

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



102
2 es.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



UNIDAD ACADEMICA:

ISSSTE

HOSPITAL GENERAL "A" I.S.S.S.T.E. TAMPICO TAMAULIPAS

EVALUACION DE UN PROGRAMA DE CAPACITACION A EMBARAZADAS EN EL METODO PSICOPROFILACTICO

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA CELINA LUNA DUHART

TAMPICO, TAMAULIPAS

DICIEMBRE DE 1998



21078-1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

EVALUACION DE UN PROGRAMA PILOTO DE CAPACITACION
A EMBARAZADAS EN EL METODO PSICOPROFILACTICO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

MARIA CELINA LUNA DUHART


A U T O R I Z A C I O N E S :


~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.~~

I. S. S. S. T. F.
HOSPITAL


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
TAMPICO, TAM.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

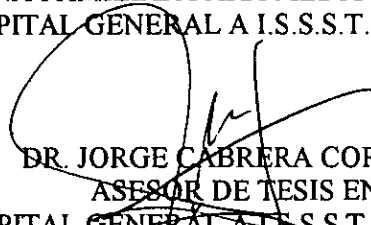
P R E S E N T A :

MARIA CELINA LUNA DUHART

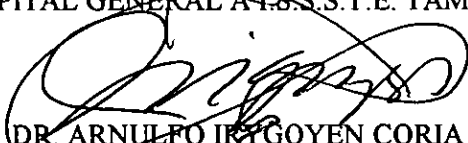
EVALUACION DE UN PROGRAMA PILOTO DE CAPACITACION A
EMBARAZADAS EN EL METODO PSICOPROFILACTICO



DRA. MIREYA LORELEY GONZALEZ CASTILLO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
HOSPITAL GENERAL A I.S.S.S.T.E. TAMPICO



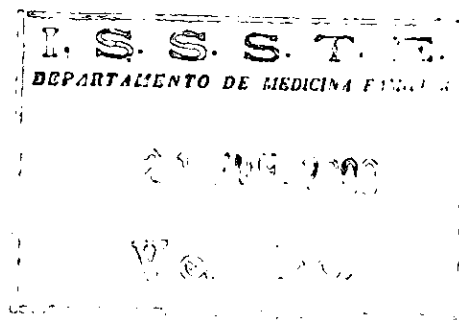
DR. JORGE CABRERA CORTINA
ASESOR DE TESIS EN
HOSPITAL GENERAL A I.S.S.S.T.E. TAMPICO



DR. ARNULFO IRIYGOYEN CORIA
ASESOR DE TESIS POR PARTE DE U.N.A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



HOSPITAL GENERAL "A" I.S.S.S.T.E. TAMPICO TAMAULIPAS

*A mi esposo
Manuel Tonio con amor
por su invaluable
apoyo y colaboración*

INDICE

MARCO TEORICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACION.....	22
OBJETIVOS.....	25
METODOLOGIA.....	27
A) DISEÑO	
B) POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	
C) MUESTREO	
D) CRITERIOS DE SELECCION	
PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION.....	31
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	32
CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
ANEXOS.....	44

MARCO TEORICO

El objetivo principal de la ciencia médica es sin lugar a dudas la preservación de la vida y dentro de este marco general, el proceso reproductivo ha sido objeto, desde los inicios de la medicina, de atención prioritaria por medio de constantes y profundos estudios así como de continuas investigaciones que han permitido develar misterios e incógnitas y han originado grandes descubrimientos, lo cual ha dado como resultado que cada día se cuente con mayores recursos, técnicas y procedimientos gracias a los cuales ha sido posible diversificar y mejorar la calidad en la atención durante este proceso.

El nacimiento de un nuevo ser humano es el acontecimiento culminante del proceso reproductivo, sin embargo, los eventos que preceden a este magno suceso, fecundación, gestación y parto, requieren de atención y cuidados especiales en virtud de ser los ejes sobre los cuales se soporta la conservación de la especie humana. Actualmente la obstetricia cuenta con una amplia gama de recursos, muchos de ellos de reciente incorporación y otros de mayor antigüedad, pero que han sido objeto de mejoras constantes, con lo cual ha sido posible imprimir mayor calidad a la atención que requiere este proceso. Los grandes progresos tecnológicos no son ajenos para esta rama de la Medicina, pues continuamente se va introduciendo el uso de sofisticada tecnología que ha permitido facilitar el manejo y solución de complicaciones obstétricas.

Sin embargo en su gran mayoría los embarazos y partos transcurren en forma normal y sin complicaciones y son poco frecuentes aquellos que presentan alto riesgo y que transcurren de manera dramática y dolorosa, estos últimos presentan un índice poco significativo, por lo cual no se justifica el uso ya casi rutinario de tecnología de punta, pues más que proporcionar beneficios al sector constituido por las mujeres embarazadas, más bien con ello se facilita la labor del medico que como consecuencia brinda atención cada vez menos humana pero si mas técnica y despersonalizada. En consecuencia se ha ido perdiendo la esencia del embarazo y parto como proceso normal, natural y saludable y se ha llegado a los extremos de competir con la Madre Naturaleza en lo relacionado al proceso de reproducción del hombre.

No obstante lo anterior, esta resurgiendo con un nuevo impulso la tendencia al uso de recursos esencialmente naturales y por medio de los cuales se logran excelentes beneficios tanto para la madre como para el bebé y paradójicamente la alta tecnología no es capaz de proporcionar e inclusive puede resultar contraproducente como más adelante se explicará.

Muchos y variados son los recursos de carácter eminentemente natural con que cuenta la Obstetricia para brindar atención y cuidados a la mujer embarazada y a su producto y el uso combinado de varios de estos recursos proporciona mas y mejores alternativas que pueden ser utilizadas exitosamente y que son accesibles para la mujer de acuerdo a su condición socioeconómica, cultural, física y afectiva. Una de estas alternativas a la cual puede recurrir la mujer para la atención y cuidado de su embarazo, parto y puerperio es el Método Psicoprofiláctico Perinatal, también conocido como Psicoprofilaxis Obstétrica.

El Método Psicofiláctico Perinatal es una alternativa por medio de la cual se conjuga el uso de técnicas y recursos naturales y que ha venido utilizándose exitosamente desde hace poco mas de 60 años, teniendo como principal fundamento, el manejo del dolor del parto. En Inglaterra en el año 1933 el Dr. Grantley Dick Reed expuso su teoría clásica: "Temor-Tensión-Dolor" (1), por medio de la cual destaca la acción nefasta que tienen la aprensión y el temor resultados de la ignorancia o de los conocimientos erróneos acerca de la marcha normal del embarazo, ya que las historias que escucha la gestante no son de partos simples y rápidos, que son los que generalmente ocurren, sino por el contrario considera aquellos que se refieren a partos melodramáticos y peligrosos, los cuales ocurren con menor frecuencia. Todo ello engendra un estado de tensión en el Sistema Neuromuscular y en el cuello del útero que provoca a su vez la aparición del dolor, constituyéndose así el círculo vicioso miedo-tensión-dolor. El Dr. Reed postula que para combatir este círculo es necesario proporcionar educación especial, por medio de la cual la mujer embarazada aprenda a neutralizar el temor utilizando también la relajación que contrarresta la tensión y así de esta manera, el parto evolucionará mas favorablemente. Por estas valiosas aportaciones, se ha considerado al Dr. Reed como el fundador de la escuela Inglesa de Psicofilaxis Obstétrica.

En la Unión Soviética en el año 1947, fisiólogos como Velvosky, Nicolayev y Platonov entre otros, partiendo de los estudios e investigaciones realizadas por Ivan Pavlov con relación a los orígenes del dolor y a los reflejos condicionados, inician un método considerando como primicia el planteamiento de que durante generaciones las mujeres desde su infancia reciben información de las complicaciones y el dolor que causa el embarazo y parto, como consecuencia de ello al experimentar estos sucesos interpreta las sensaciones que recibe como dolores. Este método consiste en el adiestramiento de los reflejos condicionados, creando en la mujer una idea indolora y feliz respecto al parto, asociado a su participación activa (2).

También en Francia en el año 1952, los doctores Vellay y Lamaze comenzaron a utilizar técnicas para el manejo de los reflejos condicionados así como de relajación y respiración especial para preparar a la mujer embarazada hacia un parto menos doloroso (3).

El Método Psicofiláctico es introducido en América en 1960 y desde entonces ha estado practicándose con las necesarias modificaciones y adaptaciones para adecuarse a los requerimientos, necesidades y características propias de la mujer del continente americano. Desde sus inicios, todas las corrientes del Método Psicofiláctico han tenido como preocupación común el ofrecer a la embarazada técnicas y recursos naturales para ayudarla a tener menos molestias y/o dolor durante el trabajo de parto y nacimiento de su bebé. El manejo del dolor por medio de estrategias naturales (4), debería ser la primera alternativa y la más importante para ayudar a enfrentar el dolor de parto. La anestesia debería utilizarse solo en los casos que fuera necesaria y considerarse como algo a añadir a las técnicas y recursos naturales y no para sustituir a estos. Se tiene conocimiento de que existen medicamentos y anestesia que pueden eliminar por completo el dolor de parto, sin embargo también es sabido que estos cruzan la placenta y llegan al bebé que esta por nacer (5), siendo esto una de las principales causas de la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil. Se debe considerar que el parto no tiene que ser necesariamente doloroso, por esta razón y en virtud de ser una alternativa con características eminentemente naturales, el

Método Psicofiláctico Perinatal ofrece a la mujer embarazada recursos de preparación para el parto, de tal manera que pueda utilizarlos para manejar y disminuir en forma natural el dolor de parto (6), evitando la anestesia y otros medicamentos que puedan poner en riesgo la salud madre-hijo.

Conforme a los antecedentes históricos anteriormente descritos, el Método Psicofiláctico en sus inicios tuvo como objetivo principal ayudar a la mujer en estado de gravidez a que, llegado el momento del trabajo del parto y el parto, pueda manejar el dolor usando técnicas y recursos naturales. Sin embargo, en la actualidad su enfoque y contenido es mucho más amplio y mayores tanto en cantidad como calidad sus objetivos. Es decir, ha dejado de ser simplemente “el curso” o “los ejercicios”, para convertirse en un sistema integral de educación para la pareja y la familia, pues considera la gestación como un proceso natural con grandes significados sociales y rodeado de costumbres, valores y leyes. En consecuencia, la Psicofiláxis Obstétrica es un programa de educación sanitaria tendiente a informar y preparar a la pareja para que viva armoniosamente su embarazo, colabore en el trabajo de parto y acepte serenamente su rol de padres (7).

El Método Psicofiláctico esta conformado básicamente por tres elementos:

- 1) El elemento didáctico
- 2) El elemento fisioterapéutico
- 3) El elemento psicoterapéutico

1) El elemento didáctico. Tiene como finalidad proporcionar información a la gestante y a su pareja con respecto a los eventos que ocurrirán durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento del niño y frente al recién nacido. En el marco educativo, se ha de poner en relieve que el parto es un proceso fisiológico normal y natural; que la experiencia del parto afecta profundamente a la mujer y a su familia, que la confianza de la mujer y su capacidad para dar a luz y cuidar a su bebé se ven aumentadas o disminuidas por toda persona que le proporciona cuidados así como por el entorno en donde ocurre el nacimiento: debe informarse a la mujer que el parto puede realizarse de manera segura en hospitales, clínicas de maternidad o en el hogar y que tiene derecho a dar a luz libre de intervenciones medicas de rutina, así mismo el padre debe ser incluido en todos los eventos relacionados con el nacimiento de su hijo, ya que es su derecho y ejerce así una paternidad responsable (8). De igual forma, el bienestar psicológico de la madre debe ser asegurado, no solamente por la presencia de una persona de su elección durante el parto, sino también por un sistema de apoyo adecuado, por el personal de salud que le asiste. Al respecto deberá inducirse tanto a la embarazada como a su cónyuge, o familiar que la acompañara en el parto, a que se familiarice con el personal involucrado en su atención y con las instalaciones relacionadas con la atención del parto. Así mismo se ha de informar a la embarazada sobre las alternativas para la atención del parto (9), para que decida lo que es mejor para ella y su bebé con base a sus creencias y valores. En la actualidad existe una amplia variedad de modalidades en cuanto a cursos de preparación para el embarazo, parto y cuidados al recién nacido, en Psicofiláxis Perinatal, y que van de acuerdo a quien los imparte, a la región donde se llevan a cabo y a las condiciones socioeconómicas y culturales de los participantes.

Sin embargo, aunque existan ciertas diferencias, las bases científicas de la Psicoprofiláxis son las mismas y los cursos cuentan con la mayoría de los siguientes temas (10):

- a) Ejercicios especiales para el embarazo
- b) Técnicas de relajación neuromuscular
- c) Técnicas de respiración
- d) Masajes y posiciones
- e) Simulacros de trabajo de parto
- f) Clases especiales para los esposos o personas de apoyo
- g) Ejercicios de Postparto
- h) Anatomofisiología del embarazo
- i) Nutrición
- j) Trabajo de Parto, parto y postparto
- k) Causas del dolor en el parto
- l) Recursos naturales para el manejo del dolor
- m) Nacimiento por cesárea
- n) Métodos anticonceptivos
- o) Cuidados del recién nacido
- p) Lactancia materna
- q) Estimulación temprana
- r) Nutrición física y emocional
- s) Comunicación
- t) Detección de signos de alarma en el proceso del embarazo y variaciones en la atención del parto.

La educación teórica y práctica proporciona ayuda efectiva para eliminar el estrés que provoca el temor a lo desconocido, es decir permite que la gestante y su cónyuge estén suficientemente preparados para reconocer los procedimientos fisiológicos que suceden durante el embarazo y el parto, se proporciona a la embarazada entrenamiento para obtener relajación muscular, para respirar de modo conveniente, reconocer las contracciones uterinas verdaderas y en general, la metodología encaminada a lograr la disminución de dolor, resultando muy útil pues abrevia la duración del parto y todo lo que esto implica (11). En este mismo contexto, la atención para la salud centrada en la familia, no es tan solo un protocolo, sino más bien una actitud que reconoce al nacimiento como un evento de vida en vez de considerarlo únicamente un procedimiento médico. Respetar la individualidad de la embarazada y su sentimiento de autonomía, considerando que las decisiones que ella toma con respecto a sí misma y las personas que desea tener a su alrededor durante el embarazo, parto y la crianza, están basadas en muchas influencias, de las cuales la experiencia profesional del médico o partera es tan solo una de ellas. Por ello, es importante hacer sentir a la gestante que es guiada por el personal de salud más no dirigida por este, lo cual implica que la futura madre y su esposo se responsabilicen de su propia salud, compartan sus decisiones con el personal médico y en pocas palabras, mantengan el control de sus propias vidas (12). El manejo adecuado de todos los componentes del elemento didáctico es esencial para el desarrollo exitoso del Método Psicoprofiláctico y lograr los objetivos que con él se persiguen.

2) El elemento Fisioterapéutico. Durante el embarazo el cuerpo de la mujer tiene importantes adaptaciones, incluyendo cambios fisiológicos que es indispensable aprender a reconocer y aceptar. Este componente del método, tiene como finalidad instruir a la mujer a este respecto y muy especialmente proporcionar, capacitación y entrenamiento para que pueda reconocer los estímulos que percibirá durante el embarazo, trabajo de parto y parto, así como la manera de utilizar recursos y técnicas naturales que le permitirán dar una respuesta adecuada a estos estímulos evitando de esta manera que se traduzcan en desagradables molestias y especialmente en dolor. Como ya se menciona anteriormente, uno de los objetivos prioritarios de la Psicoprofilaxis Perinatal es la disminución o eliminación del dolor, por lo que es necesario aprender ampliamente acerca del manejo alternativo del mismo, por ello es indispensable conocer e identificar los componentes dolorosos que están relacionados entre sí y de cómo podemos modificar su respuesta. La neuroanatomía y neurofisiología del dolor constituyen las bases que sustentan su tratamiento (13). Durante años se pensó en el proceso nociceptivo ocurría en terminaciones sensoriales específicas, estructuras encapsuladas que están en contacto con fibras A Beta, que producen estímulos mecánicos de pequeña intensidad. Hoy se sabe que ocurre en las terminaciones nerviosas libres, ramificaciones distales de Fibras C amielínicas y de Fibras A Delta. Allí se inicia la despolarización y la transmisión de los impulsos dolorosos hacia la médula (14).

La distensión anormal o la contractura intensa de la musculatura de una víscera hueca, la tracción de ligamentos y vasos, la anoxia brusca en la musculatura visceral son algunos estímulos nociceptivos (15), que potencialmente se traducen en respuestas dolorosas. Así pues, durante el trabajo de parto ante el estímulo de las contracciones uterinas y de la distensión de las estructuras del piso perineal, la respuesta que se produce puede ser inadecuada en el caso de que la parturienta carezca de conocimientos con respecto a estos eventos y/o posee información distorsionada basada en mitos o falacias que solo le producen angustia, tensión y temor lo cual obviamente ha de traducirse en dolor por no contar con los recursos y técnicas que pudieran ayudarlo a manejar adecuadamente los estímulos que recibe durante este periodo.

Es así que, el Método Psicoprofiláctico Perinatal tiene también como objetivo proporcionar capacitación y adiestramiento físico a la embarazada con la finalidad de que esté en condiciones de enfrentar los eventos que ocurren durante el trabajo de parto y pueda darles respuestas adecuadas. Se le instruye en la práctica de ejercicios físicos con el objeto de mejorar la postura del cuerpo, favorecer la circulación, provocar elasticidad y flexibilidad de los músculos involucrados en el trabajo de parto, mantener el tono muscular en condiciones óptimas, contrarrestar las molestias propias del parto, favorecer la lactancia, así como lograr mejor y más rápida recuperación postparto. Si la mujer hace ejercicio (evitando cambios bruscos de posición, las carreras y saltos) durante el embarazo, puede tener un parto más cómodo tanto para ella como para el bebé y aquellas que lo practican regularmente cuentan con un umbral al dolor mucho más elevado, con lo que en el momento del parto su sufrimiento es menor (16). En relación a lo anterior es conveniente destacar que, durante el embarazo y trabajo de parto el uso y manejo de posiciones corporales, puede influir notablemente en el gasto cardíaco, ya que aumenta en la posición lateral y disminuye en posición supina debido a la compresión venosa de la cava por el útero grávido (17), con las implicaciones que esto representa.

Como parte del componente fisioterapéutico del Método Psicoprofiláctico también se busca que la mujer logre el manejo favorable de las contracciones del trabajo de parto, por ello se proporciona a la embarazada entrenamiento en la práctica de ejercicios de relajación neuromuscular; no solamente con el fin de ahorrar energía, sino también evitar la tensión física y emocional, con lo que se logra la disminución tanto en frecuencia como en intensidad de los estímulos nociceptivos alcanzando así un mayor umbral al dolor. Aquí cabe destacar la descripción del Psicoanalista Francés Pierre Marty (18), con respecto al dolor sensación, de que es este, una señal de alarma compleja de bases lesionales indiscutibles que se transmiten por vía neurológica. Así mismo, se instruye a la gestante en la práctica de ejercicios respiratorios los cuales habrá de utilizar durante el trabajo de parto, en la medida que este avanza. Lo anterior se fundamenta en los cambios en el tamaño pulmonar materno que se inician a partir de la cuarta semana de gestación. Los principales cambios respiratorios consisten en un aumento de la frecuencia respiratoria, aumentando el volúmen ventilatorio y por lo tanto la tasa de ventilación se incrementa en más de un 40%. Así mismo el consumo de oxígeno aumenta casi un 20% (19). Con respecto a la práctica de ejercicios físicos es importante hacer la aclaración de que no está contraindicada durante el embarazo cuando se realizan de manera moderada, con instrucciones y con la supervisión de la instructora en Psicoprofilaxis Perinatal y aprobación del médico obstetra (20).

La terapia física cuenta con una amplia y variada gama de técnicas que no tiene únicamente como objetivo el que la mujer esté en buena forma y condiciones físicas saludables: principalmente su objetivo es proporcionar adiestramiento en el uso de técnicas naturales que le permitan eliminar o disminuir las molestias propias del embarazo así como manejar adecuadamente los eventos que tendrá que enfrentar durante el trabajo de parto para llegar a dar a luz en forma natural. Así pues, la rutina de ejercicios físicos incluye entre otros: ejercicios de calentamiento general y de cadera, ejercicios para cuello, pectorales, ejercicios para la activación de la circulación de miembros superiores e inferiores, ejercicios de estiramiento de isquiotibiales, tríceps sural, músculos espinales y aductores, fortalecimiento de músculos abdominales entre otros. En cuanto a las técnicas de respiración, las más usuales son: respiración torácica y jadeo nariz-boca. Para el adiestramiento en la práctica de la relajación, se utilizan técnicas tales como: relajación sencilla o por partes, segmentada y cruzada, las cuales a su vez constituyen la relajación concentrativa activada con disociación del sinérgismo muscular y funcional. El empleo de técnicas de analgesia natural desde el punto de vista fisiológico, es una práctica que utiliza y promueve fuertemente el Método Psicoprofiláctico Perinatal. Entre dichas técnicas podemos mencionar: el masaje corporal que se efectúa en círculos a los lados del vientre, región suprapúbica, sacro y cara interna de muslos; también la compresión de puntos anestésicos como los son las superficies internas anterosuperiores de los huesos ilíacos, en ángulos externos del rombo lumbar, que se utilizan en el período de dilatación. Durante el embarazo, los masajes en cuello, hombros, columna dorsolumbar y espalda son recursos empleados en el M. Psicoprofiláctico. Otros recursos alternativos que también son utilizados en la Psicoprofilaxis Obstétrica son: la acupuntura por medio de la cual se trata de conservar el equilibrio entre la energía positiva y la negativa, ya que se cree que al romperse este equilibrio se presenta la sensación dolorosa, esta técnica china de analgesia natural es tan antigua que sus orígenes se pierden en la historia del hombre y el mundo (21). De más reciente descubrimiento pero que también se han constituido en recursos

analgésicos utilizados en Psicoprofilaxis Obstétrica, la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y la estimulación eléctrica intraraquídea. Estas técnicas se basan en el hecho de que todas las fibras nerviosas aferentes tienen la capacidad de influenciar otros estímulos aferentes, principalmente a través de una inhibición presináptica. Estimulando un nervio mixto con impulsos no dolorosos, las primeras fibras en responder son las de mayor diámetro y estas descargas a nivel medular serían capaces de inhibir la transmisión cefálica de los impulsos nociceptivos (22). Las endorfinas, sustancias endógenas cuya acción es semejante a la de la morfina, constituyen también otro recurso natural para el control y la modulación del dolor. Estas sustancias son poderosos bioquímicos segregados por el cerebro, constituyen uno de los descubrimientos científicos más importantes del siglo XX. Los masajes, el ejercicio físico, la música entre otros, ayudan a la producción de las endorfinas (23).

Además de las técnicas y recursos obstétricos naturales anteriormente descritos, el Método Psicoprofiláctico Perinatal promueve la libertad de movimientos y posiciones verticales con la finalidad de que las contracciones uterinas tengan mayor intensidad y eficiencia para dilatar cervix, favorecer el encajamiento, así como un ángulo de conducción más amplio entre el eje longitudinal de la columna fetal y la materna. Durante cada contracción en posición supina el gasto cardíaco aumenta de 15 a 25% por arriba de los niveles observados entre cada contracción, la frecuencia cardíaca disminuye de 7 a 15% y el volumen latido aumenta 21 a 33% en cada contracción, cuando la paciente es observada en posición lateral las contracciones uterinas producen un aumento del gasto cardíaco y volumen latido solo del 7%, sin cambio en la frecuencia cardíaca (24). El ángulo de conducción más favorable está dado en un rango de 60 a 80 grados, ya que de esta forma se facilita el progreso más rápido del parto, así como mayor reserva fetal reflejada en los valores de oxígeno, bióxido de carbono y pH.

El elemento Psicoterapéutico, reviste una gran importancia por los valores intrínsecos que representan. La íntima interrelación de los sistemas cognoscitivo, emotivo, evaluativo, discriminativo y sensorial, debe observarse cuidadosamente, pues el manejo adecuado de estos, depende en gran medida que por siempre perdurara en la gestante con respecto al embarazo, parto y postparto. Estos eventos pueden representar para la mujer una experiencia de dolor físico y trauma psicológico, cuyo resultado en la intensidad y forma dependerá en gran parte de la satisfacción o insatisfacción de las expectativas que tenga con respecto a estos sucesos. Una vez más, el dolor sobresale como factor predominante, pues la tensión que provoca la angustia y el temor a lo desconocido inevitablemente da como consecuencia el dolor, considerando a este no únicamente como resultado de una lesión real sino también como daño potencial. Es decir, indudablemente se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo, pero por ser desagradable supone una experiencia emocional que considera factores psicológicos y ello demuestra que el dolor no es una sensación pura (25). El Método Psicoprofiláctico Perinatal reconoce la doble naturaleza del dolor (sensación - percepción) por ello pone en práctica estrategias y técnicas psicoterapéuticas para el manejo del dolor, considerando primeramente para ello los medios básicos que presenta la gestante: a lo desconocido, al rechazo, al dolor y a la muerte. El manejo adecuado de estas variables logra resultados más favorables en mujeres primigestas que en múltiples que nunca antes tuvieron preparación para el parto pues en estas últimas, las experiencias anteriores pudieron ser traumáticas y dolorosas, pues el mecanismo de huella que permanece en ellas es tan profundo como la intensidad y modalidades de dichas

experiencias. Una ingeniosa cita describe lo anterior "La capacidad de olvido del dolor físico es maravillosa, pero el trauma psíquico no se olvida jamás. Los que sufrieron dolor ¿Después lo aguantan menos? Si, es que el dolor no crea jurisprudencia" (26). La experiencia muestra la relación de doble pertenencia del cuerpo (somato-psíquica) en la que el dolor emerge de la intersección de ambos y actúa como experiencia sensorial y perceptual (27). Es decir, el estímulo que produce la experiencia dolorosa puede ser anatómico-fisiológico o bien puede tratarse de emociones, cogniciones y conductas o como resultado de ambas a la vez. Estos aspectos fundamentales de la Psicología de la Salud, marcan el rumbo hacia donde se orienta el Elemento Psicoterapéutico del Método Psicoprofiláctico Perinatal. Sin embargo, la gestante no es la única receptora de orientación psicológica, ya que por ser el Método un sistema de educación integral para la pareja, el cónyuge es involucrado no solamente proporcionándole información con respecto al proceso gestacional, también él recibe orientación acerca de los cuidados al recién nacido y la importancia de su apoyo a la futura madre y su rol como padre. Esto implica la participación activa del padre en los acontecimientos previos, durante y posteriores al recibimiento del nuevo miembro de la familia. El aspecto psicoterapéutico incluye proporcionar capacitación en cuanto al uso de técnicas y recursos psicológicos enfocados al trabajo de parto, orientación para la pareja con respecto a la atención y cuidados al recién nacido, así como proporcionar información y orientación que propicie y permita modificar y/o reforzar los valores, creencias, conducta y motivaciones que la gestante posee en relación al embarazo y a las implicaciones que representa su papel como futura madre. Esto último también merece especial cuidado y atención por la complejidad que representa la percepción del mundo, de sí misma y de los demás (triada cognitiva) (28), que posee la gestante. Es decir, que factores tales como la personalidad, nivel cultural y económico, entorno social, contexto ecológico, experiencias anteriores, connotación que le de a su estado y las expectativas, ya sea influenciadas por mitos ó creencias o en base a experiencias de otros, determinan la actitud con que enfrente la situación y, en la medida en que acepte su embarazo, así será también la capacidad y habilidad para dar respuesta tanto al dolor y "sufrimiento" como al nuevo rol que habrá de desempeñar. La fase psicoterapéutica requiere una estrecha coordinación entre el personal médico y de apoyo que está involucrado en el cuidado de la salud y asistencia al paciente como lo es, el médico familiar, ginecoobstetra, educadora en psicoprofilaxis perinatal, psicólogo, los cuales deberán observar correctamente los aspectos ético-deontológicos de su práctica profesional con el objeto de no dañar la delicada relación médico-paciente y evitar su fractura (29). En este contexto, la psicología ocupa un lugar muy importante como parte integrante del método que nos ocupa. El estado actual de los conocimientos y avances de la psicología proporciona instrumentos que posibilitan el abordaje preventivo del "miedo al dolor" en los pacientes. Estos instrumentos se pueden incorporar e implementar como práctica sistemática, en ámbitos asistenciales públicos y privados (30).

En Psicoprofilaxis Perinatal, el psicólogo tiene la misión de orientar a la embarazada con respecto a los cambios psicológicos que experimentara durante el proceso de gestación, frente al recién nacido y en relación con el papel de madre que habrá de desempeñar. En primer término, el psicólogo deberá desactivar el fenómeno de ambivalencia que experimenta la gestante en relación a que, la aparente aceptación de su embarazo se pone en conflicto con el rechazo interno hacia el feto, porque siente disminuido su atractivo físico, siente amenazada su sexualidad, su seguridad física, su economía, así como sus actividades y relaciones familiares. La orientación que reciba, con respecto al manejo del estrés y la

aprensión, le será de gran ayuda para que disminuya considerablemente la vulnerabilidad provocada por el estado de gravidez ante sentimientos tales como cólera, culpa, angustia, vergüenza, temor, etc. El estado de crisis en que se ve inmersa es consustancial de la función biológica que cumple como mujer, sin embargo, esto no significa que su constitución psicológica este acorde. Es indispensable identificar también las motivaciones que indujeron a la mujer para embarazarse, puesto que algunas pueden ser tan complejas y extrañas como por ejemplo, tender un lazo al novio, deseo de revelarse y castigar a sus padres, o más sencillas y comprensibles como haberlo planeado de común acuerdo con su pareja y formar una familia, consolidar el matrimonio, sentimiento de identificación con la madre, etc., y en consecuencia, la orientación que se proporcione a la gestante ha de enfatizar la importancia de la actitud que debe asumir con respecto a los eventos inherentes al proceso gestacional, parto y postparto. Es sumamente importante que tanto el psicólogo como el médico y la educadora en psicoprofilaxis perinatal comprendan la importancia de entender la psicodinámica de la embarazada para así, estar en condiciones de establecer un "rapport" suficientemente fuerte, aplicando su influencia y autoridad y brindar a la embarazada la seguridad que necesita. Este aspecto merece también atención especial, pues la asimilación de información y el aprovechamiento de la educación dependerá en mayor medida de la persona de la cual provenga y la autoridad que ejerza sobre la gestante. El concepto de conocimiento autoritario elaborado por Brigitte Jordán, ha sido parte de múltiples investigaciones y estudios, cuyos resultados sugieren la importancia y necesidad de aplicar este concepto, el cual es indispensable para proporcionar seguridad y confianza para que el embarazo, parto y postparto se desarrollen en condiciones favorables. Inclusive a nivel internacional se han realizado estudios comparativos entre diferentes culturas (31), que sugieren la necesidad de emplear este concepto, por la importancia que reviste para la mujer embarazada. Habiéndose analizado ya el perfil psicológico y social de la gestante, así como la instrumentación del mecanismo de "rapport" necesario, el siguiente paso a seguir es el entrenamiento en el uso de técnicas y recursos psicológicos que le permitirán eliminar o disminuir tanto las sensaciones como las percepciones dolorosas propias del trabajo de parto y parto.

Siendo el dolor un fenómeno complejo, difícil de definir por la interacción de neurotransmisores y sus vías de modulación e influenciado por factores biológicos, psicológicos y culturales (32), el Método Psicoprofiláctico básicamente utiliza técnicas orientadas por la teoría de Melzak y Wall o Teoría de la Puerta de Entrada (1965), por medio de la cual se hace énfasis en que la percepción de la sensación dolorosa no depende solamente de la estimulación periférica y de la transmisión, sino que de la modulación medular y central y que aplicando estímulos a nivel medular, técnicas analgésicas, es posible inhibir la transmisión cefálica de los estímulos nociceptivos (33). Como es sabido, el dolor es capaz de desencadenar respuestas sistemáticas, tanto fisiológicas como psicológicas, que se potencian entre si y aumentan las sensaciones dolorosas (34), en base a ello y a lo sugerido por Melzak en relación a que existen tres sistemas que se relacionan entre si y respuesta al dolor se ve afectada por cada uno de ellos, el Método Psicoprofiláctico Perinatal utiliza técnicas combinadas con el objetivo de inhibir los impulsos nociceptivos resultados de la interacción de los Sistemas Discriminativo-Sensorial, Afectivo-Motivacional y Evaluativo-Cognoscitivo, a que se refiere Melzak en su teoría de la Puerta de Entrada, a saber:

Sistema Discriminativo Sensorial. Este a su vez tiene tres sistemas receptivos: el mecanoreceptor, el quimiorreceptor y el termoreceptor, los cuales son alimentados por fibras nerviosas diferentes en grado de mielinización, diámetro y en las vías por las que llegan a la corteza cerebral, estas diferencias determinan la rapidez con que son transmitidas las sensaciones al cerebro. Cuando los estímulos dolorosos y otras sensaciones físicas se transmiten al mismo tiempo, la información sensorial llega al cerebro primero, y esta es interpretada antes que la información dolorosa que viaja por fibras nerviosas más lentas, lo cual da como resultado una percepción dolorosa disminuida. Entre las técnicas para el manejo adecuado del dolor en este caso, están: los masajes, los abrazos, presión en ciertas partes del cuerpo, el roce ligero (effleurage), los sabores, los olores agradables y los cambios de posición.

El Sistema Afectivo-Motivacional. El estado de ansiedad de la gestante debido principalmente a su preñez, puede afectarse por medio de la relajación en sus diferentes modalidades; sencilla, cruzada, segmentada, en virtud de que favorece la homeostasis con lo cual se logra reducir considerablemente la ansiedad y de esta manera disminuye en importante grado el dolor en el plano psicofisiológico.

El Sistema Evaluativo-Cognoscitivo. Este utiliza diferentes funciones selectivas de cada uno de los hemisferios cerebrales. Las técnicas psicoprofilácticas empleadas en el método se basan en alternar y/o combinar las funciones del hemisferio cerebral izquierdo y del hemisferio cerebral derecho. Las estrategias para disminuir el dolor en forma considerable afectando este sistema son: distracción, punto focal, pensamientos positivos, ejercicios respiratorios, la música, inducir a la parturienta a seguir instrucciones, entre otras estrategias más.

Existen además importantes estrategias psicológicas que han demostrado su efectividad en la preparación de la embarazada, para el trabajo de parto y el parto, entre las cuales destacan las siguientes:

- A) Control Cognoscitivo. Consiste en que la persona concentre su atención en una actividad, o varias actividades, de carácter mental diferente al estímulo nociceptivo. El contar, gritar, cantar, fijar su atención en algo, son algunas técnicas de esta estrategia la cual se puede utilizar de dos (2) maneras:
- 1) Como distracción, en la cual se requiere concentrar la atención en una característica no dolorosa del estímulo. Por ejemplo; el que la parturienta considere las contracciones uterinas como el trabajo de un músculo de su cuerpo y no como dolores.
 - 2) Como foco de atención, por medio de la cual se piensa en algo que no tenga ninguna relación con el estímulo doloroso y se concentra la atención en ello. Como por ejemplo la forma de respirar, el sonido de la inhalación y la exhalación, entre otros.
- B) La Práctica Cognoscitiva. Esta estrategia implica el conocimiento previo de todos los factores relacionados con la experiencia esperada, así de esta manera la persona se prepara mentalmente para lo que va a suceder. Para que esta estrategia adquiera mayor efectividad es necesario que la persona reciba información tanto objetiva como subjetiva. Es decir, la objetiva que el medico proporciona a la embarazada con respecto

a los cambios anatómicos que ocurren, el crecimiento del feto, etc., el psicológico con relación a los cambios y experiencias emocionales y otros factores psicológicos que se presentan durante el proceso gestacional y periodo postparto; y la subjetiva que le pueden proporcionar otras mujeres que han tenido experiencias positivas con respecto a este suceso y principalmente las orientaciones y el rapport proporcionado por la Educadora en Psicoprofilaxis Perinatal (EPP).

- C) Efecto Hawthorne. Esta estrategia ha demostrado que cuando una persona recibe atención personalizada, aumenta su habilidad para manejar adecuadamente el dolor durante el trabajo de parto, la atención especial de la pareja y/o EPP, el médico, enfermera, etc., influye notablemente en la parturienta para que perciba las contracciones como menos dolorosas.

- D) La Desensibilización Sistemática. Es un procedimiento clínico, utilizado especialmente en Psiquiatría, que combina la relajación sistemática, práctica y disociación cognoscitiva y el efecto Hawthorne. Consiste en producir un estado mental y físico de relajación, establecer confianza y atención personalizada, con un periodo de varias semanas de discutir aspectos específicos del problema o miedo en cuestión. En Psicoprofilaxis Perinatal esta estrategia ha demostrado que disminuye considerablemente la ansiedad y es utilizada especialmente en mujeres con niveles muy elevados de ansiedad.

- E) Relajación Sistemática. Es una de las técnicas más sencillas y efectivas por medio de la cual se logra reducir la ansiedad y aumentar la tolerancia al dolor. Con esta técnica se pretende que la parturienta relaje todos los músculos del cuerpo y así logre un estado mental en que la ansiedad pueda quedar disminuida y que como resultado, la parturienta esté en condiciones de soportar por más tiempo el estímulo doloroso.

Las estrategias y técnicas psicoterapéuticas anteriormente descritas son las más comúnmente utilizadas en el Método Psicoprofiláctico Perinatal con excelentes resultados (35). Existen además otras técnicas y recursos cuyo empleo no es muy frecuente, sino más bien eventual, por la complejidad que representa su utilización durante el trabajo de parto, pero no por esta razón significa que no sean efectivos en los resultados que con ellos se obtienen. Tal es el caso de las técnicas y recursos siguientes:

- a) La hipnosis. Es una técnica en la que se utiliza la visualización para el control del dolor. Su empleo reduce el uso de anestesia y/o otros medicamentos (36). Si embargo, para utilizarse en trabajo de parto requiere de mucho tiempo de práctica, energía y guía de alguien especializado en ésta materia.

- b) Acupuntura. Método chino que utiliza la energía positiva y negativa que tiene el organismo y trata de conservarlas en equilibrio constante, pues se cree que al romperse éste, se presenta la sensación dolorosa. La acupuntura tiene gran influencia en estimular el tálamo y el diencefalo lo que permite modular las emociones, además tiene excelentes respuestas en dolor visceral y otros, siempre y cuándo el estímulo acupuntural sea dirigido con la intensidad suficiente. Con este método se estimula la producción de endorfinas, analgésicos naturales que produce el organismo. Sin

embargo, su empleo como método médico con sus diferentes técnicas, requiere de amplio conocimiento médico occidental moderno y tradicional chino, pues si es utilizado por ignorantes en la materia potencialmente puede dañar al paciente (37). Melzak y Wall experimentaron con éste método y la auriculoterapia, lo que les permitió experimentar con electro-estimulación y desarrollar así su Teoría de la Compuerta.

- c) Estimulación Eléctrica Nerviosa Transcutánea (TENS). Consiste en la aplicación de corriente eléctrica a la piel, la cual excita rápidamente las terminaciones nerviosas de mayor diámetro por lo que éste estímulo llega antes al cerebro, cerrando así el Sistema Nervioso Central al dolor (38). Este método también estimula la producción de endorfinas. En Psicoprofilaxis Perinatal se recomienda la aplicación moderada de corriente eléctrica en cuanto a intensidad y tiempo de exposición para evitar potenciales daños maternofetales.
- d) El Sistema de Endorfinas. Sustancias endógenas que hacen las veces de morfina y que son producidas por el cerebro a nivel de la glándula pituitaria y que provocan sensación de bienestar, aumentando la tolerancia al dolor. Estudios recientes demuestran que al final del embarazo y durante el trabajo de parto y el parto, los niveles de esta sustancia son más altos, lo que hace suponer que el mismo organismo trabaja para ayudar a disminuir las sensaciones dolorosas. Además estas sustancias promueven la secreción de prolactina, hormona que se libera después del nacimiento y que ayuda a mejorar la relación materno-infantil, siendo además responsable de la euforia que siente la mujer después del parto, aún cuando éste haya sido prolongado, difícil y doloroso (39). En líneas anteriores se describieron algunas técnicas que promueven la producción de estas sustancias.

El embarazo y alumbramiento es por excelencia un acontecimiento universal que debe considerarse como un suceso feliz; sin embargo, para miles de mujeres éste suceso es experimentado como un infierno privado que puede concluir en la muerte. De ahí la necesidad de proporcionar una educación sanitaria integral con propuestas en donde se intente una medicina social y en donde las tareas profesionales estén orientadas hacia una labor familiar más preventiva que curativa, considerando que la embarazada no es una enferma, sino que vive una experiencia transitoria de vida; que además incorpore al cónyuge restituyendo de esta manera, el rol protagónico de la pareja frente al embarazo, parto y cuidados al recién nacido y que sean respetados sus procesos de acceso a la maternidad y a la paternidad (40). Estas consideraciones son parte de la metodología interdisciplinaria a la que llamamos hoy Psicoprofilaxis Perinatal que, por su carácter preventivo y educacional, busca el bienestar de la futura familia, que se integra cuando nace su hijo. Su orientación está fundamentada en la interacción de los elementos didáctico, psicoterapéutico y fisioterapéutico, tendiente al lograr satisfacción en la experiencia del embarazo, parto y postparto. La calidad de ésta experiencia estará en función de tres (3) factores principalmente:

- 1) El control. Que incluye el manejo adecuado de los elementos que integran el método, los cuales ya fueron descritos con anterioridad. Además se debe alentar a la gestante a empezar sus controles prenatales lo más temprano en el embarazo, asistiendo a ellos

periódicamente y en especial cuando tenga cualquier problema; debe esperar obtener como mínimo suplementos de hierro y vitaminas, concientizar a la embarazada acerca de cómo actuar inmediatamente si se sospecha de complicaciones; así mismo, la mujer, su cónyuge, su familia y comunidad deben conocer los signos de peligro durante el embarazo y parto (41).

- 2) La Autodeterminación es un factor de suma importancia, pues los aspectos que lo forman y el manejo adecuado de los mismos influyen de manera decisiva en la actitud que asuma la embarazada frente al embarazo, parto y cuidados al recién nacido. En primer término, el personal de salud involucrado (médico, psicólogo, EPP, enfermeras, trabajadora social) debe establecer un vínculo de identificación sustentado por el manejo honesto de los aspectos ético-deontológicos propios de su práctica profesional, lo cual ha de influir en la gestante en la adquisición de confianza tanto en el personal de salud como confianza y seguridad en sí misma. También deberá demostrarle que se respeta su individualidad y autonomía, haciéndole sentir que es guiada mas no dirigida ni obligada. El hacerle sentir que ella tiene el control en las decisiones con respecto a la atención del parto, esto es: elegir el lugar en el que desea dar a luz, las personas que la acompañen como apoyo en el parto, elegir los procedimientos anestésicos y analgésicos (conocer sus ventajas y desventajas), así como escoger las alternativas para el parto con sus pros y contras. Todo esto aumentara su sentimiento de autodeterminación y ello le permitirá estar en condiciones de asumir una actitud favorable para el parto.
- 3) El Sistema de Apoyo. Es el mecanismo medico-jurídico-social con que cuenta la mujer para el cuidado y atención del embarazo, parto y cuidados del recién nacido. Sin embargo la calidad de la atención que reciba la embarazada y la satisfacción en la experiencia de la gestación y el parto dependerá mayoritariamente de variables como los son su condición cultural, social y económica, pues de ellos dependerá también la disponibilidad y acceso a los servicios para la atención del embarazo y parto. No obstante que estos sucesos son considerados como procesos naturales que deberían desarrollarse sin problemas para la madre, pueden ser motivo de complicaciones graves que si no se atienden satisfactoria y oportunamente, pueden conducir a la muerte de la mujer la cual en virtud de las variables anteriormente mencionadas, carece o tiene limitaciones de acceso a la atención obstétrica (42). En nuestro país, el cuidado y la atención de la salud materno-infantil es prioridad nacional conforme lo establecido en el Título Tercero, Capítulo V de la Ley General de Salud. Dentro de este marco, la Secretaría de Salud promueve de manera constante la actualización de los servicios de la salud para la atención de la mujer embarazada, los criterios y procedimientos para la prestación de los servicios a la población materno-infantil por parte del personal profesional, así como la normatividad jurídica que regula y conduce la prestación de estos servicios con la finalidad de aumentar el bienestar y la satisfacción en esta experiencia de vida. En este contexto la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-SSA2-1993 (43), tiene como objetivo establecer los criterios para vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido, y su aplicación abarca los servicios de salud que otorguen los sectores público, social y privado a nivel nacional que atiendan mujeres embarazadas, puerperas y niños. En ella se establece entre otras disposiciones que: la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez: En la atención del embarazo: para establecer el diagnóstico de embarazo no deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales, la mujer embarazada de

bajo riesgo debe recibir como mínimo 5 consultas prenatales, los procedimientos preventivos deben incluir la orientación de la madre para la prevención y para identificar signos de alarma y buscar la atención médica oportuna. En la atención del parto: las mujeres no deben ser obligadas a permanecer acostadas durante el trabajo de parto normal se propiciará la deambulación alternada con reposo en posiciones de sentada y decúbito lateral según elijan para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, no se debe llevar a cabo el empleo rutinario de analgésicos sedantes y anestésia durante el trabajo de parto normal, no se debe aplicar de manera rutinaria la inducción o conducción del trabajo de parto normal ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de acortar el parto, toda unidad con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, no debe practicarse de rutina la episiotomía, únicamente en primigestas se realizará para evitar desgarres perineales, no se aplicaran de rutina enemas evacuantes. La atención del puerperio: durante los primeros 30 minutos iniciar la lactancia y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda, en las primeras 6 horas favorecer la deambulación, alimentación e hidratación, promover la vigilancia del puerperio normal con un mínimo de tres controles durante el primer mes. La atención del recién nacido: implica la asistencia en el momento del nacimiento y el control hasta los 28 días, en el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria la separación madre-hijo para lo cual toda unidad con atención deberá contar con alojamiento conjunto madre-hijo (numeral 5.5 de la norma). En lo relativo a la promoción de la salud materno infantil establece que las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a la embarazada por parte del personal de salud. Este resumen del contenido de la Norma Oficial Mexicana de Emergencia. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; refleja también en gran medida la filosofía propia del Método Psicoprofiláctico Perinatal. Además del soporte jurídico, se hace necesario que la embarazada cuente con un soporte psicosocial para lograr mayor bienestar de la gestante por los beneficios potenciales que ofrece. Estudios e investigaciones realizados en años recientes, como el "Ensayo Latinoamericano de Soporte Psicosocial durante el Embarazo" (44), aun cuando los resultados no han mostrado grandes beneficios sugieren que programas de apoyo psicosocial que incluyan componentes educativos y motivacionales, pueden ser valiosa ayuda durante el embarazo. Los apoyos médico-asistenciales, jurídicos, psicosociales y educacionales están orientados tanto a mejorar la atención de la mujer durante la gestación, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, así como disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal que en los últimos años han oscilado entre 90.30 y 57.15 por cien mil nacido vivos en nuestro país, siendo muy elevados en comparación con las de países desarrollados (45) y mientras no se reduzca el índice de muertes predecibles, que son las de mayor frecuencia por causas como atención defectuosa en las unidades obstétricas, atención defectuosa en otros servicios de maternidad desde su ingreso a la unidad como falta de confianza en los servicios o debidas a no haber buscado, o aceptado consejos o tratamiento (46), la atención a la salud de este sector de la población deberá aumentar tanto en calidad como en cobertura y disponibilidad.

Debemos considerar también que en México, la gran mayoría de las mujeres embarazadas, por sus características socioeconómicas y culturales de nivel bajo, pertenecen a la

población abierta, así llamada por no ser derecho-habientes de instituciones de seguridad social y sin recursos para acceder a la medicina privada (47), recurren a parteras muchas de las cuales carecen de conocimientos y orientación teórica mínima para la atención del parto lo cual contribuye a elevar las tasas de mortalidad materna y Perinatal, situación grave si tomamos en cuenta que alrededor del 40% de los nacimientos en México, son atendidos por parteras (48). Sin embargo también es interesante saber que aún entre el segmento de mujeres embarazadas de niveles económicos medio y alto también se presentan muertes maternas y perinatales y un factor de riesgo lo es también la alta tecnología: muchas mujeres equivocadamente piensan que atenderse en hospitales caros por contar con tecnología de punta es garantía para un parto seguro y sin complicaciones, no obstante el ambiente quirúrgico y altamente tecnificado aumenta la ansiedad de la parturienta, provocando estrés afectando su equilibrio hormonal, aumenta la producción de adrenalina, altera la afectividad de las contracciones uterinas, se prolonga el parto, aumenta el dolor y como consecuencia se incrementa la necesidad de intervenciones quirúrgicas que llevan implícitas el riesgo de producir otro problema mas grave (49).

Siguiendo con el proceso de decisiones que la gestante debe tomar con respecto a la atención y cuidados del embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, es de gran importancia la elección que realice con respecto a la atención del parto, ya que ello constituye también un factor determinante por todo lo que habrá de representar para la futura madre esta experiencia. Así pues, la embarazada deberá elegir si desea que el parto se realice en forma natural o estrictamente controlado por el médico, en su casa o en hospital y conocer las ventajas y desventajas que esto representa (50).

El método Psicoprofiláctico Perinatal promueve el parto natural tomando en cuenta que el nacimiento es un acontecimiento normal, fisiológico y natural, considerando que de esta manera la madre, y también el padre, viven, sienten, presencian y participan de el nacimiento de su hijo; además favorece el vinculo madre-padre-hijo pues esencialmente la madre puede tenerlo inmediatamente en sus brazos y amamantarlo y ese apoyo que recibe el bebé en su primera hora de vida es fundamental. Esta opción permite además una recuperación mas rápida y como consecuencia la madre podrá atender mejor a su hijo.

Si la mujer opta por el parto natural, la gestante cuenta con varias alternativas para decidir lo que mas le convenga y desee. Entre algunas de estas alternativas se encuentran: Método Leboyer, Parto Acuático, Nacimiento Domiciliario o bien el nacimiento en clínicas especiales llamadas Birthing Centers (51).

En el Método Leboyer también conocido como "nacimiento sin violencia", la madre consciente y participativa da a luz en forma natural y al nacer el hijo se baja la intensidad de la luz, se disminuye el ruido y las voces, se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre y se favorece la caricia y el contacto mientras el bebé inicia su respiración. Una vez que esto ocurre se corta el cordón umbilical y se introduce al bebé en una tina con agua a la temperatura del liquido amniótico (37°C), en el que estuvo durante el embarazo, a fin de que ocurra una transición lenta en la adaptación a la vida extrauterina, con lo cual disminuye el trauma del nacimiento. Este método es bastante difundido en nuestro país.

El parto Acuático o nacimiento en el agua, consiste en utilizar el agua como terapia de relajación que disminuya el dolor y facilita el proceso, para que posteriormente, si la mujer lo desea y las condiciones son favorables, el bebé nazca estando la madre en el agua a una temperatura similar a la del cuerpo (37°C). Pocos segundos después de nacido, el bebé se

saca del agua para que la madre lo sostenga en sus brazos propiciando la posibilidad de la primera succión al seno materno, que junto con la caricia y el abrazo, favorezcan el primer contacto íntimo de la madre y el hijo, estableciéndose así el lazo afectivo tan importante para este binomio. En la Cd. De México en el Hospital privado Vista Alegre, se practica exitosamente y aún cuando no ha tenido la difusión necesaria, es interesante mencionar que sí se practica y tan es así que dos alumnas de la carrera de diseño industrial, elaboraron su tesis profesional sobre la fabricación de tina para el parto acuático (52).

El nacimiento domiciliario, aún cuando genera controversias entre la comunidad médica y algunos sectores de la población que lo consideran peligroso para la salud de la madre, si el embarazo transcurrió en forma saludable y vigilando cuidadosamente que en el trabajo de parto nada se desvíe de lo normal y habiendo gestionado previamente el servicio de transporte y admisión hospitalaria para el caso de urgencia en la clínica u hospital más cercano, el parto en estos casos puede ser gratificante y saludable en virtud de la seguridad y confianza que proporciona a la madre el dar a luz en su propia casa, pues para muchas mujeres el ambiente hospitalario representa un factor que aumenta su angustia, ansiedad y temor, además de la experiencia positiva y gratificante que puede representar, y aún cuando los estudios de investigación sobre la seguridad del parto domiciliario son limitados, los pocos estudios médicos y estadísticos han demostrado que para muchas mujeres saludables el parto domiciliario está asociado con índices bajos de cesárea, menor número de complicaciones y un óptimo vínculo materno-infantil (52). Cada vez es mayor el número de médicos y parteras que ofrecen los servicios de atención del parto en casa, convirtiéndose ésta opción en “el pan de cada día” considerando que, como se mencionó anteriormente, en nuestro país alrededor del 40% de los nacimientos son atendidos por parteras en su casa o en el domicilio de la parturienta.

El nacimiento en Clínicas Especiales o Birthing Centers, es una respuesta al clamor de las mujeres de nuestro tiempo, que cada vez demandan con mayor frecuencia, un trato más humano con calidad y calidez lo cual no reciben en hospitales altamente tecnificados en donde la atención se ha despersonalizado. A quienes así lo solicitan, muchas clínicas ofrecen cuartos LER en donde el trabajo de parto, período expulsivo y de recuperación ocurren en un solo lugar, evitando así trasladar a la madre de un lugar a otro. Algunos centros hospitalarios cuentan con sillas especiales para el momento de la expulsión permitiendo una posición verticalizada de la mujer, que así se siente más cómoda y participativa, el bebé nace en mejores condiciones con mayor facilidad. Así mismo cada día más hospitales ofrecen la posibilidad del contacto temprano de la madre y el hijo, quien es colocado en el seno materno, para iniciar la primera succión pocos minutos después de nacido y al cual no se le separa de su madre en ningún momento a lo largo de su estancia hospitalaria, favoreciendo la relación y el lazo afectivo entre ambos, iniciar oportunamente la lactancia materna y la confianza de la madre para el cuidado de su hijo. A esto se le llama Alojamiento Conjunto y es un sistema que la Secretaría de Salud ha venido propiciando a través del programa Hospital Amigo de la Madre y del niño, que a nivel mundial ha demostrado tener enormes beneficios con la no separación del binomio madre-hijo.

Las alternativas mencionadas anteriormente son parte del conjunto de acciones tendientes a devolver su esencia eminentemente natural, normal y fisiológica al parto. Sin embargo la mujer también exige un trato humanizado y que se respete su derecho a elegir los

procedimientos obstétricos e intervenciones quirúrgicas a las que habrá de someterse para este acontecimiento. Cada vez son más las gestantes que demandan mayor información con respecto a las ventajas y desventajas de los mismos y orientación para estar en mejor condición de decidir acerca de lo que representa mayor beneficio y bienestar para ella y su hijo. Por ello, cada día aumenta el número de mujeres que externan su indignación y se quejan de intervenciones como la episiotomía y la cesárea, que se han vuelto rutinarias y que la mayor de las veces están orientadas más para facilitar el trabajo del médico que para disminuir riesgos para la salud de la madre y el hijo; además de afectar física y psicológicamente a la mujer por el trauma que le provocan (54). La Norma oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-SSA2-1993 claramente establece que, salvo en casos de urgencias, no debe aplicarse de manera rutinaria analgésicos, sedantes y anestesia, así como intervenciones tales como ruptura artificial de membranas, episiotomía y cesáreas con el solo motivo de inducir, conducir y/o aprontar el parto y aún cuando establece que la episiotomía únicamente se realizara en primigestas para evitar desgarros perineales. Sin embargo muchos médicos consideran que la probabilidad de sufrir desgarros tanto en primigestas como multigestas es de 50/50 y que los desgarros serios o del tamaño de la episiotomía son muy raros y que conforme al índice tan elevado de episiotomía de rutina que oscila de un 50% a un 90% no es justificable considerando los resultados de algunos estudios que han demostrado más riesgos y pocos beneficios de la episiotomía rutinaria, y con la finalidad de evitar esta intervención existen algunas técnicas, tales como (55):

Durante el embarazo; ejercicios del perineo, ejercicios de relajación del perineo y ejercicio de "abombar", práctica de posiciones para el período expulsivo (semisentada, de lado, en cuatro puntos, recargada, en cuclillas, etc.) Masaje perineal, buena nutrición para ayudar a tener tejidos sanos.

En el período expulsivo; promover la confianza de que las sensaciones intensas que experimenta son normales, relajación de perineo, pujo espontáneo, posiciones, comodidad para promover el descenso lento, tocar la cabeza del bebé para ayudar en los esfuerzos de pujo efectivo, masaje perineal y apoyo, compresas calientes, monitoreo frecuente del latido cardíaco fetal. De igual manera es preocupante la incidencia tan elevada de la operación cesárea que en nuestro país ha tenido un progresivo y alarmante aumento hasta alcanzar cifras de 62% o más (56) y que en razón a la práctica indiscriminada de esta operación, se le ha llegado considerar como una epidemia quirúrgica. Ciertamente se presentan causas que justifican esta operación tales como: distocia de contracción, sufrimiento fetal, hipertensión agregada al embarazo, ruptura prematura de membranas, presentación pélvica, cesárea anterior, desproporción cefalopélvica, entre otras, sin embargo, más bien predomina el concepto de "los resultados perfectos" aun cuando informes recientes lo ponen en tela de juicio, pues no se ha correlacionado de manera directa y absoluta el aumento de la operación cesárea, vía nuevas técnicas para realizarla y la disminución de la mortalidad perinatal (57). Aún así en la actualidad predomina la creencia en el ambiente médico, de que la cesárea mejora la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, así como evitar reclamaciones y problemas jurídicos. Esto ha provocado que maniobras obstétricas, principalmente las versiones fetales externas, la extracción podalica y el hecho de no darle la oportunidad a la mujer con cesárea previa a tener parto por vía vaginal, sean técnicas y recursos cuya práctica se ha limitado en manera considerable (58), más aún en nuestro país que son subestimadas aún cuando son alternativas que pudieran tener aceptación entre las parturientas y ofrecerles la oportunidad de un parto menos intervencionista y más fisiológico, lo cual a su vez evitaría las operaciones cesáreas en los casos de presentación

pélvica, situación transversa, distocia de actitud (deflexionado), así como permitir parto vaginal después de cesárea, considerando previamente los requisitos que deben cumplirse en cada uno de estos casos (59). Es importante mencionar que estudios con respecto al parto vaginal después de cesárea (60) y (61), concluyen que con una buena selección de los casos y llenando los requisitos previamente establecidos es posible permitir el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa, con una morbilidad baja y con buenos resultados perinatales. En cuanto al alarmante e indiscriminado empleo de fármacos analgésicos, sedantes y anestésicos, es posible disminuirlo drásticamente por medio del uso de técnicas y recursos fisioterapéuticos y psicoterapéuticos practicados en el Método Psicoprofiláctico Perinatal, que tienen carácter natural con la finalidad de manejar adecuadamente los estímulos nociceptivos durante el trabajo de parto y el parto y así de esta manera disminuir el dolor, y solo en los casos estrictamente necesarios debe recurrirse a los fármacos, los cuales pueden dañar seriamente a la madre y también al bebé ya que pueden producir serios efectos tóxicos, pues durante el embarazo los cambios fisiológicos que experimenta la gestante afectan el grado de absorción, distribución, metabolismo y excreción de las drogas, por ello cuando algunas de estas sustancias, que fuera del embarazo son muy seguras, durante éste período pueden producir efectos tóxicos potencialmente peligrosos, además de que durante el parto algunos medicamentos pueden alterar los parámetros utilizados para valorar el bienestar fetal y producir efectos adversos después de la exposición fetal a estas sustancias tales como (62): bajo peso al nacer, cáncer, retraso/deficiencia del desarrollo, muerte fetal, retraso del crecimiento, anomalías hematológicas, disfunción renal, disfunción tiroidea, entre otras.

Los conceptos anteriormente señalados aún siendo complejos en su naturaleza, deben ser parte integrante del plan de orientación e información que ha de proporcionarse a la gestante. Pero hay otras consideraciones que la embarazada debe tomar muy en cuenta, ya que aún cuando parezcan simples y sencillas, son de gran importancia para cuando llegue el momento del parto, puerperio y los primeros cuidados al recién nacido. Estas consideraciones deberán incluirse en lo que conocemos como "plan del parto" y que no es otra cosa que la preparación de la estrategia y logística que habrá de llevarse a cabo el día en que sucederá el parto (63), y aún cuando este plan pueda tener diferencias según las características de cada pareja y familia, realidad sociocultural y económica, los consejos que pueden servir para la mayor parte de los casos son:

- a) Tener verificada y establecida la fecha probable del parto, con su rango de variación aproximada (mas o menos 2 semanas).
- b) Identificar el inicio del parto (contracciones uterinas de duración e intensidad creciente y de intervalo cada vez menor, expulsión de secreciones vaginales con moco con sangre, escurrimiento de liquido amniótico, etc.)
- c) En caso de no ser parto domiciliario, haber decidido el lugar donde se realizara y las alternativas en caso de emergencia.
- d) Conocer previamente el sitio escogido para el parto, sus vías de transporte mas expeditas y los requisitos de admisión solicitados.
- e) Tomar en cuenta el medio de transporte que será utilizado
- f) Tener el menaje apropiado para la madre y el bebé (cepillo dental, jabón neutro sin perfume, mudas de ropa, dotación de pañales maternos o paños de tela para las primeras horas del puerperio, pañales para el bebé, cobijitas, talco, suero fisiológico, aplicadores de algodón, etc.)

- g) Preparar el ambiente para el regreso a casa de la madre y el hijo.
- h) En las primeras semanas (sobre todo el caso de primigestas), se sugiere contar con el apoyo y asesoría de una madre experimentada que refuerce los conocimientos teóricos adquiridos y quien enseñará a confiar en el imaginable poder del “instinto maternal”.

Es necesario destacar y dar mayor énfasis a la participación del padre durante el evento del nacimiento, que en la actualidad ha de considerarse como un derecho, más que como una oportunidad. Ciertamente es que el padre puede no desear una participación directa, y en ocasiones no se le permite, en el momento del nacimiento, pero la presencia o ausencia de la pareja durante el parto es un factor importante de estrés en la parturienta, por el apoyo que representa para ella. Por tal razón, todas las alternativas para la atención del parto humanizado, contemplan al padre como figura importantísima durante la experiencia del nacimiento del hijo.

Finalmente, para concluir este capítulo, es necesario subrayar nuevamente que el embarazo y parto es un proceso natural y maravilloso que da la oportunidad de prepararse durante nueve meses y que llegado el momento, con una educación perinatal adecuada, con el apoyo de profesionales en la atención de este acontecimiento y dejando de lado los temores, la mujer esté en condiciones y capacidad necesaria para disfrutar del milagro más grande y fabuloso como lo es la maternidad y la perpetuación de la especie.

Para los efectos del presente estudio que se desarrolla en el Hospital General “A” ISSSTE Tampico, el programa que se siguió se presenta en el Anexo 1 de este documento y se basa en los programas de educación Perinatal diseñados por la Asociación Nacional e Instructoras en Psicoprofilaxis Perinatal (ANIPP).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gran mayoría de las mujeres embarazadas que acuden para recibir atención y servicios al Hospital General "A" ISSSTE Tampico, pertenecen al segmento de la población de nivel medio bajo y bajo en cuanto a ingresos económicos, estatus social y nivel cultural y que por lo tanto es muy limitado a su acceso a información, orientación y educación con respecto a todos los eventos propios del embarazo, parto y puerperio. Grandes son los esfuerzos que realizan las áreas de Medicina Familiar, Medicina Preventiva y Planificación Familiar, con la finalidad de atender al creciente número de embarazadas que demandan atención y servicio. Sin embargo factores como la limitación del tiempo de consulta para cada paciente en particular, escaso personal profesional capacitado para ofrecer información y orientación integral con respecto al proceso gestacional, parto y cuidados al recién nacido, creciente aumento de la población de mujeres embarazadas derechohabientes, entre otros factores más, son limitantes que obstaculizan el otorgar la atención prenatal con la calidad y calidez que requiere este proceso. El uso y empleo rutinario de medicamentos, analgésicos, sedantes y anestesia y de intervenciones quirúrgicas no necesarias y que no han demostrado de manera contundente beneficios para la madre o el feto, pero que sí son potencialmente peligrosos y a los cuales son sometidas las derechohabientes sin su conocimiento y consentimiento y que eventualmente pueden ser motivo de reclamaciones y situaciones jurídicas conflictivas y que por otro lado representan incrementos en los costos de operación del Instituto, así como contribuir al aumento de la morbilidad y mortalidad materno perinatal, también se constituyen en factores adversos que pueden ser atacados y sino completamente eliminados al menos sí es posible disminuir sus efectos por medio de la orientación y educación que proporciona el Método Psicoprofiláctico Perinatal por su naturaleza y carácter preventivo y de atención humanizada. Así mismo, aún cuando la atención de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y los cuidados al recién nacido, son considerados como prioridad, las limitaciones presupuestarias se acentúan más con el creciente número de mujeres embarazadas derechohabientes que requieren de atención. Además entre la población, principalmente derechohabientes de instituciones públicas y personas de escasos recursos que acuden a centros de salud de la asistencia pública, persiste el concepto de que el cuidado y la atención de la salud es obligación del Sector Público a quien erróneamente transfieren toda la responsabilidad. Ciertamente la atención de la salud es una prioridad del Sector Público del ramo, el cual constantemente realiza acciones que comprenden tanto la implementación de medidas preventivas así como aumentar la cobertura en la prestación de servicios médicos con la finalidad de que cada día sea mayor la población que tenga acceso a los Servicios Públicos de atención médica.

Sin embargo mitos y falsas creencias, debidas principalmente a la falta de información y a la carencia de orientación y educación, entre gran parte de nuestra población, son factores que obstaculizan el entendimiento de que el cuidado de la salud es responsabilidad de cada individuo y que muchas de las medidas de prevención de daños a la salud son compromisos que debe asumir cada persona en lo particular. En el caso de las embarazadas es frecuente que por motivos desconocimiento, falta de orientación y educación con respecto al proceso gestacional, parto y cuidados al recién nacido, transfieran toda la responsabilidad al personal de los servicios médicos, siendo que esta en ellas y sus cónyuges, familiares e

indirectamente en la comunidad en que viven, tomar muchas de las medidas para prevenir daños obstétricos y para la salud del feto.

El Sistema Psicoprofiláctico contribuye efectivamente a la promoción de una cultura de prevención y cuidado de la salud, por sus características y orientación educativa y preventiva.

Estos son algunos planteamientos que motivaron la presente investigación, con cuyos resultados se pretende sugerir la implementación de un programa que opere continuamente en el Hospital General "A" ISSSTE Tampico, con el propósito de ofrecer información, orientación y educación en el Método Psicoprofiláctico Perinatal por medio del cual las mujeres embarazadas derechohabientes reciban atención con la calidad y calidez que demandan y que contemplan las normas jurídicas en materia de salud pública.

JUSTIFICACION

La salud materno-infantil se considera nacional conforme a lo establecido en la Ley General de Salud, es por ello que el Sector Salud Público, principalmente y el privado se preocupan por ofrecer mejores servicios y atención a este segmento de la población. La Secretaria de Salud en coordinación con instituciones y organismos del ramo de la salud, orientan y redoblan sus esfuerzos para aumentar la cobertura y calidad de los servicios a la población materno-infantil, por medio de acciones medico jurídicas y asistenciales, que también tienen como objetivo evitar que se incrementen los índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil, y que más bien se reduzcan para que esto no se convierta en un problema de salud pública de proporciones alarmantes. En octubre de 1993, la Secretaria de Salud emitió la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-SSA2-1993 con la cual se dá un mayor impulso a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido, en donde establecen lineamientos para el efecto, y que para ello se dispone de tecnología la cual en su mayoría es simple y de bajo costo, que contribuye a disminuir la mortalidad y morbilidad materna y Perinatal y que adicionalmente ha de contribuir a otorgar la atención con mayor calidad y calidez.

Estas consideraciones y ordenamientos jurídicos, son una parte de la esencia y filosofía del Método Psicofiláctico Perinatal. En el se utiliza tecnología simple, sencilla, de características naturales y de bajo costo, ya que la embarazada no requiere hacer gastos en materiales y otros suplementos y el gasto financiero que pudiera representar para el hospital en realidad es mínimo. Además los beneficios que proporciona se traducen en bienestar para la salud física y mental de la gestante contribuyendo a facilitar el trabajo de parto, propicia un elevado umbral al dolor, proporciona orientación con respecto a los cuidados al recién nacido, fomenta la integración familiar y adicionalmente contribuir a mejorar los servicios y atención que presta el Instituto a la población de mujeres embarazadas derechohabientes y con ello también contribuir a mejorar la imagen institucional.

Con la implementación del Método Psicofiláctico Perinatal en el Hospital General "A" ISSSTE Tampico, se pueden lograr potenciales beneficios no solamente para la gestante derecho-habiente, también a nivel institucional se pueden obtener resultados favorables, entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

A nivel institucional:

- a) Mayor aprovechamiento de la consulta de medicina familiar. En el Hospital General ISSSTE Tampico, las mujeres embarazadas acuden una vez por mes a su control prenatal durante los primeros 7 meses del embarazo, pero es muy frecuente que acudan también a consultas por desconocimiento de los eventos normales que ocurren durante el proceso de gestación y como pueden enfrentarlos y manejarlos. Estas frecuentes consultas aunadas al creciente número de derechohabientes provoca que la consulta externa se sobresature y esto a su vez origina que el personal medico de esta área se vea obligado a brindar un servicio pobre en la calidad de la atención por no poder dedicar el tiempo suficiente a cada paciente, pues la demanda de consulta general incrementa las

cargas de trabajo al escaso personal profesional de área de consulta familiar. Con un programa de Psicoprofilaxis Perinatal, la información, orientación y educación que la gestante necesita saber, puede ofrecerse en sesiones colectivas en las cuales el número de participantes este de acuerdo con la demanda, de esta manera la consulta individual de la embarazada puede reducirse a los controles prenatales y a los casos de emergencia que puedan presentarse en la embarazada. Con ello la consulta externa no se vería tan presionada y así estar en condición de otorgar mejor atención con mayor calidad y más humanizada al tener mas tiempo para dedicar a pacientes con otros padecimientos.

- b) Mayor aprovechamiento del área de Medicina Preventiva. Como las embarazadas también acuden a esta área y ello en virtud a recibir orientación con respecto a las vacunas que debe aplicarse durante el embarazo, medicinas de higiene recomendables, lactancia materna, vacunas para su hijo, entre otras y que también la mayoría son en forma individual, las consultas de las embarazadas aunadas a las personas con otro tipo de padecimientos sobrecargan la consulta de esta área con la consecuente atención pobre en calidad y otros aspectos. Las sesiones colectivas que se pueden realizar con relación a los aspectos arriba señalados empleando el método, limitaran la consulta de embarazadas a la aplicación de las vacunas, y con ello estar en condiciones de atender mejor a otros pacientes con padecimientos de otras índoles.
- c) Con el área de planificación Familiar puede suceder lo mismo, en virtud de que el programa de Psicoprofilaxis también incluye éste aspecto tan importante como lo es la Planificación Familiar.
- d) Mayor aprovechamiento del personal profesional especializado. Por ser la Psicoprofilaxis Perinatal un sistema multidisciplinario que requiere la coordinación de diferentes especialistas, las sesiones al ser colectivas beneficiarian a muchas embarazadas al mismo tiempo, y para programar el contenido de las sesiones intervendrían en forma coordinada y programada los especialistas que tienen injerencia en la atención y cuidado del proceso gestacional, parto, puerperio y cuidados al recién nacido, tales como el ginecobstetra, psicólogo, medico familiar, trabajadora social, educadora en Psicoprofilaxis Perinatal, con lo cual se estaría brindando atención de manera coordinada y por tanto mas efectiva, reduciendo el número de consultas e interconsultas en lo individual y en las que generalmente no hay coordinación para el seguimiento de la atención al proceso gestacional.
- e) Disminución de costos. En materia de fármacos anestésicos, sedantes y anestesia, así como en otros materiales utilizados e intervenciones, no necesarias en muchos casos, tales como la cesárea y la episiotomía, tiempo de uso de quirófano, anestesia y otros, pues con la educación y adiestramiento en el Método Psicoprofiláctico cuya orientación es el parto en forma natural, es posible evitar el uso y empleo de los recursos antes mencionados, sustituyéndolos con técnicas y recursos naturales que puede utilizar la mujer durante el parto y con ello no solamente se logra evitar riesgos para la salud materno-fetal, reducir costos innecesarios para el instituto. Además reduce costos al ser menor la estancia hospitalaria ya que la recuperación postparto es mas rápida.

Para la embarazada:

El uso y aplicación de los conocimientos teóricos y la instrucción física y psicológica que le proporciona el método, lo cual fue descrito en la parte relativa a los elementos didácticos, fisioterapéutico y psicoterapéutico del capítulo correspondiente al Marco Teórico, habrán

de permitirle enfrentar y manejar adecuadamente, para su beneficio y de su producto, los eventos propios del embarazo, parto puerperio y en relación al recién nacido y así de esta manera estar en condiciones de vivir esta experiencia en forma satisfactoria, saludable y gratificante. Así también en base a la atención recibida con el Método y la satisfacción que este le haya proporcionado, también podrá contribuir al aumento de la confianza en la atención y los servicios que proporciona el instituto, en virtud de que con el método se promueve el trato humanizado. Otras ventajas mas que se proporciona a la gestante en comparación con el método tradicional de parto son: trabajo de parto y periodo expulsivo mas cortos, episiotomía menor o nula, recuperación mas rápida, menor dolor postparto y menor estancia hospitalaria, siendo estas ventajas de beneficio tanto para la madre como para el instituto pues representa menores costos y mejor aprovechamiento de los recursos e instalaciones que se requieran para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Todas las consideraciones mencionadas en este capítulo, no solamente son fuertes motivaciones que impulsaron la realización del presente trabajo de investigación, también constituyen una sólida justificación para un programa de Psicoprofiláxis Perinatal en el Hospital General "A" ISSSTE Tampico, el cual está en concordancia con los ordenamientos jurídico asistenciales y de atención medica establecidos por la Secretaria de Salud y con la filosofía y objetivos del Instituto en materia de prestación de servicios y atención al derechohabiente.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Demostrar por medio de la educación Psicoprofiláctica Perinatal la mujer embarazada puede poner en práctica los conocimientos teórico/prácticos que le permitirán:

- 1.- Asumir una actitud responsable y con confianza con respecto a el cuidado de su salud y de su hijo que esta por nacer, y que en mayor medida, de ella dependen estos cuidados.
2. Estar en condiciones de identificar los eventos que ocurren durante el embarazo, trabajo de parto, parto y con respecto al recién nacido, así como identificar los signos de alarma que pudieran presentarse y requieran atención inmediata.
3. Utilizar las técnicas y recursos naturales que le permitirán mayor control sobre el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto y asumir una actitud positiva y libre de perjuicios que le permitan enfrentar adecuadamente estos eventos.
4. Llevar a cabo el parto en forma natural; con confianza y seguridad para manejar adecuadamente los factores temor y ansiedad y lograr la disminución del dolor.
5. Además mediante la orientación y educación psicoprofiláctica se pretende crear una nueva cultura en la mujer embarazada derechohabiente con respecto al embarazo, parto y cuidados al recién nacido, con la cual ella y su pareja asuman el papel protagónico en estos eventos y participen plena, consciente y activamente y contribuyan a que se desarrolle de la manera que debe ser: normal y natural.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Disociar la sinergia de grupos musculares homólogos por medio de la relajación concentrativa activa, con la finalidad de promover conducta inteligente y aumentar el tono cortical.
2. Corregir cambios naturales posturales producidos por el embarazo, disminuir dolor y parestesias producidas por contracturas musculares y compresiones nerviosas, relajación de músculos antagonistas, mejorar la condición física y circulación general por medio de la terapia física.
3. Propiciar la orientación uterina durante las contracciones por medio de posiciones verticales, ejercicios de extensión abdominal y ejercicio expulsivo para facilitar el parto.
4. Proporcionar orientación, motivación y conocimientos con la finalidad de crear actitudes positivas en la embarazada que le permitan adquirir seguridad y confianza durante el embarazo y parto.
5. Propiciar la disminución del temor, ansiedad y dolor mediante el uso de técnicas de terapia psicológica.
6. Promover la participación de la pareja para propiciar la integridad familiar.
7. Instruir a la pareja con respecto de los cuidados al recién nacido.
8. Promover los beneficios de la lactancia materna
9. Contribuir a la planificación familiar
10. Promover el mejoramiento de la nutrición física y emocional.
11. Promover la humanización de la atención y servicios que ofrece el instituto.

12. Contribuir al mejor y mayor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros con que cuenta el instituto, y
13. Contribuir al mejoramiento de la imagen institucional.

METODOLOGIA

A) LUGAR Y TIEMPO

La investigación tiene lugar en las instalaciones del Hospital General "A" ISSSTE Tampico, durante el periodo que comprende del 16 de febrero al 16 de noviembre de 1995.

POBLACION

Las mujeres embarazadas registradas como derechohabientes del servicio medico en el Hospital General "A" ISSSTE Tampico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La mujeres embarazadas que se acumulen durante el periodo de estudio y cuyo número para fines de análisis estadístico no deberá ser menor de 24 casos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres embarazadas derechohabientes del servicio medico Hospital General "A" ISSSTE Tampico, cuya edad este en el rango de 16 a 37 años, con un mínimo de 16 semanas de embarazo y un máximo de 26 semanas, con riesgo reproductivo no mayor de 5, valorado por el personal del modulo materno infantil en la forma MF 7/85 Atención prenatal y riesgo reproductivo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Mujeres embarazadas menores de 16 años de edad y mayores de 37 años; aquellas que aún no tienen 16 semanas de embarazo o que sobrepasan las 26 semanas; mujeres embarazadas cuyo riesgo reproductivo sea mayor de 5 valoradas por el modulo materno infantil (esto último significa que en el embarazo de alto riesgo no pueda o no deba emplearse el Método Psicoprofiláctico Perinatal. Por razones prácticas de este estudio en particular se decidió excluir a las mujeres con un embarazo de alto riesgo).

TIPO DE INVESTIGACION:

Clínica, Observacional, Transversal, Prospectiva, Abierta.

DEFINICION DE LAS VARIABLES DE ÉSTUDIO:

Las variables susceptibles de medición para efectos del presente estudio son:

- Aprovechamiento en el aprendizaje de los recursos obstétricos utilizados en este Método Psicoprofiláctico.
- Edad
- Riesgo reproductivo

- Escolaridad
- Porcentaje de participantes con conocimiento del Método Psicoprofiláctico
- Porcentaje de participantes con conocimientos de algún método de preparación para el embarazo, parto y puerperio y de cuidados al recién nacido, distinto al método Psicoprofiláctico.
- Motivos que indujeron a las embarazadas a participar en el programa.
- Temor al parto, antes y después del curso.
- Tendencias a practicar lactancia materna
- Gestas

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

Recursos Obstétricos. Es el conjunto de técnicas empleadas para el adiestramiento y acondicionamiento de los reflejos con la finalidad de facilitar a la embarazada el manejo del parto. Entre las técnicas podemos mencionar: ejercicios de extensión abdominal, ejercicios expulsivo, respiración torácica, jadeo, masajes como técnica de control del dolor, relajación sistemática. El aprovechamiento en el aprendizaje de las estrategias psicológicas como recurso para el manejo del embarazo, trabajo de parto y parto, no puede medirse en forma cuantitativa y por separado de la fisioterapia, puesto que la psicoterapia, como ya mencionamos en notas anteriores, esta íntimamente relacionada y en conjunto ambas terapias producen el efecto común deseado que es la eliminación del círculo vicioso Temor-Tension-Dolor. Entre las diversas estrategias psicológicas que existen para efectos del presente estudio se utilizaron las siguientes: a) Control Cognoscitivo, b) Práctica Cognoscitiva, c) Efecto Hawthorne, d) Desensibilización Sistemática.

ASPECTOS ETICOS

RIESGO DE LA INVESTIGACION:

El desarrollo del presente estudio no representa riesgo para las especificaciones mencionadas en los criterios de inclusión. Además por tratarse del empleo de recursos eminentemente naturales, no se utilizan fármacos, ni tampoco procedimientos quirúrgicos o instrumentales de alta tecnología que pueden causar daños obstétricos y a la salud materna fetal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

A todas las participantes se les informo al inicio del curso, que formarán parte de un grupo sujeto de estudio con fines exclusivamente estadístico y de investigación. Se les informó también la no obligatoriedad de su participación y del derecho de retirarse del grupo sujeto de estudio según conviniera a sus intereses particulares. En el anexo 3 se presenta el formato de consentimiento y aceptación.

ORGANIZACIÓN

PROGRAMA DE TRABAJO:

El desarrollo del presente estudio se dividió en dos fases: la primera fase se lleva a cabo el día 16 de Febrero al 29 de Junio de 1995 y la segunda fase del 6 de julio al 16 de Noviembre del mismo año.

RECURSOS HUMANOS:

Para efectos del presente estudio se contó con la participación del siguiente equipo interdisciplinario: Un medico general que es también educadora en Psicoprofilaxis Perinatal (quien a la vez es la responsable del presente estudio), una psicologa, ginecobotetra, peditra, dietista, trabajadora social, todos ellos forman parte del personal que labora en el Hospital General "A" ISSSTE Tampico.

RECURSOS MATERIALES:

El equipo audiovisual con que cuenta el Hospital como: proyector de transparencias y acetatos, televisor, videocassetera, pizarra, material didáctico diverso como fotocopias, acetatos, cartulinas, marcadores, hojas de papel bond y lápices, representaron un gasto que fue absorbido por la responsable de este estudio, en virtud de que no fue asignado presupuesto para gastos.

PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION:

Con la finalidad de recolectar en forma práctica y sencilla la información base para el análisis de los resultados del presente estudio, se diseñaron tres formatos y además se utilizó un formato de uso rutinario en el Hospital General "A" ISSSTE Tampico, los cuales se presentan en el anexo 2.

La metodología del procedimiento para la recolección de datos consistió en lo siguiente:

Primeramente se obtuvo la información correspondiente a la valorización del riesgo reproductivo (R.R.) de cada una de las candidatas contemplada en la forma MF7/85 Atención Médica Prenatal y riesgo reproductivo con la finalidad de constatar que el R.R. de las candidatas enviadas por el módulo materno infantil, no sobrepasara los cinco puntos de valorización. Una vez constatado lo anterior se procedió a efectuar la entrevista inicial por medio de la cual logramos obtener un perfil psicológico y sociocultural de cada una de las participantes, la cual nos permite establecer las pautas para el inicio de la educación didáctica y la terapia psicológica que se proporciona durante todo el curso para establecer el rapport necesario.

Posteriormente al iniciar la terapia física y durante cada una de las sesiones se procede a la evaluación parcial del aprendizaje de los recursos obstétricos y estrategias psicológicas. Los resultados parciales se van anotando en el formato de evaluación de Recursos Obstétricos y Simulacro de Parto, en este formato se anota también la evaluación final en base a la realización del simulacro de parto en el que participan. Por último al finalizar el curso se procede también a realizar la entrevista final que nos permite evaluar los cambios de actitud, estado emocional y conocimiento adquiridos para llegar al parto en condiciones de seguridad y confianza en el plano tanto físico como psicológico.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

El total de mujeres embarazadas derechohabientes del Hospital General ISSSTE Tampico, que aceptó participar en el presente estudio fue de veintiséis (26).

Las variables que se procedió a evaluar en este grupo de estudio fueron las siguientes:

- Edad
- Riesgo Reproductivo
- Escolaridad
- Gestas
- Participantes con conocimiento del Método Psicoprofiláctico Perinatal como alternativa de preparación para el embarazo, parto puerperio y cuidados del recién nacido.
- Participantes con conocimientos de otras alternativas diferentes a las Psicoprofilaxis, encaminadas para prepararlas para el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.
- Motivos que le indujeron a participar en el curso
- Actitud del esposo con respecto a la participación de la embarazada en el curso
- La relación de la embarazada con su esposo
- Principales preocupaciones que afectan al grupo de estudio
- Temor al parto antes del curso
- Tendencias del grupo de estudio con respecto a practicar la lactancia materna.
- Aprovechamiento en el aprendizaje de los recursos obstétricos y estrategias Psicológicas utilizadas en este Método Psicoprofiláctico Perinatal.
- Actitud con respecto al temor al parto después de participar en el curso.

De el total de participantes, se observó que el mayor porcentaje (39%) quedo ubicado en un rango de edad comprendido de los 25 años a los 29 años. La moda en este mismo rango fue de 29 años; ver GRAFICA 1.

El R. Reproductivo considerado para este estudio fue de 1 a 5 puntos valorativos. En este rango el 46.15% de las participantes presentó un R.R. de 1, seguido de un 34.61% con una valoración de 2. El porcentaje restante se valoró con 1.5, 4, 4.5, y 5 puntos. Ver GRAFICA 2.

La escolaridad del grupo en estudio presentó las características siguientes:
Ver GRAFICA 3.

ESCOLARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
Profesional	16	61.53%
Carrera Técnica o Comercial	6	23.07%
Secundaria	2	7.69%
Preparatoria	1	3.84%
Primaria	1	3.84%

Como se observa, es altamente significativo que aproximadamente el 85% de las participantes cursaron estudios profesionales y de nivel medio superior. Lo cual en si mismo denota un perfil intelectual con mayor posibilidad de aprovechamiento, aunque no es un factor determinante para ponderar que a mayor aptitud para ser gestante y futura madre. Además el sistema de Psicoprofilaxis Perinatal esta diseñado para educar y preparar a mujeres y parejas de diversos niveles socioculturales y por tanto no es privativo o excluyente para determinadas clases socioeconómicas y culturales.

En este estudio, el numero de gestas (embarazos) de las participantes mostró la distribución siguiente: ver GRAFICA 4.

GESTAS	CASOS	PORCENTAJE
primera	19	33.07%
Segunda	5	19.23%
Tercera	1	3.84%
Cuarta	1	3.84%

En el grupo de primigestas (primera gesta) la edad promedio fue de 25.5 años, en cuanto a las que son segundas gestas 2 abortaron, 1 tuvo cesárea y 2 fueron partos normales en su primer embarazo.

En cuanto al conocimiento de las participantes con respecto al método Psicoprofiláctico Perinatal como alternativa de preparación para el embarazo, parto y puerperio y cuidados al recién nacido, el 73% manifestó desconocer esta alternativa y en que consiste. El 27% restante solo sabia en forma general de que se trataba de una preparación para el parto, información que recibieron ya sea por medio del medico general, el ginecólogo, trabajadora social o modulo materno infantil de este hospital; ver GRAFICA 5.

De las participantes, resulta particularmente de consideración que el 96.15% nunca antes recibió preparación para el embarazo, parto y puerperio y cuidados del recién nacido por otros métodos y mas significativo aún es el hecho de que el 30.76% cuenta con al menos una gesta anterior. El 3.85% había leído algunas indicaciones acerca del embarazo y lactancia en revistas comerciales; ver GRAFICA 6.

El desconocimiento y la incertidumbre con respecto a los eventos que ocurren durante el embarazo, parto, así como de los cuidados del recién nacido, conjuntamente con el desconcierto provocado por la información errónea que han recibido por parte de familiares y/o amistades, contribuido a que las participantes hayan manifestado los siguientes motivos para ingresar al curso; ver GRAFICA 7.

El 65.38% desea procurar lo mejor para su bebé tanto en el proceso de gestación como al nacer, el 11.53% manifestó su deseo de aprender todo lo concerniente al embarazo, parto, así como cuidados del bebé, el 19.23% expresó ambos motivos anteriores y solo el 3.84% acudió por curiosidad.

Continuamos con la actitud del esposo con respecto a la participación de la gestante en el programa de Psicoprofilaxis Perinatal, resultando que el 84.61% manifestó interés lo cual contribuye sobremanera en la propia actitud y disposición de la embarazada permitiéndole sentirse apoyada, con confianza y ahondando en este cuestionamiento expresaron que la decisión de concebir fue tomada de común acuerdo por la pareja (esto se describe en el siguiente punto y gráfica); solo se presentó un caso en el que el cónyuge desconoce el estado de gravidez de la mujer y se debe a que los cónyuges están separados por sus conflictos en su relación; ver GRAFICA 8.

En lo referente a la relación de la gestante con su cónyuge, se observó que el 53.84% dijo tener muy buena relación matrimonial lo cual influye positivamente en la actitud y disposición de la embarazada y en cierta medida contribuye a aligerar los sentimientos de ambivalencia, desconcierto y la aprehensión. El 3.46% expresó que la relación con su esposo es buena en términos generales, en estos casos conjuntamente con las que la relación con su pareja es regular o que por razones de conflicto no la hay (3.84% respectivamente), la tendencia del médico-educador es el establecimiento de un rapport mucho más fuerte. Ver GRAFICA 9.

Las preocupaciones de diversa índole que también afronta la embarazada, es un factor que provoca efectos tanto de nivel físico como a nivel emocional afectando sus actitudes y condicionamiento.

Sin embargo en este estudio en particular, es asombroso observar que el 38.46% de las participaciones manifestó no tener ninguna preocupación y ello debido a que cuentan con el apoyo y afecto del cónyuge, tienen empleo y un alto grado de autoestima. El 30.76% externó preocupación de salud, en este caso se hace la aclaración que se refirieron al temor que sienten a enfermarse durante el embarazo, solo un caso si presenta problemas de salud por padecer crisis convulsivas. Quienes manifestaron preocupación de tipo familiar, este se debe a conflictos con su familia y con la de su cónyuge, un caso expreso preocupación por tener problemas de carácter laboral; ver GRAFICA 10..

El temor al parto es otro factor que afecta en gran medida el condicionamiento de la embarazada y uno de los objetivos de la Psicoprofilaxis Perinatal es modificar la actitud de la gestante con respecto al parto con el fin de eliminar el temor. Al inicio del Programa, las participantes manifestaron diversos temores los cuales se han clasificado en cuatro rubros

para efectos prácticos de graficación: el 34.61% de las gestantes del grupo de estudio expreso temor causado por los cambios y los eventos que están por cubrir durante el embarazo y parto, pues carecen de información, conocimientos y orientación al respecto; lo anterior se concluyó en el rubro de lo desconocido. El 15.38% es alto, pues dos de ellas son mayores de 30 años de edad, un caso con prolongado periodo entre el último parto y su actual gesta y una por el antecedente de Síndrome Convulsivo. En el 11.53% se puso en manifiesto el miedo al dolor del parto, pues recibieron información distorsionada de familiares y amistades en el sentido de que el parto es sumamente doloroso, que casi siempre surgen complicaciones, que experimentaron intensos dolores también después del parto y otras exageraciones que se presentan solo en casos excepcionales; al mismo tiempo temor a lo desconocido como al causado por mecanismo huella y que representaron un 7.69%.

Resulta muy interesante observar que el 30.76% de los participantes menciona el no tener temor al parto y especialmente porque son primigestas. Sin embargo en considerable medida puede ser atribuible a que sienten el apoyo de su cónyuge y su estrecha relación con este, así como las expectativas que se crearon al enterarse, aun cuando en forma general, de que al participar en el Programa de Psicoprofilaxis Perinatal recibirían una preparación completa con respecto al embarazo, parto y cuidados al recién nacido; ver GRAFICA 11.

Al preguntar a las participantes en este estudio acerca de si pensaban amamantar o no a su bebé; el total de ellas respondió sí.

Conviene hacer notar que el 19.23% de las gestantes cuentan con experiencia personal en este sentido, pues ya tienen hijos recién nacidos vivos a los cuales han amamantado. El 80.77% que también dijo tener intención de proporcionar leche materna a su bebé; solamente tienen una idea muy general de que es bueno amamantar a su hijo, debido en parte a información recibida por medio de familiares, amistades, revistas comerciales o las campañas publicitarias que esporádicamente promueven el Sistema Nacional de Salud. Un reducido porcentaje recibió información de personal medico o trabajadores del Instituto; ver GRAFICA 12.

Sin embargo quedó demostrado que carecían de información adecuada y orientación profesional con respecto a la bondad y ventajas nutricionales y de salud materno infantil que proporciona la lactancia, pues al pedirles que mencionaran las ventajas que conocían al respecto, la distribución fue la siguiente: ver GRAFICA 13.

No.	DE VENTAJAS MENCIONADAS	POCENTAJE DE PARTICIPANTES
1		42.31% *
2		34.61%
3		11.53%
4		3.84%
5		7.69%

- el 27% de este total ya tiene hijos nacidos vivos

El aprovechamiento de los Recursos Obstétricos es una función fundamental en todo Programa de Psicoprofilaxis Perinatal, puesto que del aprendizaje y la utilización de dichos recursos depende en considerable medida el facilitamiento del trabajo de parto y el parto en si mismo. Sin embargo para efectos de evaluar el aprendizaje de los mismos, no existe una escala ordinal para su cuantificación. Por tanto, en forma arbitraria y para fines prácticos de medición, en nuestro caso particular se establecieron tres niveles de aprovechamiento que se asignaron en forma respectiva según la apreciación profesional del investigador responsable, presentados a continuación los resultados GRAFICAS: de 14A a la 14E.

RECURSOS OBSTETRICIOS	NIVEL DE APROVECHAMIENTO	PORCENTAJE
a) Respiración Torácica	Muy bueno	27.78%
	Bueno	61.11%
	Regular	11.11%
b) Ejercicio de Extensión Abdominal en sus 3 variedades	Muy bueno	
	Bueno	88.89%
	Regular	11.11%
c) Relajación en sus 3 variedades	Muy bueno	16.67%
	Bueno	55.55%
	Regular	27.78%
d) Jadeo	Muy bueno	
	Bueno	38.89%
	regular	61.11%
e) Ejercicio expulsivo	Muy bueno	
	Bueno	66.67%
	Regular	33.33%

Como se observa en el inciso relativo a los ejercicios de extensión abdominal, ninguna de las participantes obtuvo nivel muy bueno, esto es comprensible en gran medida por la complejidad relativa de los mismos, lo cual fue externado por las participantes ya que según se observó, no los practicaban con la frecuencia que se les indicó.

En el caso del jadeo, las participantes manifestaron sentir cierta dificultad para usar este recurso por periodos prolongados.

En cuanto al ejercicio expulsivo la ausencia de nivel muy bueno tiene como motivo externado por las participantes la sensación se salida del bebé al percibir la extensión excesiva del periné. En este caso se les recuerda que el trabajo de parto tiene una duración aproximada de 6 a 12 horas, y no hay salida del producto antes de tiempo, por lo cual deben rechazar el temor a la práctica de este recurso.

Al finalizar el curso se practicó un simulacro de Trabajo Parto, con la finalidad de evaluar en conjunto el conocimiento de todos los eventos que suceden desde antes del

inicio del trabajo de parto y los Recursos Obstétricos y Estrategias Psicológicas que deberán emplear en esta etapa; ver GRAFICA 14F

SIMULACRO DE TRABAJO DE PARTO

NIVELES DE APROVECHAMIENTO	PORCENTAJE
Muy bueno	11.11%
Bueno	55.55%
Regular	33.34%

Finalmente se procedió a realizar una evaluación de la actitud de los participantes con respecto al Temor al parto después de haber terminado el curso. Con esta finalidad, se les cuestiono al respecto y procedió a efectuar un minucioso análisis comparativo en base a sus sentimientos expresados al inicio del curso y los manifestados al finalizar su participación en el mismo:

Un 8% manifestó haber adquirido seguridad y confianza en si mismas y demostró un alto espíritu de combatibilidad.

El 19% de las participantes externó que el aprendizaje de las diferentes técnicas psicoterapéuticas y fisioterapéuticas les proporcionó seguridad.

El 65% expresó que el haber participado en el curso contribuyó a la disminución del miedo de manera sustancial, además de haber adquirido confianza en si mismas.

Un 4% manifestó que el curso le ayudó a fortalecer los lazos afectivos con su pareja, así como la adquisición de confianza como resultado de lo aprendido durante el curso.

Solamente un caso (4%) demostró persistencia del miedo, esto como consecuencia de patología materna.

La gráfica 15 demuestra en detalle la actitud de cada una de las parturientas antes y después del curso.

Es importante destacar que aún cuando al inicio del curso un 30% de las participantes manifestaron no sentir temor al parto, al finalizar su participación el 50% de este grupo externó experimentar considerablemente disminución del miedo y confianza. Aparentemente el sesgo en las respuestas a simple vista puede considerarse como una rotunda contradicción. Sin embargo al analizar detalladamente estos casos, resalta el hecho de que ninguna de estas mujeres se encontraba maleada por mecanismos de huella, además de que ninguna de ellas desde un principio mostraron una personalidad con alto grado de seguridad y confianza en si mismas.

En el anexo 5 se ilustra el Análisis y Evaluación Matemática del Programa Piloto en el Método Psicoprofiláctico que fué objeto de estudio para el presente trabajo.

En base al análisis de la χ^2 , se observó una diferencia estadísticamente significativa en relación a los niveles de incertidumbre al inicio y final del curso.

CONCLUSIONES

Por diversas razones el número de participantes en el presente estudio fue bajo si se considera el número de mujeres embarazadas que son derechohabientes en el Hospital General "A" ISSSTE Tampico. Sabemos que el tamaño de la muestra en este caso en particular no nos permite hacer inferencias concluyentes, pero consideramos que los resultados obtenidos y que se analizaron y evaluaron en el capítulo anterior, si nos permite llegar a conclusiones parciales.

La edad promedio que se observa nos proporciona una idea de que la decisión de embarazarse es tomada con mayor concientización y madurez, sin embargo es alarmante el desconocimiento de alternativas de preparación para el embarazo, parto y cuidados del recién nacido no obstante el grado de escolaridad elevado, y la experiencia con que cuenta una cuarta parte de las embarazadas por haber tenido ya hijos nacidos vivos con anterioridad. Destaca especialmente la falta de difusión de programas de medicina preventiva dirigidos a orientar, informar y educar a la embarazada con respecto al proceso gestacional, lactancia y cuidados del recién nacido prevaleciendo la desinformación así como los mitos y falacias al respecto.

Es significativo observar la influencia positiva que ejerce sobre la embarazada las actitudes del cónyuge y las relaciones de la pareja, lo cual demuestra la madurez emocional de los trabajadores al servicio del estado, demuestra también que la pareja que se demuestra apoyo mutuamente puede formar una familia bien cimentada con el apoyo de programas institucionales, orientación y educación integral y de esta manera contribuir al bienestar social.

Es confortante que los esfuerzos realizados para desarrollar el Programa Piloto en el Método Psicoprofiláctico Perinatal en nuestro hospital, han rendido frutos substanciales al comprobar por medio de las evaluaciones efectuadas, que el aprovechamiento y aprendizaje tanto de conocimientos teóricos, educativos, así como de los recursos obstétricos y estrategias psicológicas han logrado modificar la actitud de las participantes con respecto al embarazo, parto y cuidados neonatales, pues al inicio del programa y al término de su participación, la actitud de las gestantes es radicalmente distinta, positiva de madurez y conciencia de su estado y condición, emocional y físicamente revestidas de seguridad, confianza y entusiasmo ante los sucesos que están y continuarán experimentando, aún después del período neonatal.

Particularmente es gratificante que las grávidas que iniciaron y terminaron el curso y que ya dieron a luz, al momento de finalizar la elaboración de este documento, la mayoría ha externado su agradecimiento expresando que su parto se desarrolló conforme a las expectativas que se formaron de acuerdo a los conocimientos, orientaciones y destrezas adquiridas durante el curso. Aquí nos permitimos un paréntesis para destacar que las expresiones manifestadas eran de alegría y entusiasmo.

No es dable negar que adolecemos de deficiencias y carencias que obviamente no nos permitieron que el programa contara con las aportaciones necesarias para contar con mayor nivel de seguridad y confianza para efectuar inferencias estadísticas conforme a la población que constituye el marco de referencia para este tipo de estudios.

Sin embargo esperamos con certeza que en el futuro próximo, podamos contar con el apoyo suficiente de recursos financieros, materiales y humanos, y que como hemos señalado en notas anteriores no representan erogaciones excesivas que se consideren como limitantes para que el Sistema de Psicoprofilaxis Perinatal sea excluido de los planes y programas de medicina preventiva del Hospital General "A" ISSSTE Tampico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Reed, G.D. Natural Childbirth. William Heinemann, LTD. London 1933
- 2.- Velvosky, I.Z. Psicoprophilaxis of the pain of the Childbirth. A Complex System Pediat. Ed. Interamericana 1976.
- 3.- Lynn, N. Pain Theory and Childbirth. ICEA Review. Edit International Childbirth Education Association Inc. Minneapolis Minn. 1980
- 4.- Jiménez. S.L. Supportive Pain Management Strategies, Edit W.B. Saunders Co. Philadelphia, Penn. 1988
- 5.- Hilbers, S.M. Non Pharmaceutical Pain Relief. NAACOG Journal Calif 1986
- 6.- Thompson, Trisha. Does Labor Have to Hurt? Childbirth Educator 1991
- 7.- Morales, A.S. Psicoprofilaxis Obstétrica. En primer Curso Internacional y Primer Congreso Peruano de Psicoprofilaxis Obstétrica, ASPPO'96 Lima, Perú.
- 8.- Asociación Nacional de Instructoras en Psicoprofilaxis Perinatal (ANIPP). Nuestra filosofía del Parto. www.anipp.org.mx. Ultima modificación de este artículo mayo 1998
- 9.- Trueba, G. Alternativas para la Atención del Parto. ANIPP 1997
- 10.- Peregrina, A. Qué se enseña en un curso de Psicoprofilaxis Perinatal. En: Memorias del Primer Congreso Nacional de Psicoprofilaxis Perinatal ANIPP AJPO., Guadalajara, Jal. Mex. Mayo de 1995.
- 11.- Ceniceros, M. Tesis Modificaciones en la curva de Friedman en pacientes primigenistas con curso Psicoprofiláctico. Subdirección General Medica del ISSSTE. Hospital General 1°. De Octubre Jefatura de Enseñanza e Investigación Medica. Enero de 1990.
- 12.- Jurado, E. La Atención Primaria de la Salud Perinatal. En: Memorias del V Simposium GEN. México, Abril 1992.
- 13.- Torregrosa, ZS. Mecanismos y Vías del Dolor. En: Ciencia al Día, Boletín Esc, Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23:202-206.
- 14.- Balter, K. A. Review of pain anatomy and physiology. Pain Digest 2:306-330 1992
- 15.- Bonica, J.J. Anatomic and Physiologic Basis of nociception and pain. En J.J. Bonica. The management of pain. 2nd ed. Philadelphia: 1990: 19-28
- 16.- García, A. En forma para el parto. En: Diario Medico Entorno. 18 de marzo 1997
- 17.- Elkayam U. Pregnancy and Cardiovascular Disease. Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine Braunward. Cap. 59 W.B. Saunders Company. 1997. Pp.1843-1864.
- 18.- Marty, P. La Psicósomática del Adulto. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1990.
- 19.- Barrientos RM. Cambios Respiratorios. En: Cambios generales fisiológicos durante el embarazo normal; La Cardiología en el inicio del Siglo XXI. Pfizer. Enero 2000.
- 20.- Asociación Nacional de Instructoras en Psicoprofilaxis Perinatal (ANIPP). Estado actual de la Psicoprofilaxis Perinatal. <http://anipp.org.mx/articulos.htm> (última revisión 3 de mayo de 1999)
- 21.- Alvarez Díaz, TA. Manual de Acupuntura. La Habana: Editorial Ciencias Medicas, 1992
- 22.- Ferrante, FM. Acute pain management. Anesthesia Analgesic 1993;76:S102-S103
- 23.- Lawson, J. Endorfinas. Ediciones Obelisco 1998

- 24.- Easterling T, Benedetti TJ, Shmucker BC, Millard SP. Maternal Hemodynamic in Normal and Preeclamptic Pregnancies. A longitudinal Study. *Obstetrics and Gynecology* 1990 76(6): 1061-1069
- 25.- Ladoucer, R., Fontaine, O. y Cottraux, J. *Terapia Cognitiva y Comportamental*. Editorial Masson, S.A. 1994.
- 26.- Walsh, ME. Miedo al Dolor. En: *Revista Clarin*. Buenos Aires, Argentina. 21 de Agosto de 1994.
- 27.- Mucci, MC. Dolor sensación, dolor percepción, en psicoprofilaxis quirúrgica, En: *Primeras Jornadas Argentinas del Dolor, de la Asociación Argentina para el Estudio del Dolor*. *Revista Acheronta* Número 3 Mayo 1996.
- 28.- Corsi, J, *Psicoterapia breve Multidimensional*. Editorial Tekne. 1994
- 29.- Fernández Soricetti, FJ. Fractura de la relación medico-paciente. En: *Claves en Psicoanálisis y Medicina*, No. 1:37-38,1991
- 30.- Simón, MA. *Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención*. Colección Psicológica. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid, España. 1993
- 31.- Sargent, C, Bascope G. Way of knowing about birth in three cultures. *Med-Anthropol-Q*.1996 Jun;10(2): 213-36 (Medline)
- 32.- Morales, PE. Prevención del Dolor Crónico. En: *Memorias del II Congreso Internacional del Dolor y I de Cuidados Paliativos*. Tampico, Tamps. México. 19, 20, 21 Noviembre 1998.
33. Paille, C. Vías de Conducción del Estímulo Doloroso. En: C. Paille, H. Saavedra (Eds). *El dolor, aspectos básicos y clínicos*. Santiago: Mediterráneo, 1990
34. Sepulveda, DS. Respuesta Sistémica al Dolor Agudo. *Boletín Esc. De Medicina*, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23:152-154
35. Stevens, RJ. *Psychological Strategies for management of pain in prepared Childbirth. A review of the research*. Edit Blackwell Scientific Publications. Cambridge, Ma.
36. Hilgard E and J. *La Hipnosis en el Alivio del Dolor*. Fondo de Cultura Económica, México 1990
37. Gómez MA. Utilidad de la Acupuntura del Dolor y su Uso en las Unidades de Cuidados Paliativos. En: *Memorias del II Congreso Internacional del Dolor y I de Cuidados Paliativos*. Tampico, Tamps. México. Nov. 1998
38. Phillips GD, Cousins MJ. Neurological Mechanism of Pain and the Relationship of the pain, anxiety and sleep. En: MJ Cousins, Phillips GD. *Acute pain management*. New York; Churchill Livingstone, 1986
39. Golberg, J. *Las Endorfinas*. Editorial Gedisa, México 1989
40. Morcelli, CS. Estado Actual de la Psicoprofilaxis, En: *Primer Congreso Nacional de Psicoprofilaxis Perinatal*, Guadalajara, Jal. México 1995.
41. Organización Mundial de la Salud. Control prenatal. Reporte de Grupo Técnico de Trabajo del Programa para una Maternidad Segura. Ginebra 1994
42. Trejo, RCA. Mortalidad Materna Evolución de su Estudio en México en los últimos 25 años. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 65:317-325 Agosto 1997.
43. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. *Diario Oficial de la Federación*. México, D.F., 23 de octubre de 1993
- 44.- Langer A; Farnout U; García C; Barrios F; Viator C; Belizan JM; Villar J. *Ensayo Latinoamericano de Soporte Psicosocial durante el embarazo. Efectos sobre Bienestar y*

Satisfacción Materna. Red Latinoamericana para la Investigación Perinatal y Reproductiva. Soc-Sci-Med 1996 Jun;42 (11)1589-97 (MEDLINE)

45. Ruiz M, SA; Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar. Informe de 25 años, 1968-1992. Ginecología y Obstetricia de México 1995;63:452-459
46. Cervera FM., Escobedo AA., Ramírez RT., La Medición de la Mortalidad Materna a partir de las Estadísticas Vitales. Mortalidad Materna y Perinatal. Acciones para su reducción, Cifras y Hechos 1989-1994. Dirección General de Atención Materno Infantil. S.S., 1994;71-8
47. Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna Perinatal. Informe Preliminar, Enero-Junio de 1994. México Noviembre 1994
48. Trueba, G. Midwifery in México. Vol 4, No.4, Abril 1994. Gran Bretaña.
49. Suarez Ojeda, E.N. La Mortalidad Infantil y Perinatal en las Américas. En: XVIII Congreso Nacional de Pediatría. México Abril 1992 (Memorias)
50. Robinson, J. Birth Choices. En: Memorias del Congreso de la Confederación Internacional de Parteras. Vancouver, Canadá
51. Jones, C. Alternative Birth. Jeremy Tarcher Inc. Los Angeles, Calif. 1990
52. Martín del Campo Z., Camacho C. Tina Para el Nacimiento Acuático. Tesis Profesional México, 16 de Noviembre de 1991.
53. Hallet E., Ehrlich K. Midwife Means With Woman. California Association Of Midwives. E.E.U.U. 1991
54. Wolfe SM. and the Public Citizen Health Reseach Group with Jones RD. Women's HEALT Alert. Addison-Wesley: Reading MA. 1991
55. Simikin, P. Episiotomy vs No Episiotomy. ICEA Review, Edit International Childbirth Education Association Inc. Minneapolis, Minn 1992
56. Cajiga MF., Mendoza DL., Murguía GH. y col: Justificaciones actuales de la Operación Cesárea. Ginecología y Obstetricia de México. Suplemento I.1994;62:31-32
57. Iffy L., Apuzzio JL., Mitra S., Evans H., Ganesh V., Zentay, Z; Rates of cesarean section and perinatal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73:225
58. Botella, J. La historia de la Cesárea en el último medio siglo. En: Memoria del Simposium Internacional de Medicina Perinatal sobre Parto Quirúrgico en el Umbral del Año 2000. Madrid 1990
59. Guzmán S,A y cols: ¿Qué hacer para reducir el número de cesáreas? Ginecología y Obstetricia de México. 1997; 65:273
60. Rosen MG, Dickinson JC., Westhoff CL., Vaginal Birth after cesarean Section: A meta analysis of morbidity and mortality, Obstetric and Gynecology 1991.77: 465-70
61. De la Garza Q, C y cols: Parto después de cesárea en el Hospital de Ginecoobstetricia de Garza García, N.L. Ginecología y Obstetricia de México 1997;65:126
62. Rayburn WF., Zuspan FP. Tercera Edición: Drug Therapy in Obstetrics and Gynecology
63. El parto en casa o en el Hospital. El plan del parto. www.hoy.com.ec/libro6/parto/parto14.htm Last modified on 12-Feb-1998-10K bytes-in Spanish

ANEXO 1

PROGRAMA DE LA METODOLOGIA

I CONFERENCIA DE INICIACION

Que es Psicoprofiláxis, definición y concepto actual de acuerdo con la escuela de Psicoprofiláxis mexicana. Historia de Psicoprofiláxis. Justificación de la terapia física. Cuidados a los senos y estimulación temprana, masaje a los senos ficha de identificación, cuestionario inicial, horario, vestuario y accesorios.

II CAMBIOS PSICOLOGICOS DE LA PAREJA DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO: Actitud en el embarazo, miedos, mitos y falacias.

1.- CLASE PRACTICA:	Ejercicios físicos (EF). Cuidados sobre el sistema músculo esquelético y postura correcta. Masajes a los senos.
TAREA	EF, masajes y cuidados a los senos por el resto del curso diariamente. Llevar libreta de apuntes.

III NUTRICION Y ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA:

2.- CLASE PRACTICA:	EF, Enseñar respiración torácica (RT) y a checarla a la pareja, reforzar la enseñanza de estimulación temprana (masajes a los senos) y sus cuidados (ET)
TAREA	EF, ET, Localizar RT checada por pareja

IV PRIMERA CLASE OBSTETRICIA: ANATOMIA FISIOLÓGICA DE ORGANOS GENITALES, CICLO MENSTRUAL:

3.- CLASE PRACTICA:	EF, ET, RT, Enseñar Ejercicio de Extensión Abdominal (EEA) y mencionar su importancia
TAREA	EF, ET, RT 5 min/5min R normal (minuto efectivo de c/u total 10 min.). localizar EEA.

V SEGUNDA CLASE OBSTETRICIA: FECUNDACION, NIDACION Y DESARROLLO EMBRIONARIO:

- 4.- CLASE PRACTICA: EF, ET, RT Y EEA. Enseñar relajación sencilla o por partes y explicar su importancia y la de la relajación concentrativa activa con disociación del Sinergismo Muscular
- TAREA EF, RT 10 min/10min EEA. Localizar Relajación Sencilla.

VI TERCERA CLASE OBSTETRICIA: TRABAJO DE PARTO (DETERMINISMO, PERIODOS, COMPORTAMIENTO NORMAL DE LA FIBRA UTERINA, CIRCULACION PLACENTARIA DURANTE LA CONTRACCION):

- 5.- CLASE PRACTICA: Enseñar técnica de masajes para control del dolor de parto, explicar su importancia EF, RT/EEA, relajación sencilla checada por la pareja físicamente.
- TAREA EF, RT 15min/15min EEA. Localizar relajación sencilla checada físicamente por pareja.

VII CUARTA CLASE OBSTETRICIA: MECANISMO DE TRABAJO DE PARTO:

- 6.- CLASE PRACTICA: EF, ET, EEA, Relajación sencilla (chechar físicamente) Enseñar Jadeo Nariz-boca, su utilidad y momento en que se emplea
- TAREA EF, ET, RT 20min/20min EEA, Relajación Sencilla checada a físicamente y de respuesta Localización de Jadeo Nariz-boca

VIII PROYECCION DE DOCUMENTAL.

- 7.- CLASE PRACTICA: EF, ET (reforzar importancia del masaje a los senos), RT/EEA, Relajación Sencilla físicamente y de respuesta, Jadeo Nariz-Boca, enseñar Relajación Segmentaria. Reforzar importancia de la disociación del Sinergismo muscular (funcional)
- TAREA EF, ET, RT/EEA, Jadeo Nariz-Boca 1min/1min RT Relajación Sencilla, Relajación Segmentaria checada por la pareja de respuesta.

IX CUIDADOS DEL PUERPERIO Y METODOS ANTICONCEPTIVOS:

- 8.- CLASE PRACTICA:** EF, ET, EA/RT, Jadeo Nariz-Boca, relajación sencilla y segmentaria checada de respuesta. Reforzar la importancia de técnicas de masaje como de control para el dolor.
- TAREA** EF, EEA 25min/25min RT (15 min con conteo de 5 y 10 min con cambio respiratorio). Relajación sencilla y segmentaria, Jadeo N-B 2min/2min.

X SEXTA CLASE DE OBSTETRICIA: UMBRAL AL DOLOR

- 9.- CLASE PRACTICA:** EF, ET, EEA/RT, Jadeo Nariz-Boca, Relajación Sencilla y Segmentaria. Enseñar la relajación cruzada
- TAREA** EF, ET, EEA 30min/30min RT (15 min con conteo de 5 y 15 min con cambio respiratorio). Jadeo Nariz-Boca 2min/2min RT, Relajación sencilla, Segmentaria checadas físicamente y de respuesta, Relajación cruzada de Respuesta.

XI PRIMERA CLASE PUERICULTURA: INTRODUCCION, CARACTERISTICAS DE LA VIDA INTRAUTERINA, COMO SE PREPARA EL BEBE AL MOMENTO DEL PARTO:

- 10.- CLASE PRACTICA:** EF, ET, EEA con un cambio respiratorio, Jadeo, Relajación en sus 3 niveles (Sencilla y Segmentaria físicamente y de respuesta). Enseñar EEA con respiración contenida y su utilidad.
- TAREA** EF, RT 30min/30min EEA (15 min conteo 5 y 15 min cambio respiratorio). Localizar el ejercicio con respiración contenida (no mas de 10 a 15 cambios al día). Relajación en sus tres niveles físicamente y de Respuesta. Jadeo Nariz-Boca 3min/3min RT alternados

XII TERCERA CLASE PUERICULTURA: ALIMENTACION AL RN Y LACTANTE.

PRINCIPALES PROBLEMAS:

12.- CLASE PRACTICA:	EF, (Reforzar verbalmente su importancia). Masajes (reforzar su importancia), RT, EEA, Jadeo, relajación en sus 3 niveles sentada. Enseñar 1er simulacro de Parto: Condiciones para ir al hospital, hoja de control de contracciones, importancia de la palpación abdominal y de las posiciones verticales.
TAREA	EF, RT, EEA, Relajación sentada, combinar los recursos para el manejo de T. de Parto con relajación en diferentes posiciones.

XIV CUARTA CLASE PUERICULTURA: PRINCIPALES CUIDADOS Y DEMOSTRACION DEL BAÑO DEL RECIEN NACIDO:

13.- CLASE PRACTICA	Checar todos los recursos. Enseñar segundo simulacro de T. de Parto: Preparación, posiciones para el T. de Parto y Parto, Uso de recursos en P. de dilatación y P. Expulsivo.
TAREA	Igual a la clase anterior

XV I LACTANCIA: ANATOMIA, FISILOGIA DE LAS GLANDULAS MAMARIAS, ESTIMULACION TEMPRANA Y PRODUCCION LACTEA:

14.- CLASE PRACTICA:	Checar fecha probable de parto para enseñar ejercicio expulsivo y tercer simulacro de T. de Parto: P. Expulsivo, Quirófano, sala de partos, sala de labor (área gris, blanca, como moverse y conducirse en área blanca , material y ropa de quirófano). Bloqueo epidural (técnica y aplicaciones). episiotomía.
TAREA	Igual a la clase anterior

XVI 2DA DE LACTANCIA: TECNICAS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

15.- CLASE PRACTICA: Verificar simulacros de parto y ejercicio expulsivo
TAREA Igual a la clase anterior

XVII 3ERA DE LACTANCIA: PROBLEMAS DE LA LACTANCIA MATERNA: PLETORA, GRIETAS, DUCTO TAPADO, MASTITIS.

16.- CLASE PRACTICA Poner cuestionario final, valorar los simulacros de parto.
TAREA Igual a la clase anterior

XVIII REVISAR SIMULACROS DE PARTO Y EJERCICIO EXPULSIVO.
EJERICICIO EXPULSIVO SE ENSEÑA AL 8vo. MES DE EMBARAZO DEBE PRACTICARSE UNICAMENTE UNA VEZ AL DIA POR MINUTO.

ASOCIACION MEXICANA DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

TERAPIA FISICA

EJERCICIOS PRENATALES

1.- Calentamiento

Caminar efectuando lentamente con los brazos círculos hacia fuera iniciando al frente, arriba, atrás y abajo. Observar que no flexionen las articulaciones de la muñeca y codo al efectuar el movimiento circular de cada uno de los brazos. Se recomienda efectuarlo caminando en círculos en una estancia regular tamaño de 2 vueltas.

2.- Calentamiento para la cadera:

Movilización articulación coxofemoral

Fortalecimiento de Dorsiflexores

Poco estiramiento de isquiotibiales

En posición de pie con codos flexionados, manos apoyadas en la cadera, efectuar círculos hacia fuera con la pierna derecha, flexionando la punta del pie hacia arriba (dorsiflexión). Mantener rodillas sin flexionar para mantener equilibrio de cuerpo. 3 tiempos cada lado (D.I.D.I.).

3.- Calentamiento para la cadera:

Movilización articulación coxofemoral

Fortalecimiento del Glúteo Medio y Dorsiflexor

Poco estiramiento de isquiotibiales

En la posición anterior, se efectúa abducción de la pierna derecha con la dorsiflexión del pie. Mantener las rodillas sin flexionar para mantener el equilibrio del cuerpo. 3 tiempos de cada lado (D.I.D.I.)

4.- Activar circulación en miembros superiores e inferiores

En posición de pie sacudir las manos y brazos después relajar sacudir pie y pierna derecha, alternar lado izquierdo. Efectuar a comodidad de la embarazada.

5.- Movilización de músculos de cuello:

En posición de pie con una pierna ligeramente flexionada y adelantada, las manos entrelazadas apoyadas en la parte posterior del cuerpo a la altura del Sacro, se efectúa lentamente flexión del cuello, después lentamente extensión del cuello. 8 tiempos (F.E.F.E.)

En la misma posición, efectuar lentamente lateralización del cuello, lado derecho, luego lado izquierdo. Marcar 8 tiempos (D.I.D.I.)

En la posición anterior, efectuar lentamente movimiento circular del cuello iniciando barbilla al pecho, dejando caer lentamente la cabeza iniciando al lado derecho hasta volver a la posición inicial, continuar lado contrario. Efectuar 4 veces.

6.- Estiramiento de isquiotibiales y tríceps sural:

En posición de pie frente a la pared, brazos extendidos a la altura de los hombros, las palmas de las manos apoyadas sobre la pared con las puntas de los dedos opuestas unas de otras, se extiende la pierna derecha hacia atrás, flexionando la pierna izquierda, ambos pies deberán tener apoyo completo. Mantener esta posición por 5 tiempos. Efectuarlo después con pierna contraria. Se efectúa 4 veces.

7.- Fortalecimiento de Pectorales:

En posición de sastre con rodillas flexionadas, brazos flexionados a la altura de los hombros, manos apresando los antebrazos, se efectúa movimiento de aducción de los brazos con resistencia en los antebrazos, marcar 5 tiempos después se efectúa a nivel de Nariz, pecho. Se efectúa 2 veces incluyendo los 3 niveles de altura.

8.- Fortalecimiento de Pectorales: Misma posición flexionar codos a la altura de los hombros, manos apoyadas una de la otra, aprisionando ligeramente con los dedos flexionados, efectuar presión constante 5 tiempos, después relajar. Se efectúa 4 veces.

9.- Relajación de músculo de hombros:

Movilización de la articulación escapulo humeral

Relajación y fortalecimiento de los músculos del hombro.

Misma posición, brazos extendidos al frente a la altura de los hombros, iniciar brazo derecho, círculos de adelante hacia atrás, terminando al frente, efectuar brazo contrario (4 veces)

10.- Estiramiento de Abductores:

En misma posición manos apoyadas sobre pliegue de pierna muslo, hacer presión continua tratando de tocar la superficie del piso con ellas, efectuar 4 veces.

11.- Ejercicios para activar la circulación en miembros inferiores:

En posición sentada, piernas extendidas un poco separadas, brazos extendidos hacia atrás, las manos apoyadas sobre el piso y dejar los pies afuera de la colchoneta, se efectúan círculos hacia adentro con ambos pies; marcando 5 tiempos después efectuarlos hacia fuera 5 tiempos. Hacer 4 veces.

12.- Estiramiento de isquiotibiales, y de tríceps sural:

En posición anterior efectuar dorsiflexión de los pies y flexionar los dedos de los pies, mantener 5 tiempos y relajar.
Efectuar 4 veces.

13.- Fortalecimiento de Abdominales, Glúteos, Estiramiento de músculos lumbares y extensores de columna.

En posición hincada brazos extendidos, manos apoyadas en la colchoneta con la punta de los dedos opuestos unos a otros, vista al frente se efectúa lentamente contracción de abdominales, glúteos y basculando la pelvis se flexiona la columna, por cinco tiempos, volver a la posición inicial sin aflojar el abdomen y cuidando la postura correcta. Efectuar 4 veces.

14. Estiramiento de isquiotibiales, tríceps sural y psoas. Movilización de articulación coxofemoral.

En la posición anterior mantener contraído el vientre se efectúa extensión de la pierna derecha con dorsiflexión del pie derecho, marcar 5 tiempos; alternar con pierna izquierda.

Al efectuar la extensión de la pierna deslizar el miembro para evitar elevación de la cadera. Efectuar 4 veces.

15. Ejercicio para activar circulación en miembros inferiores y mejora el apoyo de la columna vertebral.

En posición decúbito dorsal, brazos extendidos a los lados del tronco, se efectúa apoyo de la pierna derecha extendida sobre la rodilla izquierda flexionada, efectuando con el pie derecho círculos hacia adentro, marcando 5 tiempos; alternar pierna izquierda. Efectuar 4 veces.

16. Fortalecimiento de Dorsiflexores, glúteo mayor y medio.

Estiramiento de isquiotibiales y tríceps sural.

En la posición anterior se efectúa hacia arriba extensión de la pierna derecha con dorsiflexión del pie derecho, manteniendo flexión de pierna izquierda, se continua con abducción de la pierna hacia el lado derecho, se eleva y finalmente se apoya con rodilla flexionada. Se alterna con pierna izquierda efectuar 4 veces.

17. Estiramiento de músculos espinales lumbares, disminuye la lordosis lumbar.

En posición anterior flexionar la rodilla derecha acercándola al vientre o al costado, con ambas manos sostener la flexión de la rodilla, mantener por 5 tiempos, alternar con la rodilla izquierda. Se efectúa 4 veces.

18. Fortalecimiento de abdominales, glúteos, estiramiento de músculos espinales lumbares, disminuye la lordosis lumbar.

En la misma posición acostada con piernas flexionadas se efectúa contracción de abdominales, contracción de glúteos y se bascula la pelvis apoyando totalmente la columna vertebral, sobre la colchoneta. Marcar 5 tiempos y relajar suavemente, efectuar 4 veces.

19. Fortalecimiento de músculo abdominales, disminuye la lordosis lumbar. En la misma posición los brazos extendidos arriba de los hombros, se levantan ligeramente los hombros llevando los brazos extendidos hacia las rodillas, tratando de apoyar las palmas de las manos sobre las rodillas, marcando 5 tiempos durante los cuales se hará el movimiento de manera intermitente, después regresar a la posición inicial sin flexionar los brazos al llevarlos hacia arriba de los hombros y relajar. Efectuar 4 veces.

El ejercicio de expulsión se enseñara a partir del 8 mes de embarazo previa autorización del ginecobstetra.

RECURSOS OBSTETRICOS

RESPIRACION TORACICA

Se enseña en la tercera clase como debe ser checada por el esposo

Utilidad. Aumentar la capacidad inspiratoria, aumenta la velocidad del transporte de oxígeno a través de los glóbulos rojos sin aumentar el poder de captación de oxígeno por el glóbulo rojo. Evita el abatimiento del diafragma sobre el fondo uterino. Al ampliar espacios intercostales movilizamos el aire residual de las bases pulmonares que, por lo general, no utilizamos. Movimientos de fuelle.

Técnica.- Posición de sastre o de pie, con las manos en los costados por debajo de los senos, tomamos aire por nariz y exhalamos por boca en la misma cantidad (como oler y soplar), de acuerdo a la capacidad respiratoria de cada mujer. Al efectuar la inspiración se le señala como es nuestra respiración habitual y se muestra como a través de la movilización de músculos intercostales y para vertebrales podemos hacer voluntario el movimiento de la caja torácica hacia los lados, esto puede ser checado por ella misma y por su marido en su casa frente a un espejo sin ropa.

Uso.- En casa durante las contracciones verdaderas intercaladas con respiración normal entre contracciones. Se usa junto con EEA y Relajación General durante la contracción en el P. de la Dilatación.

También se usa en el embarazo en la practica de la relajación en sus 3 niveles. En la enseñanza y practica del EEA.

JADEO NARIZ-BOCA

Utilidad.- Para el control de la sensación de pujo cuando no esta indicado pujar (empujar). Tiene su origen en el método Lamasse, produce un tipo de analgesia bioquímica (alcalosis respiratoria por la retención de CO₂ en el organismo), lo cual aumenta el umbral al dolor y distrae la atención de la embarazada. No favorece el T. de Parto. Al practicarlos si hay adormecimiento de labios, bostezo frecuente, rigidez muscular en extremidades se remedia respirando en una bolsa plástica.

Técnica.- Se enseña por nariz tratando de meter y sacar la misma cantidad de aire para evitar la hiperventilación. Característica de ser rápido, rítmico y superficial cuando se localiza y domina, se enseña por boca, para evitar que se reseque la garganta se pide a la embarazada pegue la lengua en el paladar, cuando siente que pierde el ritmo de la respiración pase a jadeo-nariz y viceversa.

Uso.- Cuando hay deseo de pujo sin dilatación completa y borde anterior grueso. Precipitación del Trabajo de Parto en un lugar alejado de la atención medica. En presencia

de sensibilidad dolorosa aumentada por la espera de la aplicación bloqueo epidural, y en posición para el bloque cuando viene la contracción.

EJERCICIO DE EXTENSION ABDOMINAL: (E.E.A.)

Utilidad.- La extensión de los músculos abdominales propicia la orientación uterina al no oponer resistencia con la pared abdominal, durante la contracción uterina.

Técnica.- Se enseña en posición sentada con la piernas ligeramente separadas, una mano en epigastrio y la otra en bajo vientre, se saca suavemente el vientre, se hace conteo mental de 4 y se verbaliza el número 5, se efectúa con respiración torácica a ritmo durante todo el minuto de la contracción.

EEA con cambio respiratorio: en lugar de verbalizar el número 5 se efectúa cambio respiratorio (soplar y oler).

EEA con respiración contenida: al sacar el vientre contenemos la respiración al conteo de 5 se hace cambio respiratorio como oler y soplar.

Uso.- EEA con respiración torácica a ritmo normal al inicio del T. De Parto verdadero, EEA con un cambio respiratorio cuando se acentúa la intensidad de las contracciones. EEA con respiración contenida en el T. De Parto avanzado o P. de Transición, cuando inicia el deseo de pujar y esta casi completa la dilatación

EJERCICIO EXPULSIVO:

Utilidad.- Se utiliza con la dilatación completa. Se enseña a partir del 8º. Mes de embarazo. La extensión del vientre al máximo y el esfuerzo de empujar el perine hacia fuera y abajo junto con las posiciones verticales facilita al máximo el paso de la cabeza fetal por el canal de parto.

Técnica.- Pujo dirigido al iniciar la contracción toma aire y al exhalar baja el perine y relaja profundamente todo el cuerpo. Vuelve a tomar aire y sosténlo, empujando a tu bebe hacia abajo con los músculos abdominales, manteniendo el perine extendido al máximo, sin soltar el "pujo" hacer cambio respiratorio cada 5 segundos (conteo 6 o 7) evita hacer el esfuerzo con garganta, durante la contracción mantener posición semisentada al terminar esta soltar el aire y el esfuerzo y hacer otra inspiración profunda descansar acostada esperando la siguiente contracción. Verificar el esposo con su mano en perine que el esfuerzo de empujar el perine este bien dirigido.

RELAJACION CONCENTRATIVA CON DISOCIACION DEL SINERGISMO MUSCULAR O FUNCIONAL:

Se emplea para el control neuromuscular y tiene como finalidad:

- Regular el funcionamiento del analizador genital
- Aumento del tono cortical
- Mantener la armonía hormonal
- Eliminar la tensión muscular residual provocada por la tensión emocional
- Ahorrar energía física

Puede efectuarse en cualquier posición: acostada, sentada, semisentada, semiacostada, acostada de la lado, de pie.

Consta de 3 etapas para su aprendizaje:

RELAJACION SENCILLA O POR PARTE

A través de su practica se logra que la embarazada haga conciencia de la sensación de contracción y relajación muscular en forma activa. Sirve para localizar el Esquema Corporal mediante la activación muscular.

Técnica.- Al inhalar por nariz, usando la respiración torácica se contrae de abajo hacia arriba: pies, perine y glúteos, brazo y mano derecho e izquierdo, orbicular de los labios simulando una sonrisa, narinas, forzar la vista hacia abajo, fruncir el entrecejo y al exhalar por boca relajar.

RELAJACION SEGMENTARIA

Aquí se inicia la practica de la disociación de la sinergia muscular. Sinergismo funcional es la tendencia de músculos homólogos de contraerse al mismo tiempo, el disociar esta sinergia se requiere de un esfuerzo de concentración mental, el efectuar este esfuerzo de concentración mental eleva el tono cortical, da una conducta mas inteligente haciendo buen uso de los recursos y facilitando así el nacimiento de su hijo.

Técnica.- Al inhalar contraemos brazo y pierna izquierda, derecha o ambos brazos o ambas piernas, al exhalar relajamos.

RELAJACION CRUZADA

Técnica.- Brazo izquierdo y pierna derecha, pierna izquierda y brazo derecho, brazo derecho y pierna izquierda, pierna derecha y brazo izquierdo.

Los tres tipos de relajación se checan primero de respuesta y después físicamente. En todos se usa la respiración torácica.

RELAJACION GENERALIZADA

Al inhalar se contrae todo el cuerpo al exhalar se relaja 2 o 3 veces, se les indica contraer con mas fuerza la parte del cuerpo que sienten que se relajo menos.

MASAJE CORPORAL

Favorece la elevación del umbral de sensibilidad dolorosa, incrementa el tono y la actividad cortical.

Técnica.- Se efectúa al gusto de la embarazada: con la punta de los dedos, las yemas, con toda la mano, suave, con presión, con vibración, con fuerza, superficial. Frotar vigorosamente las manos antes de iniciar el masaje, verificar que la temperatura corporal sea agradable. Sitios: zona sacrococigea haciendo presión en estos puntos, el hacer en la cara interna de las piernas ilíacas, en cara interna de muslos, en área suprapúbica y publica, en abdomen a lo largo de la columna vertebral, hombros y cuello, brazos. En piernas solamente en trabajo de parto y si no hay compromiso circulatorio ni fragilidad capilar, o enfermedades de la piel. Practica del masaje a diario.

USOS DE OTROS RECURSOS

Estrategias psicológicas con control cognoscitivo que consiste en fijar la atención en la respiración, en la contracción, en un punto visual determinado o usar un distractor como imaginar a tu bebe o una situación agradable en tu mente, recordar y repetir un poema o canción, escuchar música, olor agradable, sabor agradable, sentir las diferentes partes de tu cuerpo en cada contracción.

Practicar c/u de estas situaciones, alguna se adaptara mejor a ti.

Recuerda que las vías nerviosas ascendentes al SNC de todos estos estímulos viajan más rápido que las sensaciones dolorosas y que para bloquearlas o disminuirlas solo tienes que usar estos recursos.

SIMULACRO DE TRABAJO DE PARTO

Aligeramiento es una fase latente de aproximadamente 2 semanas antes del inicio del T. De Parto, que consiste en pequeñas contracciones percibidas como pesadez en la pelvis (sacro y pubis), que culmina con la expulsión del tapón mucoso.

El **tapón mucoso** puede ser expulsado en forma variable desde varios días antes a algunas horas antes del T. De Parto. Es de consistencia pegajosa, filante, a veces se acompaña de hilos sanguinolentos, de color café oscuro, café verdoso, pardo o rosado. Su función es de proteger el producto de la concepción de infecciones, lo mantiene aislado y estéril dentro de la cavidad uterina, se extiende desde el orificio interno del cuello de la matriz. Hacer diagnóstico diferencial con aumento de secreciones vulvovaginales.

Ruptura de bolsa de las aguas puede ser alta o baja.

La alta generalmente es por una fisura y gotea continuamente, puede ser detectada y debe acudir al médico.

La baja es más frecuente y de manifiesta como salida abundante de líquido sin asociarse al esfuerzo de micción cuando ocurre antes del trabajo de parto, debe acudir al médico.

Se recomienda el uso de toalla sanitaria en el último mes de embarazo para poder reconocer las características de las secreciones vulvovaginales, detectar salida del tapón mucoso también denominado mancha y la potencial salida del líquido amniótico antes del T. De Parto. Esta se rompe espontáneamente durante el T. De Parto más frecuentemente en el periodo Expulsivo.

Condiciones para ir al Hospital. Es frecuente gran somnolencia antes del inicio del T. De Parto. Prodomos pueden ocurrir uno o varios días antes contracciones frecuentes en un día como 4 o 5 en un día, o en media hora y se retiran. Explicar de diversas formas como son las contracciones uterinas irregulares. Cuando las contracciones uterinas presentan cierta frecuencia por ej.: c/15 min se recomienda que si es de día continúe con su rutina diaria, si es de noche hacer la prueba de automatismo uterino (se acuesta de lado de media a una hora), si las contracciones desaparecen o se espacian aun no es T. De Parto.

Esta prueba de automatismo uterino es una prueba de trabajo de parto.

Es recomendable la palpación abdominal en los últimos meses del embarazo a toda hora, en cualquier momento, te ayuda a reconocer las contracciones uterinas, aun en mujeres con umbral al dolor muy alto. Durante estas contracciones irregulares se efectúa relajación general sentada o semisentada con las piernas extendidas, acostada de lado o parada.

T. de parto. Características de las contracciones verdaderas que son capaces de producir dilatación del cuello de la matriz de 2 a 10 cm. Se inicia con el automatismo uterino cuando hay armonía hormonal y una vez iniciado el T. De Parto no se detienen.

Contracciones verdaderas:

Frecuencia: en un inicio 3 en 10 min. (cada 3 min) en un T. de parto avanzado o periodo de transición cuando hay deseo de pujo o de evacuar son 4 en 10 min, en el periodo expulsivo 5 en 10 min.

En caso de 5 contracciones en 10 min. Antes del periodo expulsivo hay que ponerse de lado y llamar al médico.

Duración por palpación abdominal es de 45 a 60 segundos.

Intensidad. Al inicio del T. de Parto 1 a 2 cruces, intermedio 3 cruces. Avanzado (Transición) 4 cruces. La intensidad únicamente es apreciada por la parturienta, se caracteriza en que no varía y va en aumento. Cuando tenemos contracciones con estas características que persisten dos horas en una primigesta y una hora en multiparas en posiciones verticales se utiliza la prueba de automatismo uterino, si persisten las contracciones sin disminuir de intensidad podemos decir que estamos en trabajo de parto. Duración de periodo de dilatación hasta 12 hrs. en primigestas en promedio de 6 a 8 hrs., y de duración generalmente menor y variable en las multiparas. La duración del periodo expulsivo aproximadamente una hora en primigestas y 30 min., o menos en multiparas. El alumbramiento hasta 20 min.

Posiciones verticales son las más recomendadas y fisiológicas para el T. de Parto, junto con la libertad de movimientos.

Utilidad.- Favorecen por gravedad la orientación uterina, el apoyo del polo cefálico sobre el cervix, mejor posición para poder efectuar respiración torácica y por lo tanto mantener la reserva inspiratoria, se aprovechan mejor en esta posición de todos los recursos durante la contracción con ahorro de tiempo.

En que momento ir al Hospital. Primigestas puede ser de 2 horas de iniciado el trabajo de parto hasta el momento de transición. Se les explica las ventajas de pasar la mayor parte de su trabajo de parto en casa. En multiparas pueden presentarse hora y media o 2 horas después de iniciado T. de Parto. En casa con las contracciones verdaderas se efectúa relajación general en posiciones verticales la que desee y respiración torácica. Si desea quedarse hasta el inicio del P. de Transición en casa puede empezar hacer durante las contracciones el E.E.A. con respiración torácica a ritmo normal con conteo mental o verbalizando el 5. Al identificarse las contracciones en lugar de verbalizar el número 5 se hace un cambio respiratorio al conteo de 5, como soplar y oler, lo que da mayor presión al diafragma y da más control sobre la contracción.

En el Periodo de Dilatación Avanzada o Transición al conteo de cinco con respiración contenida hacer cambio respiratorio. Los masajes de abdomen, suprapúbico, en saro, cara interna, muslos son de gran utilidad para el control del dolor de parto.

Llegada al hospital, al servicio de urgencias o área de Tocoquirúrgica. Acudir sin aretes, anillos, esclavas, cadenas, etc., uñas sin pintar, maletín con lo necesario para la madre y bebe, preparado con anticipación, el cual cuando usted llega se queda con su esposo, únicamente entra con una bolsa plástica para poner su ropa al quedar ingresada. Primero le indican que vaya al baño, se quite la pantaleta y orine, al regresar del baño se sube a la mesa de exploración, donde primero se efectuara una exploración abdominal para localizar la posición fetal y latido cardiaco fetal y medir sus contracciones, en esta posición ahora con las piernas flexionadas y abiertas (posición de litotomía) se efectúa el tacto vaginal, para evitar la contracción de vulva y perine al ser explorada la parturienta deberá hacer respiraciones por boca o jadeo. El tacto nos da idea de dilatación cervical y borramiento del cuello uterino, estado de las membranas ovulares, altura de la presentación. Si el medico decide ingresarla, generalmente se utiliza enema avacuante el cual una buena posición para aplicarlo es acostándose usted de lado, piernas flexionadas, con la pierna superior adelantada, hacer respiración por boca o jadeo si hay tensión, se aplica fuera de la contracción, le piden contraiga perine y glúteos, se levante y vaya al baño, evacuar, si hay

deseo de seguir evacuando (tenesmo rectal) efectuar marcha estática para su control. Antes del enema se efectúa tricotomía, si tu lo deseas puedes venir así de tu casa.

Venocclisis.- es importante mantenerte bien hidratada y con niveles estables de glucosa y también para administrar algún medicamento por esta vía. Generalmente se aplica en el embarazo cara anterior o en el dorso de la mano, se pone la ligadura por encima del sitio del pinchazo, con la mano empuñada, cuando se pesco la vena. Se cuele, se fija la venocclisis. De Servicio de Urgencias pasa a la sala de labor, cuarto con tres camas y 2 camillas, donde va a estar durante el período de dilatación, a la primigesta se espera que la dilatación sea completa para pasarla a la sala de expulsión. El área de labor es un área gris o sea no es totalmente estéril, pero a esta área hay que entrar con ropa especial, pijama quirúrgica (se muestra), botas y cubreboca. La parturienta entra con pijama con abertura atrás y es sacada para llevarla a la sala de expulsión en camilla, en la sala de expulsión se efectúa aseo vulvar y anal y se hace sondeo de la vejiga, posteriormente procede el medico a vestirse la bata quirúrgica y ordenar la mesa y poner campos estériles sobre el abdomen, debajo de las nalgas, piernas. Por eso es importante que no toques ninguno de los campos que pongan sobre ti, únicamente puedes tocar tu abdomen por debajo del campo estéril sin llegar al área de pubis. Existen gajos especiales de hule espuma para dar la posición semisentada, si no cuentas con ellos, pide a la enfermera que te ayuda a mantenerte semisentada durante la contracción o poner en el respaldo debajo del colchón un equipo de parto o algo que te ayude a tener la posición semisentada.

En este periodo expulsivo vas a traducir las ordenes del medico a lo que tu has aprendido, la orden de pujar en forma continua lo traduces a extender el vientre al máximo y empujar hacia abajo extendiendo el perine en la parte mas intensa de la contracción, combinándolo con cambios respiratorios cada 5 segundos. Si te pide que pujes como si estuvieras obrando, vas a extender al máximo el vientre, con cambios respiratorios de soplar y oler cada 5 segundos por 5 ocasiones, por el min que dura la contracción, manteniendo todo el tiempo el perine extendido. El pujo dirigido se extiende con fuerza el vientre, se extiende el perine durante 5 segundos (conteo de 7) y se relaja el vientre totalmente cada 5 segundos. Cuando de le pide que no puje entonces debe efectuar el jadeo x boca.

Episiotomía. Se efectúa en primigestas en forma rutinaria para evitar desgarros de perine y vagina. Con la episiotomía se vence la 2a. Resistencia que es el perine y esfínter vulvar. Es un corte en el vértice inferior del esfínter vulvar dirigido hacia uno de los lados, se efectúa bajo anestesia local y en la contracción.

Si no se ha roto la bolsa de las aguas (amnios) se efectúa amniotomía, ocurre el nacimiento del bebe, sección del cordón alumbramiento y episiorrafia.

Bloqueo Epidural.- Es un tipo de analgesia obstétrica.

Técnica.- en decúbito y posición fetal, en el borde de la mesa o cama , con la piernas flexionadas pegadas al vientre con el brazo superior sostener las rodillas, la barbilla pegada al pecho. Se le enseña a la embarazada a manejar en esta posición el jadeo durante la contracción para disminuir las sensibilidad dolorosa y como una manera de avisar al medico es sitio donde se efectúa el bloqueo. Se lleva a cabo el aseo de la región y aplicación del mertiolate (sensación de frio), viste el área con campos estériles, se aplica

una gota de suero en la base de este, al llegar al espacio epidural por la presión negativa que hay aquí se succiona la gota, se introduce el catéter, se desprende el mandril, se fija el catéter. Al introducirse el catéter puede sentir un calambre. Se pide que se mantenga acostada boca arriba con la pelvis ligeramente levantada, se aplica la primera dosis del analgésico durante unos 10 a 15 min. Y posteriormente pasar a la posición de decúbito lateral de 10 a 15 min o sentarse en la cama con sus piernas extendidas, se les explica que nunca se deben aparar o colgar las piernas con bloqueo porque esto produce vasodilatación que provoca mareo, malestar y edema severo que puede durar varios días. Si se llegara a perforar la dura madre el goteo del líquido cefalorraquídeo pudiera causar cefalea posterior 2 a 3 sem. Pudiera ocurrir hipotensión arterial por punción de pequeño vaso. Con una buena técnica de aplicación es bastante seguro, 100% efectivo, la dosis del anestésico dura hora y media. Esta indicado cuando hay perdida total del control sobre el T. de Parto. Es profiláctico de la distocia de contracción. Por causa medica como indicación de cesárea o por distocia de contracción.

Indicaciones para puerperio: Inmediatamente después del parto, soltar los amarres de las piernas siempre se bajan las dos piernas juntas, se hace flexión y deflexión de ambas piernas varias veces para activar la circulación. Se da masaje ascendente a las piernas, siempre que estemos seguras de que no hay trastorno cardiovascular por ej: varices externas, flebitis, etc. al día siguiente al levantarse hacerlo lo más temprano posible y paulatinamente. Procurar no estar mucho tiempo acostada. No utilizar algodón directamente sobre heridas de episiorafia y/o cesárea por que es fuente de infección. La toalla sanitaria fijada a la pantaleta es lo más adecuado. La ducha debe ser de agua templada no caliente para evitar la hipotensión, contraindicando el baño de tina para evitar infección. La faja da seguridad por el ejercicio, alimentación equilibrada y balanceada, sin picante ni condimento. La evacuación correcta y rápida del intestino depende de la movilización temprana. Evaluar la presencia o no fiebre, facidez de los loquios. Con la lactancia aumentan los entuertos (contracciones uterinas) esto ayuda a una más rápida involución uterina.

Rutina de ejercicios en puerperio inmediato

1. Tomar aire profundamente, elevar 15 cm ambas piernas, trazar cinco círculos con los pies hacia fuera conteniendo la respiración al exhalar descansar, luego 5 hacia adentro al contener la respiración al exhalar relajar. 5 veces la secuencia.
2. Contraer Perine y vientre
3. Al inspirar profundamente elevar las 2 piernas al mismo tiempo al exhalar bajarlas sin que toquen suelo volver a elevarlas. 5 veces.
4. Llevar rodillas al pecho, sin desplegar hombros del suelo, tomar aire, girar las perinas hacia un lado estirarlas, doblarlas y al lado contrario. 5 veces alternando.
5. Pectorales (los mismos de la rutina).

En caso de cesárea:

1. Inhalar lenta y profundamente el aire por nariz y exhalarlo lentamente por la boca (soplido) hasta quedarse sin aire; como si quisiera soplar una vela sin apagarla. Se repite 3 veces cada 20 min.
2. Tratar de toser o aclarar la garganta 2 a 3 veces cada hora, sosteniendo la herida quirúrgica con la mano y comenzar con una respiración profunda. Es fácil localizar el esfuerzo en la garganta, pero no tan efectivo como localizar en el tórax, ya que de esta manera es una expiración forzada de aire con la consecuente contracción de los músculos abdominales e intercostales, con la boca abierta y las mandíbulas relajadas.
3. Después de la cesárea y antes de levantarse deberán efectuarse los siguientes movimientos:
 - a) Círculos en los pies
 - b) Flexionar y estirar las piernas
 - c) Mover las pantorrillas como si de dibujara un círculo
 - d) Flexionar una pierna y estirla y hacer un poco de presión en la pantorrilla en la cama y alternar las piernas
 - e) Tratar de girar las rodillas hacia fuera y hacia adentro con la consecuente movilidad de las piernas a partir de la cadera
4. Llevar los brazos extendidos hacia arriba y bajarlos lentamente abriendo y cerrando las manos.
5. Caminar sosteniéndose la herida para sentir, seguridad al acostarse y sentarse

ANEXO 2

HOSPITAL GENERAL "A"
TAMPICO

ATENCION MEDICA PRENATAL
Y RIESGO REPRODUCTIVO

NOMBRE _____

CEDULA _____

DEPENDENCIA _____

CIRCULE DONDE HAYA CUADROS

ANTECEDENTES

<p>1. EDAD (EN AÑOS)</p> <p>20 A 29 <input type="checkbox"/></p> <p>15 A 19 <input type="checkbox"/></p> <p>30 A 34 <input type="checkbox"/></p> <p>- DE 15 6 - 34 <input type="checkbox"/></p>	<p>7. GESTA</p> <p>2 A 5 <input type="checkbox"/></p> <p>PRIMIGESTA <input type="checkbox"/></p> <p>+ DE 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS</p> <p>NINGUNO PATOLOGICO <input type="checkbox"/></p> <p>TOXEMIA <input type="checkbox"/></p> <p>POLIHIDRAMNIOS <input type="checkbox"/></p> <p>SANGRAO 3er. TRIMESTRE <input type="checkbox"/></p> <p>PRE-TERMINO - 38 SEMANAS <input type="checkbox"/></p> <p>BAJO PESO AL NACER - 2,500 g. <input type="checkbox"/></p> <p>MALFORMACION CONGENITA <input type="checkbox"/></p> <p>MUERTE FETAL TARDIA + 28 SEMANAS <input type="checkbox"/></p> <p>MACROSOMIA + 4,000 g. <input type="checkbox"/></p> <p>CIRUGIA PELVICO UTERINA <input type="checkbox"/></p> <p>OTROS <input type="checkbox"/></p>
<p>2. PESO HABITUAL</p> <p>(KILOSI)</p> <p>50 6 + <input type="checkbox"/></p> <p>- DE 50 <input type="checkbox"/></p>	<p>8. PARA</p> <p>- DE 5 <input type="checkbox"/></p> <p>5 6 + <input type="checkbox"/></p>	<p>13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS</p> <p>NINGUNO <input type="checkbox"/></p> <p>HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/></p> <p>DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/></p> <p>INFECCION SISTEMICA <input type="checkbox"/></p> <p>CARDIOPATIA <input type="checkbox"/></p> <p>OTROS <input type="checkbox"/></p>
<p>3. TALLA (CENTIMETROS)</p> <p>+ DE 150 <input type="checkbox"/></p> <p>150 6 - <input type="checkbox"/></p>	<p>9. ABORTOS</p> <p>0 A 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 6 + <input type="checkbox"/></p>	<p>14. TABAQUISMO</p> <p>NO 6 - 10 CIGARROS AL DIA <input type="checkbox"/></p> <p>10 6 + CIGARROS AL DIA <input type="checkbox"/></p>
<p>4. ESCOLARIDAD MATERNA</p> <p>SECUNDARIA 6 + <input type="checkbox"/></p> <p>PRIMARIA 6 - <input type="checkbox"/></p>	<p>10. CESAREA</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>15. ALCOHOLISMO/OTRA TOXICOMANIA</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/></p>
<p>5. F.U.M.</p> <p>_____</p> <p>DIA MES AÑO</p>	<p>11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES)</p> <p>13 A 60 <input type="checkbox"/></p> <p>- DE 13 <input type="checkbox"/></p> <p>+ DE 60 <input type="checkbox"/></p>	<p>EL ULTIMO EMBARAZO</p> <p>FUE DE TERMINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>EL PARTO FUE NORMAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>HUBO MORTALIDAD PERINATAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>6. F.P.P.</p> <p>_____</p> <p>DIA MES AÑO</p>	<p>VIDA SEXUAL ACTIVA</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>NUMERO DE HIJOS VIVOS _____</p> <p>F.R. _____</p>

ESTADO ACTUAL

	16. CONSULTAS PRENATALES	17. SEMANAS DE PESO DE AMENORREA (KILOSI)	18. MEDICO TRATANTE	19. AFU (PUBIS/FONDO) cm.	20. SALIDA LIQUIDO AMNIOTICO (+) (-)	21. FOCO FETAL PRESENCIA (+) (-)	22. MOV. FETALES SI NO	23. T.A. DIASTOLICA SANGRADO GENITAL	24. EDEMA
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

INCREMENTO MAXIMO DE PESO X TRIMESTRE
1er. TR. 300 g. POR MES
2o. TR. 1 Kg. POR MES
3er. TR. 2 Kg. POR MES

INCREMENTO MAYOR AL ESPERADO EN 2 CONSULTAS CONSECUTIVAS

90 6 + EN 2 OCASIONES

(+) 1 (-) 1

(++) 2 (++) 2

(+++) 4 (+++) 4

34. TIPO DE PARTO
 ESPONTANEO FORCEPS CESAREA
 FECHA _____
 35. CONDICIONES DEL PRODUCTO AL NACER
 VIVO APGAR 15' MUERTO
 PESO AL NACER _____
 PATOLOGIA PRODUCTO _____
 PATOLOGIA MADRE _____

3. RESUMEN DEL ENVIO
 SUMA DE FACTORES RIESGO
 MATRICULA DEL MEDICO _____

VO. BO. JEFE DEPTO. CLINICO PARA SER LLENADO POR EL MEDICO QUE ATIENDE EL PARTO

INCAPACIDAD	PRENATAL	POSTNATAL	FOLIO	DIAS AMPARADOS	INICIO

27. HEMOGLOBINA EN GRAMOS
 CONSULTA PRENATAL 9.5 gms. 2 HASTA SEMANA 34
 9.5 gms. 4 DESPUES SEMANA 34

28. EXAMEN GENERAL DE ORINA
 ALBUMINA SI NO 4
 HEMOGLOBINA SI NO 4
 LEUCOCITOS SI NO 4
 BACTERIAS SI NO 4

29. UROCULTIVO 30 GLUCOSIA mg %
 SI NO 4
 MAYOR VALORES NORMALES 4

31. FACTOR RH. RH. POSITIVO O COMPATIBLE CON EL ESPOSO 0
 MADRE RH. + 4

32. V.D.R.L. SI NO 0
 NORMAL 0
 POSITIVO 2

26. TRATAMIENTO ISOLADO ANOTAR EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO
 TOXOIDE TETANICO SI NO 1
 MEDICAMENTO DE INOCUIDAD COMPROBADA EN EL EMBARAZO SI NO 4

25. DIAGNOSTICO (PATOLOGIA AGREGADA)
 SIN PATOLOGIA AGREGADA 0
 HIPERTENSION ARTERIAL 4
 DIABETES MELLITUS 4
 INFECCION SISTEMICA 4

CARDIOPATIA 4
 TOXEMIA 4

ENVIO ODONTOLOGIA PREVENTIVA SI NO 5

SI ESTAN ANOTADOS EN ANTECEDENTES NO SUMAR NUEVAMENTE LOS PUNTOS

CONSULTAS

CONSULTAS

CONSULTAS

CONSULTAS

CURSO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

1. ¿QUÉ CONOCES DEL METODO PSICOPROFILACTICO?

R.-

2. ¿HAS RECIBIDO ALGUN TIPO DE PREPARACION PARA EL EMBARAZO?

R.-

3. ¿CÓMO TE ENTERASTE DEL CURSO?

R.- A) MEDICO FAMILIAR

B) TRABAJO SOCIAL

C) MODULO MATERNO INFANTIL

D) OTROS (ESPECIFIQUE)

4. ¿QUÉ TE MOTIVO A VENIR AL CURSO?

R.- A) CURIOSIDAD

B) DESEO DE APRENDER

C) QUIERO LO MEJOR PARA MI BEBE

E) OTRA CAUSA (ESPECIFIQUE)

5. ¿QUE ACTITUD TIENE SU ESPOSO HACIA EL CURSO?

R.- A) INDIFERENTE

B) INTERES

C) SE OPONE A QUE TOME EL CURSO

6. ¿COMO ES TU RELACION CON TU ESPOSO?

R.- A) MUY BUENA

B) BUENA

C) REGULAR

F) MALA

7. ¿TIENES ALGUNA PREOCUPACION?

R.- A) ECONOMICA

B) DE SALUD

C) DE PAREJA

D) FAMILIAR

E) EN RELACION CON OTRAS PESONAS

G) NINGUNA PREOCUPACION

8. ¿TIENE MIEDO AL PARTO?

R.- A) SI, PORQUE....

B) NO, PORQUE...

9. ¿CÓMO CONSIDERAS QUE PODRIA DISMINUIR EL DOLOR EN EL PARTO?

- R.- A) CESAREA
B) BLOQUEO EPIDURAL (RAQUIA)
C) METODO PSICOPROFILACTICO
D) OTRO (S) ESPECIFIQUE

10.- ¿PIENSAS AMAMANTAR A TU BEBE?

- R.- A) SI, PORQUE?
B) NO, PORQUE?

11.- MENCIONA ALGUNAS VENTAJAS DE AMAMANTAR A TU BEBE

R.-

12.- ¿CUÁNTO TIEMPO PIENSAS AMAMANTAR A TU BEBE?

- A) 3 MESES
B) 6 MESES
C) 1 AÑO
D) MAS TIEMPO (¿CUANTO?)

13. ¿QUÉ ESCOLARIDAD TIENES?

- R.- A) PRIMARIA
B) SECUNDARIA
C) PREPARATORIA
D) PROFESIONAL
E) CARRERA COMERCIAL O TECNICA

NOMBRE Y CEDULA:

EDAD:

FECHA ULTIMA MENSTRUACION:

CONTROL POR MODULO MATERNO INFANTIL:

DRA. CELINA LUNA
RESPONSABLE

FORMATO DE EVALUACION DE RECURSOS OBSTETRICOS Y SIMULACRO DE PARTO

NOMBRE: _____

EDAD: _____

F.U.M. _____

F.P.P. _____

SEMANA DE EMBARAZO	SEMANA DE CLASE	RECURSOS OBSTETRICOS	1	2	3	4	5	6	EVALUACION FINAL

- 1 RESPIRACION TORACICA
- 2 EEA EJERCICIO EXTENSION ABDOMINAL 3 VAR.
- 3 EJERCICIO DE RELAJACION EN SUS 3 NIVELES
- 4 JADEO
- 5 EJERCICIO EXPULSIVO
- 6 SIMULACION DE T. DE PARTO

CUESTONARIO FINAL DEL CURSO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

1. ¿QUÉ ES PSICOPROFILAXIS PERINATAL?
R.- A) PARTO SIN DOLOR
B) CAPACITAR, EDUCAR Y MOTIVAR A LA PAREJA
C) TODAS LAS ANTERIORES
D) NINGUNA DE LAS ANTERIORES

2. ¿DE QUE CREES QUE DEPENDE LA MAYOR INTENSIDAD DE DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO?
R.- A) MIEDO A LO DESCONOCIDO
B) FALTA DE INFORMACION ADECUADA
C) FALTA DE CAPCITACION
D) TODAS LAS ANTERIORES
E) NINGUNA DE LAS ANTERIORES

3. ¿CUÁL ES LA UTILIDAD DE LOS EJERCICIOS FISICOS?
R.- A) CORREGIR CAMBIOS POSTULARES PRODUCIDOS POR EL EMBARAZO
B) RELAJACION Y FORTALECIMIENTO DE DIFERENTES GRUPOS MUSCULARES
C) MEJORAR LA CIRCULACION GENERAL Y LA CONDICION FISICA
D) TODAS LAS ANTERIORES

4. ¿QUE CARACTERISTICAS TIENEN LAS CONTRACCIONES QUE PRODUCEN DILATACION DEL CUELLO DE LA MATRIZ?
R.- A) DURACION DE 45 A 60 SEG. FRECUENCIA 3 EN 10 MIN. DE BUENA INTENDIDA
QUE PERSISTEN ACOSTADA DE LADO
B) DURACION DE 60 SEG. O MAS, FRECUENCIA 4 A 5 EN 10 MIN. MUY INTENSAS
C) ACOSTADA DE LADO DURAN MAS DE 60 SEG. Y MAS DE 6 EN 10 MIN. DE MODERADA INTENSIDAD
D) TODAS LAS ANTERIORES

5. ¿QUÉ FAVORECEN LAS POSICIONES VERTICALES?
R.- A) ORIENTACION UTERINA
B) MEJORA EL APOYO DE LA CABEZA FETAL SOBRE EL CUELLO DE LA MATRIZ
C) ACORTA EL TRABJO DE PARTO
D) TODAS LAS ANTERIORES
E) NINGUNA DE LAS ANTERIORES

6. ¿QUÉ UTILIDAD TIENE EL JADEO POR BOCA EN EL TRABAJO DE PARTO?

- R.-
- A) ACORTA EL TRABAJO DE PARTO
 - B) CALMA EL DOLOR Y CONTROLA LA SENSACION DE PUJAR
 - C) ACORTA EL TRABAJO DE PARTO
 - D) TODAS LAS ANTERIORES
 - E) NINGUNA DE LAS ANTERIORES

7. ¿QUÉ UTILIDAD TIENE LA RELAJACION CON DISOCIACION DEL SINERGISMO MUSCULAR?

- R.-
- A) SE USA DURANTE TODO EL TRABAJO DE PARTO
 - B) TE AYUDA A MANTENER RELAJADA DURANTE LA CONTRACCION
 - C) AYUDA A MANTENER EL CONTROL EN EL TRABAJO DE PARTO
 - D) TODAS LAS ANTERIORES
 - E) NINGUNA DE LAS ANTERIORES

8. ¿DURANTE LAS CONTRACCIONES UTERINAS QUE RECURSO UTILIZAMOS Y PORQUE?

- R.-
- A) JADEO POR QUE CALMA EL DOLOR Y CONTROLA LA SENSACION DE PUJAR
 - B) EJERCICIO DE EXTENSION ABDOMINAL PORQUE FAVORECE LA ORIENTACION UTERINA, RELAJA LA GLOTIS-VAGINA-ANO
 - C) TODAS LAS ANTERIORES
 - D) NINGUNA DE LAS ANTERIORES

9.- ¿EN EL PERIODO EXPULSIVO, QUE HACES?

- R.-
- A) PUJAR CON FUERZA
 - B) EXTENDER VIENTRE CON FUERZA
 - C) JADEO CUANDO EL MEDICO TE PIDE QUE NO PUJES
 - D) SOLO B Y C
 - E) TODAS LAS ANTERIORES

10.- ¿POR QUÉ HACEMOS LA RESPIRACION TORACICA?

- R.-
- A) AUMENTA LA CANTIDAD DE AIRE INSPIRADO
 - B) MOVILIZA EL AIRE RESUDUAL EN LAS BASES PULMONARES
 - C) TODAS LAS ANTERIORES
 - D) NINGUNA DE LAS ANTERIORES

11.- ¿EN QUE FORMA TE HA AYUDADO ESTE CURSO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL?

R.-

INSTRUCTORA DRA. CELINA LUNA

ANEXO 3

FORMATO DE CONSENTIMIENTO Y ACEPTACION

A QUIEN CORRESPONDA:

YO _____, DECLARO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE QUE ACEPTO PARTICIPAR EL ESTUDIO "EVALUACION DE UN PROGRAMA PILOTO DE CAPACITACION A EMBARAZADAS EN EL METODO PSICOPROFILACTICO" QUE SE REALIZARA EN EL HOSPITAL GENERAL "A" ISSSTE TAMPICO. ESTOY CONSCIENTE DE QUE AL PARTICIPAR, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE RECIBIRE INFORMACION, ORIENTACION Y CAPACITACION QUE ME PERMITIRAN PONER EN PRACTICA TECNICAS Y EJERCICIOS QUE CONTRIBUIRAN SATISFACTORIAMENTE A LO LARGO DE MI EMBARAZO Y DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. ENTIENDO QUE LOS RESULTADOS DE MI PARTICIPACION EN ESTE ESTUDIO SOLO SERAN EMPLEADOS CON FINES ESTADISTICOS.

ES DE MI CONOCIMIENTO QUE ESTE ESTUDIO CARECE DE RIESGO IMPLICITO PARA MI PERSONA Y PRODUCTO EN GESTACION. TAMBIEN QUE ESTARE EN PLENA LIBERTAD DE RETIRARME DE LA PRESENTE INVESTIGACION EN EL MOMENTO QUE YO ASI LO DESEE Y QUE ADEMAS, PODRE SOLICITAR INFORMACION ADICIONAL ACERCA DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE MI PARTICIPACION EN ESTE ESTUDIO.

EN CASO DE QUE DECIDIERA RETIRARME, LA ATENCION QUE COMO PACIENTE RECIBO EN ESTA INSTITUCION NO SE VERA AFECTADA.

NOMBRE: _____ FIRMA _____ CEDULA _____

DIRECCION: _____

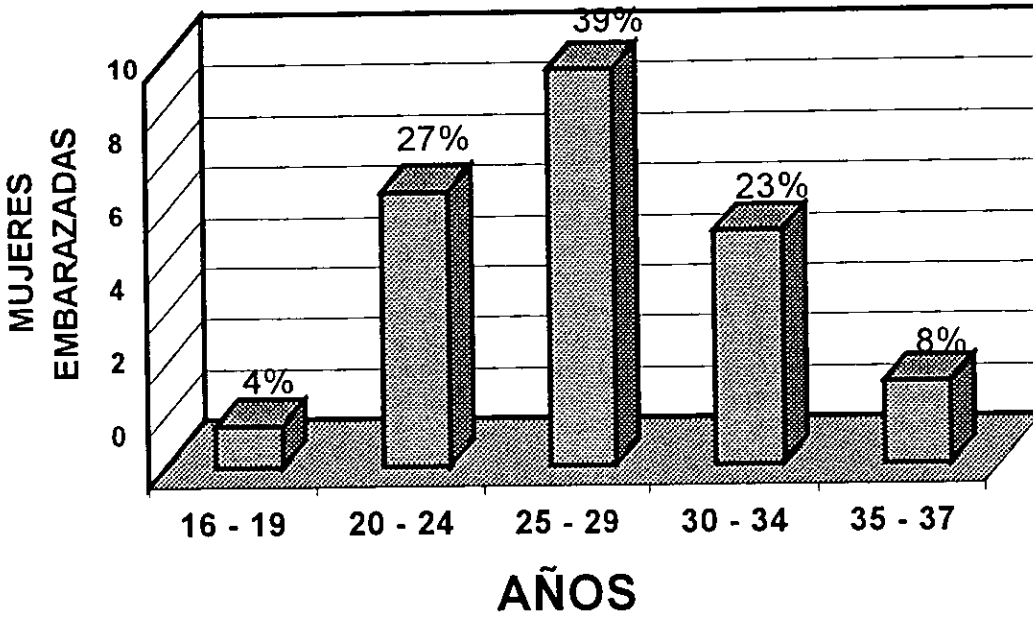
FECHA: _____

TESTIGO: _____ FIRMA: _____ DIRECCION: _____

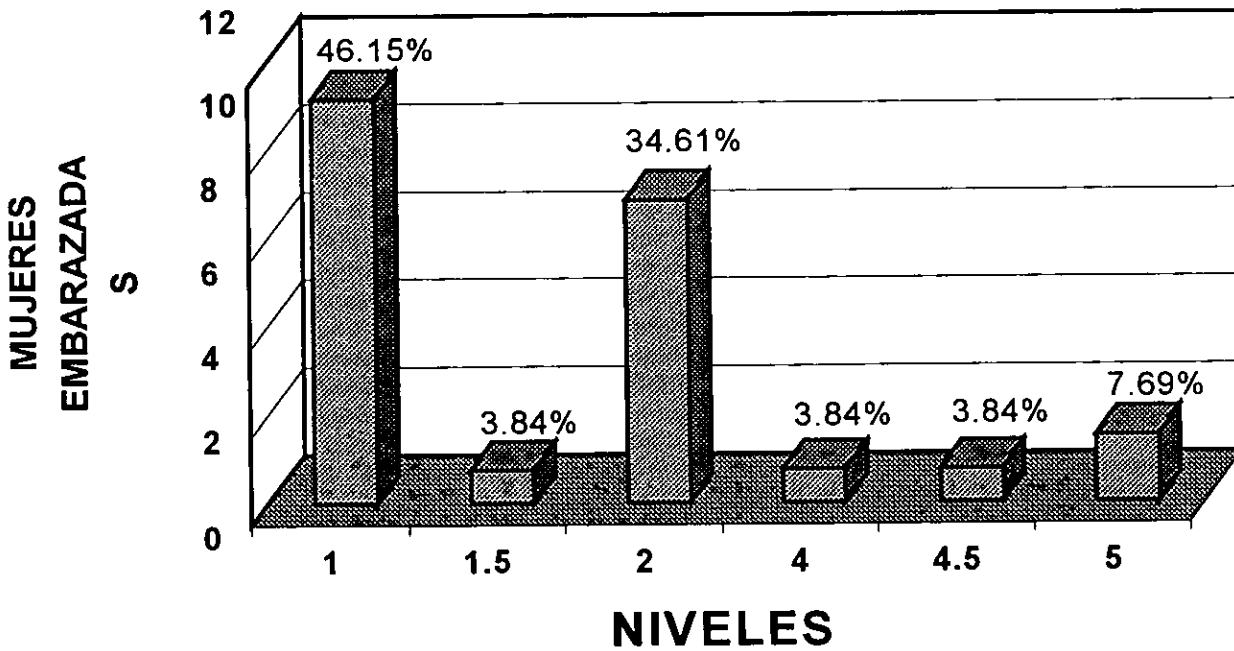
TESTIGO: _____ FIRMA: _____ DIRECCION: _____

ANEXO 4
GRAFICAS

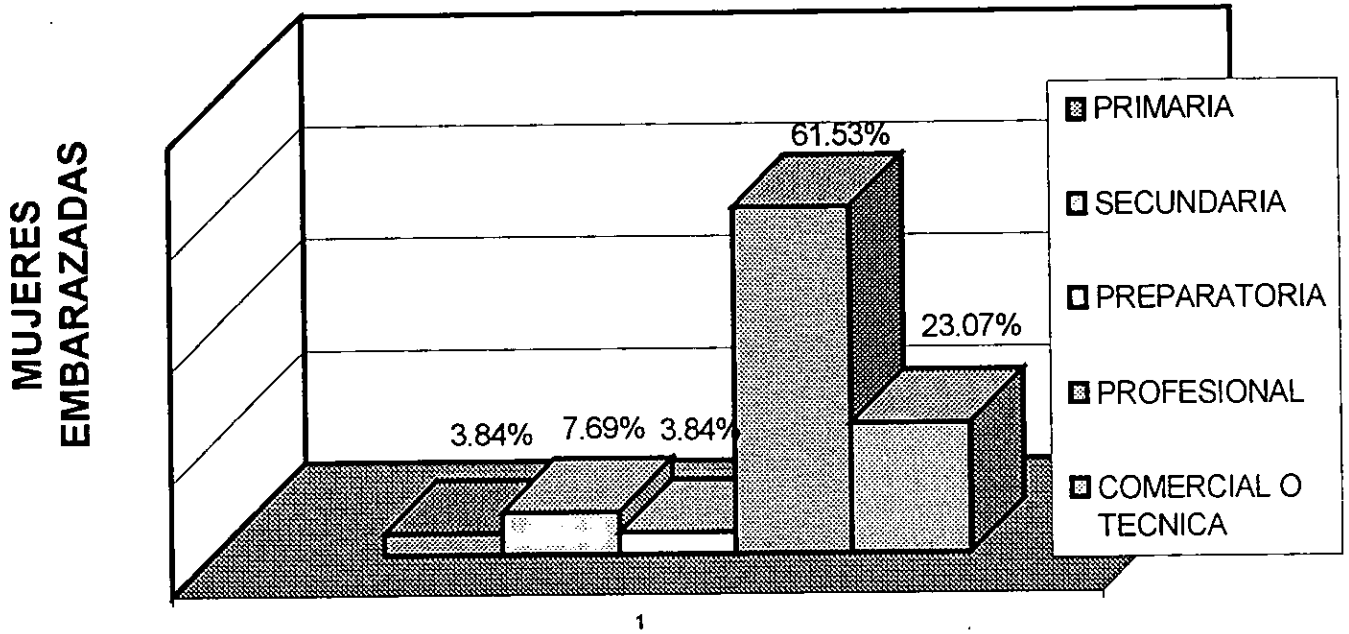
GRAFICA 1
GRUPOS DE EDAD



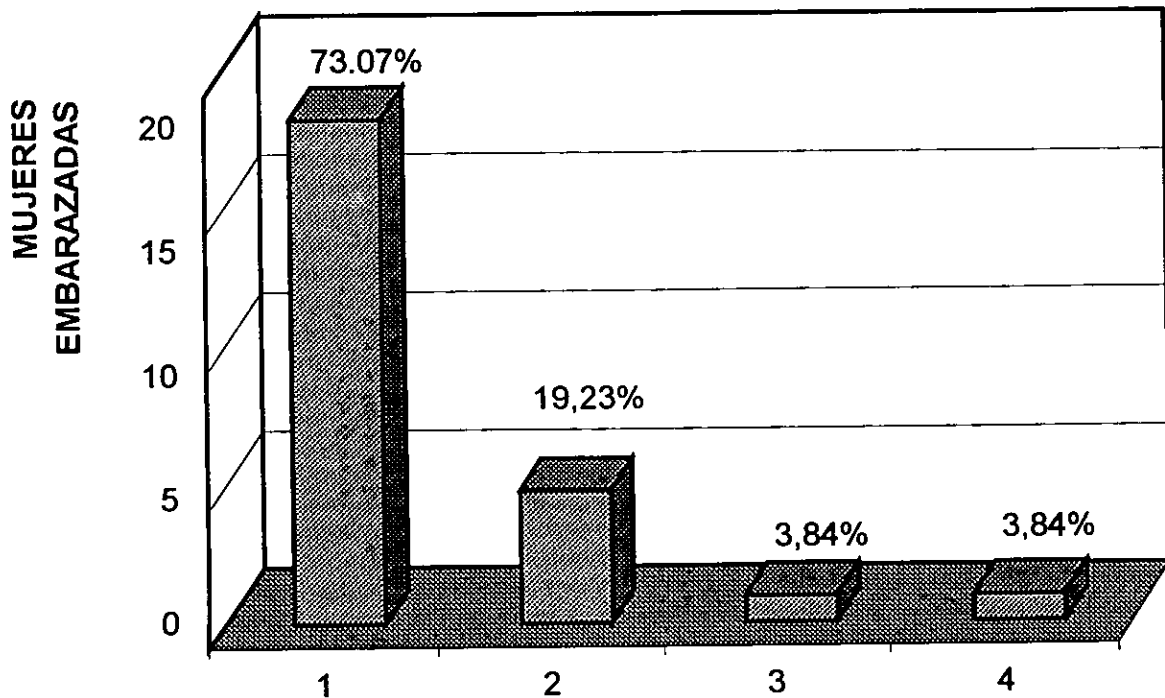
GRAFICA 2
RIESGO REPRODUCTIVO



GRAFICA 3
ESCOLARIDAD

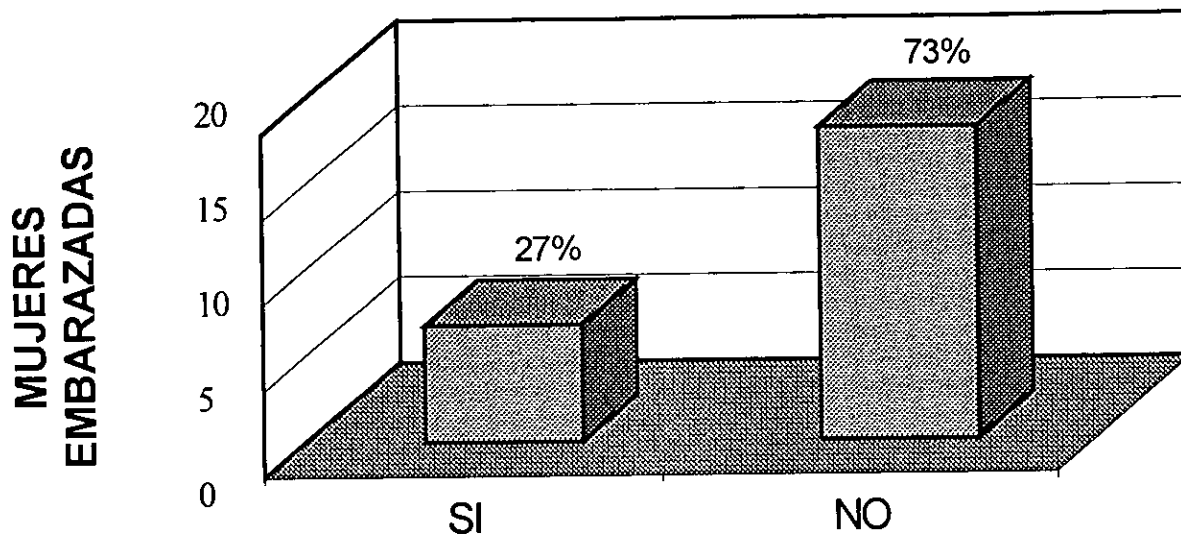


GRAFICA 4
GESTAS



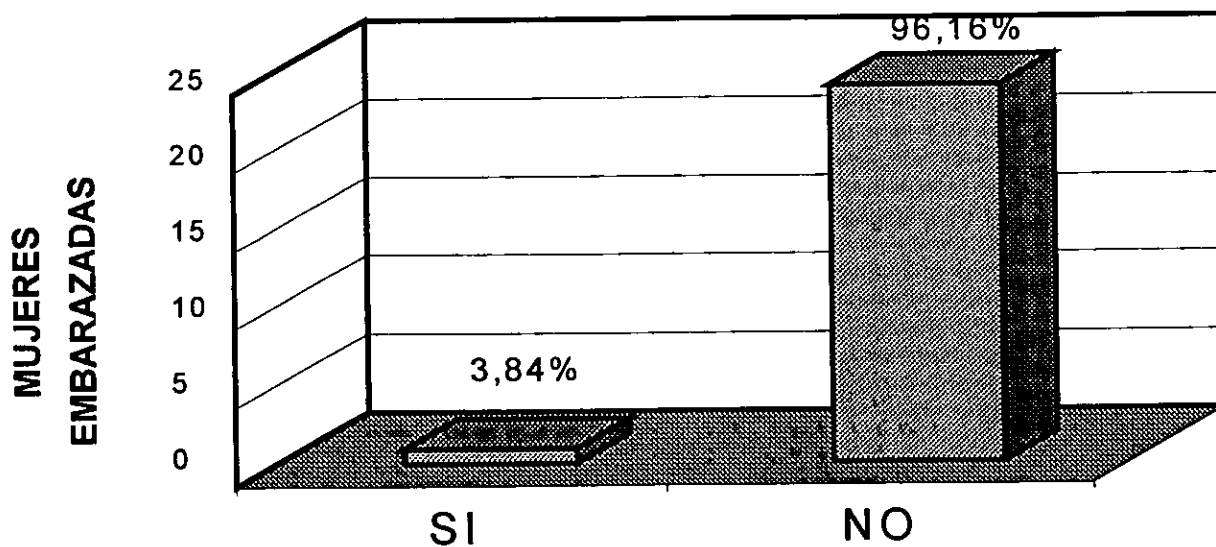
GRAFICA 5

CONOCIMIENTO DEL M. PSICOPROFILACTICO

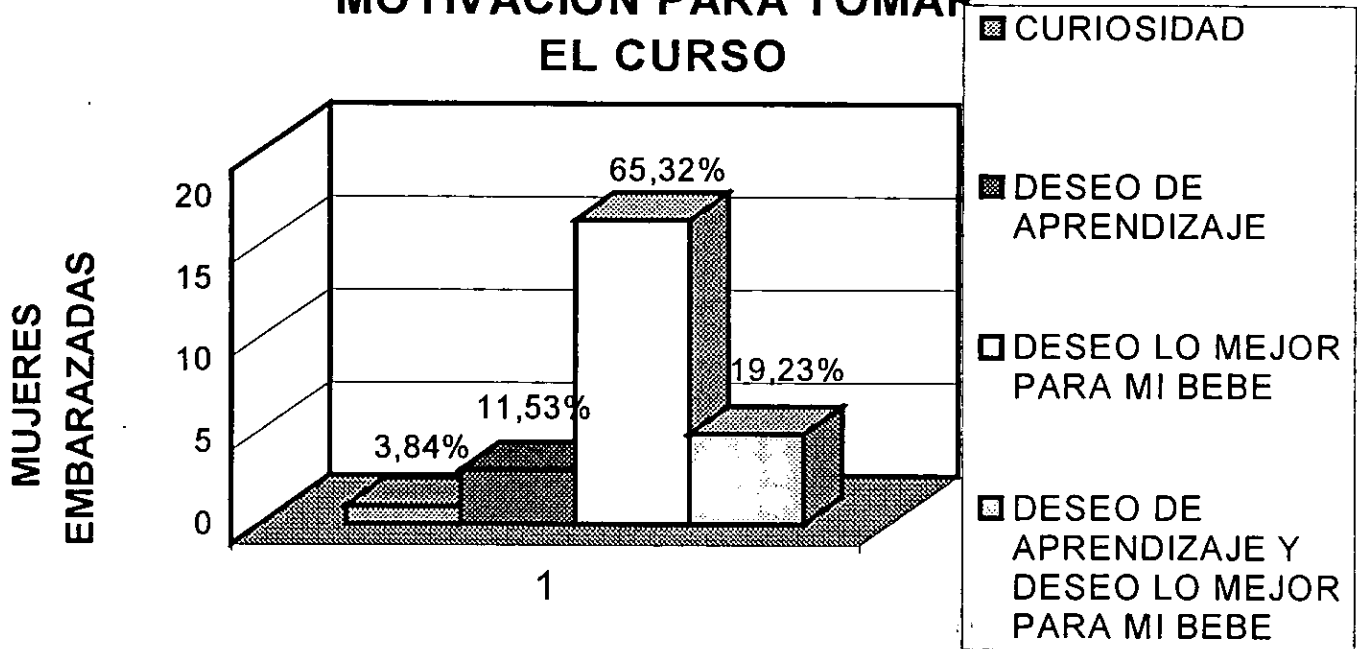


GRAFICA 6

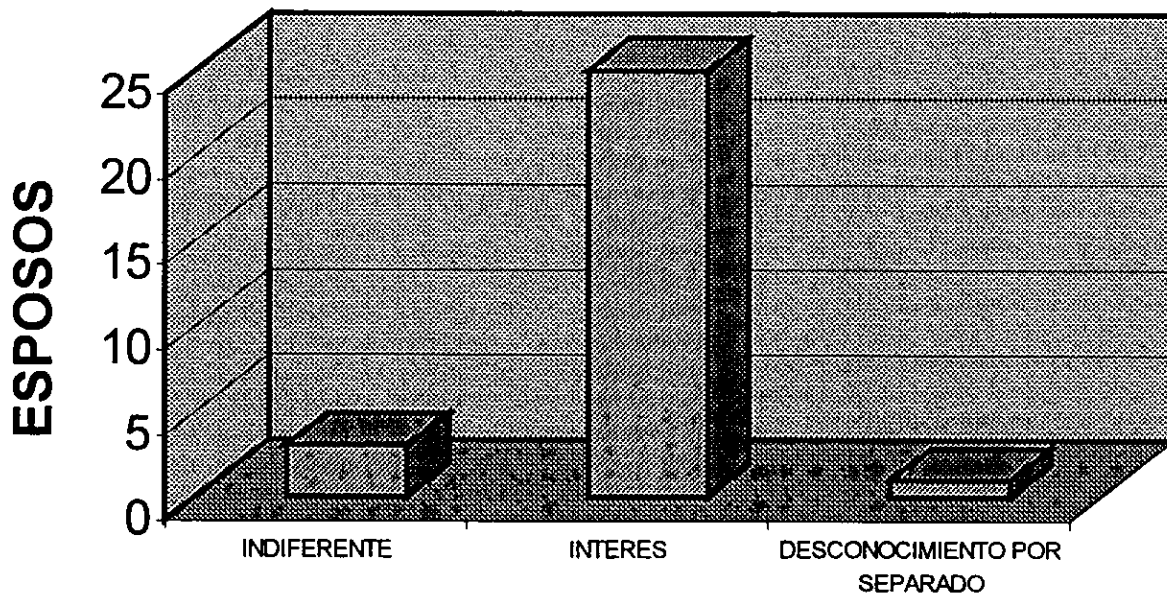
PREPARACION RECIBIDA PARA EL EMBARAZO



GRAFICA 7
MOTIVACION PARA TOMAR
EL CURSO

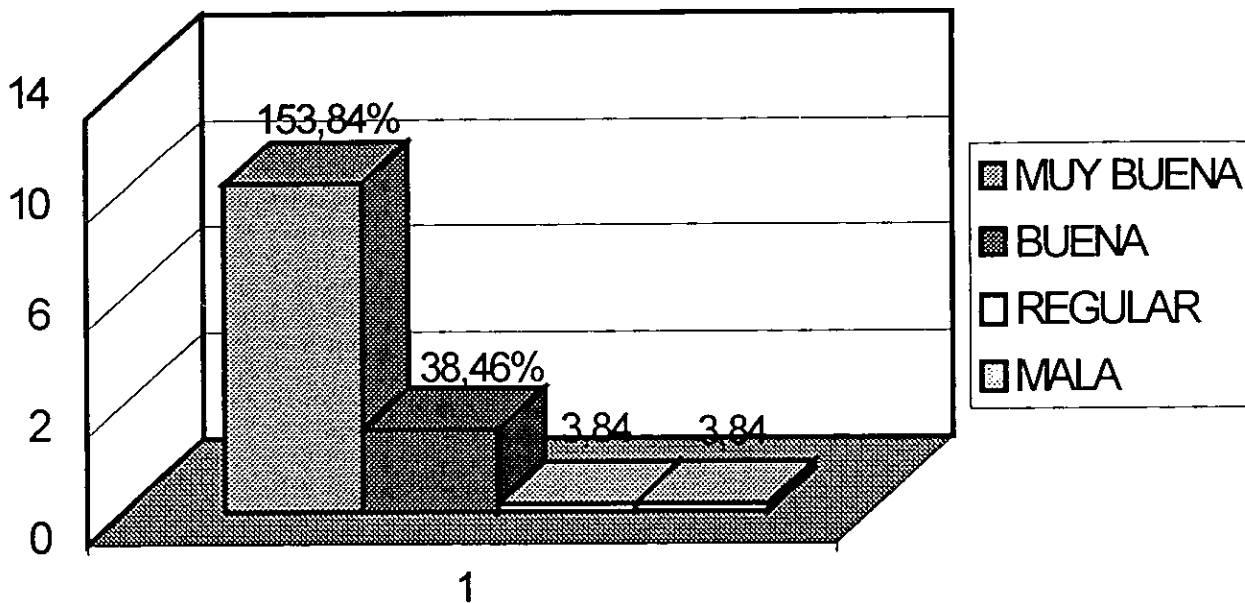


GRAFICA 8
ACTITUD DEL ESPOSO HACIA EL
CURSO



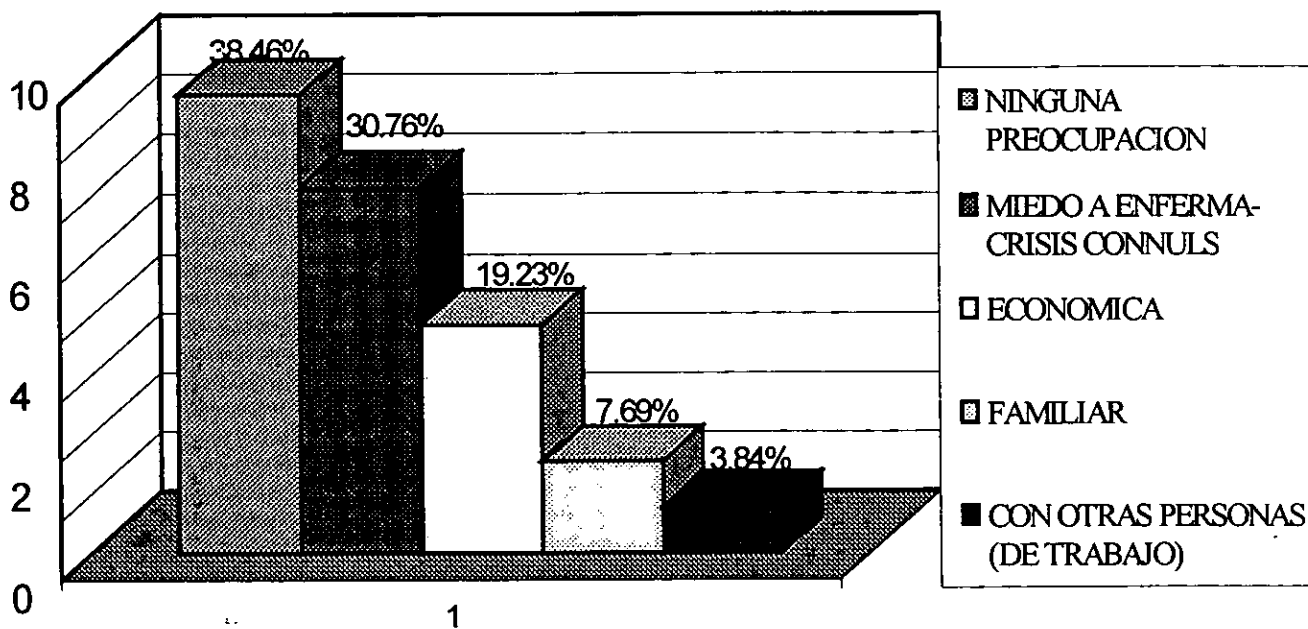
GRAFICA 9

RELACION DE PAREJA

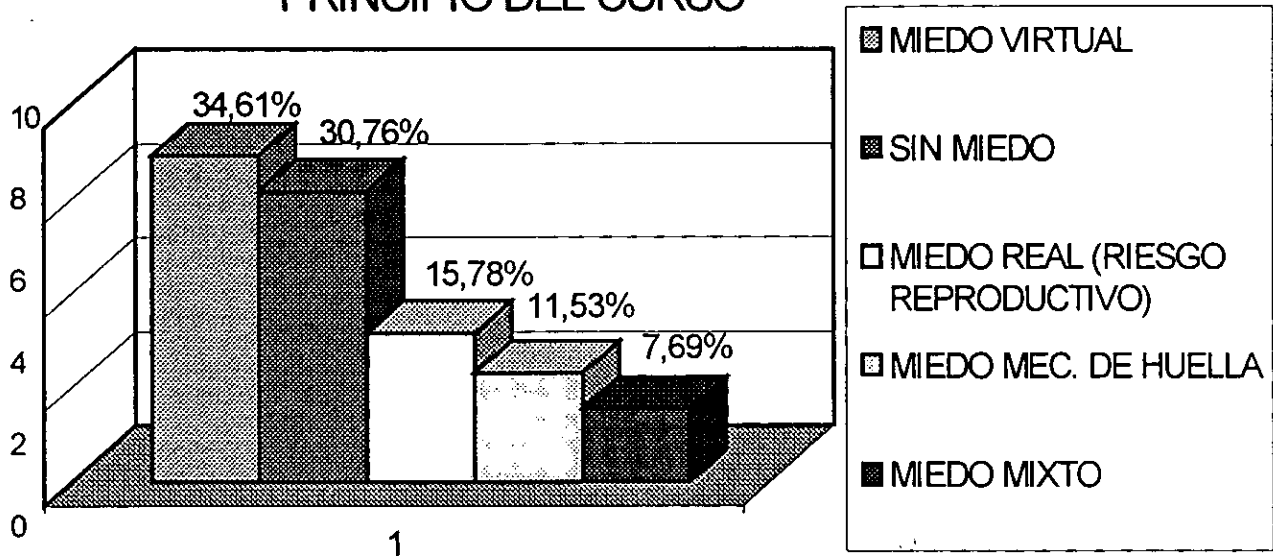


GRAFICA10

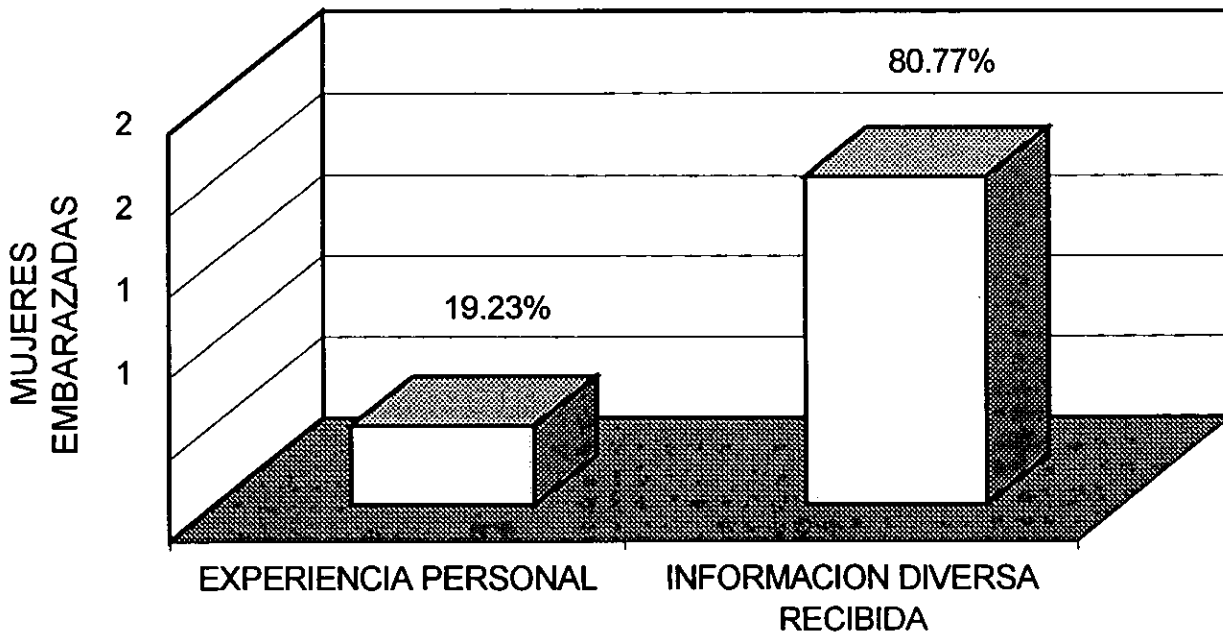
PREOCUPACIONES EN EL EMBARAZO



GRAFICA 11
TEMOR AL PARTO AL
PRINCIPIO DEL CURSO

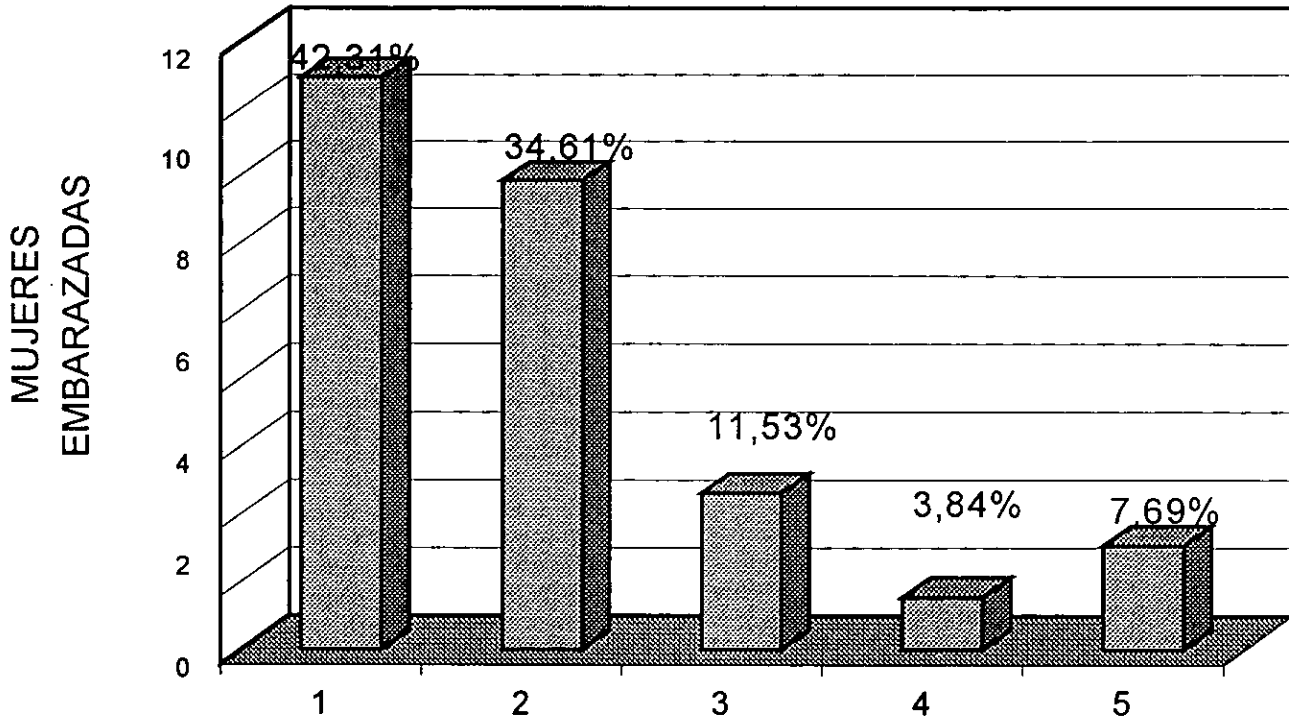


GRAFICA 12
LACTANCIA MATERNA



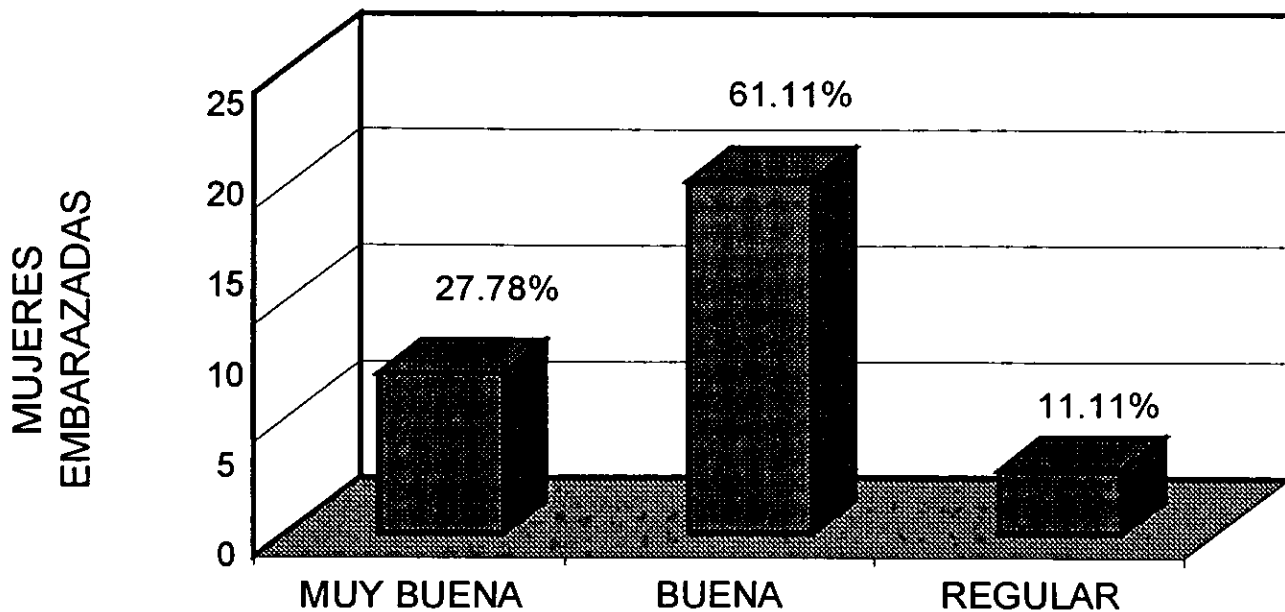
GRAFICA 13

VENTAJAS DE LACTANCIA MATERNA



GRAFICA 14A

RESPIRACION TORAXICA

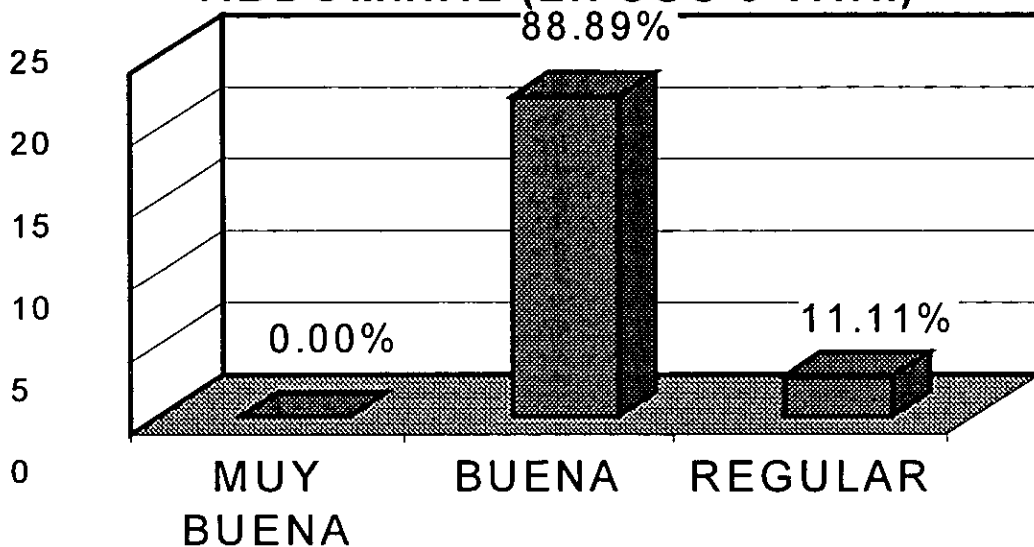


GRAFICA 14B

EJERCICIO DE EXTENSION ABDOMINAL (EN SUS 3 VAR.)

MUJERES
EMBARAZADA

S

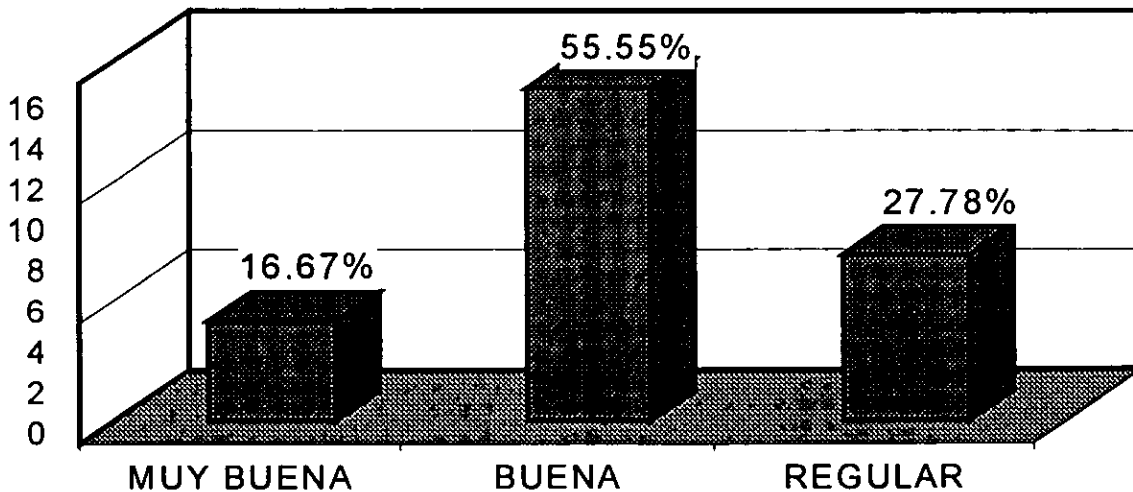


ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 14C

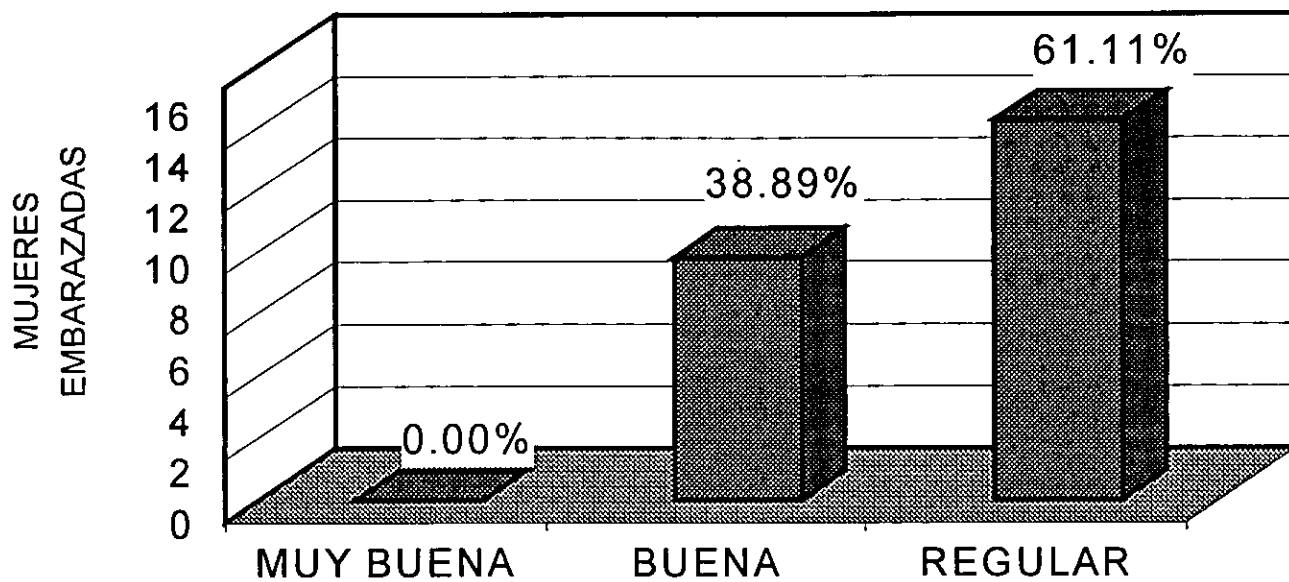
RELAJACION EN SUS 3 VAR.

MUJERES
EMBARAZADA

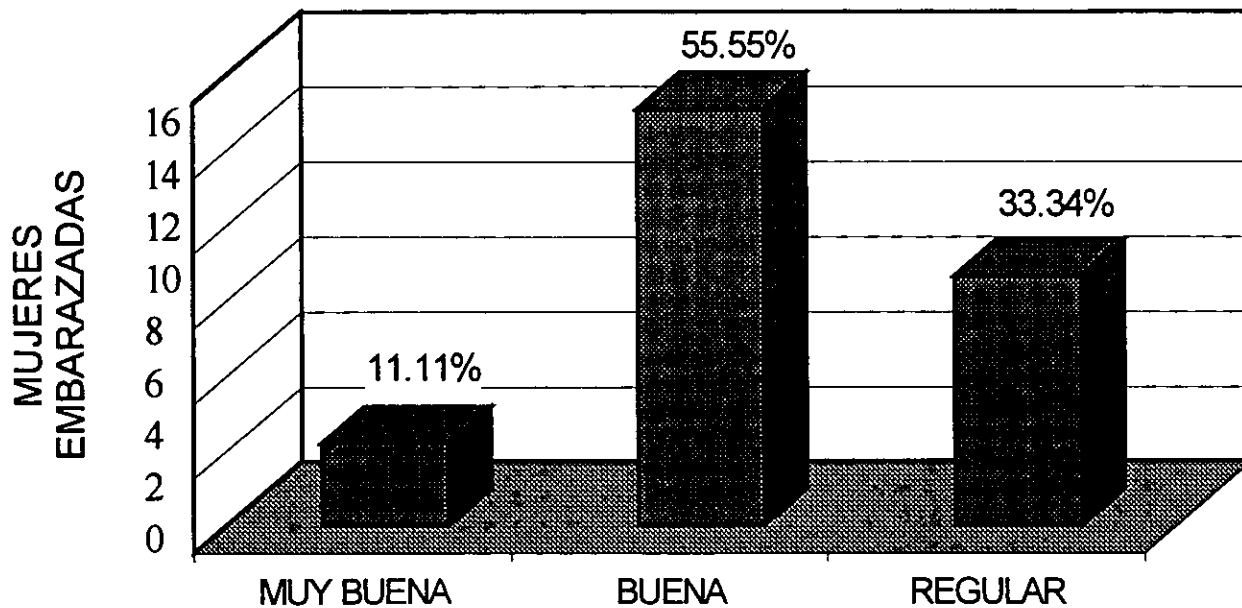


GRAFICA 14D

JADEO

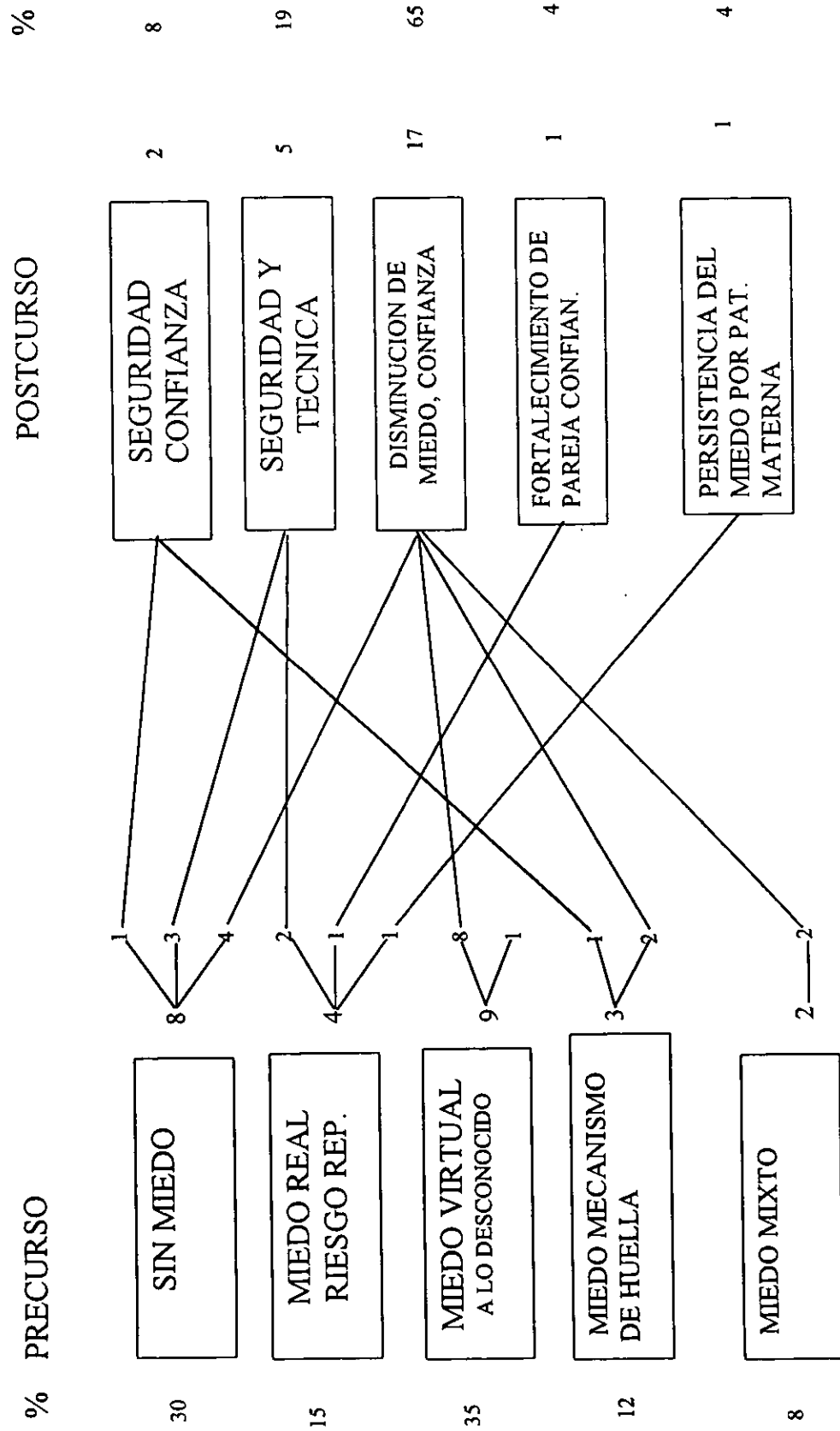


GRAFICA 14E



GRAFICA 15

ANALISIS COMPARATIVO DE ACTITUD FRENTE AL PARTO ANTES Y DESPUES DEL CURSO



ANEXO 5

ANÁLISIS MATEMÁTICO

Data:

Col:	1	2
1>	4.00	25.00
2>	22.00	1.00

Chi-square = 31.184 with 1 degree of freedom; P = 0.000

EVALUACION DEL CURSO PSICOPROFILACTICO 1 POSTCURSOPRECURSO

	8	-8	
INCERTIDU	25	4	29
CERTIDUM	1	22	53
	26	26	52

PROB A%	55,76923		546
PROB B%	50		8841,019
PROB A/B%	15289	ESPECIFICIDAD	94,02669
	0,956521	VALOR PRED-	1
	0,846153	VALOR PRED+	
	0.5	EXACTITUD	
	0,0088	RAZON DE PREVALENCIA +	
	0,16	RAZON DE PREVALENCIA -	

RM	137,5	
X2	5,806861	
	0,862068	TASA DE INDICENCIA DE EXPUESTOS
	0,043478	TASA DE INDICENCIA DE NO EXPUESTOS
	0,5	TASA DE INCIDENCIA GLOBAL
	19,82758	RAZON DE PREVALENCIA
	0,818590	DIFERENCIA DE PREVALENCIAS
	0,913043	RIESGO ATRIBUIBLE A LA POBLACION
	91,30434	CASOS EVITABLES