagan más precarias con la llegada de un hijo más que hay que alimentar y educar.

En lo que toca al sexo deseado para el hijo en gestación se encontró que los cónyuges deseaban más una niña que un niño. Estos datos nos dejan ver que la creencia que se tenía respecto a que el primer hijo debía ser varón, ya no está tan arraigada ya que ahora los hombres hacen referencia a que las niñas son más cariñosas con ellos que los mismos niños, eso en algunos casos, y en otros casos los cónyuges reportaban que lo más importante era que tanto el niño como su cónyuge no sufran y sobre todo que el niño nazca bien.

Son relevantes los datos respecto a los sentimientos reportados por los cónyuges al recibir la noticia del embarazo estos fueron en su mayoría de felicidad, alegría, etc., y con un menor porcentaje encontramos que se reportó preocupación por la situación económica.

Era importante para nosotros conocer si las embarazadas vivían alguna problemática durante su embarazo y cómo esta podría alterar su embarazo, en cuanto a esto encontramos que el 61.69%, de las primigestas y el 85.71% de las multigestas reportaron no tener ningún problema, en cambio el 100% de las multigestas del CDEC-Chalma sí, nuevamente durante el curso se encontró que respuestas proporcionadas durante la entrevista no coincidían con su situación real, por ejemplo las multigestas presentaban continuamente problemas económicos, eso originaba en ciertos casos que su asistencia al médico fuera muy irregular, lo mismo ocurría con su asistencia al curso, otros problemas encontrados eran, los de pareja, reportaban que tenían poca atención por parte de su cónyuge, en ocasiones porque después del trabajo no estaban con ellas o debido su inasequible horario de trabajo, además de problemas con sus suegras cuando vivían con ellas.

Se observan patrones similares a los existentes en estudios previos en la zona (Rosete, et al.), ya que uno de los problemas mayormente presentes en las parejas de zonas suburbanas es la insuficiencia económica, a consecuencia de éste, el poco tiempo que los cónyuges pasa con ella debido a la necesidad en ocasiones de trabajar por más tiempo con tal de recibir unos cuantos pesos más.

En cuanto a las primigestas encontramos dos grupos, por un lado están aquellas que viven con un cónyuge ya sea en unión libre o legal: Muchas de estas al vivir en familias extensas presentaban problemas de espacio, de relaciones familiares ya sea con los suegros, cuñados, muchas veces también económicos, etc.

Existieron casos en los que la mujer que vivía con su pareja, no permitía la participación o apoyo de la familia tanto propia como la de su cónyuge, lo que ocasionaba algunos problemas de pareja.

Por otro lado se encuentran las mujeres adolescentes sin apoyo del cónyuge en algunos casos, ni siquiera éste tenía conocimiento del embarazo de la mujer, lo cual implicaba una dependencia económica y emocional de sus padres, ser madres solteras y con ello problemas familiares, algunas tuvieron que dejar de estudiar, se manifestaron problemas económicos, en algunos casos con su cónyuge aunque no vivían juntos.

Como se observa estas mujeres en la mayoría de los casos son adolescentes y están viviendo un proceso nuevo que es el de tener amigos, novio, es decir es cuando debería iniciarse la planeación de una vida futura pero se presenta un embarazo generalmente no planeado por lo que tienen que adaptarse a su nueva vida, en ocasiones con problemas como los arriba planteados.

Cuando se les preguntó si consideraban que su estado de ánimo le afectaba a su hijo las primigestas y multigestas comentaron que sí, sin embargo el 100% de las multigestas del Sanatorio consideraron que no afecta nada al niño. Dichos porcentajes nuevamente se modificaron ya que las multigestas del Sanatorio comentaron que en realidad sí afecta al niño ya que él responde igual a ella, señalaban que el niño siente, si ella está contenta quizá el niño también esté alegre. Así que fueron poco a poco incorporando su sentir con el de su hijo y aprendieron a captar cuando el niño estaba triste, es decir dependiendo de los movimientos del niño y del estado de ánimo de la madre se fue fortaleciendo el vínculo con su hijo.

Desafortunadamente como hemos venido revisando la mujer generalmente vive el embarazo con temores y muchas dudas que no son disipadas muchas veces por nadie y aun

menos por el personal de salud, un aspecto importante de tomar en cuenta es que cuando la mujer asiste a sus consultas el médico solo pregunta muy al aire "¿el niño se ha movido?" pero nunca informa de la importancia de dichos movimientos y la forma como deben presentarse, pareciera ser que todas las mujeres deben tener ese conocimiento de forma empírica pero no es así por lo que durante el curso se les habló constantemente de la importancia que tiene tanto para la mujer como para el niño que la primera esté siempre al tanto de lo que sucede en su cuerpo y sobre todo en su vientre, además de lo trascendental que debía ser para ellas que tuvieran el conocimiento preciso de todo lo que implica un embarazo durante todo el curso de psicoprofilaxis perinatal, mostrándoles que el embarazo no es una enfermedad como muchas personas lo refieren y menos aun algo intrascendente es decir unas mujeres se cuidan en extremo aun teniendo un embarazo normal sin complicaciones, pero existen casos en los que las mujeres viven un embarazo de alto riesgo y jamás se detienen a pensar qué tipo de problemáticas pueden acarrearle por no contar con una atención profesional ocasionando en ambos casos problemas para finalizar el embarazo o bien durante el parto. Afortunadamente para las mujeres que se incorporaron al trabajo en grupo se les preparó para percibir problemas que pudieran presentarse en cualquier momento.

Relaciones sexuales

Otro de los aspectos importantes que están presentes en la mujer embarazada y que trae consigo múltiples creencias es el referente a las relaciones sexuales encontramos que, el 51.46% de las primigestas del CDEC-Chalma y del Sanatorio consideran que pueden continuar con las relaciones sexuales pero, se deben suspender dos o tres meses antes de que nazca el niño. El 52.2% de las primigestas del hospital consideran que el tener contacto coital con su cónyuge puede traer consecuencias negativas para el niño, como lastimarlo. Las multigestas del sanatorio y del CDEC-Chalma consideraron que es conveniente interrumpirlas dos o tres meses antes, para el caso de las multigestas del hospital encontramos que se deben suspender dependiendo de la incomodidad de la mujer.

Una vez en el curso se encontró que tanto multigestas como primigestas consideraban que el tener relaciones durante el embarazo podría traer consecuencias negativas para el niño, en otros casos pensaban que a ellas les dolería que no era bueno estar con sus parejas durante el embarazo pero además existieron casos donde pensaban que debían tener más contactos ya que de esa forma se iban formando las piemitas, bracitos, cabecita, etc., de su hijo y que si no lo hacían el niño podría nacer mal. Como se pudo observar, en este aspecto se presentan también múltiples prácticas que se conjugan con creencias o mitos que no son aclaradas para las mujeres y que en algunos casos ocasionan miedos que no les permiten vivir un embarazo más tranquilo.

En relación al contacto que tiene su cónyuge con ella durante el embarazo sin llegar al coito las mujeres reportaron que con cariño es cómo se puede satisfacer a ambos 66.29%, para las primigestas y 67.45%, para las multigestas. Cabe mencionar que antes de iniciar el tema se cuestionaba nuevamente a las mujeres acerca de como podría existir un acercamiento con su pareja sin que se llegase al coito y ellas generalmente comentaban que comprándoles algún regalo, haciéndoles de comer, etc., pero no mencionaban aspectos como ofrecer cariño, abrazos, besos, etc. Es más, aunque fueron pocos los casos existieron aquellas mujeres que reportaron que no existía otra forma de satisfacción que no fuera el coito. En el caso de los cónyuges encontramos que para el 71.93% de los primigestos y el 79.16% de los multigestos existen otras formas de satisfacción aparte del coito tales como los besos, abrazos, cariño, sonrisas, sexo oral o masturbación con comprensión comunicación, etc.

Lactancia y ablactación.

Lactancia tema últimamente muy repetido dentro de las instancias de salud se menciona que la alimentación al seno materno, ofrece al niño en crecimiento los nutrientes, vitaminas y minerales necesarios. Respecto al conocimiento sobre el tema las mujeres comentaron que no sabían qué era la lactancia (58.13%), durante el curso se encontró que respecto a ese tema las mujeres si tenían conocimiento pero no sabían que la lactancia implicaba únicamente la alimentación al seno materno.

Y al preguntar durante la entrevista si ellas ofrecerían el pecho a sus hijos se encontró que mostraron conciencia de la importancia de lactar a sus hijos aunque el tiempo que reportaban

variaba. En el caso de las multigestas dicha situación se repitió, ellas comentaban que darían pecho a su hijo, el tiempo también varió de mujer a mujer pero además ellas tenían experiencias ya que algunas habían lactado en algún momento a su hijo anterior. Y en el caso de que no pudiesen amamantar a su hijo las multigestas comentaron que darían al niño la leche que mandara el médico.

Desafortunadamente al llegar al tema durante el curso una mayoría, -sobre todo primigestas- reportaron no saber si ofrecerían el pecho a sus hijos, aunque en el caso de las mujeres del CDEC-Chalma y del Hospital al asistir a sus consultas en algún momento tuvieron información de la lactancia, no sabían como ofrecerla a sus hijos; en lo que respecta a las mujeres del Sanatorio los médicos no les hablaron nunca de la lactancia ya que dentro de su política no se opta por hablar de lactancia y consideran que lo mejor para el niño es la leche industrializada, sin embargo las mujeres comentaban en algún momento que ellas sí ofrecerían el pecho.

En el caso de las multigestas el reporte mostró otra situación, esto es que ellas sí ofrecerían el pecho a sus hijos, reportando ofrecerlo desde tres meses hasta el tiempo que el niño lo desee, algunas de ellas comentaron que lo harían porque a su hijo anterior no pudo ofrecerla y en otros casos porque al haber alimentado a su hijo al seno materno fueron niños más sanos y deseaban que su hijo por nacer viviera todas esas virtudes. En el caso de no poder ofrecer pecho a su hijo las mujeres comentaron que le daría la leche que mandara el médico, para el caso del CDEC-Chalma y del Hospital, pero para el caso del sanatorio curiosamente comentaron que no sabrían que leche ofrecer a su hijo.

En estos casos encontramos que la mujer ve en el médico a la persona firme y seria que ofrece la posibilidad de una correcta alimentación para el niño recién nacido. En ese aspecto podemos mencionar que es una más de las barreras que se presentan a las mujeres para poder ofrecer una lactancia adecuada al niño, y además de eso se encuentran los casos antes citados donde los médicos piden que no ofrezcan el pecho a los niños y recetan la leche industrializada, sin ofrecer la posibilidad de una alimentación natural.

Al parecer lo que las embarazadas saben de la lactancia y su posición al respecto, está fuertemente influenciada por el discurso que los médicos depositan en ellas, lo que más que orientarlas las desorienta y no les permite tener un conocimiento claro de cómo proceder.

Respecto a la ablactación encontramos que las mujeres no tenían conocimiento de lo que implicaba la ablactación, sin embargo el 85.09% de las primigestas comentó que incorporarían alimentos como frutas, verduras, carne de pollo desde los primeros meses de esa forma alimentarían a su hijo. En el caso de las multigestas encontramos variedad de respuestas, en general las mujeres comentaron que ofrecerían a sus hijos alimentos variados como frutas, verduras y carne, en especial pollo antes de los 6 meses de nacido y después de esta edad consideran de importancia aumentar las cantidades de alimento ofreciéndole más sólido y al cumplir un año las mujeres consideran que el niño debe incorporarse a la dieta familiar pero sin picante.

Para poder corroborar las respuestas de las mujeres multigestas se procedió a cuestionarlas acerca de la forma en que alimentó a su hijo o hijos anteriores por lo que las respuestas verdaderas por las mujeres fueron en algunos casos que lo habían olvidado, en otros que lo hicieron de la misma forma como pensaban hacerlo ahora y en otros casos se observó lo antes dicho, las mujeres incorporan al niño a una alimentación con carne antes de los 5 meses iniciando en todos los casos con pollo. Una vez que se trabajó en el curso las mujeres comprendieron que en muchas ocasiones las prácticas y costumbres que llevan ellas y sus familias no son las más adecuadas para la correcta alimentación del niño, y que no sólo se iban a encontrar con esas manifestaciones sino que además existían las sugerencias de enfermeras, médicos y trabajadoras sociales que no compartían la nueva metodología para la alimentación del bebé.

Se les instruyó acerca de la necesidad de escuchar varios comentarios y con los datos que se les proporcionó ellas podrían elegir de mejor manera la forma de alimentar a su hijo correctamente ya que debían prever problemas de alergias que algunos alimentos pueden ocasionar al niño si son dados antes de tiempo por ejemplo: el huevo, el chocolate, las fresas, mariscos, etc., además de las carnes rojas.

Cómo se pudo observar, la alimentación que la mujer ofrece a su hijo está lejos de ser la más adecuada para el niño ya que como se sabe no todos los niños presentan complicaciones como alergias por los alimentos que ingieren, pero sí existe el caso de que alguno entre cientos pueda presentar problemas tanto en su aparato digestivo como en otros niveles debido

a que las madres ofrecen un alimento antes de que el organismo del niño esté completamente maduro para poder descomponer los alimentos ofrecidos y así recibir los nutrientes necesarios para su óptimo desarrollo.

Es claro que en esta parte nuestra actitud fue de una fuerte valoración respecto a las prácticas de lactancia y ablactación y que fuertemente trabajamos sobre la imposición del discurso científico como el más conveniente para la incorporación del niño a la alimentación familiar y dejamos de lado el análisis de las justificaciones que las madres podían dar respecto a por qué darles esos alimentos en esos momentos. que seguramente estarán vinculados también con una serie de creencias y costumbres.

Estimulación en el desarrollo.

Respecto a la realización de alguna actividad diferente al baño, alimentación, cambio de ropa, etc., se les cuestionó a las multigestas acerca de si realizaron alguna tarea diferente a estas con sus hijos cuando estos tenían menos de tres meses de edad, encontrando que más del 50% realizó en algún momento ciertas actividades a su hijo como: jugar, hablarle, darle objetos, realizándole ejercicios, sobre todo en uno de los casos que el niño nació con dislocación de cadera. Además ellas consideraban que eso era bueno para el niño.

Como se pudo observar, las mujeres comentaron que realizaban ciertos movimientos al niño para lograr un desarrollo mejor. A este tipo de trabajo con el infante le podríamos llamar que es una práctica empírica que conlleva costumbres de realizar al niño ciertos movimientos de estimulación.

El 100% de las mujeres multigestas consideran que el desarrollo de un niño debe ser sano, estar alegre, normal y tranquilo. Y que el desarrollo de su hijo ha sido normal -sano, alegre, despierto-. Además deseaban que el desarrollo del hijo que estaban gestando fuera mejor que el de sus otros hijos, sólo el caso de una mujer del sanatorio reportó no tener conocimiento ya que sus hijos fallecieron sin tener ella la oportunidad de disfrutar de su desarrollo ni un solo día.

En ese aspecto se vislumbró la aspiración de las mujeres por proporcionar a su hijo un nacimiento donde ellas eran el centro de donde podría partir un crecimiento integral para su hijo ya que ellas aprenderían a concientizar y expresar tanto su estado tanto emocional como orgánico y participar para apoyar a su hijo en todo su desarrollo, iniciando con el embarazo hasta los primeros años de vida del niño.

Tanto las primigestas como sus cónyuges comentaron que el desarrollo de un niño es lento, en unos casos y en otros muy acelerado, pero lo más importante es observar que en ellos existían grandes dudas respecto al momento en que su hijo lograra alcanzar avances importantes en su desarrollo por ejemplo; sostener cabeza, sentarse con ayuda, por mencionar alguno, sobre todo porque ya en el curso para ellos el desarrollo de su hijo era un misterio, ya que no sabían como ayudarlo para lograr un desarrollo óptimo, cuando avanzar y cuándo esperar, muchos de ellos mencionaban que pedirían apoyo a otras personas pero si no tuviesen dicho apoyo no sabrían qué hacer.

Cabe mencionar en este momento que el desarrollo de los niños no es siempre igual, eso depende básicamente del desarrollo neuronal que presente el niño, y con la estimulación ofrecida por parte de un adulto, la madurez neuronal se dará más temprano en algunos niños, y más tarde en otros, además la mujer debe tomar en cuenta que el niño es un ente indefenso que estará por largo tiempo necesitado del adulto para lograr un desarrollo óptimo (Naranjo 1981).

Se logra vislumbrar la falta de conocimiento existente en las mujeres respecto al desarrollo del niño, y con ello la necesidad que tienen de aprender a satisfacer cada una de las exigencias que el niño presente en algún momento, además de ello la mujer debe aprender cuándo debe ofrecer los satisfactores y cuándo no, comprendieron la gran importancia de la estimulación temprana para poder con ello prevenir posibles problemas en su hijo.

Cabe rescatar este aspecto ya que forma parte de lo que podríamos llamar prevención de primer nivel para algunos o de segundo para otros, ya que es la continuación de un trabajo que debe siempre iniciarse desde que el niño está en gestación (aunque lo mejor debería ser desde antes de que la mujer se embarace) ya que el acercamiento principalmente por parte de la madre permite en el niño logros que se manifiestan una vez que él nace.

Participación del padre.

Por participación se entiende cooperación, en todo lo que a la pareja concierne así como el estar interesados por la salud del otro. Como acompañar a la esposa a las visitas al médico, a este respecto encontramos que el 66.29% de las primigestas y el 45.63% de las multigestas comentó que su cónyuge asistía con ella a consulta, durante el curso se encontró particularmente que las primigestas del Hospital no compartían las características antes mencionadas debido a que en algunos casos, no existía la menor relación con el cónyuge y en los casos en los que este sí estaba presente no las acompañaban por el horario de trabajo. Con respecto a las multigestas en ellas se encontró que en realidad sus parejas no las acompañaban sólo en casos de urgencia, debido a su trabajo. Dicho dato se corrobora al preguntar si durante el embarazo la acompañaba, aunque el porcentaje es elevado (70.88%) en realidad durante el curso nos percatamos que no es así. El 77.38% de las multigestas reportaron que su cónyuge las acompañó en algún momento en sus embarazos anteriores, sobre todo en los casos en los que ellas se sentían realmente mal, aunque no siempre era así por cuestiones económicas y de trabajo.

Respecto a si las llevó al sanatorio u hospital cuando estaban en trabajo de parto el 92.85% comentó que sí, y en los casos en los que no fueron se debió que: "ella pensó que no pasaba nada le dijo a su esposo que se fuera a trabajar y que después ella llegaría, que seguro la regresaban pero no fue así", "por el trabajo de él se quedó horas extras y ella se fue sola al hospital", " él se encontraba tomando con sus amigos así que ella prefirió irse sola". En este caso encontramos que al no tener el conocimiento del proceso del trabajo de parto algunas de las mujeres consideran que no existe el menor problema y ellas pueden acudir al médico solas, pero existen los casos en los que el cónyuge considera situaciones fuera de la relación de pareja como más importantes que el propio nacimiento de su hijo, esto nos habla de la importancia que tiene concientizar que un hijo no es un objeto y que la mujer juega un papel sumamente importante en este periodo y que no debe ser olvidada.

Como se puede observar el porcentaje aumenta para el caso de ir por ellas y sus hijos después del nacimiento (95.23%). Aquí se presentan otras características como lo son: si el cónyuge no puede ir por la mujer después de que nace el niño ya sea su madre o su suegra va por ella y en algunos casos son las dos familias las que se presentan, en este caso encontramos que si el cónyuge no cuenta con la posibilidad de ir por su cónyuge y su hijo se forman cadenas de apoyo que la constituyen los abuelos del recién nacido.

En cuanto a la cooperación en el cuidado del bebé encontramos que el 79.36% de las multigestas reportó que su cónyuge cooperó con ellas en alimentar al niño, cargarlo, jugar con él, cambiarlo etc. Comentaban que sobretodo si era niña su participación era mayor ya que las niñas son muy barberas desde muy pequeñas, cooperaban con ellas a pesar de llegar en ocasiones muy cansados del trabajo. Los cónyuges por su parte reportaron que cooperan en todo lo posible con su cónyuge sobre todo los multigestos. Antes del embarazo el 83.52% de los primigestos y el 37.5% de los multigestos cooperaba con su cónyuge, como se pudo observar los multigestos son los que menos cooperan pero eso es debido como ya se observó a el tiempo de los hombres en el trabajo.

Para comprar todo lo necesario para el niño como ropa y/o muebles las primigestas reportaron que su cónyuge si las acompañaba (53.41%), y el 75% de las multigestas. Para el caso de las primigestas encontramos durante el curso que en los casos en los que la relación de pareja estaba ya establecida realmente compartían esa tarea, ya que iban siempre los dos a comprar lo necesario para el niño.

Riesgos durante el parto

Antes de que un niño nazca es necesario que la mujer tenga conocimiento de algunos cambios que se presentaran en su persona después de que el niño haya nacido y eso se refiere específicamente al puerperio pero los datos encontrados mostraron que el 94.01% de las primigestas comentó no saber que era, mientras que solamente el 13.49% de las multigestas tenían conocimiento de dicho termino encontramos que existe un desconocimiento bastante remarcado que puede originar problemas sobre todo inmediatamente después del parto ya que si no se tienen los cuidados y atención correcta puede ocasionar problemas de

morbi-mortalidad tanto en los periodos perinatal o puerperal que que en nuestro país desafortunadamente es encuentra en muy altos porcentajes, (Infante, 1990)

Difícilmente podemos sacar conclusiones de dicha situación ya que generalmente sabemos que términos como estos no son manejados por las mujeres ya que jamás preguntan pero, al tener la vivencia dentro del consultorio se observó que los médicos jamás comentan o mencionan dichos términos así que las mujeres no los podrán manejar y estas lagunas no podrán ser un paso para prevenir innumerables problemas que las mujeres viven no sólo en esta etapa sino durante todo el embarazo.

Desconocimientos como este permiten un flujo mayor de inconsistencias arrastradas desde la gestación y que nunca son aclaradas debido a la poca o nula importancia que se le presta en el ámbito de salud trayendo como consecuencia problemas para el correcto desarrollo de feto, hasta llegar al recién nacido

Y esto lo observamos al preguntarles a las mujeres qué pasaría y cuáles serían las providencias que tomarían al sentir que les sale líquido por la vagina (término que los médicos le dan al rompimiento de la bolsa del líquido amniótico) por citar un ejemplo, encontramos que el 64.97%, de las primigestas tienen desconocimiento acerca de qué harían y que le podría pasar al niño. Así como esa respuesta encontramos que el 66.63% se iría al médico si le ocurriera eso pero, curiosamente de el porcentaje antes citado sólo el 19.92% de las primigestas del Hospital iría al médico, o las otras no sabrían qué hacer.

Durante el curso, esta información les era proporcionada repetidas ocasiones ya que a pesar de que era uno de los temas que más se revisaban, las mujeres continuaban con sus dudas y en ocasiones tanta información les revolvía por lo que la insistencia permitió que con la búsqueda de diferentes caminos se lograran disipar las dudas que presentaban las mujeres.

También encontramos que el 81.09% de las primigestas no sabe por qué algunos partos son muy prolongados. Esto refuerza la necesidad de ofrecer a la mujer una atención más individualizada con la que pueda tener conocimiento de los posibles dificultades existentes durante el embarazo, trabajo de parto y parto.

A continuación se muestra una semblanza del mínimo conocimiento que las mujeres tienen respecto de la salud materno-fetal así como del papel que juega el médico en ese aspecto

El 26.04%, de las mujeres primigestas reportaron no saber qué conocimientos deben tener tanto ellas como los médicos, respecto de la salud propia como la del niño durante el embarazo, y en los periodos de trabajo de parto y parto. Existieron casos en los que reportaron que se debía provocar el parto, que se puede pasar el parto, que el niño puede empezar a sufrir, que el médico debe saber y también atendería, etc. Las respuestas antes mencionadas se repitieron durante el curso y en algunos casos reportaban que no sabrían qué hacer ante dicha situación.

Sobre todo durante el trabajo realizado en el hospital, se logró advertir que la atención además de ser extremadamente rápida no permitía la participación de la mujer logrando que esta fuera pasiva. Lo cual conducía, en múltiples casos, a aumentar los riesgos, a pesar de que los médicos normalmente solicitaban los estudios necesarios para el diagnóstico médico

Así que se les preguntó acerca de las posibles complicaciones que pudiesen presentarse durante el parto, a lo que las primigestas contestaron que no sabían (86.16%), como se pudo observar aunque algunas de las mujeres comentaron que el niño puede tener enredado el cordón umbilical en el cuello, pudiese existir una Desproporción Céfalo Pélvica DCP, una mala posición, que el niño esté muy grande, eso no cubre la necesidad de poder prevenir problemas en el niño y desafortunadamente el médico debido a su múltiple trabajo y poco tiempo de atención a las mujeres, no ofrece la posibilidad de mencionar aspectos de prevención.

Análisis del cumplimiento de los objetivos de la investigación.

El curso de psicoprofilaxis perinatal actuó como estrategia preventiva de primer nivel ya que fué posible detectar casos de alto riesgo orgánico como: mujeres adolescentes, primigestas añosas, cesáreas previas menores a tres años, etc. detectar riesgos psicosociales relacionados con las condiciones de vida tales como preocupación constante debido a los bajos ingresos económicos, las relaciones familiares conflictivas como lo vivido por las adolescentes, tanto si vivían con su cónyuge o no todo esto vivido por lo mujer durante el periodo prenatal que podía poner en peligro el desarrollo del niño en formación. Además se detectaron condiciones de salud alimentación y atención médica presentes a partir del

embarazo las cuales podían influir negativamente en el óptimo desarrollo del niño. Cáceres (1996)

El curso ofreció a las mujeres una estrategia preventiva la cual permitió que vivieran un embarazo más conciente y tranquilo. Es decir, aprendieron a detectar y diferenciar los movimientos de su hijo, los cambios que podía presentar su organismo en el momento en el que se presentara el trabajo de parto y durante el parto.

Cabe enfatizar que otro de los objetivos de la investigación era detectar los mitos, creencias y costumbres que están relacionadas con el embarazo y que muchos de estos aspectos van de la mano con los cuidados y miedos que las mujeres conservan durante los nueve meses que dura el embarazo.

Creencias, mitos y costumbres respecto al embarazo y parto.

Pocas investigaciones se han concentrado en el estudio de mitos, creencias y costumbres propios de nuestra cultura, los cuales están presentes en nuestra vida cotidiana. uno de los propósitos de este estudio fue identificar algunas de ellos, ver la posibilidad de ubicar su origen en la cultura prehispánica u occidental o si eran ya un producto del sincretismo de ambas culturas y también valorar la influencia de estas en las mujeres embarazadas.

Los efectos señalados por estos los podemos agrupar en diferentes momentos, es decir, durante el embarazo, durante el trabajo de parto, el postparto, implicando efectos tanto para la madre como para el hijo.

Costumbre: Actualmente entendemos por costumbre al hábito adquirido por la repetición de actos, práctica muy usada, que presenta cualidades y usos que forman el carácter distintivo de un persona o comunidad.

Las costumbres reportadas durante el embarazo son

Cristina: *"A mi se me estaban hinchando las piernas y mi suegra me habló de un jugo, me lo hice y con eso en dos días realmente el edema desapareció y siento que también puedo dormir mejor"*,

Costumbre que tiene como efecto un beneficio para la mujer, como se sabe ciertos frutos y legumbres al ser mezclados originan diuréticos que el cuerpo aprovecha en un 100% dando como resultado la eliminación del agua que nuestro cuerpo acumula. Es interesante resaltar, como algunas mujeres tienen como una práctica común, antes de acudir al médico seguir las recomendaciones de mujeres mayores las cuales, cuando son seguidas diariamente, ofrecen resultados tan favorables como los de los medicamentos alópatas, pero con elementos naturales.

En este caso además es importante mencionar que la mujer compartió con otras su experiencia y muchas de ellas la siguieron

Estela: *"Si se baja el bebé debemor ir con una señora para que nos sobe, después de eso la señora nos dice que debemos descansar"*.

Esta mujer al despertar un mañana y observar que su estomago había desaparecido decidió ir con una partera para que la sobara y acomodara a su niño. Esta práctica da cuenta de que las mujeres aun conservan la confianza en las parteras dándoles a ellas el poder de conocimiento de su salud y la de su hijo. Pues presuponen que ellas saben cómo está colocado el bebé y cómo moverlo. Evidentemente a la luz de los médicos esto es una práctica riesgosa para el bebé, en los casos en los que hay circular de cordón. Esta es una práctica común referida por la población con la que realice esta investigación, algunas de ellas gustan de atender pequeños problemas de su embarazo con una partera, sin embargo, se debe resaltar que la gran mayoría de las mujeres con las que se trabajó han dejado de lado la atención empírica que aun en muchos lugares es ofrecida a las mujeres embarazadas y que como se mencionó antes, si no todas, algunas solicitaron esta ayuda. Cabe remarcar que en el Hospital Juaréz de México actualmente los médicos trabajan en conjunto con las parteras para ofrecer una atención más integral a la mujer, la referencia fue proporcionada por una mujer que se atendía en el Hospital de Tlalnepantla pero al no estar satisfecha con esa atención, la solicitó en el Hospital Juárez, ahí una partera le acomodó a su hijo que tenía el cordón umbilical enredado en su cuello con la ayuda de una imagenóloga que guiaba a la partera por medio del ultrasonido. Así podemos observar que muchas de las prácticas nativas de nuestro país todavía son realizadas por especialistas para ayudar a una mejor atención, en este caso a "la mujer embarazada"

Costumbres a considerar durante el trabajo de parto:

Claudia y Diana: *"Cuando vaya a nacer el bebé me tomo un té de chocolate con ruda y ya, al hospital"*, esta práctica es una costumbre utilizada desde tiempos prehispánicos por las mujeres, bien para abortar o bien para facilitar el trabajo de parto

Una alternativa más que nos reportaron ellas mismas fue *"Tomar un taza de té de canela para ayudar a que el parto se acelere"*.

Cabe enfatizar que en este caso no todas las personas lo creen posible, sobre todo uno al escuchar que existen tantos remedios que pueden ayudar de alguna manera a la mujer a acelerar el trabajo de parto, surge la pregunta de si eso es bueno o malo, pero al volver la cabeza del lado científico nos encontramos que en la mayoría de los hospitales tanto privados como públicos se utiliza la oxitocina para acelerar el trabajo de parto aún sabiendo que realizar esta práctica ocasiona un alto número de morbi-mortalidad materno-infantil (Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recien Nacido, 1993), entonces diríamos nuevamente que lo natural es menos riesgoso

Vinculadas con el postparto (madre e hijo):

Claudia *"Después de dar a luz y antes de la cuarentena se le dan baños de hierbas tanto a la madre como al bebé"*

Como se mencionó anteriormente, las mujeres consideran que si realizan dicha actividad podran ayudar a que la madre y el niño no recojan frío y saquen todo el aire que recogieron en el quirófano o en el momento del nacimiento del niño. De esta práctica, podemos comentar que lo que fue una costumbre prehispánica que tenía propósitos de purificación, se sincretiza y se refiere como empleada también para evitar los efectos de las prácticas médicas. Esta práctica no sólo es seguida por la mujer que la refirió sino que por muchas otras mujeres ya que consideran que este tipo de baños son muy buenos para ambos.

Claudia *"Tanto la madre como el bebé se tienen que purgar después del parto"*. Esta costumbre no fue ampliada por la mujer en el momento que la propocionó.

Claudia *"Cuando la madre da a luz días después va a dar gracias a la villa"*. En este caso encontramos cómo nuestra población presenta una gran inclinación hacia lo religioso y por ello necesita agradecer la llegada de un hijo. Lo que es producto de la imposición cultural de los españoles los pobladores nativos de nuestro país.

Claudia *"En muchos lugares se dice que el pulque es el número y a una embarazada siempre le ofrecen"*, se piensa que de esa forma la mujer podrá tener mucha leche para el niño ya que si la mujer ingiere gran cantidad de leche podrá ofrecérsela a su hijo, sin embargo sabemos que dicha práctica no aumenta realmente la cantidad de leche. En este caso para las otras mujeres participantes dicha situación les pareció muy graciosa y reportaban que ellas no la seguirían

Vinculadas con la crianza del niño:

"Se pone en un vaso con agua de ruda para que cuando haya visitas, el agua con ruda reciba el aire que traen las visitas de la calle y no le haga daño al niño", esto es por que se piensa que uno trae mal humor de la calle y le puede hacer daño al niño, así que se pone la ruda o si no *"La visita debe esperar en otro cuarto por lo menos media hora para que el mal humor se vaya"*. Al parecer lo que hay detrás de esta práctica es la creencia prehispánica de que hay un bien y un mal y que hay que hacer algunas cosas para protegernos del mal. En este caso la mayoría de las mujeres no compartían con la mujer la costumbre pero muchas reportaron que *"los visitantes no deben entrar luego luego a ver al niño porque pueden traer mal humor y se lo pegan al niño"*

Claudia *"Al niño se le da té de azares para que duerma bien y no se haga nervioso"*. En muchos lugares se piensa que ciertas hierbas (chechar como se escribe) pueden ayudar al niño en su desarrollo tal el es caso de el uso de los azares, pero aunque quizá sea una buena costumbre en la actualidad el discurso médico ha originado duda y miedo en dicha práctica ya que se menciona que al niño no se le debe incluir líquidos diferentes al pecho materno porque puede ocasionar problemas en el niño pero preguntáramos cómo antes los niños se

desarrollaban bien aun incluyendo líquidos siendo muy pequeños, cabe enfatizar que muchas veces uno como profesional realmente se encuentra dudoso respecto de la forma idónea de alimentar al bebé, sin embargo considero que algo de suma importancia y que pocos tocan es el cuidado en la limpieza que tiene la mujer tanto en su persona (pechos) como en los utensilios para alimentar al niño, pero este sería tema para otro trabajo de investigación.

Claudia: *"La Santa María se les pone a los niños debajo de su almohada para que duerman bien, y no están inquietos"*. aunque no en todos los lugares se sigue esta costumbre, las mujeres comentan que es importante saberlo porque cuando un niño está muy inquieto y no puede dormir con esa yerba duermen muy bien.

Claudia: *"El té de hierbabuena es caliente y se les da a los bebés cuando tienen cólicos"*, por considerar que los cólicos son de frío o aire. Muchas mujeres saben y los médicos actualmente reportan que si un niño es alimentado de forma incorrecta es decir si tanto el pecho como la mamila son mal colocados en la boca del niño esto ocasionará que al estar comiendo el niño jale aire el cual se va a su estomago además que muchas veces después de comer el niño se queda dormido y la madre por no molestarlo no le da sus golpecitos en la espalda para que el niño eructe lo cual origina los cólicos, así que los tés no evitan los cólicos.

Claudia: *"Cuando los bebés tienen diarrea se les hace un té de guayaba o se le da la guayaba cocida, también se le puede dar manzana roja"*. No comentó por qué era bueno.

"Cuando los niños están estriñidos se hace te de ciruela pasa o se le ponen supositorios de glicerina", *"el té le sirve de diuretico"*. Costumbre muy seguida por muchas mujeres, pero como sabemos muchas ocasiones estas costumbres se van moldeando al discurso médico tomando por tanto de ambos la posible solución para problemas como estreñimiento en el bebé.

"Los bebés cuando les van a salir los dientes se les pone en la encía vino para calmar la comezón", costumbre muy seguida por las mujeres ya que comentan que con esto la encía se les duerme y ya no los molesta, y en el caso de no contar con vino comentan que también *"se les pueden dar rabitos de cebolla o cebollita de cambray"*. Muchas de las mujeres al escuchar comentarios como estos comentaban que en realidad no es tan fácil atender, cuidar, educar, etc a un hijo ya que muchas no sabrían que hacer si el niño se pusiera molesto sobre todo por la salida de los dientes.

"A los niños cuando les da hipo les da hipo les tiene uno que poner un poco de azúcar en la boca", la mayoría de las mujeres piensan que al niño le da hipo ya sea porque está mojado o porque le dio mucho frío y como es aun pequeño sólo así se le puede quitar. Pero sabemos que en realidad nada puede quitar el hipo ya que este se presenta por un desacomodo del diafragma en el momento de respirar y una vez que el mismo encuentra el acomodo el hipo desaparece. Por lo que la creencia es producto de algo que ocurrió contiguamente y se tomó como una relación causa-efecto.

"Si los niños hacen bizcos se les pone un pedazo de papel, hilo o algo rojo en la punta de la nariz", esto mismo se realiza cuando el niño tiene hipo.

Creencias

Se entiende como un firme asentimiento y conformidad con alguna cosa. Las creencias compartidas por las mujeres de la investigación las agrupamos en diferentes miradas: vestigios del discurso prehispánico, discurso religioso y discurso moderno, esto es médico.

Encontramos creencias que comparten elementos del discurso prehispánico conjuntamente con el de la modernidad:

"Una mujer debe estar siempre en movimiento para que el bebé nazca más rápido". En este caso como se mencionó al principio del análisis científicamente cuando una mujer camina mucho durante el embarazo hace más fuerte al perineo y elástico logrando con ello que el trabajo de parto y parto se dé en un tiempo menor, (Norma Oficial para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, op cit Wright, 1979; Shapiro 1983; Daimón, 1973; Day, 1975; Von Braun, 1992; Alvarez 1990; The Boston Children's Medical Center, 1985; Pietruszka, 1991, entre otros)

Por el lado prehispánico realmente tenemos poca información sin embargo se sabe que para estas personas el embarazo era algo sagrado por lo que la mujer debía tener cuidados específicos, entre los que no se incluía dejar de trabajar en el campo y sus labores hogareñas es decir una mujer embarazada para ellos era alguien sano por lo que el embarazo

no impedía que las mujeres continuaran con sus actividades normales entre las que se encontraba recorrer grandes distancias de casa a la siembra y de esta a la casa (Jurado, 1995).

"Es bueno caminar, para el niño", situación que un alto porcentaje de mujeres mencionó, afortunadamente ese número aumentó ya que si no estaban siempre en movimiento, sí caminaban un poco más; en relación a esto encontramos que mientras menos era su grado de escolaridad y su estado económico, ponían mayor énfasis a su cuidado, como en el caso del movimiento continuo, ya que ellas consideraban que eso ayudaría al niño y a ellas para no sufrir tanto en el momento del parto. Lo contrario se observó en las mujeres con niveles superiores de educación, ya que mientras más alto era éste menor el movimiento de las mismas ya que disminuyeron sus actividades al saberse embarazadas.

Ahora bien, podemos afirmar que las mujeres realizan esas actividades por recomendación principalmente de otras mujeres y no de los médicos.

"Una debe comer más para el niño", como actualmente sabemos que cuando una mujer come de más durante el embarazo está provocando con ello posibles problemas como preclamsia, eclamsia, aumento de peso, aumento de presión arterial o cuando es mínimo el problema ocasiona edemas. Pero también sabemos que cuando la mujer se ha alimentado equilibradamente desde antes del embarazo logrará que su hijo nazca sano, pero si existen déficits en su alimentación tanto antes de embarazarse como durante el mismo traerá como consecuencia un hijo de bajo peso al nacer y a ella otro grupo de problemas por ejemplo anemia, pero no sólo es ese el problema sino que la mujer muchas veces piensa que debe comer por dos sin pensar que lo que debe hacer es alimentarse con los nutrientes necesarios para su cuerpo y el de su hijo en desarrollo, entre los que encontramos al hierro, las vitaminas, el calcio, el sodio, etc.

La creencia de comer por dos, afortunadamente ha ido disminuyendo sin negar que existieron casos en donde dicha situación ocasionó problemas como: preclamsia severa ocasionando con ello que el niño presentara sufrimiento fetal y la madre presión alta por tres días.

"Si a una mujer embarazada se le antoja algo y no lo come el niño, nace con la boca abierta o si el antojo es tan fuerte hace que aborte o se apresure el parto", se piensa que a una mujer se le deben cumplir todos sus antojos para que su hijo no sufra ningún problema.

"Cuando el estómago está picudo se dice que va a ser niño y cuando está redondo o cuadrado es niña".

"Se dice que los ascos son causados porque al bebé le esta saliendo bello y que va a nacer muy peludo"

"Si se brinca o salta un arroyo o una cuerda al bebé se le enreda el cordón umbilical".

"Si la futura madre sueña a su hijo si es niño nace niña"

Las creencias como hemos observado se transmiten de generación en generación muchas de las cuales no tienen aparente relación con lo que se vive cotidianamente, sin embargo es algo de nuestra cultura que sería importante no perder y por otro lado sería adecuado que todos los científicos e investigadores atendieran a muchas de estas creencias ya que pueden en múltiples casos ayudar a que la mujer tenga mayor confianza de lo que se le ofrece

"Si la mujer carga cosas pesadas los niños suelen nacer mal de la columna".

"La ligadura de trompas ocasiona cáncer, es mala y no se siente lo mismo después", creencia que reúne múltiples mitos, que de alguna manera intenta distanciarlas de esa práctica médica, depositando en esa situación un justificante de pérdida de placer sexual, motivo significativo para no emplearlo. De alguna manera los médicos contribuyen a esta creencia, ya que en los centros de salud, sanatorios y/u hospitales no se ofrece información completa, correcta y sencilla, respecto de la salud reproductiva sobre todo del cuidado que deben tener las mujeres en el momento que desean utilizar algún método anticonceptivo, y en particular al pedir un método definitivo.

"Pensábamos que el ultrasonido le hacía daño al bebe por eso no nos lo hacíamos" tal como se mencionó antes los médicos generalmente lo único que dicen a las mujeres cuando están embarazadas y asisten a una consulta es que deben hacerse un ultrasonido pero raro es aquel que informa el por qué de dicho estudio y menos aún informa acerca de los beneficios que se obtienen al conocer la salud del niño por medio de este

"El bloqueo me da miedo. me han platicado que después duele la espalda, se siente mal, les puede hacer mucho daño aparte a una cuñada mía le pusieron bloqueo y dejó de caminar y le costó mucho trabajo recuperarse" En este caso nuevamente la contiguidad de un acontecimiento funda una creencia que posteriormente se mantiene y se transmite.

"Cuando la madre deja de amamantar y tiene relaciones tiene un 100% de probabilidades de quedar embarazada", Esta creencia se funda en un acontecimiento real, sin embargo esto no es seguro en un porcentaje de 100% (Norma Oficial para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién, Nacido, op. cit , Potter, 1990, Langer, 1983; Bourges, 1990, entre otros).

Durante el trabajo de parto:

"Con la luna llena nace más rápido un bebé" creencia compartida por los médicos ya que comentaban que en luna llena nacen siempre más niños por parto normal (no saben por qué ni yo tampoco) al parecer la relación está dada por la fuerza de atracción que ejerce la luna sobre la tierra.

"¿Para que un niño se forme se necesita tener muchas relaciones sexuales?" en este caso encontramos que no sólo fue la duda de una mujer, sino que esta era compartida por la familia lo cual nos hace suponer que quizá en algunos casos las parejas compartan esa duda, esto lo refiero porque quien hizo la pregunta fue el cónyuge y lo secundaron dos mujeres más, ya que para ellos era así como se formaban los niños, aunque en este caso sólo una mujer lo reportó no es de dudar que muchas de las que asistieron al curso compartían dicha creencia que nos muestra el gran desconocimiento que hay en relación al funcionamiento del cuerpo

Después del nacimiento del niño se presentan otro tipo de creencias que a mi parecer fueron introducidas por los españoles tanto para la madre como para el bebé:

"Si una guisa no debe darle de comer al niño porque se enferma", esta es una más de las creencias compartida por nuestras mujeres, aun en nuestros días, pero después de un tiempo de trabajo internacional de instituciones de salud encargadas de investigar todo lo relativo a la lactancia, se han arrojado resultado que demuestran que ni hacer corajes, ni estar expuesta al calor, afecta al niño en su alimentación, sin embargo lo que sí va a afectarlo siempre es la falta de higiene que tiene la mujer en manos y pecho al alimentar al niño ocasionando con ello las diarreas, o los cólicos cuando además no se coloca al niño correctamente en el pecho (Bosch, 1979; Galaz, 1991; Lactancia materna, 1997)

"Cuando el bebé se escucha mormado o tiene molestias para mamar puede ser que esté desvanillado, y generalmente se le pone azúcar en la cabeza al niño con vaporub y se agarra de las piernitas y se le pega en las plantas de los pies tres veces, con eso el niño se compone". Como podemos ver en esta creencia, en nuestras mujeres se da un sincretismo de prácticas, lo que en muchos aspectos caracteriza nuestra vida cultural, se mezclan prácticas prehispánicas con prácticas médicas.

Remedios recomendados para el bebé.

"El té de rosa de castilla es para cuando están inflamados del estómago".

"El té de apio y manzanilla son frescos"

"La lechuga orejona y las hojas de durazno sirven para dar baños al bebé y que este duerma mejor"

"Para curar de mal de ojo se cura con un huevo, ruda y loción de hombre"

"Comiendo aguacate la madre o si bebe cerveza va a tener más leche".

"Cuando los bebés hacen verde es porque les falta alimento". En realidad no podríamos precisar cual de los remedios antes mencionados son prehispánicos y cuáles modernos, por otro lado, las mujeres no comentaron en realidad acerca de estos ya que todos fueron proporcionados por sólo una señora "Claudia" quien comentó en todo momento que todos estos remedios realmente funcionaban ya que su madre se los había enseñado y ella se los hacía a los bebés cuando los necesitaban y siempre le funcionaban. En este aspecto podemos decir que que estos remedios son transmitidos de generación en generación de forma oral

Aspectos religiosos:

Otro de los elementos presentes en las creencias señaladas son los de índole religioso a continuación señalamos algunos de ellos.

Existió un caso donde la religión jugaba un papel importante en la vida de una pareja, ya que solamente cree en el método Billings aceptado por el "papa" *"Este método es el único bueno"*, desafortunadamente para la pareja al revisar el tema de métodos anticonceptivos supieron que ella no se embarazó cuando ellos habían pensado, es decir que el método les falló, aún así comentaron que no existía ninguno mejor.

"Antes de ser bautizado un bebé deben ponerse unas tijeras, agujas o seguros en forma de cruz para evitar algo sobre natural". Ya que piensan que lo mejor es que al niño se le proteja de cualquier aspecto no conocido.

"Se dice que cuando los bebés han sido bautizados que han recibido las sales que hasta su sudor sabe salado" En este caso solo fué un comentario de una de las mujeres pero no se ahondo en el tema

Mitos

Un elemento más que consideramos en el análisis de los elementos culturales fue el mito, al que entendemos como la necesidad presente en todos los pueblos y en todas las latitudes de explicarse el mundo circundante y los fenómenos que en él se observan: la presencia misma del hombre en la tierra; la naturaleza y sus cambios, el movimiento de los astros y su origen; la vida y la muerte. . en fin, un sinnúmero de fenómenos que no pasan desapercibidos para el hombre. El mito surge como respuesta y a ello se unen los símbolos correspondientes. Estos "razonamientos primigenios" están presentes desde que el hombre es hombre y se relacionan con la necesidad de subsistencia del grupo expresado en la interacción del hombre y la naturaleza. Ahora bien los mitos que corresponden a la necesidad que tiene el hombre de explicarse esos fenómenos, estarán influenciados, entre otras cosas, por la forma en que satisface sus necesidades básicas de subsistencia y, por ende, por la manera en que se da con el medio ambiente circundante

Así entre pueblos como los incas del Perú, los aztecas, etc. habrá determinado tipo de cosmovisión y de mitos acordes con su manera de ver el universo (Matos, 1998).

Pero que la gran mayoría de ellos se han desplazado con la llegada de los bárbaros españoles, entre los que encontramos:

"En los ranchos, pueblos o lugares enyerbados existen unas víboras llamadas cincuates que silvan como hombres y le echan el bao (la duermen) a la mujer, entonces ellas maman el pecho de la mujer y al bebé le dan la cola y los bebés pueden morir y si es tan fuerte la impresión la mujer también puede morir, se ahuyentan con el humo de algún cuerno o hule que se quema" Mito compartido varias de las mujeres que asistieron al curso, sin embargo reportaban que lo bueno era que ellas no vivían en los pueblos y que quizá no se presente en la actualidad.

Ahora cabe mencionar que personas que se han vivido en el campo reportan que si es real ya sea por que les paso a ellas o a alguien muy cercano.

"La luna influye en el estado de ánimo de la embarazada" desafortunadamente no mencionaron de qué manera puede esta influir en ellas

"La luna se come al bebé, nace con labio leponno o sin una piernita o sin un bracto", en este mito encontramos que muchas de las mujeres piensan que la luna puede afectar en algún momento a su hijo que se desarrolla, por lo que lo unen con la creencia de que *"el uso de un seguro o un listón rojo en el vientre"*, evitará el mal. Aquí podemos incluir el mito de la luna llena *"Si hay luna llena y no trae puesto un seguro en el estómago el niño puede nacer mal formado o apresurarse el parto"* otras mencionan que *"las malformaciones también pueden deberse a los eclipses"* Este es un mito que heredamos de los españoles ya que los antiguos mexicanos sabían que nada de esto puede ocasionar problemas en el niño. Sin embargo las mujeres piensan que con *"Un listón rojo evitaran que los eclipses hagan daño al niño"* o de lo contrario *"Si va a haber un eclipse una debe ponerse una cazuela en la panza para que este no se coma al niño"*, ese mito al igual que todos los demás relacionados con la luna son el resultado de largos años de manipulación europea, en específico española, los bárbaros españoles no compatían ni comprendían los conocimientos cosmogónicos de la

cultura mexicana, por lo que impusieron sus propios mitos sin permitir que el conocimiento ya existente tuviera una salida benéfica sobre todo para una mujer embarazada; de esa forma las mujeres en la actualidad al no saber que dichos mitos son falsos y, al no encontrar quien les informe de dicho aspecto, prefieren continuar con ellos.

CONCLUSIÓN

El primer objetivo de esta investigación era conocer las condiciones psicosociales de la población de estudio, vinculadas con el embarazo, parto y puerperio.

Como lo mostraron los resultados y el análisis de los mismos, la población con la que trabajamos se caracterizó fundamentalmente por contar con muy escasos recursos, muchas de las mujeres que asistieron al curso viven en familias tanto extensas como extensas compuestas, esto es con los padres o los suegros, condición de vida que se vincula con condiciones psicosociales poco favorables para el desarrollo del embarazo y el parto. Un porcentaje alto de estas mujeres son adolescentes, lo que agrega una condición de riesgo orgánico a su embarazo.

La falta de recursos económicos, es otra condición desfavorable para el desarrollo del embarazo. En virtud de que la vida cotidiana de estas mujeres se caracteriza por: poco apoyo afectivo por parte de su conyuge -en el caso de tenerlo- debido a horarios de trabajo prolongados y absorbentes, con escasos servicios de salud, con salarios muy precarios, lo que en algunas ocasiones obliga a algunas de las mujeres a contar con trabajo remunerado, ya sea dentro o fuera de su casa. A esto se suma la existencia de una doble jornada de trabajo doméstico, pues algunas, no sólo realizan labores domésticas de su casa o el de su cuarto sino también el de la casa de su suegra o de su madre. Contando con muy poco apoyo por parte de su conyuge para las tareas domésticas.

Todo lo anterior se vincula con una gran preocupación, presión y tensión derivadas de los pocos ingresos.

En el caso de las mujeres adolescentes, esto se complica, porque el embarazo las obliga a dejar algunas actividades como: estudiar, salir con sus amigos, asistir a fiestas, realizar alguna actividad deportiva, trabajar, etc., además de ello se presenta una nueva situación en su vida que es el enfrentar la reponsabilidad de ser madre, situación para la que todavía no están preparadas, sumando a esto muchas de ellas no tienen el apoyo del padre del niño. Lo que las coloca en una situación de dependencia con su familia de origen difícil de sobrellevar y que ocasiona también tensiones cotidianas.

En relación a las condiciones de salud en las que viven estas mujeres encontramos; en el caso de las multigestas, condiciones de riesgo biomédico como, abortos espontaneos, que no recibieron ningún tipo de atención médica, cesáreas previas de menos de tres años, etc.

Una práctica común fue que las mujeres acudían a la atención médica, a tiempos muy cercanos al parto es decir entre el quinto, sexto o en ocasiones hasta el octavo mes del embarazo, lo que no daba la posibilidad de contar con una asesoría médica para su embarazo así como la imposibilidad de contar con estudios de laboratorio y ultrasonido, los que permitirían, en caso de que ocurriera, detectar, atender y prevenir alguna alteración en el desarrollo intrauterino, que pudiera presentarse a lo largo del embarazo.

El trabajo cercano con las mujeres nos permitió conocer que la atención médica proporcionada no cubre la calidad reportada cotidianamente por los medios de comunicación, es decir, los médicos solo se concretaban a hacer revisiones rutinarias, que consistían en preguntar a la mujer -¿cuándo fue su última menstruación?, ¿cómo se ha sentido?, ¿trajo los estudios que le pedí? (si los presentaba) muy bien todo va bien yo me quedo con los estudios (y si no los presentaba) ¿cómo es posible que no los traiga!, ¿cree que para el mes siguiente pueda tomarse los estudios? si no no le extiendo otra solicitud de estudios, ahora pase atras la voy a revisar (sólo checaban frecuencia cardiaca, tamaño del fondo uterino para cotejarlo con los datos proporcionados por la mujer) muy bien señora nos vemos en un mes.

Dejando de lado la importancia de informar a la mujer de la necesidad de llevar una programación en sus consultas ya que con esto la mujer podría saber como evoluciona el embarazo si ella o el feto corren o pudieran correr algún riesgo en cualquier momento, el por qué de la importancia de realizarse los estudios de laboratorio y ultrasonido, que siempre va estrechamente vinculado con lo antes mencionado. Rara vez le informan a la mujer de la importancia de que su hijo este en movimiento, qué tipo de presión maneja, la importancia de aplicarse la vacuna antitetánica, los problemas que se pueden presentar cuando una mujer presenta flujo, la importancia de modificar su alimentación tanto en el embarazo como durante el puerperio y lactancia sobre todo no mantienen informadas a las mujeres de aquellas situaciones que pueden implicar riesgo para el niño y ellas mismas cuando están cerca de los

nueve meses del embarazo.

Cabe mencionar que existieron grandes diferencias en los tres espacios donde se trabajó, para el caso de las mujeres que asistieron al CDEC-Chalma la atención que recibieron fue para algunas muy precaria ya que como se mencionó en las conclusiones, se atendieron en Centros de Salud donde la atención deja mucho que desear, sin embargo para los casos en que fueron atendidas en un dispensario dicha atención fue más profesional ya que a una de las mujeres se le canalizó al Hospital General de México, por presentar embarazo de alto riesgo, proporcionando por tanto una atención preventiva.

Por lo que correspondió al Sanatorio encontramos que para los médicos de ese lugar lo más importante no es ofrecer una atención profesional con la que se pudieran prevenir problemas en el niño que aún no nace o en aquello que nacen ya que para ellos es más importante obtener ganancias que les reditue constantemente por lo que a la atención brindada se suma que en el mismo lugar se cuenta con los servicios de laboratorio, ultrasonido y rayos X, constantemente solicitaban a las mujeres que asistieran a consultas continuas que variaban de 10 a 15 días entre consulta y para los casos de embarazo normal y de 4 a 8 días para los casos de alto riesgo, además se les solicita que se realicen estudios cada mes para un mejor control, tienen por tanto un estricto control sobre ellas, desafortunadamente para las mujeres este tipo de atención termina en un alto porcentaje con cesáreas muchas de las cuales no son necesarias pero sí proporcionan a los médicos mayores ingresos.

En lo que toca al Hospital General de Tlalnepantla encontramos que lo ofrecido a la mujeres embarazadas es muy similar a lo descrito párrafos arriba.

Es importante aclarar que en el Hospital General de Tlalnepantla se pudo ofrecer a las mujeres una visión más extensa de las situaciones que podían llegar a vivir lo cual fue menor en el caso de las mujeres que asistieron al Sanatorio y menos aún para las mujeres del CDEC-Chalma. Por lo que es importante mencionar que conforme se va trabajando se logra mayor experiencia, que en el caso de la investigación permitió ofrecer conforme iba transcurriendo el tiempo de trabajo enriquecer principalmente a las mujeres y particularmente a todos los profesionales de la salud.

Al convocar al curso de Psicoprofilaxis Perinatal, la participación fue más bien limitada, ya que la población femenina no mostró, llamémosle así, la curiosidad por conocer lo que se ofrecería en el curso, a pesar que se visitaron escuelas, donde las directoras se comprometían a invitar a las mujeres al curso. Centros de desarrollo infantil donde se logró tener dos juntas con las madres de los niños y que solamente asistieron dos mujeres primigestas de la primera junta, iglesias que claro esta quizá al mostrarles el programa del curso consideraran como algo pecaminoso mostrar a las mujeres que existen formas de planear y querer un hijo ya que en los programas estaba especificado que se revisaría durante el curso todo lo relacionado con los métodos anticonceptivos lo cual es intolerado por la iglesia católica Centros de salud comunitarios, sanatorios y pequeños hospitales, en los que no se observó interés por el personal ya que no cooperaban en la convocatoria para que las mujeres asistieran al curso. Además que se colocaron en lugares estratégicos volantes que contenían la propaganda del curso en: tiendas, tortillerías, farmacias, etc., además de dejar volantes en los mismos con el objetivo de que llegaran mujeres para integrarse al curso. Además de ello en el caso del CDEC-Chalma se hizo un rótulo en el que se mostraban todo el temario del curso. Para el caso del Sanatorio particular se realizaron volantes los cuales fueron proporcionados a las mujeres embarazadas y en el caso del Hospital Gral. de Tlalnepantla se realizó lo mismo.

Es importante mencionar que los problemas presentados se enfrentaron de forma positiva a pesar de que fueron bastantes lo cual se muestra en lo largo que fue la investigación además de un trabajo arduo y continuo, sin olvidar que la asistencia fue mínima a pesar de ello se procedió a buscar otros espacios lo cual permitió un desarrollo cada vez mejor del trabajo de investigación.

Así que aunque fue mínima la asistencia se pudo implementar un trabajo grupal del cual se logró un aprendizaje activo, es decir el curso se fue enriqueciendo conforme se trabajó con ellas ya que cada una aportó su conocimiento que fue valioso para todas las participantes además de la investigadora.

El objetivo central de la investigación, era mostrar que la Psicoprofilaxis Perinatal puede ser empleada como estrategia preventiva de primer nivel para casos de niños con Alteraciones en el Desarrollo Psicológico. El cual se logró pues fue posible detectar condiciones biomedicas como

Situaciones de embarazos previos. Encontramos que algunas mujeres perdieron un

hijo, es decir nació muerto o murió pocas horas después de nacido, otras tuvieron abortos espontáneos, algunas presentaron esterilidad, unas más vivieron cesáreas previas por supuesta estrechez de pelvis, problemas de hipertensión, preclamsia, etc. La asistencia al curso de psicoprofilaxis perinatal permitió una vigilancia más estrecha desde el momento en el que se incorporaron al mismo de tal manera que ninguna de estas mujeres volvió a presentar dichos problemas.

Situaciones de riesgo orgánico del embarazo actual: Existieron casos con embarazo de alto riesgo por oligodramios (poco líquido amniótico); una mujer primigesta presentó placenta previa marginal y trabajo de parto continuo durante los últimos tres meses del embarazo; embarazos de adolescentes, embarazo de adolescente de 14 años y Rh-; existió el caso de peligro de aborto en mujer añosa y con dispositivo intrauterino; peligro de aborto en mujer adolescente, problemas de riñón severos; otros de los problemas muy comunes en ellas era la presencia de flujo, el que muchos médicos ignoraban durante las revisiones periódicas, por lo que las mujeres no lo consideraban como problema, hasta que al llegar al momento del trabajo de parto, muchos de los mismos médicos que habían ignorado el flujo, les recriminaban que no se los hubieran atendido, cuando la responsabilidad de detectarlo y atenderlo era en gran medida parte de su trabajo, y como se mencionó arriba, para la gran mayoría esto era irrelevante.

Otro de los problemas que encontramos es la alimentación, ya que ellas continúan durante el embarazo con una alimentación rica en grasas, sales, etc y pobre en líquidos, frutas, verduras y carnes, etc. En este caso los médicos generalmente no prestan importancia a informar a las mujeres acerca de las ventajas y/o desventajas de ciertos alimentos, además de la importancia o no de tomar complementos durante el embarazo, lo cual traía en la mayoría de los casos alza en la presión arterial, cuando el problema era mínimo, hasta la obesidad o preclamsia cuando los casos eran más severos.

Situaciones de riesgo psicosocial: Uno de los problemas que más se encontraron fueron los problemas económicos en las mujeres ya que como se ha venido mencionando estas eran de muy escasos recursos, así que la atención en la mayoría de ellas tenía que ser en centros de salud y hospitales de salubridad. Otra situación encontrada fue: frecuentes problemas de pareja, los cuales aparecían más en las adolescentes que vivían con su cónyuges y algunas que no. Ser madres solteras, para los casos de las adolescentes que vivían con sus padres esto en muchos casos originaba problemas con su familia originando una constante presión y en algunos casos sometimiento por parte de sus padres.

También encontramos que las primigestas y las adolescentes, presentaron miedo por el desconocimiento del funcionamiento de su cuerpo y con ello del embarazo y todo lo que le rodea, además de sentir falta de afecto, atención física por parte tanto de su cónyuge como de su familia, el olvido en algunos casos de los amigos o la imposibilidad de realizar tareas que antes eran cotidianas para ellas pero debido al embarazo tuvieron que abandonarlas, etc.

Con la implementación del curso encontramos por un lado, que a la mujer no le importa la atención de su embarazo; se observa dicha situación si revisamos el tiempo de embarazo que tiene al asistir por primera vez a revisión es decir el tiempo es muy cercano al parto, dato que se observa también en documentos como la Norma Oficial para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (1988).

Se les orientó acerca de la importancia de las modificaciones que debían llevar a cabo desde el momento en que iniciaban su estancia en el curso, es decir, se les orientaba acerca de la importancia de seguir ciertos patrones de conducta para que su embarazo marchara de mejor manera por ejemplo, al llegar al curso a todas las mujeres se les enseñaba primeramente a respirar ya que generalmente su respiración es muy agitada y no les permite realizar muchas veces todas las tareas diarias debido a que se fatigan fácilmente; en segundo plano se les enseñaron las posturas adecuadas para disminuir la carga de peso en la cadera y espalda, el descanso diario dos veces al día durante quince minutos en posición lateral izquierda, las rutinas de ejercicios especiales para embarazadas, los cuales le permitían mayor tranquilidad y descanso. Además de ello se les orientaba acerca de la importancia de usar ropa holgada que les permitiera una buena circulación y que evitaran usar ropa demasiado ajustada al cuerpo como la licra ya que esto evita la correcta circulación sanguínea provocando en la mayoría de los casos edemas que generalmente son agrandados debido a que la mujer no ingiere líquidos en abundancia por lo que se les orientó acerca de la necesidad de la ingestión de líquidos, sobre todo sin azúcares o gas.

También se les ofreció la información de todo lo relacionado con la consulta médica y

de qué debían preguntar durante esta para conocer la evolución de su embarazo, ellas tomaron gran interés en la importancia que implica conocer realmente cómo estaba su hijo, así que aprendieron a exigir una consulta más personalizada, que afortunadamente en la mayoría de los casos (para el caso de las mujeres que asistieron al Hospital General de Tlalanepantla sobre todo) resultó positivo tanto para las mujeres como para los médicos ya que aunque algunos comentaban que preguntaban mucho las mujeres, por otro lado comentaban que eso era mejor ya que la mujer estaba mejor preparada y conciente para el momento del nacimiento.

Gracias a la Implementación del curso se presentaron diferentes cambios en la actitud y participación tanto de mujeres como en algunos casos con los médicos, así que encontramos en general que las mujeres:

1) Aprendieron e hicieron propia la necesidad de un mejor y mayor cuidado durante el embarazo, el cual incluía una mejor alimentación con verdura, fruta, líquidos, carne sin grasa, poca sal y azúcar. El descanso y la necesidad del ejercicio especial que no afectara a la mujer o al niño, así como de la marcha continua.

2) Vivenciaron la importancia que tiene su participación en todo momento del embarazo, desde platicar con él, palpar su vientre, etc., y sobre todo durante el trabajo de parto.

3) Aprendieron lo básico respecto a la participación durante el parto, que incluía la respiración en los niveles adecuados mientras se presentaba la contracción.

4) Lograron una mayor seguridad en ellas mismas ejemplificada en;

a) Exigir mayor y mejor atención por parte de los médicos, enfermeras y todo el personal de salud.

b) Durante un ultrasonido pedían la explicación detallada de la salud, posición y edad de su hijo y tipo de madurez de la placenta.

c) Al médico le preguntaban de su presión arterial, del número de latidos del corazón de su hijo, si sus pezones estaban preparados para lactar a su hijo, si la infección vaginal había desaparecido o disminuido, si estaban inchadas o no, si podían en algún momento presentar edemas, preclamsia, eclamsia, diabetes durante el embarazo, anemia, obesidad, entre otros problemas.

El contacto con profesionales de la salud que fue enriqueciéndose permitió un mejor manejo y una apertura al conocimiento que a su vez fue vertido a todas las mujeres con las que se trabajó.

En el caso del Hospital, se logró tener un mayor contacto con los médicos, en particular con las ginecoobstetras, lo cual influyó positivamente tanto para las mujeres como para la investigación y sobretodo para el conocimiento de la investigadora ya que en ese último ambiente existía tal riqueza de conocimiento que se pudo compartir con mayor facilidad a todas las mujeres.

Aquí cabe enfatizar que el trabajo realizado a partir de la toma de notas diarias aportó mayor información a la investigación que la propia metodología empleada como base para la misma ya que durante el curso se tuvo un contacto muy cercano con todas y cada una de las mujeres que asistió al curso. Lo cual demuestra que no siempre los datos cuantitativos nos mostrarán la veracidad necesaria ya que muchos de los datos aportados no eran reales y eso se vio cuando una vez en el curso reportaban tener duda sobre uno u otro tema, en cambio los datos cualitativos ofrecieron un mayor campo de exploración así fue como se conocieron datos como sus miedos, mitos, creencias, costumbres, etc

Por lo que consideramos que para lograr la prevención de Alteraciones en el Desarrollo Psicológico es necesario y urgente que todos los profesionales de la salud comulguemos con la necesidad de ofrecer a la mujer embarazada una mejor y mayor atención la cual sería óptima si lo realizamos de forma multidisciplinaria logrando con ello la disminución de riesgos para el niño durante los nueve meses de estancia en el vientre materno como durante su nacimiento, además que es importante tomar en cuenta muchas de las costumbres de la población femenina durante el embarazo, esto es porque sobre todo la población con la que se trabajó comparte muchas costumbres que los médicos consideran como negativas para el niño por nacer, sin embargo muchas de las técnicas profesionales que se utilizan en un hospital puede provocar mayores problemas en el niño que esta por nacer

Sabemos que para lograr una atención óptima es trabajo de todos los profesionales de la salud además de ello es importante tener en cuenta que es difícil que las mujeres tomen conciencia de la importancia de asistir a un curso en el que se les prepare para vivir un embarazo, trabajo de parto y parto participativo, más esto no es imposible si los profesionales

de la salud conjugan esfuerzos iniciados en el consultorio aunque las mujeres lleguen en el último trimestre del embarazo, ya que si los médicos en este caso ofrecen una atención más profesional e informan a las mujeres de la importancia del curso estas a su vez transmitirían dicha información a otras mujeres logrando con ello la prevención en tiempos cada vez más tempranos

De esa forma lograríamos lo que el gobierno de nuestro país pretende para finales del año 2000, que un mayor número de mujeres tenga atención obstétrica de primera calidad, claro está que no busquemos el 100%, por el contrario que el objetivo sea alcanzar una mejor y más alta calidad.

Así que el impacto encontrado investigaciones como esta es un beneficio para un niño que aún no ha nacido y para la madre que es la mejor incubadora natural que existe sobre la tierra.

Debemos tener presente que en un trabajo profesional siempre existen errores, pero debemos procurar que poco a poco se eviten, esto se menciona porque a pesar de que la atención de las mujeres que asistieron al curso fue seguida en todo momento desde su llegada al curso, se presentaron cuatro casos los cuales tenían seguimiento desde los primeros meses del embarazo sin embargo ocurrió lo que conocemos como negligencia médica, dos de estos se presentaron en el Hospital Gral. de Tlalnepantla y los otros dos en el Hospital Gral. de Zona de Tlalnepantla.

Urge por tanto que todos pongamos de nuestra parte ya que solo de esa manera lograríamos evitar muchos casos de niños con alteraciones en el desarrollo psicológico y el trabajo del psicólogo podrá entonces inclinarse por aspectos más específicos de la prevención y la estimulación temprana, además se pretende que la presente investigación no quede guardada en un librero sino que pueda ser la base de nuevas investigaciones.

TABLAS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LAS MUJERES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS

CONDICIONES DE VIDA

Tabla 1

Edad	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi gesta	multi gesta	primi gesta	multi gesta	primi gesta	multi gesta
15-17años	16.6%	0%	6.6%	0%	13.6%	0%
18-20años	33.3%	0%	46.6%	0%	27.3%	7.1%
21-23años	50%	50%	13.3%	0%	27.3%	14.2%
24-27años	16.6%	25%	33.3%	33.3%	20.4%	7.1%
28-30años	0%	0%	0%	0%	6.8%	35.7%
31-33años	0%	25%	6.6%	33.3%	4.5%	21.4%
34-36años	0%	0%	0%	33.3%	0%	0%

Tabla 2

Tipo de familia	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Núclear	16.6%	50%	33.3%	100%	21%	71.4%
Extensa	16.6%	50%	33.3%	0%	34%	21.4%
Extensa comp.	66.6%	0%	33.3%	0%	45%	0%

Tabla 3

Tiempo de casadas	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
0 a 1 año	0%	0%	26.6%	0%	47.7%	0%
1 a 3 años	33.3%	0%	60%	33.3%	43.1%	21.4%
3 a 5 años	50%	50%	0%	0%	2.3%	42.9%
5 a 7 años	16.6%	0%	13.3%	0%	2.3%	14.3%
7 a 9 años	0%	50%	0%	0%	0%	7.1%
9 a 13 años	0%	0%	0%	66.6%	4.5%	14.3%

Tabla 4

Actividades cotidianas	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
T.D. Propio	50%	75%	86.6%	66.6%	95.5%	92.8%
T.D. Materno	50%	50%	33.3%	0%	20.5%	7.14%
T.D. Suegra	33.3%	25%	0%	0%	20.5%	0%
ning X trab	0%	0%	0%	33.3%	0%	0%
Leer	16.6%	0%	13.3%	0%	14.28%	2.3%
Tejer	50%	25.5%	13.3%	0%	7.14%	0%
Ver TV	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 5

Activ que ya no realiza	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Act varias	66.6%	25%	33.3%	33.3%	36.3%	14.2%
Trabajar	16.6%	25%	26.6%	0%	27.2%	0%
Trab Dom	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Cargar Obj P	16.6%	50%	20%	66.6%	0%	0%
Estudiar	0%	0%	20%	0%	40.9%	0%
Ninguna	0%	0%	0%	0%	0%	85.7%

Tabla 6

Actividades diferentes	Chalma primigesta	Sanatorio primigesta	Hospital primigesta
Ninguna	33.33%	46.66%	36.36%
Caminar	33.33%	6.66%	6.18%
Tejer	33.33%	26.66%	4.54%
Trabajar	0%	6.66%	0%
Varios	0%	6.66%	2.5%
Dormir	0%	13.33%	2.54%

Tabla 7

Camina ahora	Chalma primi multi	Sanatorio primi multi	Hospital primi multi
Más	50% 75%	33.3% 66.6%	40.9% 78.6%
Menos	0% 25%	26.6% 33.3%	29.5% 21.4%
Igual	50% 0%	40% 0%	27.2% 0%

Tabla 8

Miembros con los que vive	Chalma primi multi	Sanatorio primi multi	Hospital primi multi
Cónyuge	83.3% 50%	60% 100%	47.7% 64.2%
Suegros	50% 0	20% 0%	34% 14.2%
Padres	50% 50%	20% 0%	18% 21.4%

PRACTICAS DE SALUD

Tabla 9

Meses de embarazo	Chalma primi multi	Sanatorio primi multi	Hospital primi multi
3 a 5 meses	16.6% 25%	13.3% 0%	2.2% 21.4%
5 a 7 meses	50% 50%	66.6% 33.3%	45.5% 71.4%
7 a 9 meses	33.3% 25%	20% 66.6%	52.3% 7.1%

Tabla 10

Realizaba ejercicio	Chalma primi multi	Sanatorio primi multi	Hospital primi multi
Sí	33.3% 0%	53.3% 0%	47.7% 42.9%
No	66.6% 100%	46.6% 100%	52.3% 57.1%

Tabla 11

Cuidados en el embarazo	Chalma	Sanatorio	Hospital
No cargar obj pesados	50% 50%	6.6% 66.6%	40.9% 28.6%
Caminar	33.3% 25%	0% 0%	18.2% 14.3%
Ninguno	0% 25%	40% 0%	20.5% 28.6%
Otros **	16.6% 0%	53.3% 33.33%	0% 28.6%

**No ingerir medicamentos, ir al médico, etc

Tabla 12

Métodos anticon	Chalma primi multi	Sanatorio primi multi	Hospital primi multi
Pastillas	33.3% 75%	6.6% 0%	13.6% 7.14%
DIU	0% 75%	6.6% 66.6%	18.2% 57.1%
Interrumpido	16.6% 0%	0% 0%	0% 0%
No	50% 0%	60% 0%	38.6% 14.3%
Inyecciones	0% 0%	6.6% 33.3%	11.4% 7.14%
Otro	0% 0%	6.6% 0%	18.2% 7.14%
Condón	0% 50%	13.3% 0%	0% 7.14%

Tabla 13

Tiempo de utilización	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
2 a 6 meses	66.6%	33.3%	50%	33.3%	77.7%	0%
1 a 2 años	33.3%	33.3%	50%	33.3%	22.3%	18.2%
3 a 5 años	0%	33.3%	0%	0%	0%	54.5%
6 a 8 años	0%	0%	0%	33.3%	0%	27.3%

Tabla 14

Quien lo recomendo	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Nadie	66.6%	25%	6.6%	33.3%	47.7%	35.7%
Médico	0%	75%	86.6%	66.6%	20.4%	57.1%
Amiga	33.3%		0%	0%	31.8%	7.1%
Iglesia	0%		6.6%	0%	0%	0%

CONDICIONES DEL EMBARAZO

Tabla 15

Enfermedad en el emb.	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Gripe y tos	50%	25%	40%	66.6%	34.1%	35.7%
cefaleas	16.6%	0%	0%	0%	0%	0%
riñones	16.6%	0%	0%	0%	6.8%	0%
ninguno	16.6%	25%	53.3%	33.3%	40.1%	21.4%
vias urin	0%	50%	6.6%	0%	13.6%	14.3%

Tabla 16

Infecciones en el emb.	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Ninguna	88.3%	75%	66.7%	66.7%	75%	78.6%
vias urin	16.7%	25%	6.6%	33.7%	11.4%	21.4%
otros	0%	0%	26.4%	0%	13.6%	0%

Tabla 17

que es una enf venerea	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Sí	33.3%	100%	26.6%	66.6%	75%	50%
No	66.6%	0%	73.7%	33.3%	25%	50%

Tabla 18

Donde dieron información	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Escuela	33.3%	0%	46.6%	0%	31.9%	0%
Médico	16.6%	50%	26.6%	33.3%	15.9%	14.3%
Familia	0%	25%	0%	66.6%	9.1%	4.6%
libros y rev	16.6%	0%	13.3%	0%	15.9%	0%
SR	33.3%	0%	0%	0%	20.5%	57.1%
Radio, TV	0%	25%	13.3%	0%	0%	14.3%

CREENCIAS, MITOS Y COSTUMBRES RESPECTO AL EMBARAZO

Tabla 19

Que le puede afectar al niño o madre	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
Nada	16.6%	25%	20%	66.6%	22.7%	0%
Medicamento	33.3%	0%	6.6%	0%	20.5%	0%
Eclípces	16.6%	25%	20%	0%	15.9%	0%
prob. emoc.	33.3%	0%	26.6%	0%	0%	0%
no sabe	0%	25%	6.6%	0%	0%	50%
otros**	0%	25%	20%	33.3%	40.9%	50%

**adicciones, sustos, cargar objetos pesados, etc

Tabla 20

Consecuencia por caídas	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
No sabe	66.6%	25%	86.6%	100%	11.4%	14.3%
Aborto o Pa2	16.6%	25%	6.6%	0%	20.4%	0%
SR	0%	0%	0%	0%	15.9%	35.7%
Depende el G	0%	0%	0%	0%	43.2%	0%
Ninguno	0%	0%	0%	0%	0%	50%
prob. a M.	16.6%	25%	6.6%	0%	9.1%	0%

Tabla 21

Medicación necesaria	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
No sabe	33.3%	0%	33.3%	0%	54.5%	21.1%
vitaminas	33.3%	75%	40%	0%	18.1%	35.7%
recomendada	33.3%	25%	26.6%	100%	27.3%	42.9%

Medicación inadecuada	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
No sabe	33.3%	0%	26.6%	0%	54.5%	0%
dolor de Cab	16.6%	25%	0%	0%	0%	0%
no recomend	50%	75%	73.2%	100%	72.7%	100%

Tabla 22

Alimentos peligrosos	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
No sabe	50%	25%	46.6%	33.3%	38.6%	14.3%
picante	16.6%	25%	33.3%	0%	34%	21.4%
irrit y mar	33.3%	25%	13.3%	0%	0%	14.3%
Carne r y p	0%	25%	26.6%	0%	0%	0%
SR	0%	0%	0%	0%	0%	21.4%
Chatarra	0%	0%	13.3%	66.6%	27.2%	28.5%
grasa y ref	0%	0%	0%	0%	0%	14.3%

Tabla 23

Quien decide el momento del embarazo	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
El	0%	75%	73.3%	0%	0%	0%
Ella	16.6%	0%	0%	0%	29.5%	7.1%
Los dos	50%	0%	0%	100%	47.7%	71.4%
Ninguno	33.3%	25%	20%	0%	22.7%	22.2%
Dios	0%	0%	6.6%	0%	0%	0%

SEXUALIDAD

Tabla 24

relaciones d/el embarazo	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Afecta al n.	16.6%	0%	6.6%	0%	0%	0%
no sabe	33.3%	25%	20%	0%	0%	0%
supender 2o3m	50%	75%	73.2%	0%	31.2%	14.2%
no afecta	0%	0%	0%	0%	0%	0%
susp. con inc	0%	0%	0%	100%	15.9%	42.8%
last. al bebé	0%	0%	0%	0%	52.2%	14.3%
s/r	0%	0%	0%	0%	0%	7.4%
otros.	0%	0%	0%	0%	0%	21.4%

Tabla 25

Otras formas de satisfacción.	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Ninguna	33.3%	0%	13.3%	0%	27.7%	50%
carinho	66.6%	100%	59.9%	66.6%	72.2%	35.7%
masturbación	0%	0%	13.3%	0%	0%	0%
sexo oral	0%	0%	6.6%	33.3%	0%	7.1%
no comp. pre.	0%	0%	0%	0%	0%	7.1%

PARTICIPACIÓN DEL PADRE

Tabla 26

La acompaña por la ropa y muebles	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Sí	50%	75%	46.6%	100%	63.6%	50%
No	50%	0%	53.3%	0%	36.3%	42.9%
A veces	0%	25%	0%	0%	0%	7.1%

LACTANCIA Y ABLACTACIÓN

Tabla 27

dará pecho	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
3 a 6 meses	33.3%	0%	59.9%	0%	81.8%	0%
7m a 1 año	16.6%	100%	0%	0%	0%	0%
1 año	0%	0%	0%	0%	6.8%	0%
1 a 2 años	0%	0%	33.3%	33.3%	0%	0%
1 a 3 años	50%	0%	0%	0%	0%	0%
tiempo nec	0%	0%	0%	0%	11.4%	0%
no sabe	0%	0%	6.6%	66.6%	0%	0%

DESARROLLO

Tabla 28

sostendrá su cabeza mes	Chalma primigesta 16.66%	Sanatorio primigesta 20%	Hospital primigesta 13.63%
2 meses	16.66%	13.33%	11.36%
3 meses	33.33%	13.33%	40.90%
4 meses	16.66%	20%	6.81%
5 meses	16.66%	13.33%	11.36%
no sabe	0%	0%	15.90%
sentarse con ayuda			
3 meses	Chalma primigesta 0%	Sanatorio primigesta 13.33%	Hospital primigesta 15.90%
4 meses	50%	6.66%	6.81%
5 meses	25%	13.33%	11.36%
6 meses	0%	6.66%	27.72%
7 meses	0%	6.66%	13.63%
8 meses	0%	6.66%	9.09%
no sabe	25%	26.66%	0%
sin respuesta	0%	20%	15.90%
sentarse solo			
7 meses	Chalma primigesta 33.33%	Sanatorio primigesta 6.66%	Hospital primigesta 15.90%
8 meses	16.66%	6.66%	11.36%
9 meses	16.66%	13.33%	11.36%
11 meses	16.66%	13.33%	6.81%
12 meses	0%	20%	9.09%
no sabe	16.66%	20%	34.09%
sin respuesta	0%	20%	11.36%
gatacar			
6 meses	Chalma primigesta 0%	Sanatorio primigesta 0%	Hospital primigesta 18.18%
8 meses	50%	33.33%	29.54%
10 meses	0%	0%	22.72%
12 meses	25%	33.33%	6.81%
14 meses	25%	33.33%	0%
no se	0%	0%	27.27%
caminar con ayuda			
7 meses	Chalma primigesta 0%	Sanatorio primigesta 33.33%	Hospital primigesta 0%
8 meses	0%	33.33%	0%
9 meses	33.33%	0%	0%
10 meses	33.33%	0%	50%
11 meses	16.66%	0%	0%
12 meses	16.66%	33.33%	50%
caminar solo			
12 meses	Chalma primigesta 66.66%	Sanatorio primigesta 46.66%	Hospital primigesta 18.18%
de 12 a 18 meses	33.33%	46.66%	81.81%
no sabe	0%	6.66%	0%

balbucear	Chalma primigesta	Sanatorio primigesta	Hospital primigesta
3 meses	0%	26.66%	15.90%
4 meses	0%	13.33%	11.36%
5 meses	0%	26.66%	9.09%
6 meses	16.66%	13.33%	13.63%
7 meses	16.66%	13.33%	15.90%
8 meses	33.33%	6.66%	11.36%
9 meses	33.33%	0%	22.72%
pronunciar primeras oraciones	Chalma primigesta	Sanatorio primigesta	Hospital primigesta
10 meses	0%	6.66%	6.81%
12 meses	16.66%	20%	47.72%
13 meses	0%	13.33%	18.18%
14 meses	0%	0%	
15 meses	83.33%	6.66%	0%
16 meses	0%	0%	0%
17 meses	0%	13.33%	0%
18 meses	0%	6.66%	6.81%
19 meses	0%	6.66%	0%
20 meses	0%	20%	0%
no sabe	0%	0%	20.45%
pronunciar oraciones completas	Chalma primigestas	Sanatorio primigestas	Hospital primigestas
18 meses	33.33%	16.66%	36.36%
24 meses	33.33%	33.33%	36.36%
26 meses	20%	16.66%	0%
36 meses	13.33%	33.33%	27.27%

TABLAS DE ESPOSOS DE LAS MUJERES QUE ASISTIERON AL CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL

Tabla 1

Tiempo de casados	Chalma primi	Sanatorio primi	Hospital primi
0 a 1 año	0%	30%	44.1%
1.1 a 2 años	0%	50%	44.1%
2.1 a 4 años	0%	10%	5.9%
4 a 6 años	100%	0%	2.9%
6 a 8 años	0%	10%	2.9%

Tabla 2

Horario de trabajo	Chalma primi	Sanatorio primi	Hospital primi
Abierto	100%	0%	14.70%
5h. a 22hrs.	0%	0%	2.94%
5h. a 12hrs	0%	0%	5.88%
7h. a 12 hrs.	0%	20%	0%
7h. a 14hrs.	0%	10%	0%
7h. a 16hrs	0%	0%	8.82%
8h. a 18hrs	0%	30%	29.41%
9h. a 16hrs.	0%	0%	9.94%
9h. a 19hrs	0%	20%	0%
9h. a 21hrs	0%	0%	26.46%
14h. a 19hrs	0%	10%	0%
16h. a 20hrs	0%	10%	0%
18h. a 20hrs	0%	0%	2.94%

Tabla 3
su hijo fué planeado

	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
Si	0%	100%	60%	100%	41.2%	40%
No	100%	0%	40%	0%	58.8%	60%

Tabla 4
que sexo desea p su h

	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
niña	0%	50%	30%	0%	47.5%	10%
niño	100%	50%	30%	0%	44.4%	60%
sin pref	0%	0%	40%	100%	8.8%	30%

Tabla 5

Cuantos hijos desea un hijo	Chalma primi	Sanatorio primi	Hospital primi
un hijo	0%	0%	23.52%
dos hijos	100%	40%	61.75%
tres hijos	0%	30%	14.76%
cuatro hijos	0%	20%	2.9%
cinco hijos	0%	10%	0%

Tabla 6

qué hizo y sintió al saber del emb	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
alegre y cont	100%	50%	60%	50%	57.8%	40%
aleg y miedo	0%	50%	10%	50%	8.8%	10%
felices	0%	0%	0%	0%	35.2%	10%
mucha emoc.	0%	0%	30%	0%	0%	10%
cosq. feliz y miedo	0%	0%	0%	0%	0%	10%
incrudulidad	0%	0%	0%	0%	0%	10%
aleg y preo.	0%	0%	0%	0%	0%	0%
abrazo a la pareja y sintio emoc	0%	0%	0%	0%	0%	0%
se molesto	0%	0%	0%	0%	0%	10%
felicidad y tristeza						
por economia	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Tabla 7

Estado de animo	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
Bueno	100%	0%	40%	0%	35.3%	40%
alegre	0%	50%	30%	0%	26.5%	10%
nervioso	0%	0%	10%	0%	8.8%	0%
aveces preo.	0%	50%	0%	0%	8.8%	40%
miedo y feliz	0%	0%	20%	0%	0%	0%
excelente	0%	0%	0%	100%	0%	0%
orgullososo	0%	0%	0%	0%	0%	10%

Tabla 8

que tipo de prob le afec	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
ninguno	50%	0%	30%	0%	0%	0%
morales y eco familiares	50%	0%	10%	0%	11.8%	0%
SR	0%	0%	10%	0%	0%	0%
SR	0%	0%	20%	0%	8.8%	0%
económicos	0%	50%	20%	50%	38.2%	80%
de pareja	0%	50%	10%	50%	0%	20%
otros	0%	0%	0%	0%	41.2%	0%

Tabla 9

Le afecta a su hijo	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
No	100%	50%	80%	0%	29.4%	40%
si	0%	50%	20%	100%	70.6%	60%

Tabla 10

Utiliza algún método antic	Chalma		Sanatorio		Hospital	
	primi	multi	primi	multi	primi	multi
No	100%	50%	60%	50%	55.9%	10%
Si	0%	50%	40%	50%	41.2%	90%
no y no lo deseaba	0%	0%	0%	0%	2.9%	0%

Tabla 11

Con quien acudiría por información	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
médico	100%	0%	60%	0%	35.3%	0%
ginecologo	0%	0%	20%	0%	35.3%	0%
Clinica	0%	50%	0%	50%	0%	20%
a ningún lado	0%	0%	0%	50%	0%	0%
no sabe	0%	0%	0%	0%	8.8%	0%
Planif. familiar	0%	0%	0%	0%	0%	50%
centro de Salud	0%	50%	20%	0%	20.6%	30%

Tabla 12

Que atenciones ofrece a su par evitar cargar ob pes y caidas	Chalma primi	Sanatorio primi	Hospital primi
no sabe	100%	20%	20.5%
no automedicarse	0%	30%	23.5%
proporcionar cariño y comp cuidado general	0%	10%	17.7%
	0%	30%	38.2%
	0%	10%	0%

Tabla 13

que puede pasar al niño o madre por los RX afecta al bebe	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
complic.o malformacion	100%	0%	30%	0%	0%	0%
afecta antes de los 3meses	0%	100%	0%	100%	20%	60%
además el microondas y fotocopiadora	0%	0%	20%	0%	26.5%	0%
no sabe	0%	0%	10%	0%	0%	0%
nace ciego	0%	0%	20%	0%	50%	0%
SR	0%	0%	10%	0%	2.9%	0%
no afecta	0%	0%	10%	0%	0%	10%
	0%	0%	0%	0%	0%	30%

Tabla 14

La alim de ustedes afecta al niño	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
No	100%	100%	40%	0%	52.9%	40%
Si pero no sabe como	0%	0%	60%	100%	38.2%	60%
SR	0%	0%	0%	0%	5.9%	0%
no porque se alimentan bien	0%	0%	0%	0%	2.9%	0%

Tabla 15

Las relaciones sexuales deben mantenerse hasta los 7 u 8 meses antes lastiman al niño y madre hasta los 4 meses no sabe cuando susp. suspender con molestias deben continuar no debe haber un mes después del emb. hasta los 5 meses	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
		100%	0%	20%	0%	0%
	0%	50%	0%	0%	0%	0%
	0%	50%	0%	50%	0%	20%
	0%	0%	10%	0%	0%	0%
	0%	0%	40%	0%	64.7%	0%
	0%	0%	20%	0%	0%	0%
	0%	0%	0%	50%	35.3%	0%
	0%	0%	0%	0%	0%	40%
	0%	0%	0%	0%	0%	10%
	0%	0%	10%	0%	0%	0%

Tabla 16

Existen otras formas de satisf. *** sexo oral o masturbación Comprensión y comunicación compañía y comprensión no existe otra forma	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
		100%	100%	60%	100%	58%
	0%	0%	10%	0%	20.6%	0%
	0%	0%	20%	0%	14.7%	0%
	0%	0%	10%	0%	14.7%	0%
	0%	0%	0%	0%	44.1%	60%

Tabla 17

Coopera en la labor doméstica Si No a veces	Chalma primi multi		Sanatorio primi multi		Hospital primi multi	
		100%	100%	80%	50%	79.4%
	0%	0%	20%	50%	14.7%	0%
	0%	0%	0%	0%	5.8%	0%

Tabla 18

a que edad espera que su hijo realice sostener la cabeza al nacer al mes a los 2 meses a los 3 meses a los 4 meses a los 5 meses a los 6 meses no sabe	Chalma primi		Sanatorio primi		Hospital primi	
		0%	0%	10%	0%	2.94%
	0%	0%	30%	0%	5.88%	0%
	0%	0%	40%	0%	17.67%	0%
	50%	0%	10%	0%	38.23%	0%
	50%	0%	0%	0%	0%	0%
	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	0%	0%	10%	0%	5.88%	0%
	0%	0%	0%	0%	29.41%	0%

sentarse con ayuda	Chalma	Sanatorio	Hospital
a los 2 meses	0%	0%	5.88%
a los 3 meses	0%	20%	5.88%
a los 4 meses	0%	20%	17.67%
a los 5 meses	0%	20%	8.82%
a los 6 meses	0%	10%	14.70%
a los 7 meses	50%	20%	14.7%
a los 8 meses	50%	0%	0%
no sabe	0%	10%	32.35%

Sentarse solo	Chalma	Sanatorio	Hospital
a los 4 meses	0%	10%	2.94%
a los 5 meses	0%	30%	11.76%
a los 6 meses	0%	30%	8.82%
a los 7 meses	0%	0%	11.76%
a los 8 meses	0%	10%	17.64%
a los 9 meses	0%	20%	20.58%
alos 10 meses	50%	0%	0%
no sabe	50%	0%	26.47%

gatear	Chalma	Sanatorio	Hospital
a los 4 meses	0%	0%	0%
a los 5 meses	0%	10%	20.58%
a los 6 meses	0%	0%	11.76%
a los 7 meses	0%	30%	11.76%
a los 8 meses	0%	40%	11.76%
a los 9 meses	0%	10%	2.94%
alos 10 meses	0%	10%	11.76%
alos 12 meses	100%	0%	5.88%
no sabe	0%	0%	23.53%

Caminar con ayuda	Chalma	Sanatorio	Hospital
a los 8 meses	0%	30%	8.82%
a los 9 meses	0%	10%	20.58%
alos 10 meses	0%	10%	5.88%
alos 11 meses	100%	10%	2.94%
alos 12 meses	0%	40%	38.23%
no sabe	0%	0%	5.88%
sin respuesta	0%	0%	14.70%

Caminar solo	Chalma	Sanatorio	Hospital
alos 10 meses	0%	0%	5.88%
alos 11 meses	0%	0%	2.94%
alos 12 meses	100%	40%	29.41%
alos 15 meses	0%	20%	5.88%
alos 18 meses	0%	40%	26.6%
no sabe	0%	0%	29.41%

A que edad esprearía que su hijo. .	Chalma	Sanatorio	Hospital
Balbuée			
al nacer	0%	0%	5.88%
a los 2 meses	50%	10%	0%
a los 3 meses	50%	10%	0%
a los 5 meses	0%	20%	20.50%
a los 6 meses	0%	10%	2.94%
a los 8 meses	0%	10%	32.45%
al año	0%	10%	2.94%
alos 20 meses	0%	10%	8.82%
a los 2 años	0%	0%	14.70%
no sabe	0%	0%	11.76%

Pronunciar primeras palabras	Chalma	Sanatorio	Hospital
a los 2 meses	0%	0%	5.88%
a los 9 meses	0%	0%	11.76%
alos 10 meses	50%	0%	0%
alos 12 meses	50%	40%	20.58%
alos 18 meses	0%	60%	26.47%
alos 24 meses	0%	0%	11.76%
no sabe	0%	0%	23.52%

Pronunciar oraciones completas	Chalma	Sanatorio	Hospital
alos 12 meses	50%	0%	0%
alos 18 meses	50%	40%	20.58%
alos 24 meses	0%	40%	23.52%
alos 36 meses	0%	20%	35.29%
no sabe	0%	0%	20.8%

***besos, buen humor, caricias, sonrisas, abrazos y cariño.

BIBLIOGRAFÍA

- AADM (1992) Mental retardation defined and explained.
Estados Unidos de Norte América; Ed. AADM.
- Alarcón, R. M. , (1982) La Estimulación Temprana como una forma de prevención del retardo en el desarrollo: Diseño de un cambio.
México. Editorial UNAM. Campus Iztacala 1-34págs.
- Altirriba, J E Sabater, J. y Balaña (1979) Prevención de la subnormalidad Barcelona
Ed. Salvat Biblioteca médica de bolsillo.
- Alvarez, M. (1990), Pensando en su niño desde el cuidado prenatal hasta los seis años. Panamá. Ed. América.
- Alvarez y Oswalds (1993), Aportes de la investigación. "Desnutrición crónica o aguda materno-infantil y retardos en el desarrollo". Cuernavaca Morelos. Ed UNAM
- Archibald, G (1987) "La herencia en la nutrición: A propósito de los errores genéticos del metabolismo". En: Cuadernos de Nutrición. México Vol. 10 No. 3 17-32 ps.
- Artal R (1990) "Lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer. El ejercicio durante el embarazo" En: Cuadernos de Nutrición México vol. 13 no. 2
- Balcells, D. F (1978). La maternidad. España. Ed Fher 204págs.
- Behm (1987) "La herencia en la nutrición A propósito de los errores genéticos del metabolismo". En: Cuadernos de Nutrición México Vol. 10 No. 3 17-32 ps.
- Bijou, S (1975). "Teoría e investigación sobre el retardo mental (en el desarrollo)" En: Bijou, S. y Baer, D. Psicología del desarrollo infantil. México, Ed. Trillas . Cáp. 21
- Botello, Clavero y Cabrera (1982) Tratado de ginecología (tomo 1). Barcelona
Ed. Científica Médica.
- Bourges, R. (1990) "Los motivos de la lactancia" En Cuadrenos de nutrición México Vol. 13 No. 3 5-12ps.
- Bretón S M A . (1991) Psicoprofilaxis perinatal México Hospital Regional 1ro de Octubre Coordinación de Ginecoobstetricia Depto de psicoprofilaxis perinatal 21págs
- Brito, D (1988) "Aspectos médicos en la atención de niños con retardo en el desarrollo" En Retardo en el Desarrollo México Ed Trillas
- Braid (1892) Psicoprofilaxis de los dolores de parto. Conferencias para tocólogos. Moscu, Ediciones en Lenguas Extranjeras
- Braune D (1992) Embarazo y parto feliz México Ed Libra 126págs

- Brody (1960) Estimulación temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Chile, Ed. UNICEF.
- Bruner, J. (1991) Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. España, Ed. Alianza.
- Burdenko (1950) Psicoprofilaxis de los dolores de parto. Conferencias para tocólogos. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras.
- Cabrera, L. C. (1992) Evaluación del tratamiento psicoprofiláctico para la fase gestacional. México, Tesis ENEP Iztacala. 9-32 págs.
- Cáceres, de R. D. E. (1996). Aplicación de un modelo biopsicosocial en la reducción de la morbimortalidad materna en el occidente colombiano. Cali Colombia, Ed. Facultad de Salud, Universidad del Valle.
- Caplan (1961) Estimulación temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Chile, Ed. UNICEF.
- Casanueva, E. (1984) "Las dimensiones de la desnutrición". En Cuadernos de nutrición, México, No. 1 enero-febrero, 40-44ps.
- Casanueva, E. (1990) "Durante el embarazo ¿comer por dos?" En Cuadernos de nutrición, México, No. 2, 5-11ps.
- Casanueva, E. (1991) "Técnicas de evaluación antropométrica: para medir el estado de nutrición de la embarazada" En: Cuadernos de nutrición, México, Num. 3 Vol 14 33-39ps
- Castells, S. (1972) Del embarazo al parto feliz. Colección "Vivir Feliz" Barcelona, Ed. Cedef.
- Castells (1962) El niño retardado y su madre. México, Ed. Paidós.
- Cerqueira, M. (1987) "Hábitos de lactancia en México una encuesta reveladora". En Cuadernos de Nutrición México, Vol. 10 No. 1, 33-38págs.
- Comite Nacional Provida (1984). El grito silencioso. México, Audiovisuales San Pablo.
- Cordera (1983) Administración de Sistemas de Salud. México. Editado por A Cordera y M Bubenrieth
- Cravioto, J. , y Arrieta, R. (1982) Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje. México. Ed DIF UNICEF.
- Cuadernos/SEP (1984) La educación especial en México , México, Ed SEP
- Cuadernos de Integración Educativa No 1 (1994) Proyecto general para la educación especial en México. México, Ed DEE/SEP. 34págs
- Cuadernos de Integración Educativa No 2 (1994) Artículo 41 comentario de la ley general de Educación México Ed DEE/SEP 11 págs

- Cuadernos de Integración Educativa No 3 (1994). Declaración de Salamanca de principios política y práctica para las necesidades educativas especiales. México, Ed. DEE/SEP 38págs.
- Cuadernos de Integración Educativa No. 4 (1994). Unidad de servicios de apoyo a la educación regular (USAER) México, Ed. DEE/SEP 18págs
- Cuadernos de Integración Educativa No 5 (1994). La integración educativa como fundamento de la calidad del sistema de educación básica para todos. México, Ed. DEE/SEP. 16 págs.
- Damon, I P (1973) Embarazo + postparto: Consejos y soluciones México, Ed. Daimon. 208págs.
- Darwin, C. (1859) "Consideraciones sobre Estimulación Temprana" En: Estimulación temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Chile, Ed. UNICEF.
- Davison y Neal (1983) "Retardo mental" En: Psicología de la Conducta anormal. Enfoque clínico experimental. México. Ed Interamericana. 507-532 págs.
- Day, E (1975) Yoga del parto sin dolor. Argentina Ed. Caymi. 108pág
- DGEE (1994) Cuadernos de Integración Educativa. México, Ed DEE/SEP.
- Díaz (1975) Pediatría perinatal. México Ed. Interamericana
- Díaz (1990) "La situación perinatal en México, la morbilidad, los avances y los retos". En Revista Mexicana de Pediatría. México,
- Einsenberg (1977) "Consideraciones generales sobre estimulación temprana" En Estimulación temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Chile, UNIFEF.
- Escamilla P. (1986) "Bajo peso al nacer. En países en vías de desarrollo". En: Cuadernos de Nutrición. México, Vol. II No. 5 1986, 33-35ps
- Estrada O S y Soberón, A G (1990) "La investigación clínica como actividad prioritaria en el sistema nacional de salud". En Sistema Nacional de Salud México, 1993 213-221 págs.
- Ewy D y Ewy R (1970) Parto psicoprofiláctico México Ed. Pax México 131págs
- Eysenk. (1973) Manual de psicología anormal. México Ed Manual Moderno
- Fallaci, O (1984) Carta a un niño que no nació. España, Ed Tensa 120 págs
- Fenández, C (1991) "Guía para detectar deficiencias en el desarrollo psicomotor de los niños" En Cuadernos de nutrición México Vol 14 No 2 6-11ps

- Ferrara (1976) Medicina de la comunidad, Medicina preventiva, Medicina social, Medicina administrativa. Buenos Aires. Ed Intermédica.
- Finger, R. W. (1984) "La planificación familiar reduce la mortalidad". En: Network Español. Octubre 4-9pags
- Foster G. (1987) Tzintzuntzán. México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Galaz, P. (1991), Amamante a su bebé una guía completa para las madres lactantes. México, Ed. Posada
- Galindo e Hinojosa (1988) El retardo en el Desarrollo México, Ed Trillas
- García, B. J. y Figueroa, P. J. G (1992) "Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México". En: Salud Pública de México, México, Vol 34 No 4 julio-agosto 413-426ps.
- Gasque, B E.(1994) "Normal-Anormal: ¿quién lo decide?" En Kaxtele Revista Científica Estudiantil de Psicología de la Universidad del Mayab. México, Año 1, vol.:1 no.:1 42-43p.
- Gibson (1995) "Cap. XIX" En I Congreso Nacinal de Enfermería Perinatal ENEO. CIMIGEN: Raíces Prehipánicas de la Perinatología Mexicana. México, CIMIGen.
- Godelier, M (1985) Citado por Petrich Perla En La alimentación Mochó. México, Ed Centro Interamericano, Universidad Autónoma de Chiapas
- Greene (1988) Educación para la Salud. México, ed Nueva Editorial Interamericana.
- Guajardo (1994) Artículo 41 de la ley general de educación comentarios. En cuadernos de Integración Educativa. México, Ed. DEE/SEP 1-13págs.
- Hausler , R (1978) "Programas de estimulación temprana una revisión crítica" En Estimulación temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Chile, Ed. UNICEF.
- Howells, J Caying (1955) Estimulación temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Chile, Ed. UNICEF
- Huxley A.(1985), Nueva visita a un mundo feliz. México Ed Planeta 125págs
- Infante, C (1990) "Utilización de servicios de atención prenatal Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda". En Salud Pública de México México, Vol 32 No 4 julio-agosto, 19 429ps
- Ingalls. R P (1978) Retraso mental la nueva perspectiva México. Ed Manual moderno Cap 1 2 3 10 y 13

- Instituto Mexicano del Seguro Social (1990). Anticoncepción durante la lactancia, un recurso para el personal clínico. México, Ed. León.
- Irestedt L (1992) "Analgesia Obstétrica en Suecia, trabajo en equipo y monitoreo". En: Información Científica Internacional del Grupo AGA. Latinamédica. Vol 4 No 1, April 1-6p.
- Jordi, S (1989) La Estimulación precoz en la Educación Especial. Barcelona Ed. Ceac 223págs.
- Juaréz (1979) "Situación Histórico-Geográfica de la Estimulación Precoz". En: La Estimulación precoz en la Educación Especial Barcelona Ed Ceac
- Jurado, E (1992) "La atención primaria a la salud materno-infantil". México, Ed. Grupo de estudios del nacimiento A.C.
- Jurado, E (1995) I Congreso Nacional de Enfermería Perinatal ENEO. CIMIGEN: Raíces Prehipánicas de la Perinatología Mexicana. México, CIMIGen. 1-10págs.
- Kaufer y Pérez (1987) "Guía práctica para la lactancia Los principales pasos" En: Cuadernos de nutrición, México Vol. 10, No. 1 enero-febrero, 3-14ps.
- Klaus (1981) Asistencia al recién nacido de alto riesgo. México, Ed. Panamericana.
- Kidd (1964) "Retardo mental" En: Psicología de la Conducta anormal. Enfoque clínico experimental. México. Ed. Interamericana.
- Kroeger (1987) Atención primaria de salud. Principios y métodos. México Ed Pax México.
- Lamaze F., (1985) Parto sin dolor. Paris Ed Farandole. 244págs
- Lancaster (1983) Enfermería comunitaria. Modelos de prevención de la salud mental. México. Ed Interamericana
- Langer A.(1983) "La alimentación del recién nacido: Una experiencia compartida". En: Cuadernos de nutrición. No. 9 julio agosto, septiembre 17-32ps.
- Langer Bobadilla, Schaefer y Pedrazzini (1990). "Limitaciones de la mortalidad infantil como indicador de salud" En Salud Pública de México. México Vol 32 No 4 julio-agosto 467-473 ps
- Last (1976) Diccionario de Epidemiología. España Ed Salvat
- Leavell (1965) La prevención en Psicología clínica. México, Ed UNAM
- León Portilla Inédito

- Leontiev, A. (1973) "Los principios del desarrollo mental y el problema del retardo mental." En la obra de A. Luria Leontiev y Vygostki. Psicología Pedagógica, Madrid, Ed. Akal. 81-99 págs.
- Ley General de Educación (1993). Cuadernos de Integración Educativa, México, Ed. DEE/SEP
- Ley y Domínguez (1994) "Una opción para comunidades rurales. La partera" En Revista de la población: órgano de difusión del consejo de población del Estado de México México, Año 4 No. 9 29-36ps
- Liebault (1880). Psicoprofilaxis de los dolores de parto Conferencias para tocólogos. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras 442
- Liubinskaia (1971) Desarrollo psíquico del niño México. Ed. Grijalbo
- López, I. J. J (1984) Vida sexual durante el embarazo México Ed. Universo México. 1-117págs.
- Lynn, C (1994) "Millones afectadas por morbilidades maternas una investigación encuentra que las morbilidades maternas son mucho más comunes de lo que se creía" En Revista Network en Español. México, Abril.
- Machado (1995) Del sufrimiento fetal al daño cerebral mitos y realidades. Buenos Aires Ed. Científica Interamericana.
- Macy, C y Falkner, F (1980) Embarazo y nacimiento Problemas y placeres. México Ed. Harper & Row Latinoamericana. Cap. 1
- Mannoni, M. (1978) El niño retardado y su madre. México, Ed. Paidós
- Maussner, (1977) La Estimulación Temprana como una forma de prevención del retardo en el desarrollo. Diseño de un cambio. México UNAM: Campus Iztacala
- Marchessault I (1973), Embarazo + parto consejos y soluciones. Barcelona Ed. Daimón.
- Mares, M. (1988) "Aspectos a considerar en el trabajo del psicólogo ante el problema del retardo en el desarrollo." En Retardo en el desarrollo. México, Ed. Trillas 259-263págs
- Martínez P. (1985) "Consecuencias sociales de la mala nutrición" En Cuadernos de Nutrición, México, No. 4 julio agosto 17-32ps.
- Matos, E (1998) Vida y Muerte en el Templo Mayor México Ed. Fondo de Cultura Económica. Introducción
- Mesme (1976) Evaluación del tratamiento psicoprofiláctico para la fase gestacional. México, Tesis ENEP Iztacala.
- Meyerowitz (1966) "El transcurso del embarazo" En Embarazo y Nacimiento problemas y placeres. México, Ed. Harper & Row Latinoamericana

- Molina López, J (1992) "Condiciones materiales de vida y salud materno infantil". En Nematihuani Revista de psicología y ciencias sociales. México, no. 13 mayo-septiembre, 40-46p.
- Molla (1978) "La estimulación precoz. Definición". En: La Estimulación precoz en la Educación Especial. Barcelona Ed. Ceac.
- Montenegro, H. (1978) Estimulación temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño Chile, Ed. UNICEF.
- Montenegro y Rodríguez (1978) Manuales de estimulación.
- Naranjo C (1981) "Marco Conceptual de Estimulación Temprana" En: Algunas lecturas y trabajos sobre estimulación temprana. Programa regional de estimulación temprana. México, Ed. UNICEF
- Naranjo, C (1981) Mi niño de 0 a 6 años. Chile, Ed. UNICEF .
- Nicolaiev, A (1957) El parto sin dolor. Buenos Aires, Argentina Ed. Cartago
- Nesbitt (1974) Prevención de la subnormalidad. Barcelona Ed. Salvat Biblioteca médica de bolsillo
- OPS (1984) Prevención y control de las enfermedades genéticas y los defectos congénitos: Informe de un grupo de consulta. México. Publicación Científica no. 76.
- Ortiz, Alcocer y otros (1990) "Taurina y desarrollo cerebral " En: Cuadernos de nutrición. México, no. 3 vol 13 17-31ps
- Papalia, D (1990) Desarrollo humano. México, Ed. McGraw-Hill.
- Pávlov I (1933) "Fundamentos de la Teoría de I. Pavlón sobre la actividad nerviosa superior" En Psicoprofilaxis de los dolores de parto. Conferencias para tocólogos. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras.
- Pérez-simo (1977) "Dinámica familiar: Importancia de las relaciones afectivas" En: Prevención de la subnormalidad. Barcelona Ed. Salvat Biblioteca médica de bolsillo
- Pérez R E (1988) "Bajo peso al nacer: En países en Vías de desarrollo" En Cuadernos de Nutrición Vol.11 No. 5. 33-35págs.
- Piaget J (1964) La construcción de lo real en el niño. Buenos Aires Ed. Proteo
- Piaget J (1978) "Desarrollo cognitivo en los retardados Teoría de Piaget" En Retraso mental. La nueva perspectiva. México Ed. Manual Moderno
- Pietruszka M (1991) Cuidados durante el Embarazo, la Infancia y la Niñez. Estados Unidos de Norteamérica Ed. Quail Valley Publications 423págs

- Pick, Aguilar, R (1993) Planeando tu vida programa de educación sexual para adolescentes. México, Ed. Planeta
- Platanov. K y Velvoski. I. (1923)Psicoprofilaxis de los dolores de parto: Conferencias para tocólogos. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras 442págs
- Potter, Mojarro y Hernández (1991) "Opinión del personal de salud sobre el patrón de lactancia en el área rural de México" En: Salud Pública de México. México, Vol 33, No. 1 enero-febrero 18-28ps
- Ramos G R. (1984) "Crecimiento y desarrollo físicos" En: Cuadernos de nutrición. México, vol 1 enero-febrero 17-32ps
- Ribes, I (1988) Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo. Ed. Trillas México.
- Rius, (1996) No al biberón. Eds S.S Materno Infantil UNICEF 33págs.
- Rodríguez, Ortiz (1992) "Lactancia, alimentación y cultura". En Revista de psicología y ciencias sociales. México, no. 13 mayo-septiembre. Ed Nematihuani 60-72p.
- Rosete, S. C. (1994) "Caráterísticas familiares, económicas y educativas, su relación con las Alteraciones en el desarrollo psicológico. Análisis comparativo". En Familia, Memorias del primer encuentro nacional de investigadores sobre la familia. Tlaxcala, México, Centro Universitario de Estudios para la familia (CUEF) 53-68págs.
- Rosete, S. C. (1995) "Alteraciones en el desarrollo psicológico. Una aproximación a su estudio: Reflexiones metodológicas, resultados y perspectivas" En Memorias del simposio. La familia, punto de vista de encuentro de investigadores especializados. México, UNAM Campus Iztacala 91-101págs.
- Ruiz y Vaquero (1984) La importancia de la prevención para el retardo en el desarrollo. Tesis ENEPI UNAM México Cáps. 3 y 4
- Ruz, M. H. (1982) Los legitimos hombres . Aproximación antropológica al grupo tojolabal. México, Ed. UNAM. 60-72págs.
- Sahagún (1995) "Cap. XIX" En I Congreso Nacinal de Enfermería Perinatal ENEO. CIMIGEN: Raíces Prehipánicas de la Perinatología Mexicana. México, CIMIGen.
- Salamanca (1990) "Enfermedades congénitas. Panorama actual, diagnóstico prenatal y repercusiones". México, Revista Mexicana de Pediatría
- Sánchez (1978) "La estimulación precoz Definición". En La Estimulación precoz en la Educación Especial. Barcelona Ed Ceac 223págs

- Santibañez, G . (1992) "La psicoprofilaxis perinatal Sistema educativo para la reproducción humana". En La atención primaria a la salud materno-infantil. México, Ed Grupo de estudios del nacimiento A.C.
- Sarason, I y Sarason, B. (1986) Psicología anormal. México, Ed Trillas.
- Schlaepfer P. L. y Bobadilla, J L. (1990) "Relación entre patrones reproductivos y mortalidad infantil: interpretaciones alternativas" En: Salud Pública de México México Vol. 32 No. 4 julio-agosto. 381-393ps.
- Secretaria de Salud (1985) Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del recién nacido. México, SS. 57 págs.
- Shapiro, J L . (1993) Cuando los hombres estan embarazados: Guía para los futuros padres. México, Ed. Diana 306 págs.
- Stephen y Mcaugren (1974) Desarrollo cognitivo en los retardados. Teoría de Piaget. En Retraso mental. La nueva perspectiva. México Ed Manual Moderno.
- Siglo cero (1978) La estimulación precoz. Definición. En La Estimulación precoz en la Educación Especial Barcelona Ed. Ceac. 232págs
- Silva, G L (1984) "In Temazcalli". En: Estudios de Cultura Náhuatl. Vol. 17, México Ed. UNAM I I H
- Solomon P y Patch, V. (1976) Manual de Psiquiatría. México, Ed Manual Moderno. Cáp. 33. 337-350págs.
- Spitz (1945) El primer año de vida del niño; génesis de las primera relaciones objetales. Madrid, Ed. Aguilar.
- Stedman, D (1972) "Programa de intervención en la primera infancia " En Estimulación temprana Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Chile, Ed. UNICEF.
- Stivalet (1988) Yoga para el parto natural conciente. México Ed Pax México. 108págs
- Telford (1973) "El retraso mental: consideraciones generales" En Tratado de Psicología. Buenos Aires Ed. Paidós.
- Terraza (1976) Medicina de la comunidad, preventiva social y administrativa. Argentina Ed. Interamericana
- Tjossem T (1981) "Intervention Strategies for High Risk Infantes and Young Children Universiti Park" Citado en Estimulación temprana Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Chile, Ed UNICEF

- Torres y Hernández (1994) El niño epiléptico con alteraciones en el desarrollo psicológico. Reflexiones en torno al tratamiento médico, la familia y la rehabilitación. Tesis, ENEP Iztacala México
- Tribuna médica (1978) "Estimulación precoz: Definición." En: La Estimulación precoz en la Educación Especial. Barcelona Ed. Ceac. 223págs.
- UNICEF (19) Desarrollo infantil de 0 a 6 años.
- Urman, J. y Sebastiani, M. (1995) Del sufrimiento fetal al daño cerebral mitos y realidades. Buenos Aires Ed. Científica Interamericana. Cáp. 1
- Vargas, P (1983) La prevención en Psicología clínica. México, Ed. UNAM
- Vázquez, M. (1986) Prevención del retardo en el desarrollo psicológico: Diseño de un programa institucional comunitario. México Tesis UNAM.
- Vega, L (1984) "Las enfermedades diarreicas en los niños: lo que todos debemos saber". En: Cuadernos de nutrición. México No. 4 julio-agosto 38-44ps.
- Velazquez, A. (1987) "La herencia en la nutrición: A propósito de los errores genéticos del metabolismo" En: Cuadernos de Nutrición. México Vol. 10 No. 3 17-32 ps
- Vellay, P (1985), Parto sin dolor método psicoprofiláctico México, Ed. Azteca.
- Velvovski I. I Platanov, K. (1963) Psicoprofilaxis de los dolores de parto. Conferencias para tocólogos. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras 442págs
- Vicente, T. y C. G (1979) "Estimulación en el primer año de vida" En Prevención de la subnormalidad. Barcelona, Ed. Salvat, Barcelona
- Vigotsky (1979) La imaginación y el arte en la infancia: Ensayo psicológico. Madrid. Ed. Akal.
- Wallon, H (1991) La vida mental. México, Ed. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes Crónica.
- Willon (1978) "Desarrollo cognitivo en los retardados Teoría de Piaget". En: Retraso mental. La nueva perspectiva. México. Ed. Manual Moderno.
- Winnicott D W (1970) Conozca a su niño. Argentina Ed. Paidós. 210 págs
- Wostis (1972) "Desarrollo cognitivo en los retardados Teoría de Piaget". En Retraso mental la nueva perspectiva. México, Ed. Manual Moderno
- Wright E (1979), Parto psicoprofiláctico México. Ed. Pax México 335 págs

- Zardel, J (1988) "Algunos aportes para la reflexión de la educación especial". En Umbrales UNAM CAMPUS Iztacala. México, Año 1 Vol. 1 No. 1, 38-44p
- Zdrawmisłow (1959) Psicoprofilaxis de los dolores de parto. Conferencias para tocólogos. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras. 442págs.
- Zubirán, S y Gómez, M. F. (1989) "Lo que va de ayer a hoy: La desnutrición y el sistema reproductor. Transtornos ováricos en la desnutrición." En Cuadernos de nutrición. México, Vol. 12 No. 2, 12-16ps.