



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL DEL SERVICIO DE LABOR DEL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN VICENTE VILLADA DEL ISEM".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

JUAN DE DIOS ZAMORA RODRIGUEZ



DIRECTOR DE TESIS: LIC. RAUL RUIZ GOMEZ LOPEZ
Región de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social





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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ZANOLA RODRIGUEZ

JUAN DE DIOS

FECHA: 06 SEPTIEMBRE - 2002

FIRMA: 

ESTADO DE LA BIBLIOTECA DE LA UNAM

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

ANGELUZ.

*Soy y no soy
Soy el ser que es y no es a la vez,
Soy un ser que existe
Soy un sueño negado de Dios a la vez
Soy un ser de luz y de oscuridad
Soy un ser que fui
Soy un guerrero
Acaso podré liberarme de esta envoltura que me hace sufrir,
Que fui, que soy
Un ángel caído o ni siquiera eso
Tan solo busco quién soy yo
Solo necesito la oportunidad de aprender
Al fin mis actos determinarán que soy
Un ANGEL o Un DEMONIO.*

Juan de Dios.

AGRADECIMIENTOS

A ESA ENERGIA MISTICA

La cual da origen a nuestra propia esencia
Y da paso a la Luna y el Sol
Para que sean testigos de nuestro ocaso.

A MIS PADRES

Ya que de ellos estoy aprendiendo
las cuestiones positivas y negativas
y me puedo dar cuenta lo que quiero "SER".

A JUAN

Por estar siempre conmigo
Por apoyarme en mis
decisiones
Por ser mi mejor amigo
Y darme ese amor que necesito.

A MIS HERMANOS

Por apoyarme y hacerme críticas constructivas.
Por tener esa unión.
Por esos sentimientos tan lindos.
Y ser mis mejores incentivos.

A MIS AMIGOS

Que me han ayudado a saltar las piedras
Y a los no tan amigos por haberlas puesto.

A ELENA

Por ser parte importante en este proyecto
Por creer en mí
Por recordarme que tengo sentimientos
Y haber estado cuando la necesite
Cuando no también.

DEDICATORIAS

A MI FAMILIA

Su apoyo , comprensión y sacrificio
Han tenido un impacto muy significativo en mi
Y no olviden que gracias a ustedes
Pude finalizar esta meta en la vida.

A ESTHELA

Por ser mi heroína
Por ser una de mis razones de vida,
Por que tu ejemplo me ha servido
Para dar el máximo en lo que haga
Y por ser mi **MAMA**.

A RAUL

Por tener muy presente el significado de un SER
HUMANO
Por brindar una amistad y ayuda incondicional
Y ser el mejor docente que he conocido.

A IRVING CAPETILLO

Por toda su energía que me brindo
Por darme un poco de Irving
Ubicarme en el momento
Y por siempre ser EL.

A LA FAMILIA CAPETILLO PEREZ.

Por no tan sólo abrir las puertas de su casa
Si no de su hogar
Y permitirme ser parte de él
Y sentirme un poco CAPETILLO.

A MIS AMIGOS

A ARAMIS CAMPUZANO, ANGEL ISAAC, CARLOS AGUIRRE, CARLOS PALMA, GABRIEL CONDE, GABRIEL RANGEL, HÉCTOR RANGEL, ISRAEL SOLÓRZANO, GABRIEL (EL NEGRO), MANUEL MARTÍNEZ, ANSELMO GUTIÉRREZ. Y QUIEN HAYA FALTADO.

COLABORADORES ESPECIALES.

FRANCIA IVON SOLORZANO, GABRIEL RANGEL Y MIGUEL ANGEL SUAREZ.

INDICE	PAG
<u>INTRODUCCION.</u>	1 - 2
1.- <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.</u>	3
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	3
2.- <u>MARCO TEORICO.</u>	3
2.- CONTROL PRENATAL.	3
2.1.- QUE ES EL CONTROL PRENATAL .	3
2.2.- IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL.	4
2.3.- RECOMENDACIONES EN VIGILANCIA PRENATAL	4-7
2.4.- PROCESO SALUD ENFERMEDAD	8
2.5.- CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD.	8-10
2.6.- LA SALUD ENFERMEDAD COMO PROCESO.	10-12
2.7.- SALUD ENFERMEDAD (HOMBRE COMO MAQUINA).	12-13
2.8.- CALIDAD DE VIDA.	13-14
2.9.- RELACION HOMBRE Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD.	14
2.10.- EL METODO EPIDEMIOLOGICO-SALUD.	14-15
2.11.- HOSPITAL- HISTORIA CLINICA.	15-16
2.12.- PREVENCIÓN SALUD ENFERMEDAD.	16-20
2.13.- PROBLEMÁTICA DE SALUD EN MÉXICO.	20-21
2.14.- EMBARAZO Y CULTURA..	22-24
2.15.- EL EMBARAZO DENTRO DE UN SISTEMA CULTURAL.	24
2.16.- EL NIVEL SOCIOECONÓMICO.	25
2.17.- PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.	26
2.18.- CARÁCTER FORMATIVO DE LA EDUCACION.	26-27
2.19.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	27-28
2.20.- COMO HACER QUE LA GENTE APRENDA.	28-33
2.21.- TEORIA DEL ESTRÉS.	34-35
2.22.- MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS.	35
2.22.1 FISIOLÓGICAS.	35-36
2.22.2.- PSICOLÓGICAS.	36-37
2.22.3.- COGNOSCITIVAS.	37-38
2.22.4.- VERBALES Y MOTORAS.	38
2.23.- LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS MANIFESTACIONES DEL ESTRES.	38-39
2.23.1 ESTRESORES PSICOSOCIALES.	39-40

2.24.- EL HOSPITAL Y HOSPITALIZACION, EL IMPACTO PSICOLOGICO.	40-44
2.25.- ACCION PSICOSOCIAL DEL HOSPITAL SOBRE EL PACIENTE.	44-45
2.26.- ESTRES, CONFLICTO Y ANSIEDAD.	45
2.27.- ESTRES MATERNO.	45-46
2.28.-ADAPTACION AL ESTRÉS.	46-47
2.29.- TEORIA DE NEWMAN.	48
2.30.- REFERENCIAS Y ANTECEDENTES PERSONALES.	48
2.31.- PRECEPTOS QUE FUNDAMENTA SU TEORIA.	48-49
2.32.- DESARROLLO DE LA TEORIA	50-55
3.- JUSTIFICACION	56
4.- OBJETIVOS	56
5.- HIPOTESIS	56
6.- METODOLOGIA	57
6.1.- TIPO DE ESTUDIO	57
6.2.- POBLACION	57
6.3.- CRITERIOS DE SELECCION	58
• 6.3.1.- criterios de inclusión	
• 6.3.2.- criterios de exclusión	
• 6.3.3.- criterios de eliminación	
6.4.- VARIABLES	59
• 6.4.1.- variable independiente	
• 6.4.2.- variable dependiente	
6.5.- INDICADORES	59-60
• 6.5.1.- indicadores socio-demográficos	
• 6.5.2.- indicadores ginecoobstetricos	
• 6.5.3.- indicadores del estrés	
• 6.5.4.- indicadores de la participación del LEO	
6.6.- TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	60
• 6.6.1.- observación	
• 6.6.2.- entrevista	

6.7.- PROCESAMIENTO DE DATOS	60
6.8.- VALIDACION DE LOS RESULTADOS	60
6.9 RECURSOS.	61
• 6.7.1.- recursos humanos	
• 6.7.2.- recursos materiales	
• 6.7.3.- recursos financieros	
7.- DESCRIPCION DE RESULTADOS	62-109
8.- ANALISIS DE RESULTADOS	110-112
9.- CONCLUSIONES	112-113
10.- RECOMENDACIONES	113
11.- GLOSARIO DE TERMINOS	114-117
12.- BIBLIOGRAFIA	118-119
13.- ANEXOS	120-122

INTRODUCCION

El control prenatal se plantea como una estrategia para que la madre se encuentre sana emocional y físicamente durante la gestación, el Control Prenatal generalmente es realizado por Médicos, los cuales se enfocan principalmente a los aspectos patológicos y pueden tomar las cuestiones emocionales como innecesarias; en cambio cuando el **Control Prenatal** es llevado a cabo por un **Licenciado en Enfermería y Obstetricia** existe una unificación de lo biológico, psicológico y social observándola así de manera **Integral**, con lo que se ayuda a las madres a tener una resolución de su embarazo lo más agradable posible y hagan de su embarazo una experiencia positiva.

El trabajo de parto es una situación que involucra todos los elementos del ser humano, ya que dentro de él se hecha a andar de manera compaginada los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, elementos que determinan una expresión biológica la cual es categorizada como bastante difícil por parte de las pacientes que se encuentran en el servicio de labor, es por ello que es necesario reconocer la realidad de dichos factores, así como algunos otros que exacerban el estrés que ya de base se tienen, propósito que nos permitirá poder rebasar el prejuicio de actividades para poder apoyar a las pacientes, al tener una información realista de lo que está sucediendo.

El estrés se considera un factor psicosomático que es digno de tomarse en cuenta puesto que el mismo puede ser un problema de salud pública que afecta a las instituciones, no sólo de manera organizacional sino de manera económica, por ello es necesario plantear ejercicios de conocimiento de la realidad en donde pueda participar el personal de enfermería profesional en búsqueda de alternativas reales para evitar el estrés.

En esta tesis se describe el Control Prenatal, resaltando su importancia y los elementos que lo conforman, se menciona el Proceso Salud-Enfermedad así como sus conceptos, la relación que tiene con el hombre y lo más importante en este sentido: la prevención, ya que tiene un elevado costo económico y social, por eso es necesario observar como es visto el embarazo desde la perspectiva cultural en la que estamos inmersos, esto nos lleva al Proceso Enseñanza-Aprendizaje ya que éste es la base para formar una cultura hacia la Salud, y no a la enfermedad que es la que comúnmente tenemos; se menciona la teoría del Estrés y sus manifestaciones, así como el papel que juega el Hospital y su impacto psicológico en el paciente, más específico el estrés en el embarazo que para la presente investigación ocupa un lugar importante y la manera como se tiene la adaptación al estrés, se hará referencia a la Teoría de Newman, que es una teoría de Enfermería que toma en cuenta los estresores como factor importante en un Proceso de Salud y Enfermedad.

La participación del personal del Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene diferentes vertientes dependiendo del ámbito donde se encuentre éste, en mi caso el tópico determina mi atención puesto que en primera instancia en mi formación y en segunda instancia como pasante que vivo la unidad tóco quirúrgica de manera muy estrecha, me interesó no sólo participar en la realización del Control Prenatal y en la atención en el Trabajo De Parto, sino poder intervenir de manera preventiva en algunas situaciones que de no ser tratadas pueden complicarse en su transcurrir por el hospital.

1.- FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se desconoce cual es la participación del licenciado en Enfermería y obstetricia en los factores que exacerbaban el estrés en el Trabajo de Parto en mujeres primigestas sin control prenatal del servicio de labor del Hospital General de Cuautitlán Vicente Villada del ISEM".

2.- MARCO TEORICO

2.1.- CONTROL PRENATAL

Es la asistencia a la mujer gestante durante todo el tiempo de la gestación, que empieza con la concepción y termina al principio del parto.

Para realizar un control prenatal adecuado es necesario hacer una historia médica, quirúrgica, ginecológica, obstétrica, social y familiar, insistiendo especialmente en el descubrimiento de enfermedades familiares o transmisibles. Se lleva a cabo una exploración física, inspeccionando y valorando el estado de la piel, tiroides, corazón, mamas, abdomen, pulmones y órganos pelvianos. Durante la exploración de la pelvis un examen de la vagina realizando un frotis para la prueba del Papanicolaou y la investigación de Neisseria Gonorrhoeae, Cándida Albicans y Tricomonas vaginalis etc. La toma de la tensión arterial, el control de peso, el análisis de orina para investigar la presencia de glucosuria y albuminuria, la medida de la altura del fondo uterino y la auscultación del corazón fetal se hacen habitualmente con intervalos de un mes e incluso con mayor frecuencia. Se realiza análisis de laboratorio para averiguar el tipo de sangre y el factor Rh, el hematocrito y la cifra de hemoglobina. Se hace una prueba serológica de sífilis y pueden también llevarse a cabo diversos estudios diagnósticos para descubrir posibles infecciones víricas. Si se sospecha de la existencia de ciertas anomalías fetales, puede hacerse una amniocentesis, todo esto con el fin de desarrollar una exploración integral de la mujer embarazada. Las citas a consulta prenatal estarán determinadas por el médico tratante ya que puede existir alguna alteración en el embarazo, generalmente las citas deben de realizarse una vez al mes.⁶

⁶ Olds. P. 47.

2.2 IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

El objetivo principal de la asistencia prenatal es conseguir que la madre se encuentre sana emocional y físicamente para parir un niño normal. Esto tiende cada vez mas a incluir la satisfacción de la madre y el padre por el propio nacimiento y a intervenir obstétricamente lo menos posible. La información, el apoyo emocional, la buena alimentación y la observación cuidadosa ayudan a las madres a que los periodos intra parto y posparto del ciclo de la maternidad sean sanos y felices. Se debe invitar a los padres a que discutan los diferentes aspectos y problemas referentes al embarazo, conozcan los procesos fisiológicos e indiquen si observan disminución de la actividad fetal, así como a que tomen clases de preparación para el parto y proyecten lo relativo a las necesidades, cuidados y atención del recién nacido.⁷

2.3 RECOMENDACIONES EN LA VIGILANCIA PRENATAL.

- ACTIVIDAD SEXUAL.

La mayoría de las mujeres han estado de acuerdo en que las relaciones sexuales son más placenteras que nunca. En la mujer el estímulo se logra mas rápidamente debido al alto nivel de hormonas circulantes, y la total excitación sexual se alcanza en menos tiempo que cuando no hay embarazo. Muchas partes del cuerpo como los senos, pezones y órganos genitales son más sensibles debido al desarrollo considerable de los órganos reproductores que se vuelven más susceptibles a la excitación que antes. Esta también la ventaja de no tener que recurrir a los métodos anticonceptivos. No obstante, durante el primero y el tercer trimestre tiende a perderse un poco la libido lo cual puede ser consecuencia de la mayor actividad hormonal al comienzo del embarazo, con esa sensación de náusea y fatiga, y el gran volumen corporal hacia el final del mismo. Aunque no se sientan deseos de hacer el amor, lo cual les sucede a muchas parejas, busquen otras formas de proporcionarse placer sexual. No parece existir ninguna razón medica para evitar las relaciones sexuales plenas durante todo el embarazo, ya que útero esta completamente sellado por el tapón de mucosidad.

Sin embargo, en algunos textos se menciona la probabilidad de contraer infecciones aunque se dan mas frecuentemente en sectores socioeconómicos bajos y se relaciona con otros factores como la higiene y la posible promiscuidad. Mientras se tengan relaciones sexuales únicamente con su pareja y solamente cuando lo desee, y siempre que no presenten un ejercicio muy duro, no habrá nada que impida gozar de esas relaciones durante todo el embarazo, a menos que se contraindique médicamente.

⁷ Didona. P. 36.

2.2 IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

El objetivo principal de la asistencia prenatal es conseguir que la madre se encuentre sana emocional y físicamente para parir un niño normal. Esto tiende cada vez mas a incluir la satisfacción de la madre y el padre por el propio nacimiento y a intervenir obstétricamente lo menos posible. La información, el apoyo emocional, la buena alimentación y la observación cuidadosa ayudan a las madres a que los periodos intra parto y posparto del ciclo de la maternidad sean sanos y felices. Se debe invitar a los padres a que discutan los diferentes aspectos y problemas referentes al embarazo, conozcan los procesos fisiológicos e indiquen si observan disminución de la actividad fetal, así como a que tomen clases de preparación para el parto y proyecten lo relativo a las necesidades, cuidados y atención del recién nacido.⁷

2.3 RECOMENDACIONES EN LA VIGILANCIA PRENATAL.

- ACTIVIDAD SEXUAL.

La mayoría de las mujeres han estado de acuerdo en que las relaciones sexuales son más placenteras que nunca. En la mujer el estímulo se logra mas rápidamente debido al alto nivel de hormonas circulantes, y la total excitación sexual se alcanza en menos tiempo que cuando no hay embarazo. Muchas partes del cuerpo como los senos, pezones y órganos genitales son más sensibles debido al desarrollo considerable de los órganos reproductores que se vuelven más susceptibles a la excitación que antes. Esta también la ventaja de no tener que recurrir a los métodos anticonceptivos. No obstante, durante el primero y el tercer trimestre tiende a perderse un poco la libido lo cual puede ser consecuencia de la mayor actividad hormonal al comienzo del embarazo, con esa sensación de náusea y fatiga, y el gran volumen corporal hacia el final del mismo. Aunque no se sientan deseos de hacer el amor, lo cual les sucede a muchas parejas, busquen otras formas de proporcionarse placer sexual. No parece existir ninguna razón medica para evitar las relaciones sexuales plenas durante todo el embarazo, ya que útero esta completamente sellado por el tapón de mucosidad.

Sin embargo, en algunos textos se menciona la probabilidad de contraer infecciones aunque se dan mas frecuentemente en sectores socioeconómicos bajos y se relaciona con otros factores como la higiene y la posible promiscuidad. Mientras se tengan relaciones sexuales únicamente con su pareja y solamente cuando lo desee, y siempre que no presenten un ejercicio muy duro, no habrá nada que impida gozar de esas relaciones durante todo el embarazo, a menos que se contraindique médicamente.

⁷ Didona. P. 36.

Las relaciones sexuales también son benéficas para el cuerpo ya que el orgasmo ejercita los músculos uterinos aunque esto puede producir contracciones mas avanzadas el embarazo. Además toman mayor conciencia de los músculos del piso de la pelvis.

CUANDO NO DEBE HABER RELACIONES SEXUALES.

- Cualquier sangrado por genitales
- Placenta previa
- Rotura de bolsa
- Amenaza de aborto
- Infección vaginal
- Sangrado posterior a la relación sexual
- Fuertes contracciones uterinas después del coito
- Después de un examen especial de diagnóstico (amniocentesis)
- Útero hipertónico (excesivas contracciones a lo largo del día)

- EJERCICIO.

La cantidad de ejercicio conveniente para la mujer embarazada no es fácil de definir en vista de las grandes diferencias de tolerancia y el interés. Al menos durante la primera mitad del embarazo, existen mecanismos de compensación que ayudan a la mujer embarazada, particularmente en cuanto a los aspectos hemodinámicos, cardiovasculares y respiratorios. Las técnicas modernas no han manifestado cambios importantes en el flujo sanguíneo útero placentario o umbilical después de 20 min. De un ejercicio moderado. A ciertas mujeres les disgusta el ejercicio, y otras son físicamente incapaces de hacerlo; deben ser tranquilizadas en cuanto a que su hijo no tendrá ningún problema por este motivo. Es probable, sin embargo, que la madre con mejor condición física afronte de manera más adecuada las demandas físicas del trabajo de parto y de la crianza de los hijos. Puede recurrirse también al ejercicio más leve para ayudar a la relajación de la mente y el cuerpo, y se puede complementar con masaje de las regiones que reciben una carga adicional, en especial la espalda, el cuello y los pies.

- BAÑO.

Se recomienda un baño todos los días. Debe tenerse cuidado durante la última parte del embarazo, en la que la madre tiene menos equilibrio.. la natación es un ejercicio excelente, y se recomienda si las temperaturas no son extremas o las condiciones demasiado turbulentas (exceso de gente).

- EMPLEO.

El número de mujeres embarazadas que trabajan tiene mucha relación con la cultura, la motivación personal y los imperativos económicos. La cantidad de trabajo que se puede realizar dependerá, en gran medida, del tipo de actividad (sentada, de pie, inclinada, en flexión, subiendo niveles, levantando objetos) el grado de esfuerzo físico que se requiere, la extensión de las tareas domésticas añadidas, y la cantidad de ayuda con que cuenta en su hogar. Cada mujer debe ser aconsejada individualmente porque, además de los aspectos mencionados, puede haber factores obstétricos, médicos o de ambos tipos en sus antecedentes o durante el embarazo actual que sugerirán que se debe renunciar al empleo. Las tareas hogareñas no deben efectuarse al punto de fatiga extrema, lo mejor es dividir el trabajo, separado por períodos de descanso, un bocadillo o una caminata al exterior.

-VIAJES.

Las restricciones que aplican en su mayor parte a las mujeres que cursan con embarazos de alto riesgo. Después de la semana 28, las líneas aéreas solicitan una constancia médica de que la mujer está en condiciones de volar. De manera superficial, parecería haber gran abundancia de factores adversos en los viajes aéreos a largas distancias: trastornos de los ritmos biológicos, humos e infecciones transmitidas por el aire, ruido y aumento de la exposición a las radiaciones. Las mujeres que viajan durante la última parte del embarazo deben llevar consigo un resumen de su evolución prenatal para casos de urgencia.

- REPOSO Y SUEÑO.

El descanso y el sueño no deben consistir sólo en períodos de interrupción de la actividad, sino que deben apartarse tiempos exclusivos, de preferencia tanto por la mañana como por la tarde, cuando la madre debe descansar con los pies elevados. La duración de éstos períodos se incrementa conforme avanza el embarazo. Esto ayuda al retorno de sangre hacia el corazón, a la absorción del líquido del edema de las piernas, a la reducción de la incidencia y gravedad de la preeclampsia, a mejorar las venas varicosas, a mejorar el flujo sanguíneo hacia el útero y probablemente a la reducción del número de embarazos terminados de manera prematura. El sueño es importante, sobre todo durante la segunda mitad del embarazo, época en la que se han incrementado muchas de las demandas metabólicas del cuerpo.

- VESTIDO.

Las necesidades básicas son un sostén bien ajustado y ropa suelta de maternidad. Es probable que la falta de apoyo a las mamas durante el embarazo y después del mismo sea la causa más importante de la laxitud posterior de las mamas, más que la

lactancia, que a menudo se considera culpable de este fenómeno. Suele ser de utilidad una faja de maternidad para las mujeres cuya musculatura abdominal es débil, sobre todo después de las 20 semanas de gestación, sin embargo, esta faja no debe ser apretada o constrictiva. En general, es aconsejable prescindir del calzado de tacón alto y usar zapatos de tacón bajo. Ofrecen una mejor base y ayudan a conservar la postura necesaria para equilibrar el crecimiento hacia delante del útero ocupado.

-TABAQUISMO.

Los efectos del tabaquismo sobre la madre dependerán, en gran medida, de la duración del hábito, el grado de consumo y la susceptibilidad individual. Hay la posibilidad de que se reduzca la fertilidad, y puede haber compuestos dañinos incluso en los gametos antes de la concepción. Tiende a haber una correlación entre el tabaquismo y otras posibles influencias sobre el útero, en la actualidad se cuenta con pruebas de que los lactantes de madres fumadoras son más pequeños (200 grs. En promedio) que los de madres no fumadoras, se cuenta también con estudios que demuestran que los embarazos de éstas mujeres se complican con mayores tasas de abortos espontáneos, desprendimientos prematuros de placenta, placentas previas, terminaciones prematuras del embarazo y aumento de la mortalidad perinatal global. El médico a cargo de la paciente tiene la obligación de indicarle el posible daño que puede producirse en los tejidos delicados y en el desarrollo del feto.

Los efectos de fumar marihuana no se han estudiado de manera crítica pero, a causa de su mayor efecto sobre el encéfalo y la conducta, debe preocupar por lo menos tanto el consumo de los cigarrillos ordinarios.

- ALCOHOLISMO.

Se tienen pruebas de que incluso la ingestión moderada de esta sustancia puede ser dañina para el feto y, a menudo, puede producirse anomalías congénitas mayores cuando las madres consumen alcohol en exceso. Los estudios sugieren que la ingestión de menos de 100 g de alcohol a la semana son inocuas, pero que con cantidades mayores el efecto dañino va incrementándose. Las complicaciones del embarazo en estas mujeres son cetoacidosis, aborto, trabajo de parto prematuro, preeclampsia e incremento del riesgo de la anestesia. En el lactante, aparte de los efectos físicos (síndrome de alcoholismo fetal: retraso del crecimiento, anomalías craneofaciales y neurológicas), pueden ocurrir cambios más sutiles, como retraso de la maduración de la conducta psicomotriz y trastorno del intelecto. El síndrome de alcoholismo fetal se presenta en el 2.5 a 10 % de los hijos de las madres que son grandes bebedoras.³

³ Idem. p. 38.

2.4 PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

En el México actual se encuentra en una etapa histórica de integración económica y hasta cultural a la economía estadounidense y nosotros aún no tenemos claras las consecuencias de éste proceso en ámbito político, económico y social.

La crisis económica actual está afectando a todos sin distinción de clase social, sin embargo, las clases menos favorecidas la están padeciendo de manera diferencial. Las condiciones económicas afectan directamente en las condiciones nutricionales de la población, influyendo directamente en el incremento del índice de enfermedades.

El sector salud ha tenido diferentes cambios dentro de su planeación, organización, dirección, control y evaluación; marcados al parecer por diferentes tendencias y dando lugar a resultados inherentes a ellas, cambios que han "maquillado" situaciones de forma, mas no de fondo, por lo que es necesario antes de poder emitir un juicio al respecto, realizar un alto para poder concienciar lo que de manera personal se considera es la realidad de la dualidad que se ha vivido hasta el momento dentro de la atención a la salud.

2.5 CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD.

La salud, índice de desarrollo de un país, que implica aspectos no sólo biológicos sino también sociales, educativos y culturales, está plasmado en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Considerar la salud como un estado biológico y social estático no es realista, la noción de la salud, implica ideas de variación y de adaptación continuas tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación.

Salud y Enfermedad, dos grandes extremos en la variación biológica, son pues, la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente, a las condiciones de nuestro ambiente total.⁴

La salud no logra ser un fin en sí misma sino está acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano, del disfrute del bienestar, y de su contribución productiva al progreso social.

La definición que propone la OMS (Organización Mundial de la Salud) es: La salud es un estado completo del bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de la enfermedad. La definición de la OMS está basada en el concepto:

⁴ Hernán San Martín, Tratado General De Salud En Sociedades Humanas Salud v Enfermedad.
Ediciones científicas 1998 , p 37.

- un enfoque funcional, que describe la salud como la capacidad de funcionar o el estado de capacidad óptima de un individuo ante el cumplimiento eficaz de las funciones y tareas para los que ha sido preparado.
- Un enfoque que utiliza el concepto de adaptación, entonces la salud es la adaptación acertada y permanente de un organismo a su entorno, la enfermedad corresponde entonces a un defecto de adaptación.

El término salud toma diferentes connotaciones según los autores:

- El profesor Lambert: toda definición de la salud debe tener en cuenta la facultad de adaptación humana. "La salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido".
- Milton Terris, dice que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a "sentirse bien" y el otro objetivo que implica "la capacidad para la función" "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función, y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez".
- R. Dubos, ecologista francés, define la salud como "el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en éste medio".
- El profesor Cornillot, "La salud es una noción perfectamente subjetiva: no reposando sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual toda otra situación es percibida como enfermedad".
- La definición de Bonnevie es "La salud resulta de una capacidad comportamental que comprende los componentes biológicos y social".
- Blum define la salud en la capacidad del individuo 1) para mantener un estado de equilibrio apropiado para su edad y a sus necesidades sociales, en el que éste individuo está razonablemente indemne de profundas incomodidades, insatisfacciones, enfermedad o incapacidad y 2) de comportarse de tal forma que asegure la supervivencia de su especie tan bien como su propia realización personal.⁵

⁵ Idem. p. 38

Hay definiciones de la salud en relación con la actividad y la capacidad de trabajo productivo. Pero la salud, no es sólo capacidad para el trabajo y la producción.

El ser humano es más que una máquina productora, la salud es, una finalidad en sí misma, pero no tiene sentido si no conduce al bienestar y ha cierta alegría de vivir en sociedad.

La salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivos).

Y la enfermedad se define como: la ausencia de salud.

La enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo "la enfermedad" no tiene sentido sino en función del hombre tomado como unidad biológica, psicológica y social.

La salud es un concepto relativo y multidimensional, cuanto más se acerquen la cultura y el nivel socioeconómico de los individuos y los profesionales, la definición de la salud y de la enfermedad hará mayor referencia a la morbilidad.

2.6 LA SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO.

A través del desarrollo del Homo sapiens y de las sociedades humanas, y en particular de la producción humana, las condiciones de vida del hombre han cambiado mucho. Esta dialéctica de lo social y lo biológico en lo que se basa la teoría social de la salud. Desde la estructuración de las sociedades humanas, en la época neolítica, y en particular con el paso del sistema de economía recolectiva a la economía productora del neolítico, la morbilidad humana, y los riesgos para la salud aumentan paralelamente al desarrollo de la producción, y a la formación de las desigualdades socioeconómicas en poblaciones humanas.⁶

Por un lado se encuentra la posición que plantea que en el proceso salud-enfermedad, la salud y la enfermedad son un fenómeno biológico-social históricamente determinado, cuyas características dependen del tipo de estructura social y del medio económico-cultural que dicha estructura crea; donde al hablar de proceso salud-enfermedad no se quiere decir que exista una serie de pasos determinados que lleven de un estado absoluto a otro únicamente, sino por el contrario, quiere decir que existe una relación dialéctica-entendida ésta como el

⁶ Pineault-Daveluy. La Planificación Sanitaria. Ed. Masson .Segunda edición. 1995 p 49.

devenir entre los elementos-, es hablar también de un solo proceso en dos dimensiones de expresión: la individual y la colectiva, puesto que para explicar el proceso salud-enfermedad "no basta los hechos biológicos sino es necesario aclarar como está articulado en el proceso social",⁸ pero el carácter social del proceso salud-enfermedad no se agota en su determinación social ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida en que no es posible fijar una anormalidad biológica del hombre al margen del momento histórico, dado que "la mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no está dada por el estudio de su apariencia en los individuos sino en el proceso que se da en la colectividad humana",⁹ en este sentido cada época histórica y cada clase se caracterizan por formas específicas de envejecer, enfermar y morir.

Por lo que podemos decir que "la relación entre el proceso salud-enfermedad colectiva y la del individuo... está dada por que el proceso salud-enfermedad... (colectivo)... determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual",¹⁰ en donde el carácter social del proceso se manifiesta más claramente en la colectividad que en el individuo, puesto que el grupo no adquiere relevancia por ser muchos individuos en vez de uno, sino en cuanto a que en él se expresa la dimensión propiamente social de este conjunto de individuos que así dejan de ser entes yuxtapuestos, ya que, a pesar de existir manifestaciones singulares del proceso biológico de desgaste y reproducción comparten características básicas sobre las cuales gira la variación biológica individual.

Cabe aclarar que el carácter simultáneo social y biológico del proceso salud-enfermedad no es contradictoria; únicamente señala que puede ser analizado con metodología social y biológica, dándose en la realidad como proceso único. A esta forma de ver el proceso salud-enfermedad le subyace un concepto de *Hombre* el cual es integral con el reconocimiento de que es en él donde se expresan biológicamente las condiciones de vida, con lo cual no se pretende desconocer lo biológico para privilegiar lo social sino tratar de encontrar su verdadero contexto dentro de lo humano " "el hombre no tiene un ser biológico al margen de su ser social, sus potencialidades biológicas heredadas interactúan siempre con un medio histórico específico, siendo precisamente en este medio histórico en donde finalmente se conforman los seres humanos".

⁸ Laurel Asa, C. La Salud- Enfermedad como Proceso Social, p 4

⁹ Idem . p. 4.

¹⁰ Laurel Asa. C. Op cit. p. 21.

¹¹ Cuellar R. -Peña. F. El cuerpo humano en el capitalismo, p. 35

Dicha concepción nos lleva a hablar más que de problemas de salud, de Proceso salud-enfermedad, en donde la expresión biológica y su determinación social son los elementos que deben buscarse y al conocerse determinar actividades de atención al hombre en su proceso salud-enfermedad en donde la tendencia sería a la conservación de la salud. Por lo anterior podemos decir que si bien es en los individuos donde se estudia el proceso salud-enfermedad no se verifica en el caso clínico, sino en el método característico de enfermar y morir en los grupos humanos, lo cual se logra mediante perfiles patológicos,^v donde si bien es cierto se pretende integrar la razón social del proceso salud-enfermedad, lo cual para este momento es un avance y se continuará con la circunscripción a la enfermedad, dado que tiende a obtener estadísticas de un proceso social. Para poder rebasar este nivel alcanzado sería necesario dentro de la investigación en salud considerar diferentes niveles de organización de la realidad y que si bien están estrechamente interrelacionados, cada uno de ellos tiene su propia complejidad y por lo tanto su específica interpretación teórica y metodológica.

2.7 SALUD-ENFERMEDAD (HOMBRE COMO MAQUINA)

La salud toma sentido concreto cuando deja de ser sólo un mecanismo fisiológico abstracto y se constituye en un proceso social adscrito a nuestro nivel de vida, a nuestros modos de vida, a nuestros hábitos y costumbres de todos los días. En ese momento la salud-enfermedad deviene el producto de las relaciones sociales y el "riesgo" del hombre viviendo en sociedades estructuradas históricamente con una lógica que no responde a la lógica de lo viviente ni a las necesidades reales de nuestra especie.

El enfoque tradicional del hombre es el que lo considera un ser especial en la biosfera, cualitativamente, distinto, por su origen, de los demás de los seres vivos. Sin embargo, tal como lo demostró Darwin, el desarrollo del Homo sapiens no es un hecho excepcional. Ortega y Gasset decía "el hombre no tiene naturaleza propia, tiene historia".

El hombre se separa de la línea permanente animal a través de la cultura, de la vida social y la actividad productiva, transformándose y humanizándose por éstos mecanismos como ser biológico, social y cultural.¹²

La concepción puramente biológica del hombre es abstracta; al introducir el factor social, histórico y cultural, la concepción del ser humano varía cualitativamente y se hace real, concreta. En el fondo, el sentido de nuestras vidas no es sino el

^v El perfil patológico se constituye tomando en cuenta el tipo de patología y la frecuencia que determinado grupo exhibe en un momento dado.

¹² Pineault- Daveluy. Op cit. p 53.

sentido de la historia humana; ésta expresa la actividad del hombre buscando su trascendencia social, desarrollando su creatividad, expandiendo su vida psicológica y su personalidad. De la salud-enfermedad deberá conocerse siempre la unidad y las contradicciones entre la realidad social y la realidad natural del hombre y de su ambiente para poder explicar los procesos de salud-enfermedad y sus variaciones.

No se puede continuar considerando a la salud y a la enfermedad como procesos individuales, sólo biológicos, de causa única, que suceden naturalmente y que se producen aislado de todo lo que la sociedad significa para la vida del hombre, todo esto por las determinantes de la salud-enfermedad, la invalidez y la muerte en la sociedad humana se deben considerar como procesos sociales que concluyen en procesos bioecológicos individuales, la duración de la vida humana (en años de vida); la vida vivida en salud y en plena capacidad funcional (física, mental y social) la calidad socio ecológica del ambiente de vida de la comunidad, la existencia de una política social de salud real orientada epidemiológicamente hacia la protección de la salud y la prevención social; la participación activa, conciente y democrática de las comunidades en la protección de la propia salud y en la defensa del medio ambiente. Con todos éstos determinantes no es posible considerar al hombre como una máquina, en lo cual sólo se basa la producción, reproducción y el aspecto laboral. No caer en una sociedad Moderna-Industrial que se basa en una destrucción de la salud.¹³

2.8 CALIDAD DE VIDA

La satisfacción de las necesidades de la especie humana condiciona lo que llamamos calidad de vida y es ésta a su vez, el fundamento concreto del concepto de bienestar social.

La calidad de un individuo podría entenderse cómo la relación global qué él establece entre los estímulos positivos (favorables, agradables, etc.) y los estímulos negativos (adversos, desagradables, etc.) en el curso de la vida social, es decir, el ejercicio de los valores sociales.

La calidad de vida no es sólo lo objeto y concreto que nos rodea, sino también la reacción subjetiva que ello produce y el valor que le concedemos. La calidad de vida es dinámico en el sentido de que constituye un proceso socioeconómico, cultural y socio psicológico de producción de "valores" positivos y negativos, referentes a la calidad de nuestra vida social, de distribución social de éstos mismos valores de percepción social en los valores de la población.

¹³ Idem. p. 54.

La calidad de vida es resultado de la interacción permanente de un complejo de elementos, de naturaleza muy diversa relacionados con los conceptos de desarrollo social, nivel de vida, necesidades fundamentales del hombre, desigualdades socioeconómicas, concentración económica, modos de vida, libertades públicas, condiciones ecológicas y sanitarias del ambiente de vida, y nivel de salud-enfermedad.

Los indicadores sociales (sector económico, social, cultural y educativo; sector de la política, justicia, del ambiente, de la salud de la población; sector de los aspectos subjetivos, de la percepción de valores, etc.) de la calidad de vida que miden la participación y distribución de valores de la calidad de vida y del bienestar social. La calidad de vida expresa fielmente el grado de bienestar social de una sociedad o de una comunidad porque es una síntesis de todas las variables objetivas y subjetivas que pueden expresarse como indicadores sociales en forma precisa y representativa; representar la calidad de vida por medio de indicadores sociales permite orientar, con gran precisión, la política social de un gobierno para mejorar gradualmente en forma planificada.¹⁴

2.9 RELACION HOMBRE Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Considerando que la salud y enfermedad son parte de un proceso de equilibrio entre el ser humano y el medio ambiente, se hace necesario analizar al proceso salud enfermedad epidemiológico, sociológica y clínicamente.

En el paradigma sobre Historia Natural de la Enfermedad, se definen los períodos prepatogénicos y patogénico: en el primero se señalan cambios en la interacción huésped-agente y reacción del huésped hacia la mejoría o la muerte. En cada período los cambios generan grados de salud (óptima o disminuida) y de enfermedad (incipiente, franca, convalecencia y cronicidad). Para romper la evolución natural de las enfermedades hay tres niveles de aplicación de medidas preventivas. El primero con acciones de promoción a la salud y protección específica para y con la comunidad en los aspectos de medicina familiar y de salud pública, el segundo con intervenciones para diagnosticar oportunamente y ofrecer terapéuticas adecuadas en los servicios de urgencias, medicina interna y el tercero es atención a enfermedades crónico-degenerativas.¹⁵

2.10 EL METODO EPIDEMIOLOGICO-SALUD.

El método epidemiológico estudia el proceso salud-enfermedad de manera colectiva determinando las características básicas sobre las cuales gravitará la

¹⁴ Pineault-Daveluy. Op. cit. p 97.

¹⁵ Hernán San Martín. Op cit. p.86.

variación biológica, esto es, las leyes sociales que le son propias a un grupo en un momento histórico determinado, donde el estudio concreto se realiza en los individuos que componen un grupo, pero la interpretación es dada en el conjunto, por su parte el método clínico es un sistema de pensamiento aplicado al individuo "social", esto es, parte de un grupo con los que comparte las condiciones de vida, que tiene una expresión biológica resultado de ellas, esto es, existe relación directa entre las células del cuerpo y las condiciones de vida; lo que da lugar a ver que "la medicina clínica y la epidemiología abordan conscientemente el (proceso salud-enfermedad) de modo distinto... (cuyo eje común)... es la comprensión de los procesos colectivos."¹⁶

Los perfiles epidemiológicos en toda sociedad están determinados por la relación existente entre el proceso salud-enfermedad y el estado socioeconómico, es decir, existe una relación dialéctica del hombre con la naturaleza tanto en forma activa (desgaste energético durante el trabajo) como pasiva (condiciones generales de existencia: vivienda, alimentación, vestido, servicios sanitarios y asistenciales, servicios culturales, educativos, recreativos, y de descanso y un ambiente ecológico). La epidemiología es un fenómeno biológico como la enfermedad, está constituida por la asociación de factores causales y factores coadyuvantes.

La salud, tal como la enfermedad, tiene su propia epidemiología. Los factores epidemiológicos son tres: a) el agente (factor o factores sociales), b) el huésped (individuo afectado) y c) el ambiente que los contiene a ambos.

La causalidad múltiple de la salud y la enfermedad corresponde al concepto holístico de todos los fenómenos biológicos: ninguna enfermedad es producida por un factor único aislado, igual sucede con la salud.

Para conocer la enfermedad es necesario estudiar al hombre en su estado normal y en relación con el medio en que vive, e investigar al mismo tiempo, las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio en que vive. El objetivo final de la epidemiología es reunir el conocimiento científico necesario para promover y proteger la salud, prevenir la enfermedad y la invalidez. "La salud no es un estado absoluto que se obtenga sin esfuerzo; la salud debe ser cultivada y protegida en permanencia". Y prolongar la vida humana para lo cual cuenta con la salud pública entre el hombre y el medio en que se vive."¹⁷

2.11 HOSPITAL-HISTORIA CLINICA.

Los hospitales en el pasado sólo atendían enfermos internados en el establecimiento (hombre-máquina). En éste siglo se adoptaron los consultorios

¹⁶ Laurel Asa, C. Op cit. p 21.

¹⁷ Hernán San Martín. Op cit. p. 89.

externos anexos a los hospitales, con lo cual éstos se pusieron en contacto con la población no hospitalizada. El cambio que experimenta actualmente los hospitales es hacia la integración de la medicina preventiva y curativa a través de la práctica de una medicina integral. La atención de los enfermos y su rehabilitación aún es función primaria y específica de la atención médica y, en particular, del hospital; el enfermo es el eje de casi toda la actividad de ésta institución. La situación ha cambiado bastante porque la enfermedad no constituye un problema aislado de la sociedad. La atención médica integral, centrado en torno al enfermo, debe planificarse como un servicio terapéutico comunitario que ofrece los diversos tipos de atención. El hospital encuentra su verdadera ubicación como parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población atención y asistencia médica completa e integrada.

Una de las contribuciones más importantes del hospital moderno es la inclusión de actividades de educación sanitaria en los diferentes niveles de trabajo: pacientes hospitalizados, consulta externa y domiciliaria. El médico, la enfermera y el asistente social tienen el papel más importante en éste sentido.

El hospital es un sitio muy adecuado para realizar educación para la salud. La historia clínica es el proceso que generado, en el ámbito de la relación médico-paciente, tiene por objeto aportar información sobre hechos patológicos y biográficos rememorados por el enfermo, y que, descubiertos e interpretados por el médico, son considerados relevantes para establecer un diagnóstico e instaurar una terapia, la historia clínica debe ser lo suficientemente fidedigna, la información que proporciona el paciente ayudaran en un plano epistemológico, antropológico y ético.

2.12 PREVENCIÓN SALUD-ENFERMEDAD.

La salud no es un estado que pueda obtenerse sin esfuerzos, debe cultivarse y protegerse todo el tiempo en nuestras sociedades humanas, donde los riesgos de enfermar abundan y forman parte de nuestros hábitos. Las actividades de protección de la salud (población y ambiente total), de promoción o fomento a la salud (mejoramiento del estado de salud) y de prevención de la enfermedad (prevención médico-sanitaria y prevención social) se distinguen habitualmente de las actividades médico-curativas (diagnóstico clínico, tratamiento del caso individual, rehabilitación y readaptación) al menos por cuatro criterios:

1. La fase de evolución del proceso salud-enfermedad.
2. Los objetivos de la intervención sanitaria: el individuo, la comunidad, el ambiente social de la vida.

3. El carácter divisible o indivisible de la intervención; la indivisibilidad de las actividades supone que la comunidad entera recibirá los beneficios y no sólo el individuo aislado, como la intervención médica-clínica.
4. La unidad que la integración de las medidas que se tomarán y de quienes la aplican.¹⁸

La prevención es producto de los estudios epidemiológicos analíticos sobre la causalidad de la salud-enfermedad; conociendo la historia social de la salud-enfermedad, la epidemiología puede proponer medidas y técnicas para erradicar, controlar o prevenir la enfermedad y proteger la salud humana. La prevención se clasifica en diversas formas: se distingue la prevención individual y la prevención social; la prevención aplicada a las personas y la prevención aplicada al ambiente, la prevención tipo médico-enfermera (medicina preventiva). La salud-enfermedad son problemas sociales en su origen y en su distribución. Las condiciones de vida en las sociedades humanas, por escasez o por abundancia, ponen al organismo humano en peligro de alterarse en su funcionamiento y devenir enfermo.

Una verdadera prevención es ante todo social, porque a éste nivel se producen los riesgos en enfermedad y muerte. Los verdaderos "agentes patógenos" en nuestras sociedades son la pobreza, la cesantía, la mala alimentación, las malas condiciones de la vivienda, las condiciones del trabajo, las contaminaciones y poluciones del ambiente de vida, las tensiones y el estrés de la sociedad moderna, la urbanización extrema de las poblaciones, las profundas desigualdades económicas y sociales, el ritmo acelerado de la vida social, el subconsumo, etc.

En el ámbito de la toma de conciencia individual y colectiva donde se sitúa el verdadero problema de la prevención, en realidad en cada comunidad y en cada individuo los medios (conocimientos, responsabilidades, capacidad y solidaridad) para lograr un cierto grado de autonomía con la relación a logro de su propia salud y de la salud comunal.

Algunas técnicas y procedimientos usados en prevención son:

- Investigación epidemiológica permanente.
- Métodos y técnicas de control y erradicación de la morbilidad de mayor incidencia o prevalencia.
- Vigilancia epidemiológica permanente en los enfermos y de los sanos expuestos a riesgos elevados.

¹⁸ Pineault-Daveluy. Op cit. p 34.

- Acciones sanitarias dedicadas a suprimir los factores patógenos existentes en el ambiente social que pueden ser la causa de fuentes de enfermedad.
- Actividades de educación al público.
- Vigilancia de ciertas características biológicas que permitan ser tratadas evitando el desarrollo de una enfermedad.
- Exámenes de salud.
- Detección precoz de una anomalía biológica o de una situación patógena latente o subclínica.¹⁹

En conclusión, los exámenes de salud deben orientarse específicamente hacia la vigilancia de los individuos y grupos de riesgo elevado y con relación a la edad, sexo, profesión, clase social, condiciones y modos de vida y grado de instrucción; los hallazgos mórbidos y las posibilidades de prevención y de fomento en relación con éstas variables:

- Reducción de secuelas y handicaps (incapacidades-invalidez)
- Diagnóstico de trastornos y anomalías de patrimonio genético.
- Prevención selectiva.
- Exámenes preventivos sistemáticos.
- El balance de salud.
- Inmunología.
- Identificación de los grupos en riesgo.
- Higiene personal y modo de vida.
- Planificación familiar y métodos anticonceptivos.
- Diagnóstico de la personalidad.
- El servicio social en salud.
- El desarrollo comunitario.
- Educación para la salud.
- Política de prevención.
- Prevención social.

¹⁹ Hernán San Martín. Crisis Mundial de la Salud ¿Salud para nadie en el año 2000? Editorial Ciencia 1997. p. 27.

La prevención social es prevención primaria, trata de eliminar los factores patógenos originales, aquellos que se producen en las estructuras económicas y sociales.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene un gran objetivo, que es, el cuidar al individuo no sólo en la enfermedad, sino mantener y preservar la salud. La participación del LEO en el proceso Salud-Enfermedad es detectar oportunamente los riesgos que ponen en peligro el equilibrio entre la salud y la enfermedad.

En este sentido, la práctica del profesional de Enfermería tendría dos estrategias básicas para el logro de la conservación de la salud: la primera sería la **investigación-acción**; la cual parte del reconocimiento de que la expresión biológica de un individuo es resultado de las condiciones de vida que éste tiene, las cuales comparte con otros individuos de un grupo determinado en un momento histórico específico, por lo que las actividades que se pretendan realizar para la conservación de la salud no deben ser dirigidas hacia el individuo sino al grupo, para ello se debe partir de la realidad de las condiciones que tiene la comunidad, lo que plantea ver al profesional de Enfermería inmerso dentro de ella para el desarrollo de un trabajo coparticipativo del mismo con otras profesiones y con la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida

Las actividades en este sentido tenderán no a la restauración de enfermedades, sino a la conservación de la salud por el mejoramiento de las condiciones de vida, en donde se transforme la realidad y al sujeto que se encuentre inmerso dentro de ella en este interactuar, lo que da la posibilidad de que en cada uno de los acercamientos que se tienen con la realidad-con el fin de conocerla- permita al mismo tiempo el desarrollo de actividades que incidan en ella para su transformación en pro de conservar la salud de la comunidad, lo que sugiere la utilización de "instrumentos que... interpreten (al proceso salud-enfermedad)... técnica y teóricamente en sus dimensiones histórico, social, política y económica".²⁰

La segunda estrategia sería **educación para la salud**, en donde se pretende no resolver problemas de salud sino llevar a cabo un proceso formativo de la comunidad, en donde a partir de su realidad los integrantes de ésta hagan conciente las condiciones de vida dentro de las cuales se encuentran inmersos, para despertar por una parte la necesidad de trabajar sobre de ellas con el fin de conservar la salud y por otra el generar nuevas inquietudes que permitan seguir en este proceso de conocerse a ellos mismos.

A esta forma de concebir la salud-enfermedad como proceso le subyace un concepto de formación específica de profesionales de Enfermería, que apunta a brindar cuidados integrales a un individuo o grupo social, con una metodología específica y sin necesidad obligatoria de expresiones biológicas, lo cual llevaría a una formación que es en un primer momento, la integración del hombre, es aprendizaje en sentido de

²⁰ Breilh, J Investigación de la Salud en la Sociedad. p. 98.

cambio y no solamente un cúmulo de información; esto implica una modificación integral del sujeto, un intento de articular las estructuras cognitivas, afectivas y de acción, es decir, pensar, sentir y accionar.

De acuerdo a lo anterior se hablaría de un sector salud con transformaciones de forma y de fondo, basadas en un apego absoluto a la realidad integral que se vive dentro del país y a los resultados obtenidos: positivos para continuar fortaleciendo el sector salud y su funcionamiento y negativos como elementos de aprendizaje para continuar con la maduración nacional, respetando con esto la participación multisectorial (incluyendo de manera importante al sector comunidad), generando programas apegados a la realidad específica de las necesidades de la comunidad, pondera lo preventivo no solo como postura documentaria sino como realidad; hecho que no niega la necesidad de una preparación hospitalaria específica sino que permite el desarrollo de la atención integral del individuo dentro del ámbito clínico y epidemiológico.

Las contradicciones entre la salud y la enfermedad en nuestras sociedades, están determinadas por las contradicciones entre las condiciones de la vida social y las necesidades biológicas, sociales y mentales de los individuos, los grupos y la sociedad, es decir, entre los intereses de producción social y las necesidades reales de la especie humana.

2.13 PROBLEMATICA DE SALUD EN MEXICO.

Dentro de la problemática perinatal en México, se debe considerar que actualmente nace un promedio de 2,500,000 recién nacidos vivos al año, de los cuales el 72% aproximadamente, son categorizados como "niños sanos", y el 28% restante presenta un defecto al nacimiento, entendiéndose como defecto, de acuerdo con el Grupo de Estudios al Nacimiento (GEN), "Toda alteración orgánica o funcional notoria o latente que impida al organismo adaptarse al medio extrauterino en los aspectos biopsicosociales".²¹

"Entre estos defectos al nacimiento, se encuentra "la prematuridad y la hipotrofia (bajo peso al nacer) con una incidencia de un 10% en promedio; lo que equivale a 250,000 niños prematuros y 250,000 niños hipotróficos cada año. El trauma obstétrico (hipoxia perinatal) con una incidencia del 5% lo que equivale a 125,000 niños con hipoxia perinatal cada año, y las malformaciones congénitas con un porcentaje de 3% en promedio del total de recién nacidos, lo que representa 62,500 niños malformados al año"²²

²¹ Grupo de Estudios al Nacimiento. "Definición acordada en el comité de GEN", en Memorias del GEN p.3

²² Grupo de estudios al Nacimiento. Guía de estudios para prevención de defectos al nacimiento. p. 2-3.

Considerando esta problemática, aproximadamente 750,000 R.N tienen un defecto cada año, 1000 cada día, 40 cada hora y .75 cada minuto. De los cuales el 50% 375,000 presentan un daño, entendiendo por este, la aparición, agravamiento o complicación de un proceso patológico.

Hecho que debe ser analizado para poder determinar el momento adecuado de llevar a cabo cada una de las intervenciones en el proceso que vive la paciente de manera perinatal.

El problema perinatal se debe considerar también en la madre, partiendo de la morbilidad y de la mortalidad materna en México. La cual resulta alarmante, comparada con países desarrollados como E:U: o Canadá que no llegan a presentar 1 muerte por cada 10,000 R.N vivos. Sin embargo, en México aunque han venido disminuyendo las cifras en los últimos años, todavía los índices son altos, pues en nuestros días, se mueren un promedio de 6 a 9 mujeres por cada 10,000 R.N vivos, por causas del embarazo, parto o puerperio. Esta situación es preocupante si pensamos que la mortalidad materna es "un indicador de bienestar social, que permite evaluar la calidad de atención a la salud, y que las causas de mortalidad son problemas hipertensivos del embarazo, hemorragias e infecciones, que son susceptibles de prevención."²³

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los cuales destacan "el enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivos y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobré vivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a una atención con mayor calidez".

Si se considera que el 73% del total de embarazos en nuestro país son de bajo riesgo, el 15% son de mediano y el 12% de alto riesgo. Y que la cobertura asistencial de la población, la capta en un 70% el IMSS, otro 10% el ISSSTE, otro 10% la medicina privada y el resto lo capta la Secretaría de Salud o queda desprovisto de atención médica o es atendido por parteras empíricas, comadronas, brujos o personal no capacitado; por lo que en nuestro país se tiene graves problemas perinatales.²⁴

²³ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud, 1990-1994 p. 38

²⁴ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana para la atención para la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, 1995. p 19.

2.14 EMBARAZO Y CULTURA.

Los valores, actitudes, perspectivas y comportamientos se forman y acondicionan en los grupos sociales en que los niños participan desde su nacimiento. En consecuencia, hay diferentes orientaciones con respecto a salud y los cuidados para la misma que reflejan las diferencias entre los diversos grupos étnicos, raciales, religiosos y las clases sociales. Estas diversas orientaciones se manifiestan tanto en el comportamiento de los individuos como en las instituciones que suministran servicios para la salud.

Nuestra historia nos ha dejado una amplia gama de ideas diferentes sobre lo que sucede durante el embarazo y lo que éste significa para una mujer y su esposo. Unidas a ellas nos encontramos con las diferentes teorías que han surgido de los estudios psicológicos durante los pasados 100 años. Probablemente cada mujer forma sus ideas acerca de su propio embarazo a partir de la combinación de los conocimientos que adquiere mediante la lectura y la conversación con otras madres, así como con los profesionales que se ocupan de su cuidado. No existen dos mujeres que tengan exactamente las mismas ideas y emociones.

La manera como una mujer y su esposo comparten las experiencias del embarazo depende, en gran medida, de las ideas previas que tengan sobre la gravidez, el parto y el bebé. Dependiendo de esto, el embarazo de la mujer puede constituir un gozo o una carga, el principio o el final de una vida de alegría, la construcción o el derrumbe de la relación marital.

El evento biológico con mayor significado para la sociedad es la reproducción y su resultado, por su importancia en la dinámica familiar y de la población en consecuencia, ejerce un fuerte impacto en el bienestar individual y nacional. Las mujeres comienzan a prepararse para ser madres en etapas tempranas. En cierto sentido, el proceso se inicia desde que son concebidas; sin importar cuándo se produzca el embarazo o si fue planeado, el número de hijos que una pareja tiene y el momento en que los tiene es, en gran parte, función de las motivaciones de la pareja para tener hijos, las cuales a su vez se ven influidas por imperativos culturales.²⁵

Los estudios de las diferentes sociedades humanas demuestran que, pese a la gran variedad de culturas, existe un comportamiento central constante. Se tiene un patrón de comportamiento básico extensamente conformado y guiado por las reglas de nuestras diferentes sociedades, pero que corre, bajo todas nuestras actitudes y comportamientos. Algunas mujeres consideran y experimentan los nueve meses de embarazo como nueve meses de desviación de la norma. Para ellas, antes de su primer embarazo, una mujer es una mujer y una muchacha es una muchacha.

²⁵ Reeder, Martin. Koniak. "Enfermería Materno-Infantil". 17ª. Edición. Editorial Interamericana Mc-Graw Hill 1995. p. 864.

Después del parto, la mujer se convierte en una mujer con un niño y la muchacha se transforma en una joven que ha tenido un bebé.

La bien intencionada y particularmente sensible información de los libros sobre embarazo, puede a veces ser tomada por ellas para reforzar su idea de que el embarazo es una enfermedad. "El embarazo es acosado frecuentemente por una gran variedad de malestares menores... malestares matutinos, ardor en el pecho, hemorroides y constipación, debilidad y mareos, venas varicosas, etc". "Visite a su médico o partera periódicamente... escuche cuidadosamente los consejos médicos o partera... siga las indicaciones de su médico".

El parto es la gran prueba por la que deban pasar las mujeres para corroborar su condición de hembras; el embarazo constituye tanto parte de la prueba como una preparación de ella. Hay una fuerte tendencia hacia esto en la subcultura de las mujeres. Se insiste mucho en el arduo trabajo, los peligros y los dolores del parto. Se cuentan relatos de acontecimientos terribles en la experiencia de la vecina o la amiga, se hace a un lado la actitud protectora de los médicos.

La idea de que la maternidad hace madurar a una mujer en forma especial tiene una implicación secundaria desafortunada: que las mujeres que nunca tienen hijos jamás evolucionan. Es evidente que la maternidad hace madurar a muchas mujeres pero, de igual manera, muchas que nunca han tenido niños se hacen más maduras aceptando y llevando a cabo otras formas de responsabilidad. El embarazo constituye una oportunidad para el desarrollo personal, la madurez no sigue automáticamente al embarazo y a la maternidad.

La profesión médica tiende a dar por hecho la idea de que la gestación de un bebé constituye una función normal de las mujeres. Tan es así que algunos médicos han procurado ignorar los sentimientos y ansiedades de muchas mujeres embarazadas, arguyendo que se trata de perturbaciones irracionales e improcedentes de lo que constituye un proceso perfectamente saludable. Otros, por su parte, admiten la tensión causada por el embarazo y se sienten inclinados a reaccionar comprensivamente ante los temores de las mujeres. No obstante, los siguen tratando como un desafortunado efecto secundario.

Sin embargo, el miedo y la ansiedad no sólo constituyen aspectos inevitables del embarazo, sino que desempeñan un papel importante en la preparación de una mujer, durante los últimos tres meses, para el parto y la maternidad.

Durante el embarazo, el concepto que la mayoría de las mujeres tienen de sí mismas cambia. El cambio es tanto un resultado del desafío, o crisis, como de su adaptación a él. También puede ser por sí mismo una causa de angustia para algunas de ellas. Buena parte de esto tiene que ver con el proceso de maduración y mucho del cambio gira en torno de la imagen que la mujer tiene de su madre, así como de su relación que tiene con ella.

Todo bebé altera el patrón de las relaciones que existen en su familia de origen; la pareja se puede preguntar si los dividirá o unirá. Muchas parejas se casan en busca de apoyo mutuo y su actividad compartida, así como el compromiso emocional de uno con el otro, dejan poco espacio para un tercero, aún si se trata de su propio hijo. Su relación debe atravesar por cambios importantes para adaptarse al embarazo; el matrimonio donde hay un alto grado de independencia entre los cónyuges es aquél en la cual la llegada del primer bebé puede traer consigo una mayor felicidad y satisfacción.²⁶

2.15 EL EMBARAZO DENTRO DE UN SISTEMA CULTURAL.

Griffith sugiere que los conceptos reproductivos pueden enfocarse en cuatro componentes de un sistema cultural:

- Costumbres y sistemas de valores, que incluyen la noción de deber, obligación y conveniencia.
- Sistema de parentesco, que da lugar a derechos recíprocos, deberes y obligaciones en las relaciones que se producen por el matrimonio y la descendencia de la familia.
- Sistema de conocimientos y creencias, que define la concepción y el parto.
- Sistemas ceremoniales y rituales, que permiten la nueva realización de elementos simbólicos y su incorporación a la vida cotidiana.

Los valores de control de la fertilidad han dado un mayor apoyo al concepto de igualdad de oportunidades, ya que el papel de no ser madre de familia es una opción realista y viable para las mujeres. El papel de la maternidad en sí ahora puede elegirse en forma racional. Una de las consecuencias fue colocar a la maternidad en competencia directa con otros papeles alternos y deseables dentro de la sociedad, como el de profesional. Cuando se elige la maternidad, se concede importancia a la planeación, entre los factores que se deben tener en cuenta, están el costo social, psicológico y económico de los niños y también la pérdida de ingresos por parte de la esposa y la satisfacción intrínseca de su ocupación. Los estilos de vida actuales dependen de forma significativa de los ingresos de la esposa, en la mayoría de las familias en las cuales tanto el esposo como la esposa aportan ingresos, los de ella constituyen más de la quinta parte de los ingresos totales.

²⁶ Idem. p. 867.

2.16 NIVEL SOCIOECONOMICO.

El nivel socioeconómico es un factor determinante del comportamiento reproductivo materno y del uso de servicios de maternidad. Debido a que éste, o la clase social como se llama en ocasiones, ejerce una influencia tan importante en la salud y los cuidados para la misma.²⁷

El nivel socioeconómico es un complejo que se refiere a la formulación teórica de relaciones entre los subgrupos de nuestra sociedad. Este constituye un esfuerzo para subdividir a las poblaciones en algunas categorías descriptivas que difieren con respecto a sus características sociales y económicas, antecedentes y comportamientos.

El procedimiento normal para determinar el nivel socioeconómico consiste en elegir como indicadores de las diferencias sociales a una o diferentes características que se encuentran en relación con ingresos, educación, ocupación, vivienda y sitio de residencia, valores sociales y estilo de vida en general de los subgrupos de la población. El indicador que se emplea con mayor frecuencia para definir el nivel socioeconómico es la ocupación, éste es el mejor indicador de los ingresos de la persona, su educación, nivel de vida, valores sociales y otros atributos relacionados. Puede demostrarse que algunas variables sociales independientes al nivel socioeconómico, tales como edad, región geográfica, altura, paridad y etnicidad, contribuyen al cuadro general de variación social asociada con el resultado del embarazo.

Se acepta de manera general que los cuidados médicos adecuados durante el embarazo, en particular en etapas tempranas, reducen la incidencia de mortalidad neonatal y materna, malformaciones congénitas y otros defectos al nacimiento, la relación entre un nivel económico bajo y la falta de cuidados adecuados en la etapa prenatal se ha demostrado ampliamente, a medida que aumentan los ingresos de la familia, también se observa un incremento en el número de visitas para recibir cuidados médicos.²⁸

²⁷ Reeder, Martín. Koniak: Op cit. p. 868.

²⁸ Sharon Logan. La Experiencia del Embarazo. Editorial Masson. 5ª. Edición. 1994 p. 37.

2.17 PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.

EDUCACION.

Este concepto es considerado en dos dimensiones: una que se refiere a su función social y otra en la que resalta su carácter formativo.

FUNCION SOCIAL DE LA EDUCACION.

En esta primera idea de que lo educativo cumple una función social, se considera que la educación está relacionada en mucho a las condiciones histórico-sociales prevalecientes y como una respuesta a ello, las instituciones educativas señalan "perfiles profesionales", dando la posibilidad de ser respuesta a las condiciones económico-sociales de un país, donde las escuelas son espacios sociales caracterizados por grupos jerarquizados según sus habilidades o conocimientos, por culturas dominantes y subordinadas y por ideologías de clase en competencia. El problema aquí no radica en que exista una respuesta, sino el concepto de respuesta que se tenga a esas demandas sociales: esta puede apuntar a la reproducción o a la transformación.

En la educación en el sentido de reproductora de una ideología, la escuela actúa para la creación y legitimación de formas de conducta, en el proceso de ideologización. Así mismo pretendería la transmisión de un pensamiento, restándole importancia a la intervención humana en la construcción del aprendizaje. Para esta forma de entender la educación, el proceso educativo habrá de comprenderse como una actividad donde se interceptan una diversidad de procesos económicos, políticos, sociales y culturales; la educación entonces se convierte en un instrumento para "crear al hombre que la sociedad necesita". La socialización de este tipo de educación sugiere ser una respuesta a las demandas sociales, donde se reproduce por consiguiente una forma de pensamiento establecido por un grupo dominante.²⁹

En el caso de educación transformadora, se propone la construcción del aprendizaje a partir de la consideración del contexto histórico-social (realidad) donde se desenvuelve el sujeto que aprende, en la cuál se hace énfasis en una noción dialéctica de la intervención humana y constructora de los nuevos conocimientos donde se redefinen las causas y significados de la educación.

²⁹ Díaz Barriga A., El Papel de la Educación, p. 36.

2.18 CARACTER FORMATIVO DE LA EDUCACION.

Desde la posición educativa transformadora, la formación apunta a rebasar el concepto de actividad informativa o reproductora de conductas para abrirse a una actitud reflexiva, es decir, a la movilización de las estructuras cognitivas en donde la realidad de los hechos permite al alumno la visualización de un fenómeno y la construcción de formas de entender y actuar con el mundo circundante.

Mientras se conserve la ausencia de crítica por parte del alumno y en tanto que la educación no favorezca el desarrollo del proceso crítico en el mismo, se fomentará pasividad y una actitud reproductora de información en donde el sujeto se limitará a la satisfacción de las demandas de la sociedad dominante a través de la repetición de los discursos elaborados por estos. Por tanto, hablar de formación en un sentido reproductor implica acriticidad, dependencia, memorismo y una relación lineal docente-alumno en donde el primero transmite información y el otro la recibe pasivamente.³⁰

"La educación debe comenzar por la superación de la contradicción educador-educando; debe fundarse en la conciliación de sus polos, de tal manera que ambos se hagan, simultáneamente, educadores y educandos."³¹

2.19 EDUCACION PARA LA SALUD.

Una de las funciones más importantes del profesional de la salud, es la de educador sanitario, el de enseñar a la gente la forma de vivir en estado de salud. La educación sanitaria es uno de los pilares de la medicina preventiva y del fomento a la salud. El método más efectivo de educación es el contacto personal.

La finalidad de la educación sanitaria es ayudar a los individuos a alcanzar la salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo. El interés de la gente por mejorar sus condiciones de vida y aspira a crear un sentido de responsabilidad por su propio mejoramiento sanitario, ya sea individualmente o como miembros de una familia y de la colectividad.

La salud es uno de los elementos de bienestar general, y la educación sanitaria o higiénica es sólo uno de los factores del mejoramiento de la salud y de las condiciones sociales. La adquisición de conocimientos sobre la salud no se limita a la enseñanza dada con una estricta finalidad, sino que en gran parte es resultado del proceso de aculturación general del individuo, o sea, de las experiencias adquiridas en el hogar, en la escuela y su vida dentro de la

³⁰ Ídem. p. 37.

³¹ Paulo Freire, Pedagogía del Oprimido. 11ª. Ed. Editorial siglo XXI. P 73.

colectividad. "Si lo oigo, lo olvido, si lo veo lo recuerdo, si lo hago lo sé", es un antiguo aforismo chino que expresa cabalmente el proceso del aprendizaje, que es la base de la educación,

La información y el conocimiento pueden transmitirse de persona a persona y son muy útiles, pero no son sinónimos de educación que es, en esencia, la estructuración del carácter de la personalidad. La educación sanitaria, lo mismo que la educación general, trata de cambios de ideas, de sentimientos y de conducta de las personas. Se afanan por fomentar aquellas prácticas que se supone producirán el mayor grado posible de bienestar. Cualquier ser humano puede aprender, sea cual fuere su edad, sexo, raza y cultura, esto plantea un problema a cualquiera que intente que las gentes cambien sus actitudes y costumbres higiénicas; pero no garantiza que en una situación educativa dada, cualquier persona aprenda lo que el educador propone, pues esto depende de muchos factores y especialmente de las experiencias que el individuo haya podido tener con anterioridad.³²

Puesto que aprender implica un cambio de ideas y costumbres, por otra parte de un individuo, éste cambio sólo puede llevarse a cabo mediante el propio esfuerzo individual; mientras el individuo permanezca pasivo frente a determinada situación no hay aprendizaje posible, es decir, éste es un proceso activo y no un proceso de información, de conocimiento o de memorización.

La educación sanitaria es efectiva cuando induce al individuo a vivir una vida sana, practicando las técnicas de higiene personal y de la higiene pública.

2.20 ¿COMO HACER QUE LA GENTE APRENDA?

Para aprender es necesario un motivo, incentivos para cambiar de actitud. El afán de satisfacer ciertas necesidades humanas elementales como supervivencia, alimentación, amor y aprobación social, es la motivación principal de la conducta humana. El aprendizaje se logra antes y mejor si el contenido de la educación sanitaria está relacionada con los móviles o motivaciones del individuo y de la colectividad y si el educando enfrenta un problema real cuyo total alcance comprende. Cambiar la conducta humana a medida que ésta comprenda lo que debe hacer y cuando vea que hacerlo le produce ventajas.

El comportamiento actual de nuestra especie es un fenómeno esencialmente humano, es decir, sociocultural, esto significa que nuestro peculiar comportamiento se genera en la estructura social en que vivimos y se adquiere y desarrolla por aprendizaje social. Lo ya conocido permite considerar a la conducta humana como un sistema organizado, con una estructura, funciones e historia. La conducta humana puede ser

³² Rochon A. Alain, Educación para la Salud, ED. Masson, España, 1991, p. 46.

explicada, teniendo en cuenta el marco social e histórico de fondo, a través de las variables causales (estructura socioeconómica y cultural de la sociedad específica) y de sus asociaciones y de las variables que norman el control posterior del comportamiento, en este proceso, uno de los mecanismos básicos que debe entenderse es el aprendizaje, que es lo que permite al hombre adquirir un comportamiento con características que lo diferencian cualitativamente del comportamiento animal.

El propósito de la educación sanitaria es educar a la gente para que viva una vida sana mediante la práctica de las normas de higiene personal y el conocimiento de los problemas de salud pública. La educación sanitaria representa el conjunto de todos los conocimientos existentes en materia de salud traducidos por medio de la educación en formas convenientes de comportamiento individual y colectivo. 33

- Los principios del aprendizaje que es preciso tener en cuenta son:
- El aprendizaje es un proceso dinámico y activo.
- Cualquier aprendizaje es un proceso individual, es un autoaprendizaje.
- El aprendizaje se apoya en móviles o motivos que son los resortes de la vida humana.
- Los móviles o motivos van cambiando en cada período de la vida del individuo, desde el nacimiento hasta la senilidad.
- El aprendizaje es intencional, persigue objetivos previamente formulados.
- El aprendizaje es reflexivo inteligente.
- El aprendizaje se logra operando en situaciones reales.

El aprendizaje es un proceso complejo que engloba todos los principios simultáneamente.

Educar a la gente para que viva una vida sana mediante la práctica de las normas de higiene personal y el conocimiento de los problemas de salud pública. La educación sanitaria representa el conjunto de todos los conocimientos existentes en materia de salud traducidas por medio de la educación en formas convenientes de comportamiento individual y colectivo.

Es preciso diferenciar lo que es el proceso de educación para la salud cuya meta es el desarrollo de una verdadera "cultura de la salud", de lo que es la divulgación y la propaganda. La educación para la salud es un proceso de aprendizaje que tiene como objetivo la modificación de modos de vida y de comportamiento para hacerlos más

³³ Idem. p. 36.

favorables al mantenimiento del estado de salud. La divulgación, en cambio, tiene como objetivo dar a conocer una materia precisa mediante procedimientos de información colectiva como los carteles, folletos, radio, etc. para despertar el interés de la gente.

La propaganda usa procedimientos informativos que producen efectos rápidos en la población, generalmente actúa en forma de una campaña sostenida, intensa y extensa, utilizando diversos procedimientos informativos, para lograr atraer el interés de la gente, preparando así el terreno del proceso educativo. La educación para la salud es indispensable para la promoción de la salud y para la prevención de la enfermedad y de los riesgos sociales relacionados con la salud. La enfermedad, más que otra cosa, una mala elección de comportamientos individuales.

El proceso de la educación (enseñanza-educación) lo definimos como un proceso dinámico, activo, directo, cuyo objetivo fundamental es provocar cambios en las actitudes y comportamientos de los estudiantes y de los docentes. En este proceso existen objetivos por alcanzar, esfuerzos por realizar en ambas partes el proceso enseñanza-aprendizaje.

Cualquier reflexión sobre la salud debe empezar analizando las estructuras sociales y la cultura, el hombre actúa en forma repetitiva frente al determinismo social y cultural, a pesar de su libertad conductual.

Las posibilidades y límites de la educación para la salud están relacionados con la estructura misma de los comportamientos humanos (adquiridos socialmente) con su variabilidad individual al mismo tiempo que con cierto determinismo repetitivo social y con una variación cultural e histórica.

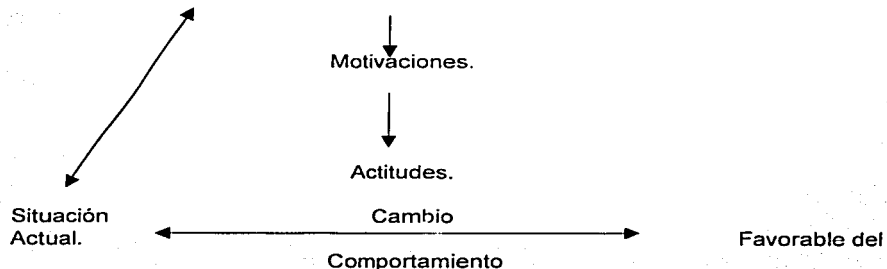
La idea, muy extendida de que nuestra salud depende del médico o de los servicios de salud, conduce al círculo vicioso de la enfermedad permanente de la población, sobre todo cuanto los servicios de salud son esencialmente curativos: la certeza de que la salud depende de la vida social en gran medida (riesgos) conduce a dar la debida importancia a la educación para la salud, a la participación, a la prevención social sanitaria y médica, romper el círculo vicioso de la enfermedad y a iniciar el círculo positivo de la salud. ³⁴

³⁴ Antón Nordiz. "La educación para la salud, el instrumento básico de la Enfermería comunitaria". Ed. Masson. Madrid. 1998. p. 85.

CUADRO 1. La comunicación persuasiva en la modificación de la conducta.

- 1.- Comunicación del mensaje motivacional.
- 2.- Transmisión y descifrado del contenido.
- 3.- Motivación humana: Necesidades fisiológicas: necesidades de seguridad, necesidades de afecto, necesidades de estima y necesidades de autorrealización.
- 4.- Proceso de persuasión:
 - 4.1.- Exposición al mensaje.
 - 4.2.- Obtención del mensaje.
 - 4.3.- Comprensión del mensaje.
 - 4.4.- Aceptación o rechazo del mensaje., o sea, cambio o no de actitud.
- 5.- Persistencia del cambio de actitud.
- 6.- Cambio del comportamiento.

**Proceso de comunicación persuasiva en los comportamientos
Relativos al cuidado de la salud: mensaje motivacional.**



FUENTE: Educación para la salud. Rochon A. Lain 1991 pp 605.

La educación para la salud es un proceso enseñanza-aprendizaje que conduce a producir cambios favorables en el comportamiento del educando. El objetivo es ayudar al estudiante a adquirir conocimientos (saber), a desarrollar su personalidad (saber ser) y a saber hacer (prácticas). Previa o simultáneamente, que el estudiante comprenda, analice, reflexione, evalúe y adquiera competencias o habilidades.

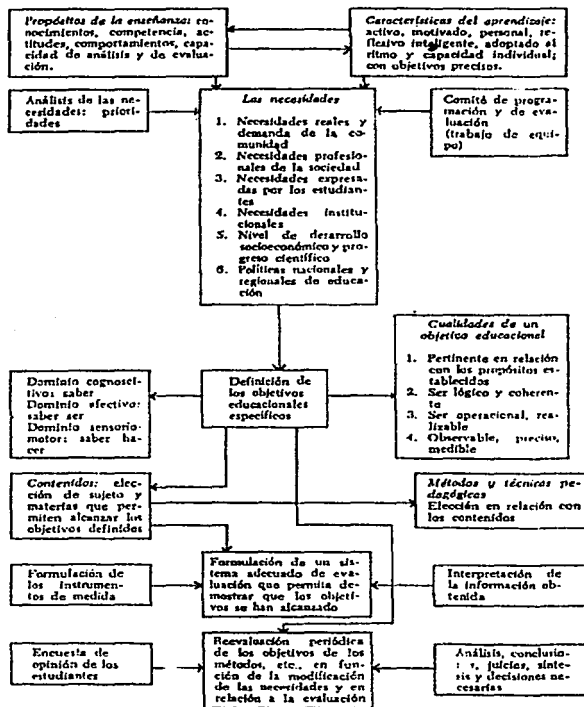
Las características del aprendizaje humano permiten formular algunos principios aplicables, que facilitan el proceso de aprendizaje.

- El aprendizaje es un proceso personal, activo, dinámico, en el cual cada individuo progresa a su propio ritmo y sus propios medios (autoaprendizaje).
- La motivación y el interés son factores importantes en el aprendizaje, el aprendizaje es un proceso reflexivo, inteligente, en el sentido de que persigue objetivos precisos.
- El aprendizaje es más eficaz si opera en situaciones reales y prácticas.

La educación para la salud es uno de los medios útiles para ayudar al individuo y a la comunidad a proteger y a mejorar su propia salud, desarrollando a través de la educación sistemática y permanente un estado de conciencia, de conocimiento y de responsabilidad individual y colectiva frente a la salud, la enfermedad y la muerte.

"Por la educación, el hombre es el mismo, pero no lo mismo".³⁵

³⁵ Carretero, Mario. La investigación europea sobre enseñanza-aprendizaje. Editorial Aique. 1998. p. 36.



2.21 TEORIA DEL ESTRES.

La palabra estrés, deriva del latín "stringere" que significa oprimir, apretar, atar, angustia.

Tras varias décadas de investigaciones, aun existe gran controversia acerca de la definición de estrés. Las distintas conceptualizaciones que se han propuesto podrían ser agrupadas en tres grandes categorías:

- a) Estrés como estímulo, quienes lo conceptualizan de esta manera, lo definen como cualquier suceso que causa una alteración en los procesos homeostáticos que originan una respuesta desorganizada, éste suele definirse como un "cambio vital". Desde este punto de vista tanto los sucesos positivos como los negativos son considerados como muy estresantes.
- b) Estrés como respuesta, es la alteración causada por un estímulo nocivo o factores estresantes. Se centra en las reacciones más que en los sucesos, en este sentido Selye definió al estrés como la "respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda que surja". Esta respuesta inespecífica fue llamada el "Síndrome de adaptación general" (SAG) o síndrome de estrés. También propuso que el organismo desarrolla un "Síndrome de adaptación local" (SAL). Selye mantiene que tanto el (SAG) y el (SAL) tienen tres estadios, la reacción de alarma, de resistencia y de agotamiento.

- 1.- **REACCION DE ALARMA.** La reacción inicial es la de alarma, que es la que alerta a las defensas corporales contra el factor estresante. Selye divide la fase en dos partes: de shock y contrashock. Durante la fase de SHOCK, el factor estresante se puede percibir consciente o inconscientemente, en cualquier caso el Sistema Nervioso Autónomo actúa y libera grandes cantidades de epinefrina (adrenalina) y de cortisona. La segunda parte es la de CONTRASHOCK, donde el organismo revierte los cambios producidos en la fase anterior.
- 2.- **ESTADIO DE RESISTENCIA.** Es donde tiene lugar la adaptación al SAG, en otras palabras, el cuerpo intenta hacer frente al factor estresante y limitarlo a un área mínima para combatirlo.
- 3.- **ESTADIO DE AGOTAMIENTO.** La adaptación lograda en el anterior estadio no se puede mantener, esto significa que el método empleado se ha agotado, si no ha vencido al factor estresante, los efectos se pueden extender a todo el organismo, al final o se vuelve a la normalidad o bien la muerte puede ser el resultado último. Que ocurra una u otra posibilidad depende de los recursos adaptativos del individuo, de la gravedad del factor y de la ayuda externa que se le facilite.

c).-El estrés como una **TRANSACCION**. Las teorías transaccionales se basan en la teoría de Lazarus que asegura que ni la teoría del estímulo ni la de la respuesta al estrés consideran diferencias individuales. En contraste con Selye, que se centra en las respuestas fisiológicas, Lazarus introduce los componentes o respuestas mentales y psicológicos al estrés. La teoría del estrés transaccional de Lazarus abarca una serie de reacciones cognitivas, afectivas y de adaptación que surgen de las interrelaciones entre persona y entorno. Estas son inseparables, cada uno influye y es influido por el otro. El estrés se define como una relación particular entre persona y entorno que aquella aprecia como algo impuesto, que excede sus recursos, y que pone en peligro su bienestar, la persona reacciona ante los cambios que percibe en su entorno a través de la adaptación. La valoración cognoscitiva es un proceso que determina por qué y hasta qué punto una transacción particular o una serie de ellas entre la persona y el entorno resulta tan estresante.

d).-El modelo de Nuernberger, cree que existe un modelo de adaptación como respuesta más allá del mecanismo del SNA. El autor la llama "Síndrome de inhibición general " o respuesta pasiva. Para él el funcionamiento relajado y saludable se representa por el equilibrio entre las dos partes del SNA. El estrés es un estado de desequilibrio que revela el dominio total bien del estímulo de la respuesta defensiva o de la inhibición de la respuesta pasiva. Nuernberger afirma que la presencia del estímulo o la inhibición no constituye por sí mismo estrés. Este se da cuando el estímulo no está equilibrado con la relajación o cuando la inhibición no lo está con la actividad. Este cree que el principal origen del estrés no es el entorno exterior; es el estado interno de la persona o su propia mente, los factores emocionales y perceptivos que forman la personalidad básica. Define el estrés emocional como: el resultado de un proceso mental, un estado de desequilibrio autónomo generado como reacción ante algún tipo de miedo, dolor o malestar. Esta percepción abarca una interpretación de estímulos sensoriales selectos, que se perfilan o estructuran a través de recuerdos de un dolor pasado, también implica con anticipación que ese dolor sucederá en el futuro como consecuencia de los estímulos sensoriales presentes y de las condiciones ambientales, se mantiene por la indecisión, la incapacidad para enfrentarse al miedo".³⁶

2.22 MANIFESTACIONES DEL ESTRES.

2.22.1.- FISIOLÓGICAS.

Estas manifestaciones pueden o no aparecer en un paciente con estrés, según su manera de percibir el suceso estresante y la efectividad de sus estrategias de superación.

³⁶ Kozier. Erb. Olivieri. Enfermería Fundamental. Editorial. McGraw Hill Interamericana. 4a. Edición. España Tomo 2 p. 642.

- a) Dilatación de las pupilas para aumentar la percepción visual cuando hay una amenaza.
 - b) Sudoración (diaforesis) aumentada para controlar la elevada temperatura corporal debido al incremento del metabolismo.
 - c) Palidez de piel debido a la constricción de los vasos periféricos, un efecto de la norepinefrina.
 - d) Aumento del ritmo cardíaco, que da lugar a una aceleración del pulso para transportar nutrientes y derivados del metabolismo más eficazmente.
- e) Elevación de la presión sanguínea debido a:
- Constricción de los vasos en reservorios sanguíneos, como la piel, riñones y órganos internos.
 - Aumento de la secreción de renina, como efecto de la norepinefrina.
 - Incremento de la retención de sodio e hídrica debido a la liberación de mineralocorticoides, que da lugar a un incremento del volumen sanguíneo.
 - Aumento del gasto cardíaco.
- f) Aumenta el número de respiraciones y su profundidad debido a la dilatación de los bronquiolos, dando lugar a hiperventilación.
 - g) Disminuye la producción de orina.
 - h) Puede haber sequedad de la boca.
 - i) Disminuye la perístasis intestinal, resultando estreñimiento y flatulencia.
 - j) Aumenta la atención ante el peligro.
 - k) Aumenta la tensión muscular como preparación de una rápida actividad motora o defensiva.
 - l) El nivel de glucosa en sangre aumenta debido a liberación de glucocorticoides y la gluconeogénesis.
 - m) Se produce letargo, laxitud mental e inactividad.
 - n) Puede existir un funcionamiento fisiológico disminuido y pérdida del tono musculoesquelético.

Todos los signos son resultado del aumento de la actividad del sistema nervioso simpático.

2.22.2.- PSICOLOGICAS.

- a) La ansiedad, es un estado de aprensión, terror, el presentimiento o la sensación de desamparo que tiene que ver con un miedo inminente o imprevisto a sí mismo o a las relaciones de importancia. Puede percibirse a niveles concientes o inconscientes, se clasifica en cuatro niveles:

- Ansiedad ligera que produce un estímulo leve que intensifica la percepción, el aprendizaje y las habilidades.
 - Ansiedad moderada que aumenta el estado de estímulo a un nivel en el que la persona refleja tensión, nerviosismo o preocupación, las habilidades perceptivas son reducidas, la atención se centra más en un aspecto particular de una situación que en las actividades periféricas.
 - Ansiedad severa que agota las energías del individuo y necesita intervención. La percepción se ve muy disminuida. La persona, incapaz de centrarse en lo que realmente está ocurriendo, se fija sólo en un detalle específico de la situación que genera la ansiedad.
 - Pánico es un nivel abrumador y terrible de ansiedad que lleva a la persona a perder el control, es menos frecuente que otros niveles. La percepción de una persona aterrorizada se puede alterar hasta el punto de que los sucesos la distorsionan.
- b) La irritabilidad, es un estado emocional que consiste en un sentimiento subjetivo de animosidad o gran malestar. Comúnmente se manifiesta en un tono de voz alterado y manifestaciones de abandonar alguna acción por otra, su expresión verbal se puede considerar por tanto un signo de disconformidad psicológica interna y una solicitud de ayuda para tratar el estrés percibido.

La comunicación verbal expresada de la irritabilidad es constructiva, la persona "irascible" previene una concentración emocional, las expresiones constructivas tienen tres elementos:

- Captación, es el acto por el que otra persona presta atención.
- Descripción, es el proceso de delimitar la fuente de irritabilidad en una persona.
- Identificación, es la acción de buscar una respuesta y un apoyo en los otros.

2.22.3.- COGNOSCITIVAS

Estas manifestaciones son reacciones razonadas que incluyen problemas de solvencia, estructuración, autocontrol, supresión, fantasía y ruego.

- La solución del problema implica pensar en una situación de angustia, empleando pasos específicos para llegar a la solución.
- La estructuración es el arreglo de una situación para que los sucesos de angustia no se produzcan.
- El autocontrol consiste en asumir una expresión facial que exprese una sensación de tener bajo control la situación, sin tener en cuenta cuál es esta.
- La supresión consiste en apartar de la mente conciente o voluntariamente un pensamiento o un sentimiento, esta reacción alivia temporalmente el estrés pero no resuelve el problema.

- La fantasía es similar a fingir, los anhelos y deseos insatisfechos se imaginan como satisfechos, las fantasías pueden ser destructivas e improductivas cuando una persona abusa de ellas o se aparta de la realidad.
- La súplica suele incluir la identificación y descripción del problema, la sugerencia de soluciones y la búsqueda de apoyo y ayuda.

2.22.4.- VERBALES Y MOTORAS.

Las primeras manifestaciones del estrés pueden ser verbales o motoras. Estas incluyen el llanto, la risa, el grito, los golpes, las patadas y los abrazos.

- El llanto libera tensión en situaciones intensas como el dolor, alegría o tristeza y cuando la situación no se puede manejar ya conscientemente, la gente suele llorar cuando nota que otros se preocupan, es beneficioso para liberar la tensión y si está seguido de la solución del problema, de otra forma no es provechoso.
- La risa también es una reacción que reduce la ansiedad y que puede llevar a una solución constructiva, una persona se puede reír de pequeños incidentes y de la manera en que esta maneje la situación.
- El grito es una reacción al miedo o a una intensa frustración e irritabilidad. Gritar, igual que otras respuestas verbales, reduce la tensión pero puede ser dañina si la persona es incapaz de controlarlo y llega a la histeria.
- Golpear y patear son reacciones espontáneas ante las amenazas físicas, puede ser beneficioso si van dirigidas hacia los objetos y si la persona u objeto no es dañado y que lleve en sí a técnicas de superación de forma razonada.
- Abrazar y tocar suelen ser respuestas de alegría, el dolor o los sucesos tristes, es un gesto de apoyo y calor, estas reacciones varían dependiendo las culturas y de los individuos de una cultura.³⁷

2.23.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS.

El grado en que un factor estresante afecta a un individuo depende de la naturaleza del factor estresante, su percepción, el número de factores estresantes simultáneos, la duración de la exposición a los mismos, las experiencias con un factor estresante comparable, la edad y la capacidad de apoyo de la gente.

- a) La naturaleza del factor estresante hace referencia a su magnitud con la que es identificada por la persona.

¹⁷ Idem. p. 463.

- b) La percepción del factor estresante (lo que un factor estresante significa para una persona) puede ser tan importante como la magnitud real del mismo, debido a que la percepción es un fenómeno subjetivo, existen grandes diferencias en cómo la gente considera un factor estresante.
- c) El número de factores estresantes a los que una persona se enfrente al mismo tiempo puede afectar en gran manera a su reacción.
- d) La duración de la exposición al factor estresante también influye en las manifestaciones del estrés. Por tanto, si la duración del factor estresante supera la etapa de resistencia de una persona más allá de sus fuerzas de superación, éste podría morir.
- e) La experiencia con un factor estresante similar puede ayudar a prever su reacción y a reducir el estrés en la presente, una persona que se ha ajustado con éxito a una situación con anterioridad, probablemente lo vuelva a hacer en una situación similar.
- f) La edad del individuo afecta a la respuesta y la adaptación al factor estresante.
- g) La disposición del apoyo de la gente puede ayudar a la persona que se enfrenta al estrés a mantener la integridad física y psicológica. Ellos proporcionan un soporte emocional, con frecuencia ayudan a tomar una decisión y, al compartir la experiencia, pueden mitigar la intensidad de la reacción del estrés.

2.23.1.- ESTRESORES PSICOSOCIALES.

Al principio se pensaba que cualquier experiencia en la vida de las personas que provocara un cambio en su vida y que supusiera un reajuste importante en su conducta debía de ser considerado como un acontecimiento vital estresante. Sin embargo, desde el comienzo surgieron reservas a la hora de aceptar esta idea de que cualquier cambio es negativo, que somos tolerantes al mismo, ya que el cambio es parte intrínseca de la vida biológica y social normal. Se trata de enfatizar que las consecuencias adversas no dependen del número de eventos y de su magnitud sino fundamentalmente de su cualidad, por tanto se pueden definir a los acontecimientos vitales estresantes como aquellos eventos que requieren un ajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables.

Además de la indeseabilidad hay otras dimensiones de los eventos que también parecen contribuir a la predicción de trastornos, entre ellas destacan dos aspectos importantes:

- a) En primer lugar; la controlabilidad del evento, en el sentido de que hay evidencia acerca de que son los eventos incontrolables los que se relacionan con una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos.
- b) En segundo término, la esperabilidad de los acontecimientos también parece tener importancia a la hora de predecir problemas de salud. En este caso son los eventos inesperables los que más correlacionan con distintas medidas de sintomatología.³⁸

2.24.- EL HOSPITAL Y LA HOSPITALIZACION EL IMPACTO PSICOLOGICO.

Tradicionalmente el entorno hospitalario ha sido estudiado de forma primordial como un sistema social, por los científicos sociales; pero no se ha llevado a cabo, sino hasta época muy reciente, el análisis de las consecuencias psicológicas que supone para el paciente el acontecimiento de la hospitalización. Por otro lado, los médicos no han entrado casi nunca en la consideración de este tema, esto probablemente reflejado por dos hechos: primero, los miembros de la profesión médica han desarrollado los mecanismos necesarios de defensa psicológicos que les permiten trabajar dentro de tal ambiente, pero al hacerlo así se impiden así mismos el poder apreciar que en el ambiente hospitalario pueden darse reacciones psicológicamente determinadas, significativas clínicamente. Hay que añadir también que, desafortunadamente hasta hoy, la preparación que el médico recibe durante sus años de entrenamiento que le pudiera capacitar para tal valoración es muy poca. Por otra parte, dada la inexistencia en el equipo de salud de profesionales específicos para el diagnóstico de ese tipo de problemas y para el diseño de intervenciones correspondientes, es difícil que, aún no existiendo los mencionados mecanismos de defensa, el médico pueda detectar tales problemas psicológicos.

En segundo lugar, y quizá como consecuencia de lo anterior, los médicos no han comenzado a tomar en cuenta las reacciones psicológicas significativas que pueden ocurrir en el entorno hospitalario, hasta hace muy poco tiempo. Esto no quiere decir en lo absoluto, que los efectos resultantes últimos de la hospitalización, sobre todo respecto a la enfermedad que la motiva, no sean de saldo positivo; solo quiere decir que, desafortunadamente, se producen unos efectos colaterales que en grado importante podrían evitarse si se contara con un servicio adecuado de asistencia psicológica.

Desde la perspectiva "cultural", se puede hablar de una específica "subcultura" o "cultura hospitalaria" que queda establecida por el grupo profesional dominante (la profesión médica) y por el propio marco hospitalario, ya que tanto en uno como en

³⁸ Hombrados Ma. Isabel, Estrés y Salud. Ed. Promolibro. España. 1997. p. 143.

otro caso nos encontramos con normas, valores, creencias y símbolos, que son transmitidos de generación en generación; por un entrenamiento institucionalmente establecido dentro del sistema social general, y por la "profesión médica" en particular, que se repiten expresados en la estructura física y social de los establecimientos hospitalarios. Sin olvidar que el entrenamiento clínico de los futuros profesionales de la medicina se recibe todavía casi exclusivamente en los establecimientos hospitalarios.

El paciente al ser hospitalizado es sometido a cambios culturales no deseados ni comprendidos en el seno de un ordenamiento institucional muy nuevo que además percibe como hostil: debe asumir nuevas normas, valores, creencias y símbolos que pueden ser incongruentes con lo que ha aprendido anteriormente; la disparidad entre unos y otros puede conducir a respuestas comportamentales inapropiadas. Somos conscientes de que en una cultura como la nuestra tales supuestos elementos culturales intra hospitalarios nos resultan familiares a todos, aún en caso de que, afortunadamente, nunca hayamos sido hospitalizados; pero ese conocimiento teórico no implica más una asunción potencial que, en más de una ocasión, problematiza incluso la asunción real, una vez producida la situación de hecho. Por ejemplo, nuestro conocimiento teórico de tales elementos culturales puede estar fuertemente influido por la presentación social que los medios llevan a cabo de la figura del médico, y de la vida hospitalaria, que muchas veces, como el caso de la televisión, tiene como marco de referencia una organización hospitalaria diferente, y desde luego, producen una falsificación del juego social real.

En el ámbito social, el paciente hospitalizado tiene que llevar a la práctica el papel de enfermo y además aprender a representar el papel más específico de "enfermo hospitalizado". Es posible que las expectativas teóricas del papel de enfermo fueran conocidas en cuanto insertas en las estructuras del sistema social general. La ocupación de ese rol constituye, una especial fuente de ansiedad por muchas razones que tiene que ver con su ejecución, pero también, por la ocupación, al considerarse sus ocupantes como "estigmatizados".

Los contactos de interacción en el seno del hospital, entre el personal hospitalario y el paciente, pueden servir como fuente de estrés, tanto por razones de cantidad como de cualidad. En el marco hospitalario sobre todo la calidad emocional de los contactos puede constituir una fuente específica de estrés, por su bajo nivel, por la distancia o incluso por su signo negativo expresado en hostilidad. La situación de dependencia y minoría de edad que la hospitalización introduce, constituye un elemento poderosamente estresante; evidentemente no cabe dejar de tomar en cuenta, para evaluar los efectos, los "recursos" que el individuo posea en la categoría psicológica. A nivel físico hay factores externos, como el propio entorno hospitalario con sus peculiares características (dolores, ruido, aspectos

arquitectónicos, etc.) y factores externos como la propia enfermedad, con las limitaciones y problemas corporales que plantea a la persona, todos ellos pueden conducir al estrés.

En nuestros hospitales no cabe poner en práctica roles recreacionales para aliviar los factores estresantes que produce el ejercicio del rol del paciente hospitalizado, a un nivel social, las redes de apoyo social funcionan en la familia, en la vecindad, y en el sitio de trabajo, que podrían mitigar el impacto de los estresores, se ven suprimidos por el hecho de la hospitalización (inevitablemente suprimidas) implicando un factor adicional de estrés, precisamente por el rompimiento con todos esos marcos habituales que la hospitalización significa. En el ámbito físico el paciente carece de una situación saludable, se encuentra enfermo, de manera que no puede poner en marcha recursos físicos propios, factores internos; tampoco puede remodelar el cambio físico en el que se encuentra, tanto la pérdida de apoyo social y la necesidad de solucionar los conflictos interpersonales tienen una relación bastante estrecha con el mantenimiento y restauración de la salud.

La ruptura más dramática que tiene el paciente quizás se produce respecto a los roles familiares, la separación de la familia es una consecuencia obligada de la hospitalización cuyas consecuencias negativas están lejos de haber sido establecidas con la suficiente extensión. Sus efectos se producirán en el estado emocional y la conducta intra hospitalaria del paciente, pero también en muy alto grado, en la vida familiar misma que ha quedado fuera.

La segunda ruptura grave se produce con respecto al marco laboral. El abandono de las rutinas laborales produce en el paciente hospitalizado muchas de las secuelas psicológicas que provoca en el individuo sano la situación de desempleo, pero que, en este caso, se ven agravadas por el sentimiento de incapacidad y de impotencia que genera la enfermedad misma; en su caso, por la preocupación suplementaria de cómo se hará frente a los gastos generados por la enfermedad, hospitalización e intervenciones necesarias, si lo son. Sobre todo si el paciente hospitalizado no cuenta con ingresos fijos, la situación puede llegar a ser sumamente estresante, por cuanto la incapacidad para trabajar implica la desaparición o reducción de los ingresos económicos.

Cabe establecer que el ingreso de un enfermo al hospital tiene las siguientes consecuencias:

- a) Extrañamiento por inserción en un medio desconocido con pautas culturales diferentes. De hecho el mundo hospitalario constituye una subcultura propia que va a exigir del paciente, como en su día exigió del propio personal, un proceso de "aculturación".

- b) Situación de ignorancia que se suma a la ya existente respecto a la enfermedad, por desconocimiento de los procesos que han de tener lugar, de las vías alternativas que los resultados de las pruebas diagnósticas pueden abrir, de los roles a asumir, etc. En la práctica el paciente desconoce casi todo, al menos en el momento del ingreso. La ignorancia del lenguaje propio del nuevo entorno, es específica y muy importante.
- c) Exigencia de adaptación, tanto al nuevo marco físico como al entorno psicosocial, y por tanto necesidad de un cambio de hábitos comportamentales personales.
- d) Pérdida de la intimidad y de la privacidad. El paciente es ingresado en un mundo que, por lo que al enfermo se refiere, no hay espacio ni tiempos privados. Precisamente uno de los objetivos de la hospitalización es ese: poner al enfermo en una situación de completa disponibilidad y accesibilidad para el equipo médico.
- e) Pérdida del control de sus actividades cotidianas y de las decisiones habituales. El paciente pone literalmente su vida en manos de los demás sobre la base de una supuesta confianza que, en un principio, sólo se apoya en el reconocimiento social de la pericia médica profesional al margen de individualidades y de reconocimiento y aceptación personal del "carisma" del médico. Por otro lado, muchos de los hospitales tiene algunas características de instituciones totales. Significa que controlan o intentan controlar todos los aspectos de la vida del paciente. El hospital, es uno de los sitios en los que la persona pierde casi todo el control de su vida.
- f) Devaluación de la persona, por cuanto desaparece la relación persona a persona que es usual en la consulta externa, y el paciente se ve convertido en un caso más en un número. Se trata de un proceso similar al que ocurre cuando se ingresa al ejército.
- g) Pérdida de la independencia y pase a una situación de dependencia. Como es evidente esta situación de dependiente correlaciona en alto grado con la imposibilidad de control sobre su propia vida que el paciente hospitalizado tiene. Al pasar ese control a manos del personal y de la organización el enfermo se ve automáticamente en una situación de dependencia. La dependencia está igualmente en estrecha relación con el sometimiento al conjunto de rutinas del establecimiento.
- h) Modificación del papel del enfermo por cuanto se modifica drásticamente la interacción del dialogo médico-enfermo al desaparecer el marco habitual en que se produce. La sustitución de ese marco por el entorno del hospital hacen que cambie de forma importante los papeles de los dos protagonistas iniciales

de la historia. A partir del momento de la hospitalización, aunque sigan teniendo su papel en el reparto, la acción del enfermo y su médico inicial cambian para ajustarse a la entrada en escena de muchos personajes y cambio de escenario.

- i) Interrupción en el desempeño de los roles normales.
- j) Separación brusca del marco social habitual, especialmente de la familia y del trabajo.
- k) Pérdida del apoyo social que no necesariamente es total, pero que siempre ocurre cuando menos a nivel parcial.

2.25.- ACCION PSICOSOCIAL DEL HOSPITAL SOBRE EL PACIENTE.

El paciente recibe una consideración devaluada que viene implicada por la específica desvaloración. Es un "incapaz" o un "menor de edad" que está allí para ser "curado", no para "curarse", es decir, para que "se le hagan las cosas" y no "para hacerlas". Esa especial consideración parece justificar la manipulación de las vidas de los pacientes, sin preocuparse por sus deseos, mediante el control de su comportamiento, la estructuración de sus actividades de acuerdo con las necesidades de la organización, el tratamiento impersonal y el aislamiento del resto de la sociedad, que se intenta justificar sobre la base de una específica ética científica y profesional.

El proceso de sometimiento del paciente utiliza fundamentalmente dos técnicas diferentes que son, un aprovechamiento y potenciación de las consecuencias propias de la hospitalización y son las siguientes:

- 1.- Eliminación de la identidad. Es una técnica usual en las grandes organizaciones, sobre todo en aquellas más cercanas al tipo de "institución total". El paciente ha de dejar sus ropas usuales y ha de vestir el camisón que el hospital ha diseñado para sus pacientes y que facilita su manipulación, también se pide que no lleve, o que entregue sus pertenencias personales, que son devueltas a sus familiares o guardadas en un lugar adecuado para serle devueltas cuando se marche. En esencia, se suprimen todos los aspectos de la identidad personal y de la individualidad del enfermo, al menos todo lo que se puede. Como consecuencia se produce una notable reducción de la auto imagen del individuo y una especie de iniciación al mundo social del hospital.
- 2.- Control de medios y recursos. El personal asume todo el control sobre medios y recursos, incluyendo tanto los recursos físicos como los de información y conocimiento (tales como registros, resultados de pruebas y cualquier otra información médica). Como resultado, si el paciente desea utilizar un recurso

debe pedirlo al personal del hospital, lo cual reduce la auto imagen del paciente, degrada su autovaloración y aumenta su nivel de dependencia . Además, el paciente debe suponer que su petición puede verse denegada ya que el personal hospitalario es superior a él en la interacción y tiene el poder de rehusar.³⁹

2.26.- ESTRES, CONFLICTO Y ANSIEDAD.

Que un suceso sea percibido como estresante depende de la naturaleza del suceso y de los recursos, las defensas psicológicas y mecanismos de afrontamiento de una persona. Todos involucran al ego, una abstracción conjunta del proceso por el que una persona percibe, piensa y actúa sobre los acontecimientos externos o impulsos internos.

Una persona cuyo ego funciona adecuadamente tiene un equilibrio adaptativo entre los mundos externo e interno; si el ego no funciona adecuadamente y el desequilibrio resultante continua durante el tiempo suficiente, la persona experimenta un estrés crónico.

Si el desequilibrio es externo, entre las presiones del mundo exterior y el ego de la persona o interno entre los impulsos de la persona (impulsos agresivos, sexuales y dependientes) y la conciencia, el desequilibrio produce un conflicto. Los conflictos originados externamente son normalmente interpersonales, mientras que los internos son intra psíquicos o intra personales. Como el ser humano es un ser social, habitualmente sus conflictos personales son con las otras personas.⁴⁰

2.27.- ESTRES MATERNO.

Los cambios en el cuerpo femenino y la activación psíquica, por el temor de perder seducción y su relación con el embarazo; tales cambios se acompañan de conductas nuevas relativas a la protección de la salud materna: a suprimir bebidas alcohólicas y evitar fumar, así como tomar ciertos medicamentos con regularidad. Además, las modificaciones hormonales producen ciertos trastornos que los cónyuges califican como problemas imaginarios, lo cual podría incrementar el estrés de la embarazada.

El marco financiero y temporal también cambia: numerosos gastos causados por la gestación no son cubiertos por el seguro social o por las cajas del seguro, la incertidumbre pesa sobre el desarrollo futuro de la carrera profesional y dicha inquietud sobre el porvenir aumenta el estrés a medida que todo parece relacionarse

³⁹ Rodríguez Marín Jesús. Estrés, Enfermedad y Hospitalización. ED. Andaluza de Salud Pública (EASP) Primera Edición. 1997. p 84-86.

⁴⁰ Kaplan-Sadock. Sinopsis en Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana. 8ª. Edición. España 2000 p. 735.

con la fecha del parto. ¿Qué pasará después de ese día? Muchas mujeres lo ignoran, si algunas han estudiado sobre reproducción en la preparatoria o universidad o si siguieron cursos de iniciación para futuras madres, la mayoría jamás ha estudiado la maternidad. En los países occidentales donde la familia se reduce cada vez más a la pareja de cónyuges, la convivencia con personas de mayor edad no existe ya, para iniciar a la joven madre. Los temores pueden terminar por quedarse permanentemente en la embarazada: el temor a abortar (si tal ha sido su experiencia hasta el momento) el temor de tener un hijo deforme o con alguna enfermedad, de los dolores de parto, en fin, temor de convertirse en madre.

El feto es vulnerable y reacciona a estímulos como a las drogas o al estrés materno. Existen estudios realizados con animales y demuestran que el estrés materno durante el embarazo afecta a la conducta posterior; efectos similares se conocen en seres humanos. Las hormonas maternas atraviesan la barrera placentaria y producen efectos secundarios en el feto; si la madre está estresada, los corticoesteroides y otras hormonas pueden afectar el sistema cardiovascular del feto cuya presión sanguínea es sensible a estímulos externos. Se ha descrito una cierta correlación entre las respuestas anatómicas de la mujer y el neonato, las mujeres con niveles altos de estrés, suelen tener hijos hiperactivos e irritables, con trastornos del sueño, bajo peso al nacer y que comen poco. ⁴¹

2.28 ADAPTACIÓN AL ESTRÉS.

La adaptación es la base de la homeostasis y la resistencia al estrés. Adaptar, por tanto, significa modificar para recibir lo nuevo o las condiciones distintas, la adaptación es característica de todas las cosas vivas, es la diferencia entre los organismos vivos y los objetos inanimados.

La adaptación humana se produce de tres modos interrelacionados: Fisiológica, Psicológica y Sociocultural.

1.- MODO FISIOLÓGICO:

la adaptación fisiológica o biológica se produce como respuesta a las demandas incrementadas o alteradas que tienen lugar en el cuerpo y como resultado de los cambios físicos compensatorios (por ejemplo un mayor tamaño y fuerza muscular tras un ejercicio prolongado, la capacidad incrementada del corazón y los pulmones después del ejercicio).

⁴¹ Goldman H. Howard. *Psiquiatría General*. Ed. Manual Moderno. 4ª. Edición. México. 1996 p. 598

2.- MODO PSICOLOGICO:

la adaptación psicológica implica un cambio en la actitud y el comportamiento, por ejemplo, las estrategias de superación hacia situaciones emocionalmente estresantes. Los ejemplos incluyen el cambio de patrón de vida, usar la resolución de problemas en la toma de decisiones en vez de respuestas no constructivas.

3.-MODO SOCIOCULTURAL: la adaptación sociocultural abarca cambios en el comportamiento de la persona de acuerdo con las normas, convicciones y creencias de varios grupos, como familia, sociedad, grupo étnico, profesional y económico.

CARACTERISTICAS DE RESPUESTAS ADAPTATIVAS.

Todas estas reacciones, tanto la fisiológica como la psicológica o sociocultural, tienen características comunes y éstas son:

- a) Todas las respuestas adaptativas son intentos de mantener un equilibrio orgánico.
- b) La adaptación es una respuesta total de todo el cuerpo o el organismo.
- c) Todas las reacciones tiene limites, principalmente las orgánicas.
- d) La adaptabilidad varía según la persona, el individuo físicamente sano tiene mayores recursos para acomodarse en momentos de estrés que una persona enferma o débil.
- e) Las respuestas adaptativas son egocéntricas y molestas, el estrés y las respuestas de adaptación emplean la energía del organismo y agotan los recursos físicos y psicológicos.

El modo en que una persona percibe y responde ante los factores estresantes es altamente individual. La vulnerabilidad ante estos factores está estrechamente relacionada con el aprendizaje previo, el nivel de desarrollo, los sucesos vitales, la salud y los métodos de superación.⁴²

⁴² Kozier. Erb. Olivieri. Op cit. p. 685.

2.29 TEORIA DE NEUMAN.

2.30 REFERENCIAS Y ANTECEDENTES PERSONALES.

Betty Neuman nació en 1924 en una granja cerca de Lowel, Ohio. Su padre era granjero y su madre ama de casa. Desarrollo un gran amor por el campo y su entorno rural le despertó la compasión por las personas necesitadas. La Dra. Neuman completó con honores su formación inicial en enfermería en la Escuela de Enfermería del Peoples Hospital (hoy Hospital General), en Akron, Ohio en 1947, fue entonces cuando se trasladó a Los Angeles, allí realizó diferentes trabajos, entre ellos los de enfermera de planta hospitalaria, enfermera jefe, enfermera de escuela y enfermera de empresa. Se dedicó también a la docencia clínica en lo que ahora es el USC Medical Center de Los Angeles, en las secciones médico-quirúrgicas, de enfermedades transmisibles y de cuidados intensivos, asistió en la Universidad de California, en Los Angeles a un curso sobre salud pública y psicología. Obtuvo el grado de bachiller en Enfermería en 1957. en 1966 obtuvo el grado de maestría en salud mental, por la Junta de Salud Pública de UCLA. Obtuvo el grado de doctor en Psicología Clínica en 1985 por la Pacific Western University.

Neuman fue pionera en el desarrollo de la enfermería dirigida a la salud mental. Su primer modelo explícito para la docencia y práctica sobre salud mental lo desarrolló a finales de los años 60, antes de crear su modelo de sistemas, el modelo se desarrolló inicialmente para integrar el aprendizaje de los estudiantes sobre las variables del paciente, extendiendo la enfermería más allá del modelo médico. Incluye en él conceptos conductuales, como el problema de la identificación y la prevención. La Dra. Neuman conserva el puesto de consultora internacional para las escuelas de enfermería y organismos profesionales que adoptan su modelo.⁴³

2.31 PRECEPTOS QUE FUNDAMENTA SU TEORIA.

El modelo tiene cierta similitud con la teoría de la Gestalt, la teoría de la Gestalt mantiene que el proceso de homeostasia es aquel por el cual el organismo se mantiene, en consecuencia, su salud, bajo condiciones variables. Neuman describe el ajuste como un proceso por el cual el organismo satisface sus necesidades, debido a las muchas necesidades existentes ya que cada una de ellas puede distorsionar el equilibrio o la estabilidad del paciente, el proceso de ajuste ha de ser dinámico y continuo. Toda nuestra vida se caracteriza por esta continua interacción entre el desequilibrio y el equilibrio dentro de nuestro organismo. Cuando el proceso de estabilización fracasa hasta cierto punto, o cuando el organismo permanece en un estado de desarmonía durante demasiado tiempo, y es, en consecuencia, incapaz de satisfacer sus necesidades, es cuando puede desarrollarse la enfermedad; cuando este proceso de compensación fracasa de manera completa el organismo puede morir.

⁴³ Ann Marriner Tomey, "Modelos y Teorías de Enfermería" p. 97.

El modelo también se deriva de la visión filosófica de Chardin y Bernard Marx, que sugiere que las propiedades de las partes están determinadas en parte por el todo dentro de los sistemas organizados dinámicamente, siguiendo esta línea Neuman confirma que los patrones del todo influyen en el conocimiento de las partes. Emplea la definición de Selye de estrés, según la cual éste sería una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda que se le presenta. El estrés aumenta la demanda de un reajuste, esta demanda es inespecífica y requiere una adaptación al problema independientemente de cuál sea la naturaleza del mismo, así pues, la esencia del estrés es la demanda inespecífica de actividad.

Los factores estresantes son estímulos productores de tensión con potencial para causar un desequilibrio, como pueden ser crisis situacionales o madurativos. El modelo de Neuman refleja la teoría general de los sistemas, es decir, la naturaleza de los seres vivos abiertos, establece que todos los elementos se encuentran en interacción, formando una compleja organización.

Partiendo del modelo de Caplan sobre los niveles de prevención, Neuman, refiere éstos niveles de prevención a la enfermería de la siguiente manera: ***la prevención primaria consiste en evitar los agentes estresantes del entorno antes de que se produzca la enfermedad. La prevención secundaria intenta reducir los efectos o posibles efectos de los factores estresantes mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los síntomas de enfermedad. La prevención terciaria intenta reducir los efectos residuales de los agentes estresantes después del tratamiento.*** Neuman conceptualizó su modelo basándose más en teorías puras que en la investigación en enfermería, en investigaciones recientes han proporcionado pruebas empíricas que apoyan el modelo de sistemas de Neuman. Una investigación publicada en 1987 demostró que el modelo era uno de los tres más utilizados internacionalmente en la investigación en enfermería.⁴⁴

⁴⁴ Roper, Logan, Tierney, Modelos de Enfermería. P. 45.

2.32 DESARROLLO DE LA TEORIA.

Los principales conceptos que se identifican en el modelo son los de aproximación integral al paciente, sistema abierto, estructura básica, entorno, entorno creado, factores estresantes, líneas de defensa y resistencia, grado de reacción, prevención, intervención y reconstrucción

APROXIMACION INTEGRAL AL PACIENTE.

- El modelo de sistemas de Betty Neuman es un método de sistemas abierto y dinámico para el cuidado de los pacientes, desarrollando inicialmente con el fin de proporcionar un enfoque de unificación para la definición de problemas de enfermería y para entender mejor al paciente en su interacción con el entorno. El paciente como sistema puede ser una persona, una familia, un grupo, una comunidad o un acontecimiento.

CONCEPTO INTEGRAL.

- Considera todas las variables que afectan simultáneamente al sistema del paciente: fisiológicas, psicológicas, evolutivas, socioculturales y espirituales. Cambia el término HOLISTICO por el de INTEGRAL.

SISTEMA ABIERTO.

- Un sistema es abierto cuando sus elementos intercambian energía informativa dentro de su compleja organización. El estrés y la reacción frente al mismo son componentes básicos de un sistema abierto.

ENTORNO.

- El entorno está constituido por todas las fuerzas internas y externas que afectan al paciente y que son afectadas por éste en cualquier momento.

ENTORNO CREADO.

- El entorno creado es la movilización inconsciente por parte del paciente de todas las variables del sistema para lograr la integración, estabilidad e integridad del mismo.

CONTENIDO.

- Son las cinco variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, evolutiva y espiritual) del hombre en su interacción con el entorno, y que constituyen el sistema completo del paciente.

ESTRUCTURA BASICA.

- "La estructura básica está constituida por todas las variables como factores de supervivencia comunes a todo hombre, así como por las características individuales de cada uno".

PROCESO O FUNCION.

- "Es el intercambio de materia, energía e información con el entorno, y la interacción entre las partes y subpartes del sistema de la persona. Todo sistema vivo tiende a moverse en busca de integridad, estabilidad, bienestar y negentropía".

ENTRADA Y SALIDA.

- "Es la materia, energía e información que se intercambian entre el hombre y su entorno y que se encuentra en cualquier momento en el sistema".

RETROALIMENTACION.

- "Es el proceso por el cual la materia, energía y la información que salen del sistema, proporcionan la base de una acción correctora para modificar, mejorar o estabilizar el sistema".

NEGENTROPIA.

- Es el proceso de utilización de la energía que ayuda a la progresión del sistema hacia la estabilidad o bienestar.

ENTROPIA.

- Es el proceso de depleción de energía que lleva al sistema a la enfermedad o a la muerte.

ESTABILIDAD.

- Cuando el sistema o el paciente se enfrenta con éxito a los factores entresantes, es capaz de mantener un nivel adecuado de salud. La armonía funcional o equilibrio preserva la integridad del sistema.

FACTORES ESTRESANTES.

Los factores estresantes son fuerzas del entorno que pueden alterar la estabilidad del sistema. Neuman considera como factores estresantes:

- 1) Las fuerzas intra personales que se dan dentro del individuo (respuestas condicionadas).
- 2) Las fuerzas interpersonales que se dan entre uno o más individuos (expectativas de rol).
- 3) Las fuerzas extrapersonales que se dan fuera del individuo (circunstancias económicas).

Los factores estresantes son "estímulos" que pueden penetrar a través de las líneas de defensa tanto flexibles como normales del paciente. El resultado de la interacción con el factor estresante puede ser beneficioso (positivo) o nocivo (negativo).

BIENESTAR.

- Se dice que existe bienestar cuando las partes del sistema del paciente interactúan en armonía. En éstas circunstancias las necesidades del sistema están cubiertas.

ENFERMEDAD.

- La enfermedad se define como una desarmonía entre las partes del sistema que refleja un grado variable de insatisfacción de las necesidades.

LINEA NORMAL DE DEFENSA.

- La línea normal de defensa es el círculo externo rígido del modelo. Representa un estado de estabilidad para el individuo, el sistema o la situación, después de producirse la adaptación a los factores estresantes, que se mantiene durante un período de tiempo considerado como normal. Es fundamental la forma en que el individuo se enfrenta a los factores estresantes mientras sigue funcionando de acuerdo con su patrón cultural de nacimiento, al que intenta someterse.

LINEAS FLEXIBLES DE DEFENSA.

- Constituye un mecanismo protector de amortiguación que impide que los factores estresantes rompan la línea rígida de defensa. La relación de las variables (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, evolutivas y espirituales) puede afectar al grado hasta el cual el individuo es capaz de emplear su línea flexible de defensa frente a las posibles reacciones en respuesta al factor o factores estresantes.

LINEAS DE RESISTENCIA.

- Estos representan los recursos que ayudan al paciente a defenderse frente a los factores estresantes.

GRADO DE REACCION.

- "El grado de reacción es el grado de inestabilidad del sistema que se produce como resultado de la invasión de las líneas normales de defensa por un factor estresante.

PREVENCION COMO INTERVENCION.

- Las intervenciones son acciones intencionadas para ayudar al paciente a recuperar o mantener la estabilidad de su sistema. Neuman apoya la intervención precoz, cuando se sospeche o se identifique la presencia de un agente estresante. Neuman identifica tres niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria.
- ❖ **Intervención Primaria:** es la que se realiza cuando se sospecha o se identifica la presencia del factor estresante.
- ❖ **Intervención Secundaria:** abarca las intervenciones o tratamientos iniciados después que se hayan producido los síntomas del estrés.
- ❖ **Intervención Terciaria:** se produce después de la fase de tratamiento activo o de prevención secundaria. Se centra en los reajustes dirigidos a conseguir una estabilidad óptima del sistema del paciente.

El modelo de Neuman describe al enfermero/a como un participante activo junto con el paciente y como alguien "relacionado con todas las variables que afectan a la respuesta del individuo a los factores estresantes".

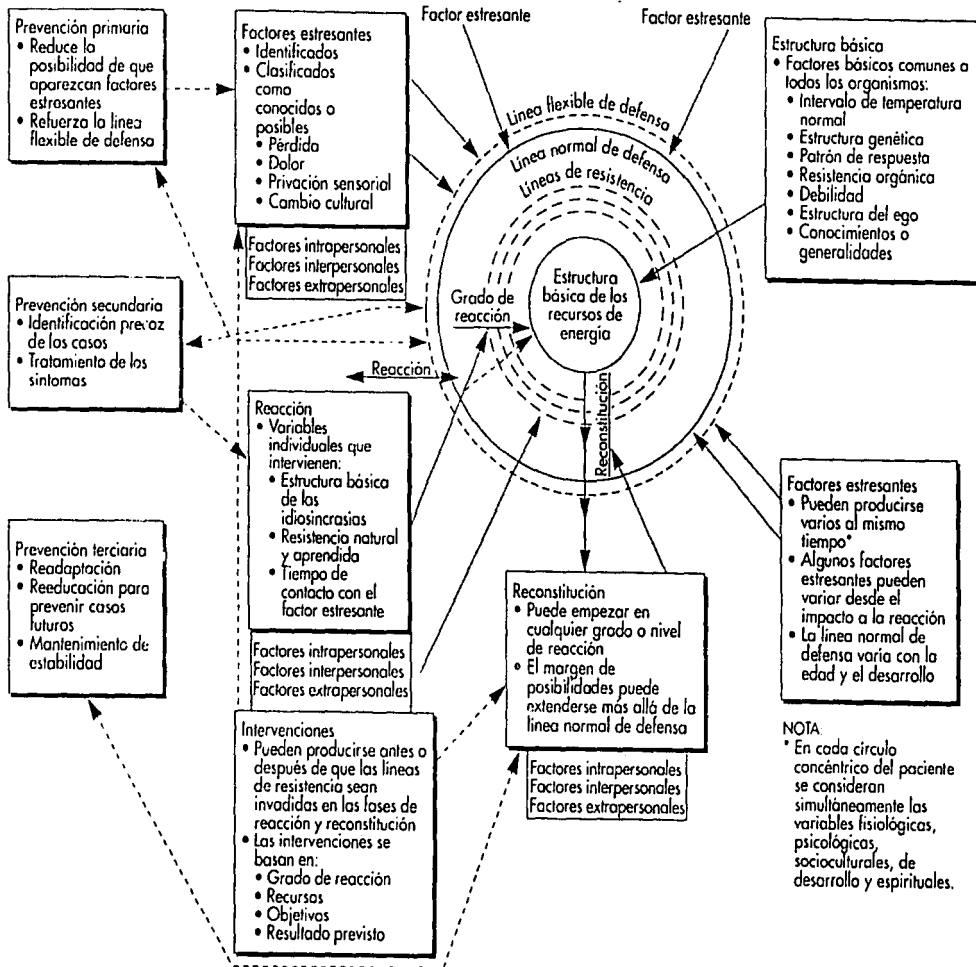
El empleo del modelo por los enfermeros / as facilita la adopción de métodos para el cuidado del paciente, dirigida por objetivos, unificada e integral. El modelo describe el sistema del paciente y clasifica los factores estresantes que deben ser comprendidos y empleados por todos los miembros del equipo sanitario. Neuman desarrolló también el Formulario Neuman del proceso de enfermería para la puesta en práctica del modelo. Está constituido por las tres partes siguientes: diagnóstico de enfermería, objetivos de enfermería y resultados de enfermería. 45

45 ENEO-UNAM-SUA. Teorías y Modelos para la Atención en Enfermería. P. 57.

El diagnóstico de enfermería consiste en obtener una base de datos amplia y comprensible sobre las desviaciones del bienestar que puedan ser determinadas. Luego se establecen los objetivos, negociando con el paciente las modificaciones precisas para corregir las desviaciones. Los resultados de enfermería vienen determinados por las intervenciones de enfermería a través del empleo de uno o más de los tres modelos de intervención.

El modelo conceptual de Neuman proporciona al enfermero/a profesional una importante guía para la valoración integral de la persona, la utilización del proceso de enfermería y la aplicación de intervenciones preventivas. El enfoque hacia la prevención primaria y los cuidados interdisciplinarios facilita la mejora de la calidad de los cuidados y supone un avance hacia el futuro. La participación activa del paciente y la negociación de los objetivos de enfermería, que se ilustran en el proceso de enfermería de Neuman, satisfacen los requerimientos actuales de la salud.

El creciente número de enfermeros / as con formación doctoral está empezando a dar validez a los modelos de enfermería y a desarrollar una base teórica científica sobre ellos en el campo de la enfermería.



NOTA
 * En cada círculo concéntrico del paciente se consideran simultáneamente las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

El modelo de los sistemas de Neuman.

3.- JUSTIFICACION.

- El conocer la realidad que se vive dentro de la práctica del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, permite poder incidir en prácticas que se consideran beneficiosas para poder brindar un cuidado integral de calidad, es por ello, que dentro de la atención que se brinda a mujeres en trabajo de parto es necesario profundizar en los procesos que vive la paciente, para con ello determinar alternativas coherentes a las necesidades específicas de las mismas.
- El otorgamiento de la atención estará dada a través de modelos propios de la profesión, los cuales permiten que abordemos al ser humano integralmente y con ello determinemos el plan específico a seguir.

4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en los factores que exacerban el estrés durante el trabajo de parto en mujeres primigestas sin control prenatal del servicio de labor del HGCVV del ISEM.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar los conocimientos que tienen las mujeres primigestas sin control prenatal sobre lo que es el trabajo de parto.
- Identificar los factores que exacerban el estrés durante el trabajo de parto.
- Elaborar las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia para disminuir los factores estresantes del trabajo de parto en primigestas.

5 HIPOTESIS

- **HI: LA PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA TIENE INFLUENCIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRÉS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL DEL SERVICIO DE LABOR DEL HGCVV DEL ISEM.**
- **H0: LA PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA NO TIENE INFLUENCIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRÉS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL DEL SERVICIO DE LABOR DEL HGCVV DEL ISEM.**

6. METODOLOGIA.

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Por el grupo a estudiar:

Dos grupos.

Por el conocimiento que tiene el investigador del fenómeno a estudiar:

- Abierto.

Por la participación del investigador:

- Observacional.

Por el tiempo en que se estudian los eventos:

- Retrospectivo y actual.

Por el periodo de recolección de estudio:

- Horizontal.

6.2 POBLACION.

Población cerrada.

- Mujeres primigestas en trabajo de parto con control prenatal y sin control prenatal que se encuentran en el servicio de labor del HGCVV del ISEM.

Tamaño de la muestra

- Al tener un universo conocido por los registros durante el periodo de estudio de 907 primigestas que estuvieron en el servicio de labor y que fueron atendidas de parto en el HGCVV del ISEM, se calculó el tamaño de la muestra a partir de la siguiente fórmula: $n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$

E²

donde z= a nivel de confianza.

Pq= variabilidad del fenómeno estudiado.

E= a precisión.

Sustituyendo:

$$\frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.5)^2} = n = 384$$

como el tamaño de la población es conocido 907 se utiliza el factor de corrección finito y a la muestra anterior se le llama muestra inicial.

$$n = \frac{no}{1 + \frac{no-1}{N}}$$

Donde N= Universo.

$$\text{Sustituyendo} = n = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{907}} = \frac{384}{1.4222712} = 269.9907$$

con la muestra corregida de 270 podremos hacer del muestreo probabilístico su resultados extensivos al universo.

Forma de asignación de los casos de estudio.

Aleatoria.

6.3 CRITERIOS DE SELECCION.

6.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION.

- MUJERES PRIMIGESTAS EN TRABAJO DE PARTO SIN CONTROL PRENATAL QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE LABOR DEL HGCVV DEL ISEM.
- MUJERES PRIMIGESTAS EN TRABAJO DE PARTO CON CONTROL PRENATAL QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE LABOR DEL HGCVV DEL ISEM.

6.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.

MUJERES PRIMIGESTAS SIN TRABAJO DE PARTO Y SIN CONTROL PRENATAL QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE LABOR DEL HGCVV DEL ISEM.

MUJERES SECUNDIGESTAS Y MULTIGESTAS EN TRABAJO DE PARTO QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE LABOR DEL HGCVV DEL ISEM.

6.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.

MUJERES PRIMIGESTAS EN TRABAJO DE PARTO SIN CONTROL PRENATAL Y CON CONTROL PRENATAL QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE LABOR DEL HGCVV DEL ISEM Y QUE NO DESEAN PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION.

6.4 VARIABLES.

6.4.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

LA PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

6.4.2 VARIABLES DEPENDIENTES.

FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS CON Y SIN CONTROL PRENATAL.

6.5 INDICADORES

6.5.1. INDICADORES SOCIO-DEMOGRAFICOS.

- Edad
- Nivel socioeconómico (de acuerdo a la escala del hospital)
- Escolaridad.
- Religión.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Tipo de familia.

6.5.2. INDICADORES GINECOOBSTETRICOS.

- primigestas.

6.5.3. INDICADORES DEL ESTRES.

- Indicadores intrapersonales.
- Indicadores extrapersonales.
- Indicadores interpersonales.

6.5.4. INDICADORES DE LA PARTICIPACION DEL LEO

- Lugar donde se inicio la participación.
- Tipo de orientación.
- Control Prenatal.
- Acercamiento a la paciente.
- Toma de decisiones para con la paciente
- Interacción que se tiene con la paciente
- Valoración de la paciente.
- Retroalimentación de la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

6.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.

6.6.1 Observación.

Para la realización de la presente investigación se observó a la población femenina primigesta en trabajo de parto sin control prenatal y con control prenatal en el servicio de labor lo que nos permitirá inferir posibles elementos de exacerbación del estrés lo cual será determinado posteriormente con la aplicación de los instrumentos dentro de las instalaciones del HGCVV del ISEM.

6.6.2 Entrevista.

La primera hoja del instrumento comprende los aspectos de autorización de participación de la investigación y ficha de identificación de la paciente.

La información fue obtenida en una cédula denominada "FEETP", factores que exacerbaban el estrés en trabajo de parto, la cual consta de 12 ítems de respuesta de acuerdo a la escala de Grove (Diferencial semántico) y 3 preguntas abiertas.

Instrumentos de recolección de datos (cédula) anexo .

6.7 PROCESAMIENTO DE DATOS.

Los datos obtenidos de las cédulas fueron baseados para poder formar una base de datos dentro del programa de SPSS, con el cual fue analizado, se aplicó Alfa de Chonbach, con lo cual se determinó que los ítems graban el objetivo que se perseguía y no se necesitó quitar ninguno de los mismos, la correlación de variable se considera es menester de otro nivel de análisis estadístico por lo cual se obvió.

6.8 VALIDACION DE LOS RESULTADOS.

Los resultados fueron validados a través de la aplicación de una prueba piloto en el hospital general de Iztapalapa del departamento del D.F., obteniéndose de los ítems marcados en los mismos un adecuado entendimiento pero si una necesidad de ampliar el instrumento en lo que respecta a "FEETP".

6.9 RECURSOS

6.9.1 RECURSOS HUMANOS

- LIC. RAUL RUTILO GOMEZ LOPEZ
DIRECTOR DE TESIS.
- PSS JUAN DE DIOS ZAMORA RODRIGUEZ.
REALIZADOR DE LA INVESTIGACION.

6.9.2 RECURSOS MATERIALES

- MATERIAL DE OFICINA, COMPUTADORA, DISKETTS, HOJAS BLANCAS.

6.9.3 RECURSOS FINANCIEROS

- PARTE FUE DADO POR LA ENEO-UNAM (APOYO ACADEMICO-ADMINISTRATIVO) Y EL RESTO FUE PROPORCIONADO POR EL INVESTIGADOR.

7, DESCRIPCION DE RESULTADOS.

"FEETP" (ZAMORA,2001)

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL**

CUADRO N.- 1 EDAD

EDAD	FX SIN CONTROL PRENATAL.	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
15 - 17	110	40.75	130	48.15
18 -20	90	33.33	100	37.03
21 - 25	70	25.92	40	14.82
TOTAL	270	100	270	100

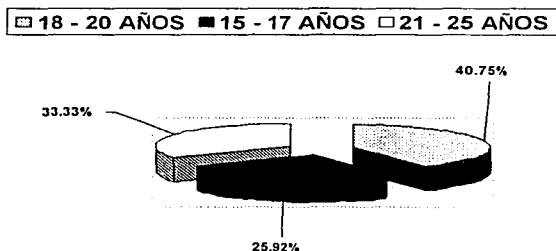
DESCRIPCION: Del total de la población de las pacientes sin control prenatal, el grupo de edad entre 15 - 17 años representa el 40.75% (110); seguido por el grupo entre 21- 25 años que representa al 25.92% (70); y por último el grupo entre 18 - 20 años con un 33.33% (90). De acuerdo con las pacientes con control prenatal, se observó que un 48.15% (130) pertenecen al grupo de edad de 15-17 años; seguido de un 37.03% (100) del grupo de edad de 18-20 años; finalmente el 14.82% (40) son de 21-25 años de edad.

FUENTE: 540 encuestas aplicadas a las pacientes primigestas sin control prenatal y con control prenatal que fueron atendidas en el hospital general "José Vicente Villada".

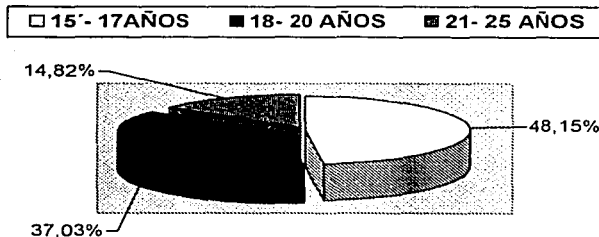
PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 1 EDAD

SIN CONTROL PRENATAL



CON CONTROL PRENATAL



FUENTE: 540 encuestas aplicadas a las pacientes primigestas en trabajo de parto sin control prenatal y con control prenatal que fueron atendidas en el hospital general "José Vicente Villada"

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN
TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL
PRENATAL.**

CUADRO N.- 2 OCUPACION.

OCUPACIÓN	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
HOGAR	160	59.26	150	55.56
ESTUDIANTE	70	25.93	90	33.33
COMERCIANTE	20	7.41	30	11.11
COSTURERA	10	3.70	0	0
EMPLEADA DOMESTICA	10	3.70	0	0
TOTAL	270	100	270	100

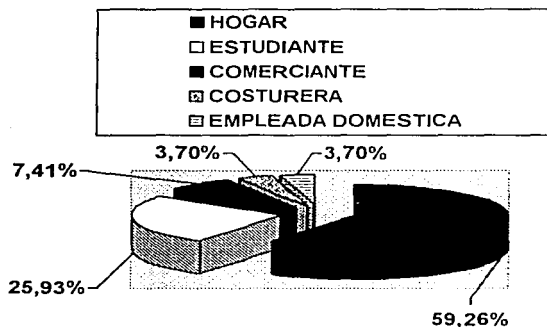
DESCRIPCION: Del total de la población de las pacientes sin control prenatal en lo referente a la ocupación, se encuentra que 59.26% (160) se dedica al hogar; seguido por el 25.93% (70) que se dedica a estudiar; posteriormente se encuentra el 7.41% (20) que se desempeña como comerciante; así como el 3.70% (10) que representa a la ocupación de costurera; y por último se ubica la ocupación de empleada doméstica que representa el 3.70% (10). En lo que respecta a las pacientes con control prenatal, se encontró que el 55.56% (150) se dedican al hogar; seguido de un 33.33% (90) que son estudiantes; por último, el 11.11% (30) se dedican al comercio.

FUENTE: IDEM.

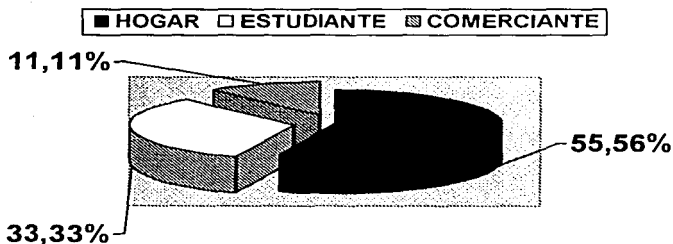
PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA.-2 OCUPACION

SIN CONTROL PRENATAL



CON CONTROL PRENATAL

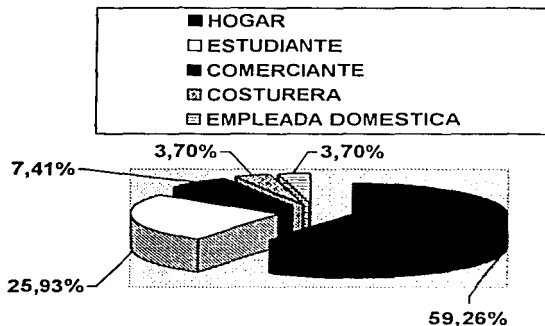


FUENTE: IDEM.

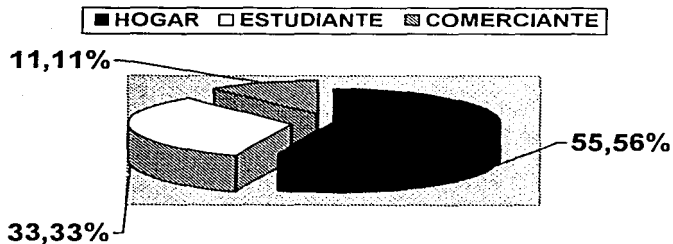
PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA.-2 OCUPACION

SIN CONTROL PRENATAL



CON CONTROL PRENATAL



FUENTE: IDEM.

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 3 ESCOLARIDAD

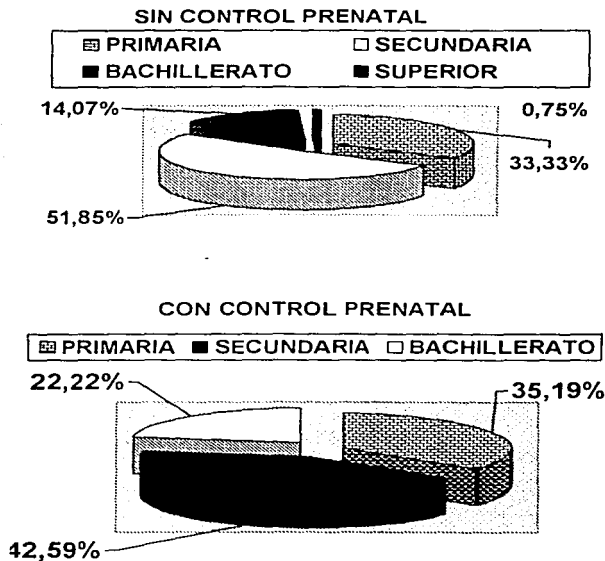
ESCOLARIDAD	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
PRIMARIA	90	33.33	95	35.19
SECUNDARIA	140	51.85	115	42.59
BACHILLERATO	38	14.07	60	22.22
UNIVERSIDAD	2	0.75	0	0
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: de la población entrevistada en su totalidad se encuentra que en las pacientes sin control prenatal, en lo referente a la escolaridad se ubica que el 51.85% (140) estudio hasta la secundaria; seguido por 33.33% (90) que concluyo sus estudios hasta la primaria; posteriormente el 14.07% (38) cuenta con estudios de nivel medio superior; finalmente el .75% (2) termino sus estudios de universidad. De acuerdo a las pacientes con control prenatal, se ubica que el 42.59% (115) estudiaron hasta la secundaria; seguido del 35.19% (95) que concluyeron sus estudios hasta la primaria; finalmente un 22.22% (60) estudiaron hasta el bachillerato.

FUENTE: IDEM.

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN EL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

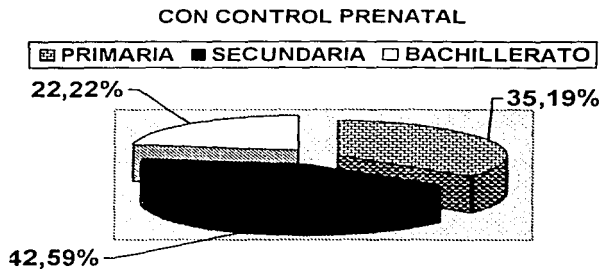
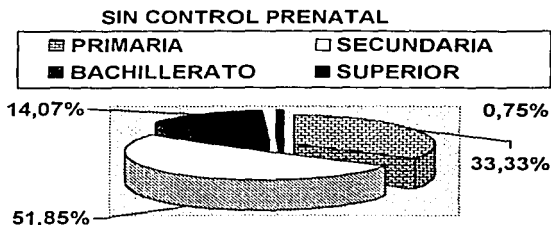
GRAFICAN.- 3 ESCOLARIDAD



FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN EL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICAN.- 3 ESCOLARIDAD



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 4 RELIGION

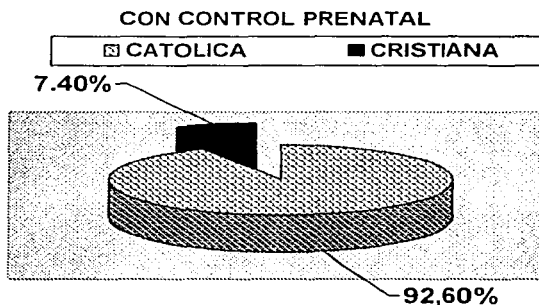
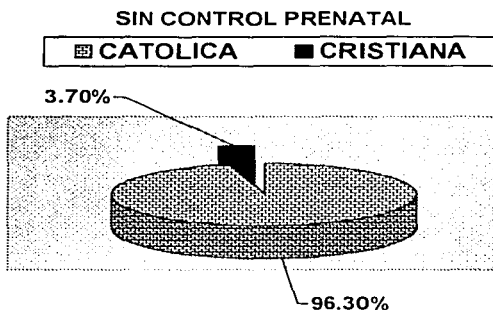
RELIGION	FX SIN CONTROL PRENATAL.	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
CATOLICA	260	96.30	250	92.60
CRISTIANA	10	3.70	20	7.40
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: del total de la población de las pacientes sin control prenatal, la religión católica representa el 96.30% (260); seguido por la religión cristiana que representa el 3.70% (10). De acuerdo a las pacientes con control prenatal se encontró que el 92.60% (250) pertenecen a la religión católica; posteriormente un 7.40% (20) practica la religión cristiana.

FUENTE: IDEM.

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.-4 RELIGION



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 5 ORGANIZACION FAMILIAR

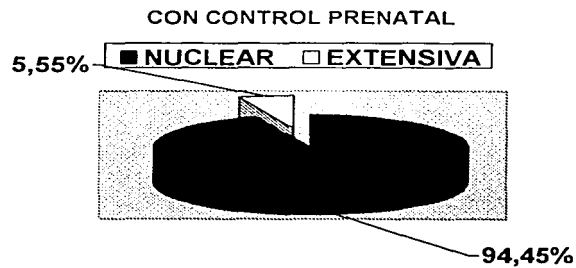
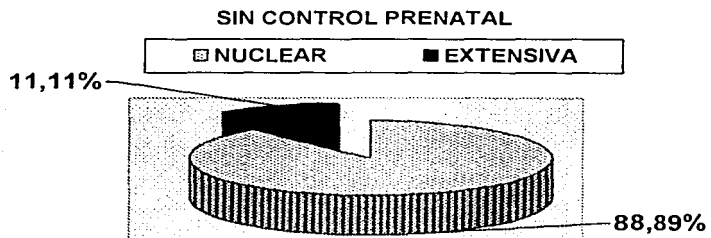
ORGANIZACION FAMILIAR	FX SIN CONTROL PRENATAL.	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
NUCLEAR	240	88.89	255	94.45
EXTENSIVA	30	11.11	15	5.55
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: Con relación a la organización familiar, en las pacientes sin control prenatal se ubica al 88.89% (240) como familia nuclear; y tan solo el 11.11% (30) corresponde a la familia extensiva. De acuerdo a las pacientes con control prenatal, un 94.45% (255) se ubican como familias de tipo nuclear; posteriormente un 5.55% (15) corresponden a familias extensivas.

FUENTE: IDEM.

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

GRAFICA N.- 5 ORGANIZACION FAMILIAR



FUENTE: IDEM.

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 6 ESTADO CIVIL

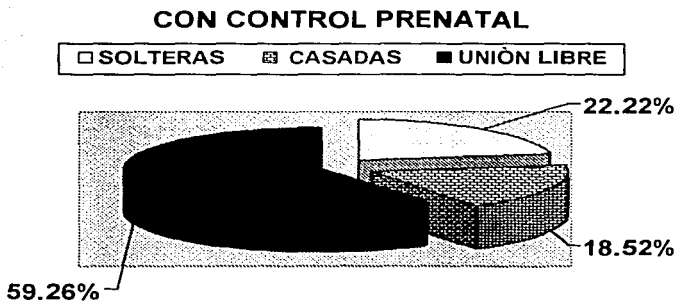
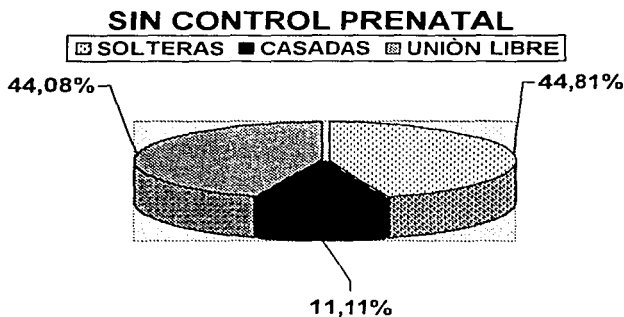
ESTADO CIVIL	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
SOLTERA	121	44.81	60	22.22
UNIÓN LIBRE	119	44.8	160	59.26
CASADA	30	11.11	50	18.52
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: Con respecto al estado civil en las pacientes sin control prenatal, se observa que el 44.81% (121) corresponde a solteras; seguido por el 44.08% (119) que su estado civil es de unión libre; y por ultimo el 11.11% (30) son casadas. En lo que se refiere a las pacientes con control prenatal, se ubica que un 59.26% (160) están en unión libre; seguido del 22.22% (60) que representa al estado civil de solteras; finalmente el 18.52% (50) se encuentran casadas.

FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.-6 ESTADO CIVIL



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO No. 7 NIVEL SOCIOECONOMICO

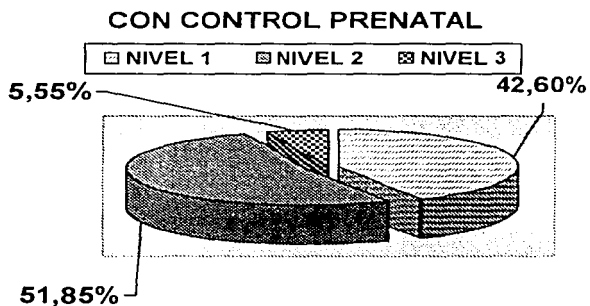
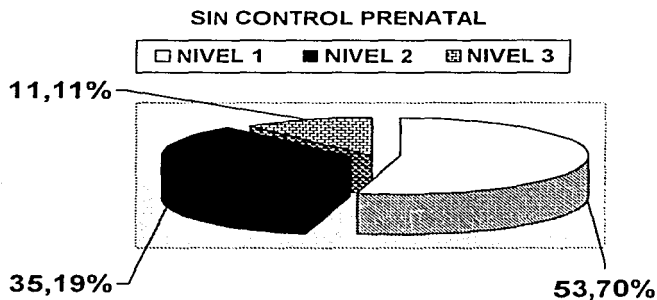
NIVEL SOCIOECONOMICO	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
1	145	53.70	115	42.60
2	95	35.19	140	51.85
3	30	11.11	15	5.55
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: en lo que se refiere al nivel socioeconómico, en las pacientes sin control prenatal se encuentra que el 53.70% (145) corresponde al nivel 1; seguido de un 35.19% (95) en donde se ubica el nivel 2; y por último se encuentra el nivel 3 con un 11.11% (30). De acuerdo a las pacientes con control prenatal, un 51.85% (140) se ubican dentro del nivel 2; posteriormente un 42.60% (115) representa al nivel 1; finalmente el 5.55% (15) ubica al nivel 3.

FUENTE: IDEM.

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA 7 NIVEL SOCIOECONOMICO



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.-8 APRENDIZAJE DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

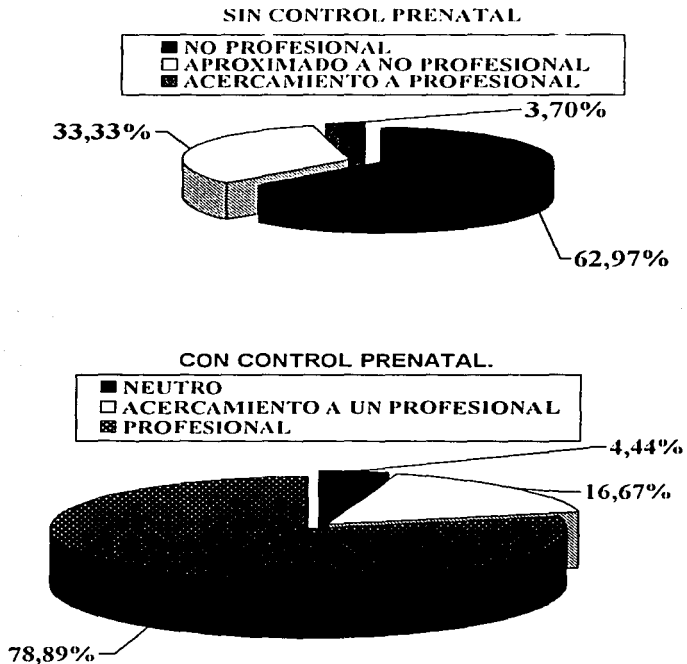
APRENDIZAJE EN TDP Y PARTO	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
NO PROFESIONAL	170	62.97	0	0
APROXIMADO A UN NO PROFESIONAL	90	33.33	0	0
NEUTRO	0	0	12	4.44
ACERCAMIENTO A UN PROFESIONAL	10	3.70	45	16.67
PROFESIONAL	0	0	213	78.89
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: Con respecto al aprendizaje sobre el trabajo de parto y parto en pacientes sin control prenatal, se encontró que el 62.97% (170) lo había aprendido de un no profesional; seguido de un 33.33% (90) que representa una proximidad a un no profesional; posteriormente un 3.70% (10) representa la fracción comprendida por el acercamiento a un profesional. En las pacientes con control prenatal se ubico que un 78.89%(213) lo aprendió de un profesional; mientras que un16.67%(45) representa el acercamiento a un profesional; finalmente un4.44%(12)se mantuvo neutra en este apartado.

FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 8 APRENDIZAJE SOBRE EL TRABAJO DE PARTO



FUENTE: IDEM.

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 9 ATENCION EN SALA DE LABOR

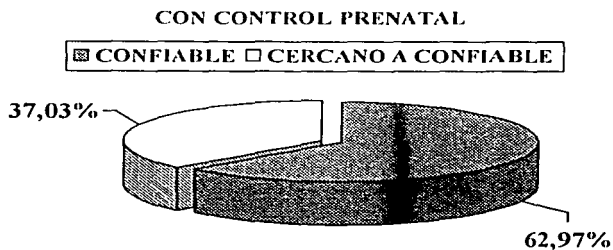
ATENCION EN SALA DE LABOR	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
CONFIABLE	30	11.11	100	62.97
CERCANO A LO CONFIABLE	230	85.19	170	37.03
NEUTRO	10	3.70	0	0
PROXIMO A NO CONFIABLE	0	0	0	0
NO CONFIABLE	0	0	0	0
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: De acuerdo a la atención brindada en sala de labor a las pacientes sin control prenatal. se observo que un 85.19% (230) considero que era cercana a lo confiable; seguido de 11.11% (30) la cual menciona que era confiable; por ultimo un 3.70% (10) represento la neutralidad en este apartado. En lo que se refiere a las pacientes con control prenatal, se ubica un 62.97%(170) que considera que es confiable; seguido de un 37.03%(100) que estima que es cercano a lo confiable.

FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.-9 ATENCION EN SALA DE LABOR



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 10 EL ACERCAMIENTO DEL PERSONAL EN SALA DE LABOR

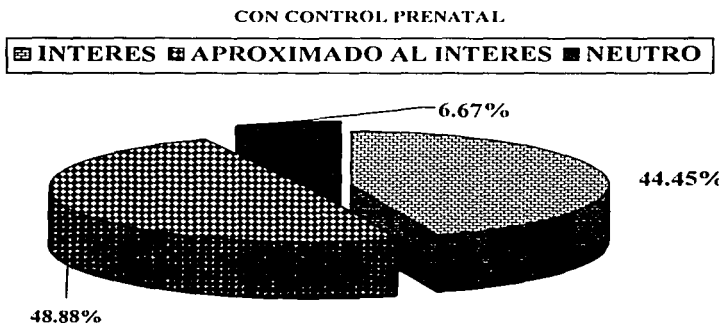
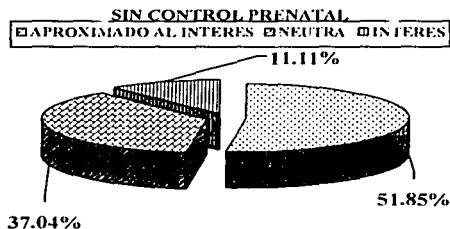
ACERCAMIENTO DEL PERSONAL EN SALA DE LABOR	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
INTERES	30	11.11	120	44.45
CERCANO AL INTERES	140	51.85	132	48.88
NEUTRALIDAD	100	37.04	18	6.67
CERCA DEL NO INTERES	0	0	0	0
NO INTERES	0	0	0	0
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: Para el acercamiento del personal en sala de labor con pacientes sin control prenatal, se encontró que un 51.85% (140) tuvo la percepción de que la forma de acercamiento por parte del personal se aproxima al interés; seguido de un 37.04% (100) que mantuvieron una situación neutra en este apartado; finalmente se observa que un 11.11% (30) representa a la población que percibe que el personal se acerca con interés. Con respecto a las pacientes con control prenatal, se ubica un 48.88%(132) que manifiestan que se aproxima al interés; mientras un 44.45%(120) percibe un interés; para finalizar un 6.67%(18) representan a las que se mantuvieron neutras en este sentido.

FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 10 ACERCAMIENTO DEL PERSONAL EN SALA DE LABOR



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 11 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

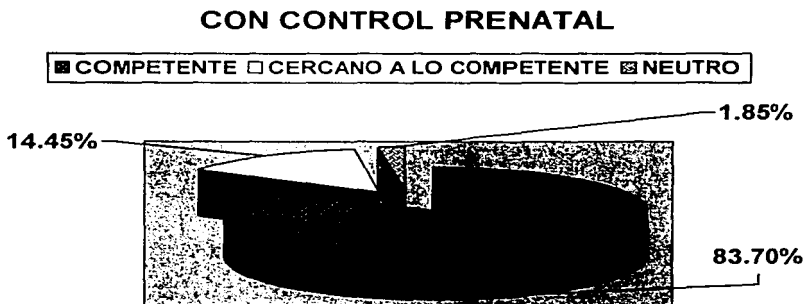
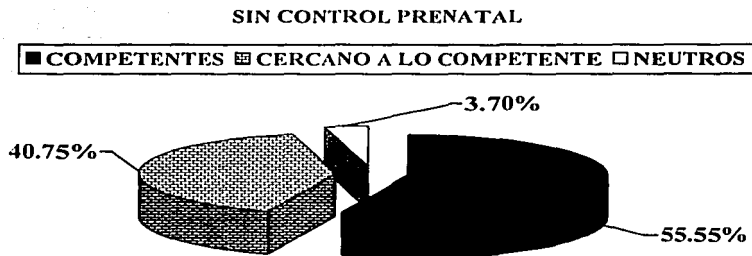
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
COMPETENTES	150	55.55	226	83.70
CERCANO A LO COMPETENTE	110	40.75	39	14.44
NEUTRO	10	3.70	5	1.85
APROXIMADO A NO COMPETENTE	0	0	0	0
NO COMPETENTE	0	0	0	0
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: En relación a los procedimientos realizados a las pacientes sin control prenatal, se encontró que de un 55.55% (150) los consideran competentes; seguido de un 40.75% (110) que representa a las que considera que son cercanos a lo competente; finalmente se observa un 3.70% (10) las cuales se mantiene neutras en este rubro. Para las pacientes con control prenatal un 83.70%(226) representa a la fracción que considera que los procedimientos que les realizaron fueron hechos de manera competente; seguido de un 14.44%(39) que los consideran cercanos a lo competente; por último un 1.85%(5) se mantienen neutras en este enunciado.

FUENTE: IDEM.

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 11 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 12 REGRESO AL HOSPITAL

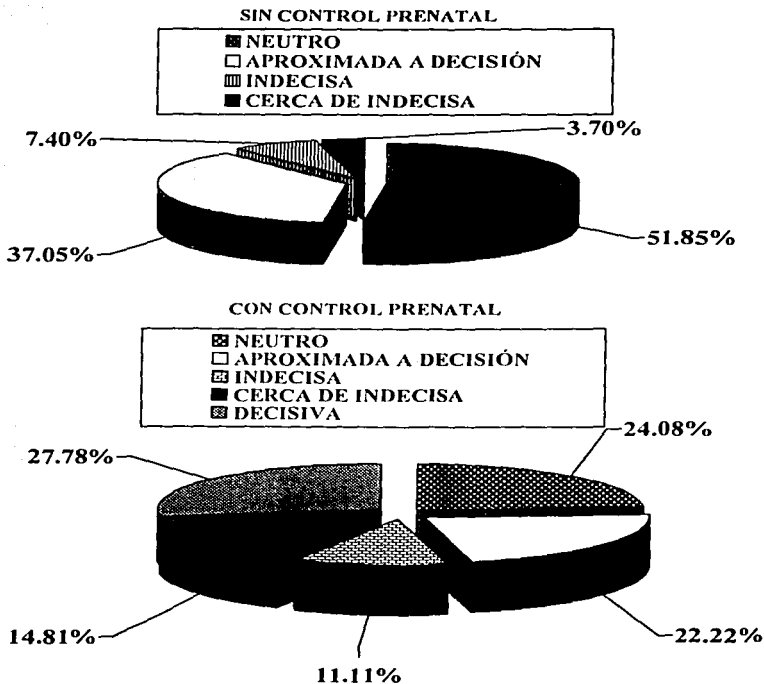
REGRESO AL HOSPITAL	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
CON DECISIÓN	0	0	75	27.78
APROXIMADA A REGRESAR CON DECISIÓN	100	37.05	60	22.22
NEUTRA	140	51.85	65	24.08
CERCA DE LA INDECISION	10	3.70	40	14.81
INDECISA	20	7.40	30	11.11
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: Del total de la población de las pacientes sin control prenatal un 51.85% (140) permanece neutra e este aspecto; continuando con un 37.05% (100) que representa una proximidad a la decisión de regresar al hospital de la atención dada, seguido de un 7.40% (20) que regresarían de una manera indecisa: y por ultimo se ubica un 3.70% (10) las cuales se aproximan a la indecisión de regresar. En pacientes con control prenatal se encontró que un 27.78%(75) regresarían de manera decisiva; mientras que un 24.08%(65) permanecieron en la neutralidad; seguido de un 22.22%(60) que se aproximan a la decisión de regresar; se encuentra un 14.81%(40) que se acerca a la indecisión de regresar; para finalizar un 11.11%(30) regresaría de manera indecisa.

FUENTE: IDEM.

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 12 REGRESO AL HOSPITAL



FUENTE: IDEM.

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 13 ORIENTACION (INFORMACION) EN SALA DE LABOR

ORIENTACION (INFORMACION) EN SALA DE LABOR	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
SE SIENTE INFORMADA	70	25.92	140	51.85
SE ACERCA A SENTIRSE INFORMADA	190	70.38	120	44.45
NEUTRALIDAD	10	3.70	10	3.70
SE APROXIMA A SENTIRSE NO INFORMADA	0	0	0	0
SE SIENTE NO INFORMADA	0	0	0	0
TOTAL	270	100	270	100

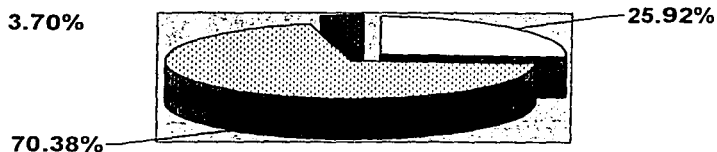
DESCRIPCION: Con respecto a la orientación recibida en sala de labor para las pacientes sin control prenatal, se encontró que un 70.38% (190) se acerca a sentirse informada; seguido de un 25.92% (70) que refieren una percepción de información total; finalmente se ubica un 3.70% (10) que aparece en una neutralidad. Para las pacientes con control prenatal se ubicó un 51.85%(140)se sintieron informadas; seguido de un 44.45%(120) que se acercan a sentirse informadas; finalmente un 3.70%(10) representan la neutralidad.

FUENTE: IDEM.

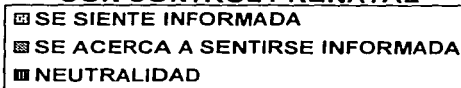
PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 13 ORIENTACION (información) EN SALA DE LABOR

SIN CONTROL PRENATAL



CON CONTROL PRENATAL



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 14 INFORMACION A FAMILIARES

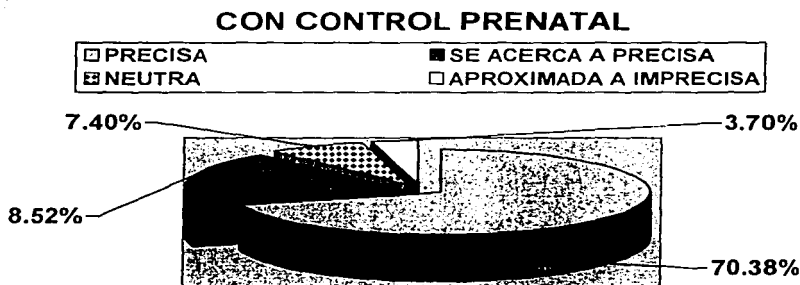
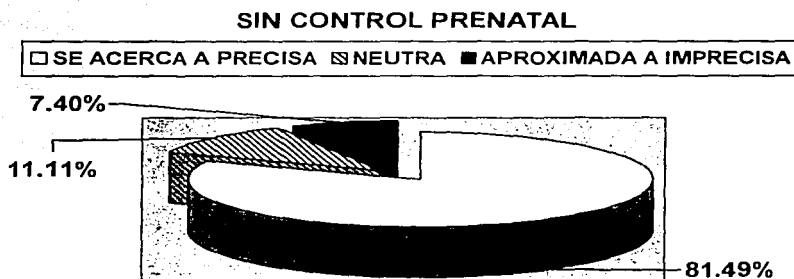
INFORMACION A FAMILIARES	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
PRECISA	0	0	190	70.38
SE ACERCA A LA PRECISA	220	81.49	50	18.52
NEUTRAS	30	11.11	20	7.40
APROXIMACION A LA IMPRECISA	20	7.40	10	3.70
IMPRECISA	0	0	0	0
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: De acuerdo a la información otorgada a familiares al momento de hospitalización de las pacientes sin control prenatal, se encontró que un 81.49% (220) estima que la información se acerca a la precisa; un 11.11% (30) se mantiene neutras en este apartado; para finalizar un 7.40% (20) representa la aproximación a una información imprecisa. Para las pacientes con control prenatal, se encontró que un 70.38%(190) consideraron que fue precisa; seguido de un 18.52%(50) que estiman que se acercó a la precisa; posteriormente un 7.40%(20) están en la neutralidad en este enunciado; por último un 3.70%(10) consideran que la información se aproxima a la imprecisa.

FUENTE: IDEM.

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRÉS EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 14 INFORMACIÓN A FAMILIARES



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRÉS
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 15 ORIENTACION EN SALA DE LABOR (SEGURIDAD)

ORIENTACION EN SALA DE LABOR (SEGURIDAD)	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
SE SIENTE SEGURA	90	33.33	150	55.55
SE ACERCA A SENTIRSE SEGURA	170	62.97	120	44.45
NEUTRALIDAD	10	3.70	0	0
SE APROXIMA A SENTIRSE INSEGURA	0	0	0	0
SE SIENTE INSEGURA	0	0	0	0
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: Para la orientación en la sala de labor con las pacientes sin control prenatal ,se encontró que un 62.97% (170) de la población total se acerca a sentirse segura; seguido de un 33.33% (90) las cuales se sintieron seguras; finalmente se ubica un 3.70% (10) que mostraron neutralidad en este enunciado. Para las pacientes con control prenatal se encontró que un 55.55%(150) se sintieron seguras; y que un 44.45%(120) se aproximaron a sentirse seguras.

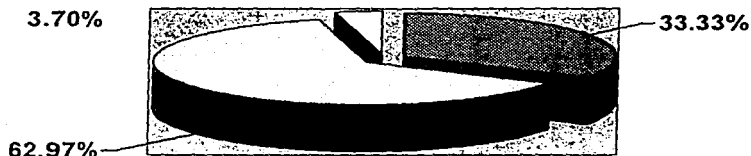
FUENTE: IDEM.

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 15 ORIENTACION EN SALA DE LABOR (SEGURIDAD)

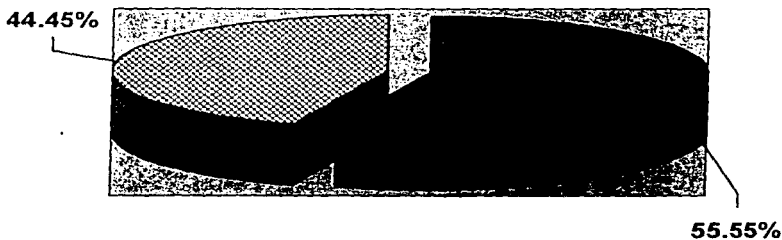
SIN CONTROL PRENATAL

SE SIENTE SEGURA SE ACERCA A SENTIRSE SEGURA NEUTRALIDAD



CON CONTROL PRENATAL

SE SIENTE SEGURA SE ACERCA A SENTIRSE SEGURA



FUENTE: IDEM.

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N .-16 ATENCION DE PROFESIONALES

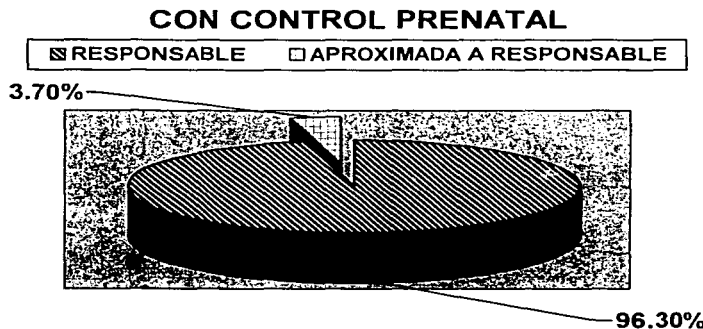
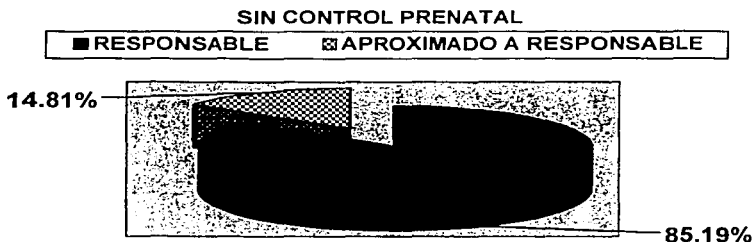
ATENCION DE PROFESIONALES	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
RESPONSABLE	230	85.19	260	96.30
APROXIMADA A LO RESPONSABLE	40	14.81	10	3.70
NEUTRALES	0	0	0	0
SE ACERCA A LO IRRESPONSABLE	0	0	0	0
IRRESPONSABLE	0	0	0	0
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: En relación a la atención de profesionales con las pacientes sin control prenatal, se ubica un 85.19% (230) que le atendieron de manera responsable; así como un 14.81% (40) que afirman que la atendieron de una forma aproximada a la responsabilidad. Con respecto a las pacientes con control prenatal se encontró un 96.30%(260) que consideran que las atendieron de manera responsable; por último un 3.70%(10) manifiesta que la atención fue próxima a la responsable.

FUENTE: IDEM.

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

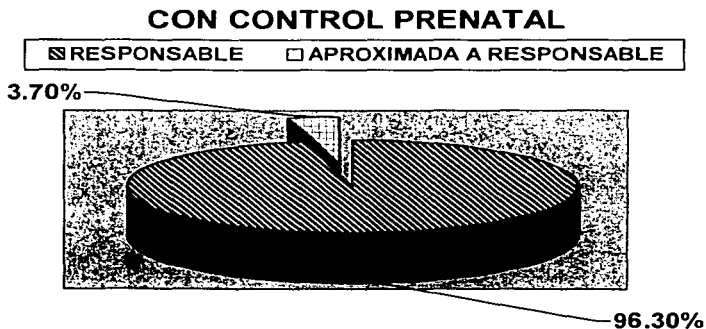
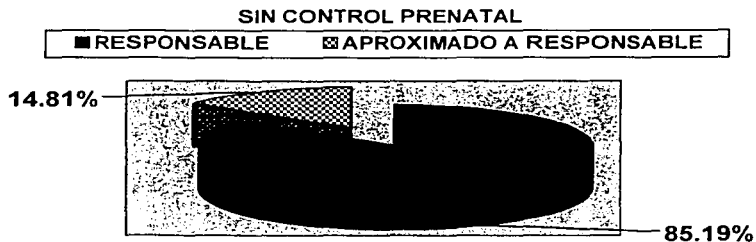
GRAFICA N.-16 ATENCIÓN DE PROFESIONALES



FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.-16 ATENCIÓN DE PROFESIONALES



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.-17 INFORMACION DEL TRABAJO DE PARTO POR LA FAMILIA

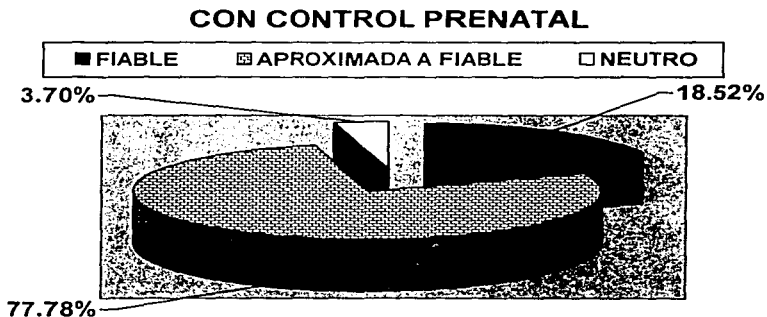
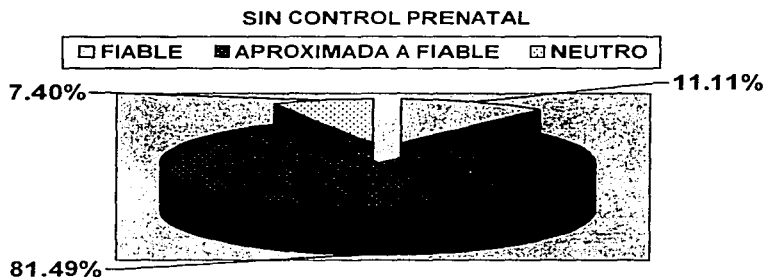
INFORMACION DEL TRABAJO DE PARTO POR LA FAMILIA	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
FIABLE	30	11.11	50	18.52
APROXIMADA A LOFIABLE	220	81.49	210	77.78
NEUTRAS	20	7.40	10	3.70
CERCANA A LO NO FIABLE	0	0	0	0
NO FIABLE	0	0	0	0
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: De acuerdo a la información obtenida del trabajo de parto por familiares en las pacientes sin control prenatal, se encontró que un 81.49% (220) recibió información aproximada a lo fiable; seguido de un 11.11% (30) que representa a las que las consideran fiable; y por ultimo se ubica un 7.40% (20) que se muestran neutras en este apartado. En las pacientes con control prenatal se ubicó un 77.78%(210) que recibieron información aproximada a lo fiable; seguido de un 18.52%(50) que consideran fiable; finalmente un 3.70%(10) permanece en la neutralidad.

FUENTE: IDEM.

PARTICIPACIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRÉS EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 17 INFORMACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO POR FAMILIARES



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 18 ORGANIZACION EN ATENCION BRINDADA

ORGANIZACION EN ATENCION BRINDADA	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
ORGANIZADA	10	3.70	70	25.94
CERCANA LA ORGANIZACIÓN	30	11.11	90	33.33
NEUTRALIDAD	120	44.45	100	37.03
PROXIMA A LA DESORGANIZACIÓN	100	37.04	10	3.70
DESORGANIZADA	10	3.70	0	0
TOTAL	270	100	270	100

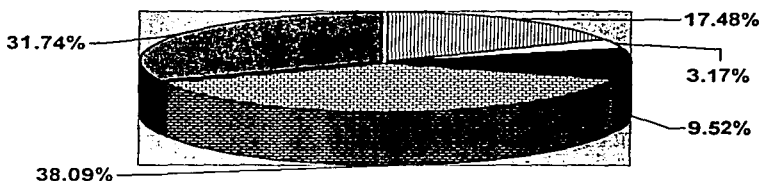
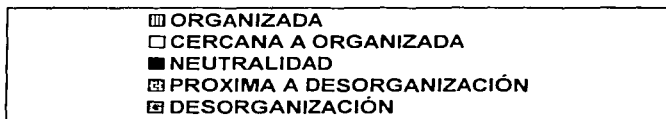
DESCRIPCION: Con respecto a la organización en las pacientes sin control prenatal se encontró un 44.45% (120) que pertenece a la neutralidad; seguido de un 37.04% (100) que estima que la manera que la atendieron era próxima a la desorganización; posteriormente un 11.11% (30) comenta cercana a la organización; así pues se ubica un 3.70% (10) que considera que fue de manera organizada; por último un 3.70% (10) considera que fue desorganizada. Las pacientes con control prenatal en un 37.03%(100) permanecieron neutras en este rubro; mientras que un 33.33%(90) consideran que fue cercano a la organización; en tanto que un 25.94%(70) comentaron que fue de manera organizada; por último un 3.70%(10) consideran que era próxima a la desorganización.

FUENTE: IDEM.

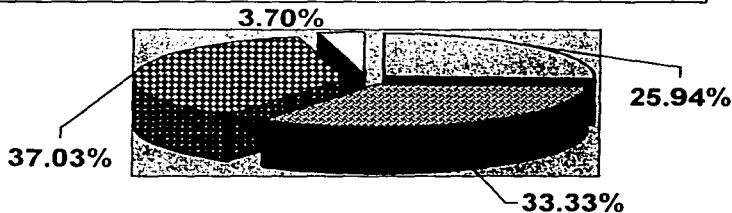
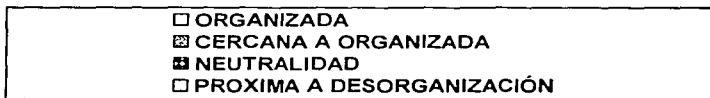
PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 18 ORGANIZACIÓN EN ATENCIÓN BRINDADA

SIN CONTROL PRENATAL



CON CONTROL PRENATAL



FUENTE: IDEM.

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

**CUADRO N.- 19 ACTITUD DEL PERSONAL AL MOMENTO DE
HOSPITALIZACION**

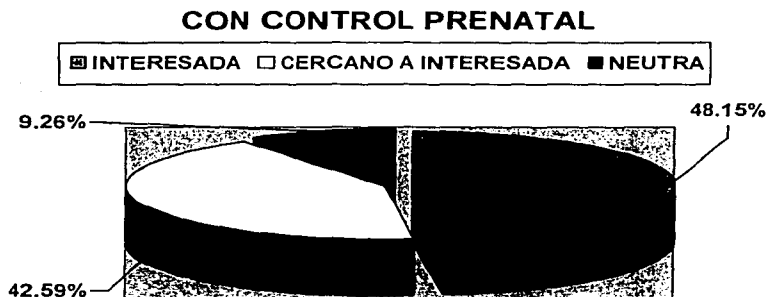
ACTITUD DEL PERSONAL AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
INTERESADA	30	11.11	130	48.15
CERCANO A INTERESADA	170	62.97	115	42.59
NEUTRA	60	22.22	25	9.26
PROXIMA AL NO INTERESADA	10	3.70	0	0
NO INTERESADA	0	0	0	0
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: Del total de la población de las pacientes sin control prenatal, un 62.97% (170) percibió una actitud cercana al interés; seguido de un 22.22% (60) que representa la parte neutra en este apartado; posteriormente un 11.11% (30) percibe una actitud interesada; finalmente un 3.70% (10) lo considera próximo al no-interés. En tanto que a las pacientes con control prenatal un 48.15%(130) consideran que el personal se mostró interesado; seguido de un 42.59%(115)que percibieron una actitud cercana al interés; finalmente un 9.26%(25) se mantuvo neutra en este rubro.

FUENTE: IDEM.

PARTICIPACIO DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 19 ACTITUD DEL PERSONAL AL MOMENTO DE HOSPITALIZACION



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.-20 FACTORES DE ESTRES ANTES DE HOSPITALIZACION

FACTORES DE ESTRES ANTES DE HOSPITALIZACIÓN	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
DESCONOCEN EL TRABAJO DE PARTO	80	29.63	20	7.40
DESCONOCEN CONDICIONES DEL PRODUCTO	60	22.22	20	7.40
INTENSIDAD DE CONTRACCIONES	40	4.83	80	29.63
GASTOS MEDICOS	30	11.11	30	11.11
PROBABLES COMPLICACIONES	20	7.40	40	14.82
DESCONOCEN PROCEDIMIENTOS	30	11.11	40	14.82
CALIDAD DE ATENCION	10	3.70	40	14.82
TOTAL	270	100	TOTAL	270

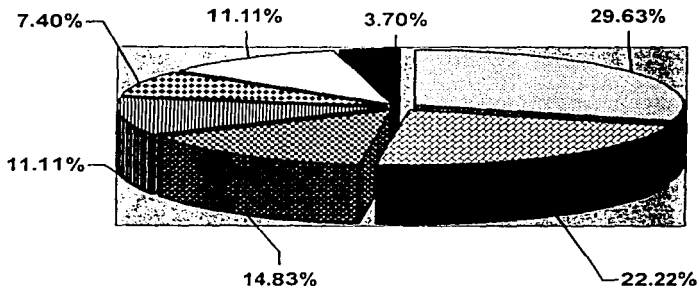
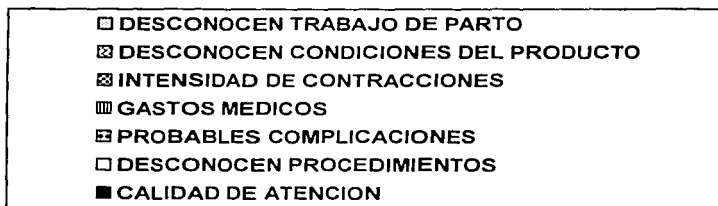
DESCRIPCION: Con relación a los factores de estrés antes de hospitalización, en relación con las pacientes sin control prenatal un 29.63% (80) menciona el desconocimiento del trabajo de parto; seguido de un 22.22% (60) que desconocían las condiciones del producto; posteriormente un 14.83% (40) citan a la intensidad de contracciones; un 11.11% (30) representan a los gastos médicos como factor de estrés; se ubica un 11.11% (30) al desconocimiento de los procedimientos por realizarse; así pues un 7.40% (20) considera a las probables complicaciones; finalmente un 3.70% (10) mencionan la calidad de atención. En lo que se refiere a las pacientes con control prenatal, se ubico que un 29.63% (80) mencionan la intensidad de contracciones, seguido de un 14.82% (40) que desconocen los procedimientos, posteriormente un 14.82% (40) citan a las probables complicaciones, así otro 14.82% (40) representa a la calidad de atención, seguido de un 11.11% (30) que mencionan a los gastos médicos, un 7.40% (20) desconoce las condiciones del producto y finalmente un 7.40% (20) desconocen lo que es el Trabajo de Parto.

FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRÉS EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 20 FACTORES DE ESTRÉS ANTES DE HOSPITALIZACIÓN

SIN CONTROL PRENATAL

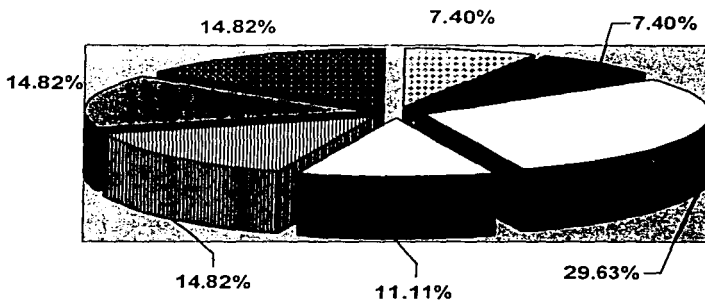
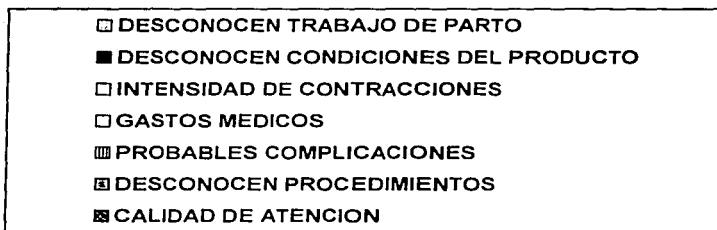


FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 20 FACTORES DE ESTRES ANTES DE HOSPITALIZACION

CON CONTROL PRENATAL



FUENTE: IDEM.

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 21 FACTORES ESTRESANTES ANTES DEL PARTO

FACTORES ESTRESANTES ANTES DEL PARTO	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
TRATO IMPERSONAL	90	33.34	30	11.11
PACIENTES QUEJUMBROSAS	60	22.23	70	25.92
COMPLICACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO Y PRODUCTO	40	14.83	60	22.23
DIFERENCIA ENTRE CRITERIOS MEDICOS	20	7.40	40	14.82
MUSICA CON ALTO VOLUMEN	20	7.40	10	3.70
AUMENTO DE INTENSIDAD DE CONTRACCIONES	20	7.40	40	14.82
NUMEROSOS TACTOS	10	3.70	10	3.70
SALA DE LABOR SUCIA	10	3.70	10	3.70
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: De acuerdo al total de la población de las pacientes sin control prenatal, se encontró un 33.34% (90) que consideran al trato impersonal como factor estresante antes de parto; seguido de un 22.23% (60) que representa a las pacientes quejumbrosas, posteriormente un 14.83% (40) mencionan las complicaciones en el trabajo de parto; se ubica un 7.40% (20) a la diferencia entre criterios médicos; continuando con un 7.40% (20) a la música con un alto volumen; sucesivamente encontramos un 7.40% (20) a un aumento en la intensidad de contracciones; posteriormente un 3.70% (10) citan a los numerosos tactos, por último un 3.70% (10) consideran a la sala de labor sucia como factor de estrés. En tanto que a las pacientes con control prenatal se ubicó un 25.92% (70) que menciona a las pacientes quejumbrosas, seguido de un 22.23%(60) que comento a las complicaciones en el Trabajo de Parto, seguido de el 14.82% (40) que representa a la diferencia entre los criterios médicos, posteriormente un 14.82% (40) ubicó al aumento de intensidad de las contracciones, así un 11.11% (30) citaron al trato impersonal, un 3.70% (10) comento a la música con alto volumen, al igual que el 3.70% (10) citan a los numerosos tactos, finalmente otro 3.70% (10) a la sala de labor sucia.

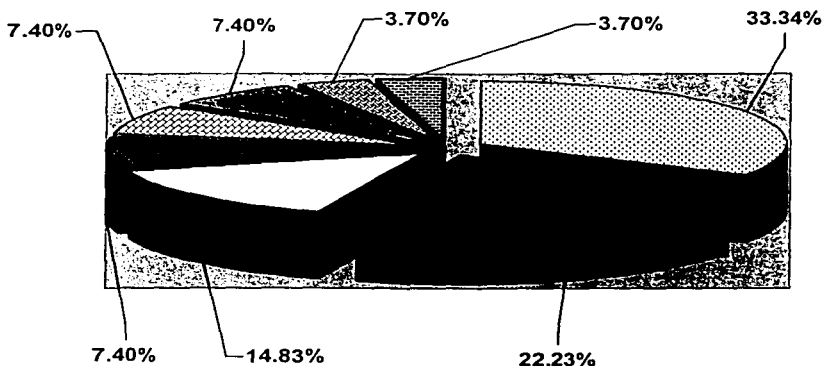
FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N .- 21 FACTORES ESTRESANTES ANTES DEL PARTO

SIN CONTROL PRENATAL

- TRATO IMPERSONAL
- PACIENTES QUEJUMBROSAS
- COMPLICACIONES EN TDP Y PRDUCTO
- DIFERENCIA DE CRITERIOS MEDICOS
- MUSICA CON ALTO VOLUMEN
- AUMENTO DE INTESIDAD DE CONTRACCIONES
- NUMEROSOS TACTOS
- SALA DE LABOR SUCIA

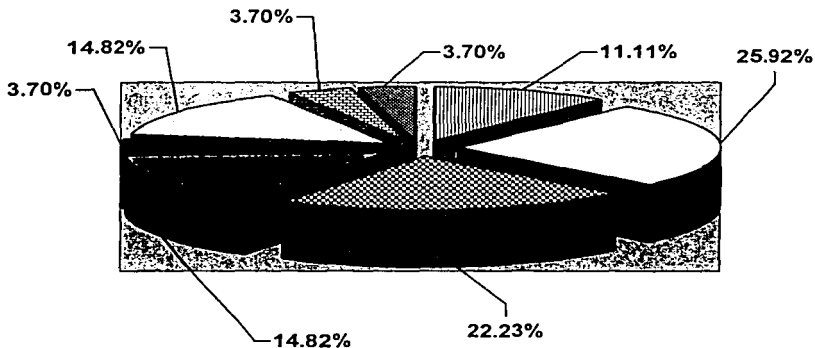
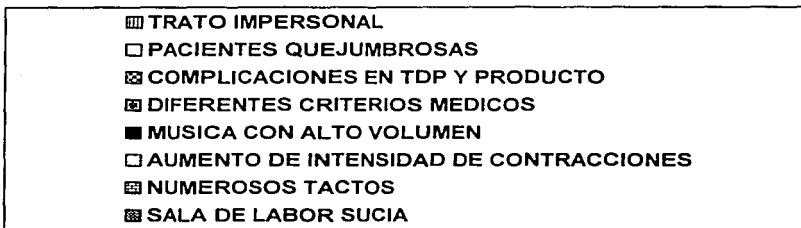


FUENTE: IDEM.

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N. - 21 FACTORES ESTRESANTES ANTES DEL PARTO

CON CONTROL PRENATAL



FUENTE: IDEM

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRES
EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN
CONTROL PRENATAL.**

CUADRO N.- 22 FACTORES MODIFICABLES DE ESTRES

FACTORES MODIFICABLES DE ESTRES	FX SIN CONTROL PRENATAL	%	FX CON CONTROL PRENATAL	%
TENER INFORMACIÓN SOBRE TRABAJO DE PARTO Y PARTO	80	29.65	0	0
LLEVAR CONTROL PRENATAL	80	29.65	0	0
AISLAR SONIDOS DE PACIENTES	20	7.40	60	22.23
QUE NO LE AFECTE A LA PACIENTE EL TRATO DEL PERSONAL	20	7.40	40	14.82
APLICACIÓN DE MEDICAMENTO A ANESTESIA PARA DISMINUIR EL DOLOR	20	7.40	40	14.82
DISMINUIR EL VOLUMEN DE MUSICA	10	3.70	50	18.52
ACUDIR A OTRA UNIDAD	10	3.70	30	11.11
TRATO EXCLUSIVO POR UN SOLO PERSONAL	10	3.70	20	7.40
AHORRAR PARA EL PARTO	10	3.70	20	7.40
MAYOR LIMPIEZA EN SALAS	10	3.70	10	3.70
TOTAL	270	100	270	100

DESCRIPCION: Respecto a los factores modificables de estrés en pacientes sin control prenatal, se encontró un 29.65% (80) que menciona tener información sobre el trabajo de parto y parto; seguido de un 29.65% (80) que consideran llevar control prenatal; posteriormente un 7.40% (20) citan al aislamiento de sonidos por parte de las pacientes; un 7.40% (20) representa la fracción que opina que no debe de afectarle a la paciente el trato impersonal; así un 7.40% (20) menciona la administración de medicamento o anestesia para disminuir el dolor de las contracciones; se ubica un 3.70% (10) a la disminución del volumen de la música; un 3.70% () menciona el trato exclusivo por un solo personal; se encuentra un 3.70% (10) que considera que debe de ahorrar para el parto; un 3.70% (10) coincide con la mayor limpieza en sala de labor; finalmente un 3.70% (10) sugiere acudir a otra unidad. En lo que se refiere a las pacientes con control prenatal , se

encontró que un 22.23% (60) consideran el aislar los sonido de la paciente, seguido de un 18.52% (50) los cuales comentan el disminuir el volumen de la música, se continua con el 14.82% (40) que hacen referencia a la aplicación de medicamento para disminuir la intensidad de la contracción, de igual manera se ubica al 14.82% (40) que representa a las que comentan que no debe de afectarle a la paciente el trato del personal, seguido de un 11.11% (30) que mencionan el acudir a otra unidad, seguido de un 7.40% (20) que opinan que el trato fuera exclusivo por un solo personal, así como el 7.40% (20) que sugiere el ahorrar para el parto, por último el 3.70% (10) menciona el que hubiese mayor limpieza en la sala de labor.

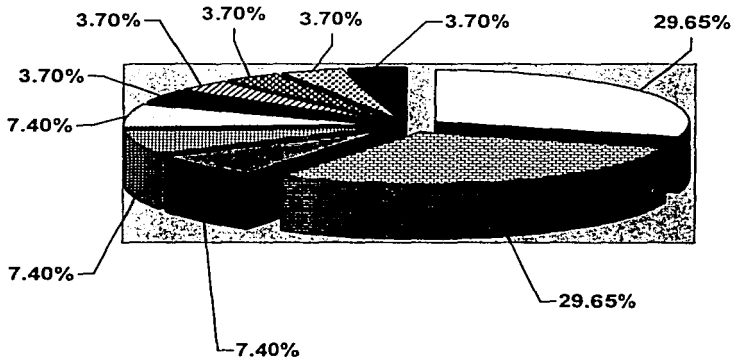
FUENTE: IDEM

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRÉS EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 22 FACTORES MODIFICABLES DE ESTRÉS.

SIN CONTROL PRENATAL

- TENER INFORMACION SOBRE TDP Y PARTO
- LLEVAR CONTROL PRENATAL
- AISLAR SONIDOS DE PACIENTES
- QUE NO AFECTE A LA PACIENTE EL TRATO DEL PERSONAL
- APLICACIÓN DE MEDICAMENTO O ANESTESIA PARA DISMINUIR EL DOLOR
- DISMINUIR EL VOLUMEN DE MUSICA
- ACUDIR A OTRA UNIDAD
- TRATO EXCLUSIVO POR UN SOLO PERSONAL
- AHORRAR PARA EL PARTO
- MAYOR LIMPIEZA EN SALAS



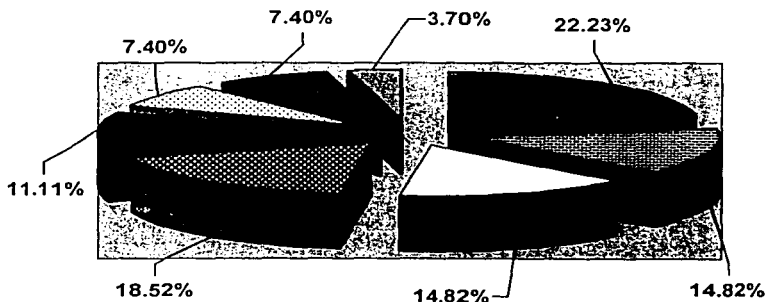
FUENTE: IDEM

PARTICIPACIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LOS FACTORES QUE EXACERBAN EL ESTRÉS EN TRABAJO DE PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS SIN CONTROL PRENATAL.

GRAFICA N.- 22 FACTORES MODIFICABLES DE ESTRÉS

CON CONTROL PRENATAL

- AISLAR SONIDOS DE LAS PACIENTES
- QUE NO AFECTE A LA PACIENTE EL TRATO DEL PERSONAL
- APLICACIÓN DE MEDICAMENTO O ANESTESIA PARA DISMINUIR EL DOLOR
- DISMINUIR EL VOLUMEN DE MUSICA
- ACUDIR A OTRA UNIDAD
- TRATO EXCLUSIVO POR UN SOLO PERSONAL
- AHORRAR PARA EL PARTO
- MAYOR IMPIEZA EN SALAS



FUENTE: IDEM

8.- ANALISIS DE RESULTADOS.

Dentro de lo que respecta a la edad, de las pacientes que llevaron Control Prenatal y las que no tuvieron éste, llama la atención que la gran mayoría se encuentra dentro del rango de edad (15-17), lo cual nos determina que siendo una zona suburbana con tendencia rural, la población inicia su etapa reproductiva en una edad temprana, por lo que nos permite poder implementar estrategias de planificación familiar.

En lo que respecta a la ocupación de las pacientes que llevaron Control Prenatal y las que carecieron de éste servicio, vemos que en su mayoría se dedican al hogar, pero llama la atención que una cifra considerable, aproximadamente una cuarta parte de la población se encuentra todavía inserta en un ambiente escolarizado, lo que podemos presuponer ayudaría a un mejor manejo de los Recién Nacidos de acuerdo al nivel educativo.

En lo que respecta a la escolaridad observamos que el rezago educativo se va viendo disminuido debido a que solo el 33.33% de las pacientes sin un Control Prenatal y el 35.19% con Control Prenatal cuentan con educación primaria, la mayor parte de la población en ambos casos cuentan con secundaria.

La religión está centrada en su mayor porcentaje en la católica y en una mínima proporción la cristiana, lo cual nos permite poder implementar estrategias de atención sin tanta diversidad.

La organización familiar se encuentra en su mayoría ubicado en un rango de nuclear, lo que les permite a las pacientes investigadas poder implementar estrategias dirigidas a la familia.

En lo que respecta al estado civil llama la atención que las pacientes se encuentran unidas a su pareja de manera informal, ya que una minoría se encuentran casadas y las demás son solteras o en Unión Libre.

En lo que respecta al estado socioeconómico, llama la atención que tanto en personas que tuvieron un control prenatal, tanto en personas que no llevaron éste, la mayoría se encuentran en un nivel 1, lo que nos permite poder conocer que existe una tendencia alta en pacientes con escasos recursos económicos.

El aprendizaje del Trabajo de Parto y Parto vemos que es dado por personas Profesionales cuando se lleva un Control Prenatal con un 78.89% y cuando no se tiene un Control Prenatal el aprendizaje es dado en su mayor porcentaje 62.97% por personal no profesional, lo que nos permite poder conocer la realidad y en base a la misma implementar programas para que esa información No Profesional sea significativa.

La atención en la sala de labor en pacientes que tuvieron Control Prenatal y que no llevaron Control Prenatal se ve en su mayor porcentaje de acuerdo a su opinión en lo confiable o cercano a lo confiable.

El tipo de acercamiento que realiza el personal hacia la paciente en sala de labor se encuentra dentro del rango de próximo al interés e interés en pacientes con Control Prenatal y sin Control Prenatal.

Los procedimientos realizados en las pacientes de acuerdo a su opinión tanto con Control Prenatal y sin Control Prenatal fueron realizados de manera competente.

En torno a si de acuerdo a la experiencia regresarían al Hospital nuevamente llama la atención que las pacientes con Control Prenatal tienen una mayor tendencia a aproximarse a regresar con decisión y las pacientes sin Control Prenatal el mayor porcentaje se encuentran indecisas o próximas a la indecisión. Lo que nos determina la importancia de las actividades que se realizan durante el proceso reproductivo para con las pacientes embarazadas.

Por la orientación brindada en sala de labor las pacientes con Control Prenatal refieren que se sienten informadas de lo que les sucederá y las pacientes sin Control Prenatal en su mayor porcentaje se acercan a sentirse informadas. En orden desde próxima a la desorganización.

La actitud mostrada por el personal hacia la paciente en el momento de ser hospitalizada, vemos que en las pacientes con Control Prenatal es categorizada como interesada y en las que no tuvieron Control Prenatal se encuentra cercana al interés.

Para ambos grupos de pacientes estudiadas llama la atención que los factores de estrés antes de la hospitalización es en orden descendente, el desconocimiento del Trabajo de Parto, desconocimiento de condiciones del producto, desconocimiento de contracciones uterinas, desconocimiento del gasto médico, desconocimiento de probables complicaciones, desconocimiento de los procedimientos que se realizarán y desconocimiento de la calidad de atención que se brinda en el hospital; factores todos ellos que pueden ser de acuerdo a la Atención Prenatal modificados por el actuar del personal de salud.

En lo que respecta a los factores estresantes antes del parto en orden descendente tenemos a los siguientes: el trato impersonal, el escuchar que otras pacientes se quejen demasiado, las probables complicaciones en el Trabajo de Parto y en el producto, el ver que existe diferencias entre criterios médicos, la música con volumen alto, aumento de intensidad de contracciones, numerosos tactos y sala de labor sucia, lo cual consideramos que puede ser factible que la mayoría de éstos factores puedan ser modificables.

En lo que respecta a factores modificables de estrés en orden decreciente tenemos a la información sobre Trabajo de Parto y Parto, llevar Control Prenatal, aislar sonidos de pacientes; el que no le afecte a la paciente el trato del personal del servicio, aplicación de medicamentos o anestesia para disminuir dolores, el volumen de la música, acudir a otra unidad hospitalaria, el trato exclusivo por un sólo personal, ahorrar para el parto, una mayor limpieza en las salas. De lo cual podemos nosotros determinar que son elementos con posibilidad de ser modificados por el personal, exceptuando con lo que respecta al Control Prenatal en donde sí es necesario la concientización y participación por parte de la pareja.

9.- CONCLUSIONES.

Los factores que exacerban el estrés en trabajo de parto, vemos de acuerdo a los resultados todos son posibles de ser modificados o atenuados para que no afecten a la paciente que se encuentra en la sala de labor en TDP, en primera instancia vamos a categorizar a los que se pueden modificar que son aquellos en los cuales la participación del profesional de enfermería puede hacer que éstos aunque se encuentren presentes no determinen una alteración para la paciente, como es el caso de mejorar el trato e información que se da para con la paciente, sustituir el género musical y disminuir el volumen, mejorar el tipo de información que se brinda por una parte a la paciente cuando se le va a desarrollar un procedimiento y por otra la que le es brindada a los familiares de la misma sobre las condiciones de la paciente, así como del producto ;por otro lado se debe de evitar hacer comentarios inconvenientes sobre lo que es la situación de la paciente y sobre posible controversias sobre los criterios a seguir para su atención.

En lo que respecta a los factores que son factibles de atenuar tenemos a aquellos elementos que salen fuera de la posibilidad del profesional de enfermería y que sin en cambio pueden intentarse estrategias que disminuyan el impacto para con la paciente, esto es, en el caso en donde las pacientes que se encuentran ubicadas en el mismo servicio y que inclusive en el mismo cubículo sean de umbral de dolor menor o de tolerancia a otros aspectos menor en donde se intentaría poder realizar actividades de orientación que les permita tolerar lo que se vive dentro del proceso de TDP. Es importante recalcar también dentro de éste aspecto que en lo que respecta a la atención prenatal de igual manera sólo se puede atenuar puesto que es necesaria la coparticipación de la pareja dentro de el cumplimiento de las citas y procedimientos específicos para que el profesional de enfermería pueda brindar un a atención integral de calidad.

Cabe aclarar que existen elementos que salen fuera completamente de toda posibilidad de la participación del personal de enfermería como lo es la imposibilidad de cubrir los gastos económicos generados por la hospitalización,

por otra parte el que no exista una pérdida del objetivo al cual va al hospital: poder llegar a buen término el embarazo, con lo cual debe de incrementar su nivel de tolerancia a comentarios inadecuados del personal o a la rotación laboral que existe del mismo de acuerdo a los turnos designados por el hospital.

De acuerdo a lo anterior podemos concluir que la participación que desarrolla el personal de Enfermería profesional es de vital importancia para el adecuado funcionamiento del servicio de labor y por ende el poder desarrollar una atención integral a la paciente con calidad y calidez.

POR LO TANTO concluyo que de acuerdo a los resultados obtenidos que la hipótesis de trabajo se comprueba y la hipótesis nula se disprueba.

10.- SUGERENCIAS.

Las aportaciones que dejan esta investigación las clasificaremos en los siguientes aspectos:

- **ADMINISTRATIVAS.-** mejorar la organización y el funcionamiento del servicio de labor a través de concientización de la importancia del actuar del personal de enfermería para con la paciente, lo cual nos determina el logro o no de una atención integral.
- **DOCENTES.-** fomentar la orientación formal e informal por parte del personal de enfermería de la paciente y sus familiares en todo lo que respecta a lo que su cederá en la unidad tocoquirúgica,.
- **INVESTIGACION.-** seguir construyendo el conocimiento de la disciplina de la enfermería a través de investigaciones de la realidad que se vive dentro de el ámbito laboral donde ésta se desarrolla.
- **TECNICAS.-** poder difundir el manual de procedimientos del servicio con todos los integrantes del personal de Enfermería de los diferentes turnos, lo que permitirá tener parámetros de atención iguales para todas las pacientes. rescatar uno de los elementos claves de la profesión: El humanismo dentro de la atención, lo cual redundará en situaciones empáticas que mejorará paulatinamente la atención y trato que se tiene para con la paciente.

11 GLOSARIO DE TERMINOS.

A

ADAPTACION: cambio o respuesta que se produce ante un estado de tensión o estrés de cualquier tipo.

ALBUMINURIA: presencia de albúmina en la orina. Normalmente, no se encuentra en la orina porque los espacios de la membrana glomerular son demasiado pequeños para permitir el paso de moléculas proteicas.

AMNIOCENTESIS: procedimiento obstétrico mediante el que se extrae una pequeña cantidad de líquido amniótico para ser analizado en el laboratorio. Se suele realizar entre las semanas decimosexta y vigésima de la gestación, con objeto de servir de ayuda en el diagnóstico de malformaciones fetales.

ANSIEDAD: diagnóstico de Enfermería, aprobado por la NANDA, que hace referencia a un sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo, que aparece al prever una situación de amenaza o peligro, generalmente de origen intra psíquico más que externo y cuya causa suele ser desconocida o no admitida.

C

CANDIDA ALBICANS: hongo microscópico primitivo semejante a las levaduras y presente habitualmente en las mucosas de la boca, del tracto gastrointestinal y de la vagina, así como en la piel de sujetos sanos. Bajo ciertas circunstancias pueden producir infecciones de la boca o vagina, y con menos frecuencia una infección sistémica grave y una reacción tóxica.

CONSTRICCION: estrechamiento o reducción anormal del tamaño de un orificio o conducto del cuerpo.

CONTRACCION: acortamiento rítmico durante el parto del segmento uterino superior que al principio es suave y que pasa a ser enérgico posteriormente, produciéndose cada 3 minutos.

E

ENFERMEDAD: estado anómalo de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del organismo. Proceso o malestar específico caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas, atribuible a herencia, infección, dieta o entorno.

ESTIMULO: todo lo que excita o incita a un organismo o a parte de él a funcionar, volverse activo o responder.

ESTREÑIMIENTO: dificultad para el paso de las heces o paso incompleto o infrecuente de heces compactas.

ESTRES: cualquier factor emocional, físico, social, económico o de otro tipo que requiere una respuesta o un cambio.

F

FLATULENCIA: presencia de una cantidad excesiva de aire o gas en el estómago y en el tracto intestinal, produciendo distensión de los órganos y, a veces, un dolor entre leve y moderado.

FROTIS: muestra de laboratorio para estudio microscópico preparada mediante extensión de una fina película de tejido sobre un portaobjetos de vidrio.

G

GLUCOSURIA: presencia anormal de glucosa en la orina, como consecuencia de la ingestión de grandes cantidades de carbohidratos o por enfermedad.

GRAVIDA: mujer que está embarazada.

H

HEMATOCRITO: medida del volumen del conjunto de hematíes, expresado como un porcentaje sobre el volumen de sangre total. El rango normal se sitúa entre el 43 y el 49% en los hombres, y entre el 37 y el 43% en las mujeres.

HEMOGLOBINA: compuesto de proteína y hierro de la sangre que transporta oxígeno a las células desde los pulmones y dióxido de carbono desde las células a los pulmones.

HIPERVENTILACION: frecuencia de ventilación pulmonar mayor a la metabólicamente necesaria para el intercambio de los gases respiratorios. Es el resultado de una frecuencia respiratoria aumentada, de un aumento de volumen corriente en reposo o de una combinación de ambos factores.

I

IRA: reacción emocional caracterizada por furia, cólera, indignación u hostilidad extremadas. Se considera que es de origen patológico cuando no refleja de forma realista las verdaderas circunstancias de la persona.

L

LAXITUD: proceso de relajación o aflojamiento.

LETARGO: estado o cualidad de ser indiferente, apático o adormecido. Estupor o coma ocasionado por enfermedad o hipnosis.

M

MORBILIDAD: tasa con la que aparece una enfermedad o anomalía, calculada dividiendo el número total de personas de un grupo entre el número de personas de ese grupo que están afectadas por esa enfermedad o anomalía.

N

NEISSERIA GONORRHOEAE: diplococo inmóvil gramnegativo, que se presenta al microscopio en forma de parejas aplanadas en el interior del citoplasma de los neutrófilos. Es el microorganismo causante de la gonorrea.

P

PARADIGMA: patrón que puede servir como modelo o ejemplo.

PARTERA: (en sentido tradicional) persona del sexo femenino que ayuda a la mujer en el parto. La OMS la define como: persona que, habiendo asistido a un programa de formación para parteras reconocido por el país donde se localiza, ha completado con éxito los estudios de partera y cumple los requisitos necesarios para registrarse legalmente para ejercer como partera. Entre las responsabilidades de la partera están la supervisión del embarazo, parto y el puerperio.

PATOGENIA: fuente o causa de una enfermedad o trastorno.

PERISTALSIS: contracción coordinada, rítmica y en series de la musculatura lisa que obliga a los alimentos a avanzar por el tubo digestivo, a la bilis a través del conducto biliar y a la orina a circular por los uréteres.

PROTEINURIA: presencia en la orina de cantidades anormalmente elevadas de proteínas, habitualmente albúmina.

PRUEBA DE PAPANICOLAU: método de extensión sencillo para estudiar células exfoliativas teñidas. Se utiliza sobre todo para detectar cáncer del cuello uterino, aunque también se puede utilizar en muestras de tejidos procedentes de cualquier órgano.

S

SALUD: estado de bienestar físico, mental y social junto con la ausencia de enfermedad u otra patología. No es un estado estático, el cambio constante y la adaptación al estrés dan lugar a la homeostasis.

SEROLOGIA: rama de la bioquímica médica que estudia el suero sanguíneo para detectar evidencias de infección mediante la evaluación de las reacciones antígeno-anticuerpo in Vitro.

SUPRESION: inhibición consciente o esfuerzo por ocultar pensamientos, deseos, impulsos, sentimientos o actos inaceptables o dolorosos.

T

TRICHOMONAS VAGINALIS: protozoo parásito móvil que causa vaginitis pruriginosa con un exudado maloliente abundante.

12.- BIBLIOGRAFIA.

- Benjamín Soto Jean. ¿Qué es el Estrés? 1ª. Edición. Editorial Publicaciones Cruz. 1992.
- Carretero, Mario. "Introducción: la investigación europea sobre enseñanza y aprendizaje" Editorial Aique. España. 1998.
- Didona, Nancy. Enfermería Maternal. 5ª. Edición Editorial Interamericana, España. 1998. pp 495.
- Freire Paulo. Pedagogía del oprimido. Editorial Piados. 52ª. Edición 1999.
- Goldman. H. Howard. Psiquiatría General. 4ª. Edición. Editorial Manuel Moderno. México. 1996.
- Hombrados María Isabel. "Estrés y Salud". Editorial Promo Libro. Valencia 1997.
- Kaplan – Sadock. Sinopsis en Psiquiatría. 8ª. Edición. Editorial Médica Panamericana. España. 2000.
- Logan Sharon. La experiencia del embarazo. 5ª Edición. Editorial Masson. 1994.
- Marriner Tomey Ann. "Modelos y Teorías en Enfermería" 3ª, Edición. Editorial Mosby/Doyma. México 1994.
- Nordiz Antón. "La educación para la salud. Instrumento básico de la Enfermería comunitaria. Editorial Mason. Madrid. 1998.

- Olds. Sally. Enfermería Materno Infantil. 3ª. Edición. Editorial Interamericana. Mcgraw Hill. México. 1997.
- Pineault Reynald. "La planificación Sanitaria" 2ª. Edición. Editorial Masson 1995.
- Polit F. Dense. Bernadette P Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª. Ed. Edit. Mcgraw-Hill Interamericana. México D.F. 2000.
- Reeder, Martín, Koniak. "Enfermería Materno-Infantil" 17ª. Edición. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill. 1995.
- Rocho A. Alain. Educación para la Salud. Editorial Masson. España 1991
- Rodríguez Marín Jesús. "Estrés, Enfermedad y Hospitalización", 1ª. Edición. Editorial Escuela Andaluza de Salud Pública. España 1997.
- Roper, Logan, Tierney. Modelo de Enfermería. 3ª Edición. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. 1991.
- Rosales Barrera Susana, Eva Reyes Gómez. Fundamentos de Enfermería. 2ª. Edición. Editorial Manuel Moderno 1999.
- Hernán San Martín. Tratado General de Salud en las sociedades humanas, Salud y Enfermedad Editorial Ediciones Científicas. 1998.
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. México. 1994.
- Wayne W Daniel. Bioestadística. 3a Ed. Edit. Limusa México D.F., 1996.

13.- ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

"Participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en los factores que exacerbaban el estrés durante el Trabajo de Parto en mujeres primigestas sin control prenatal del servicio de labor del Hospital General de Cuautitlán del ISEM".

"FEETP"

(ZAMORARJD, 2001)

Como estrategia para el avance del actual profesional del personal de Enfermería, éste pauta la evaluación cotidiana de lo que involucra la atención integral de un paciente, para con ello poder determinar prácticas que se consideran no beneficiosas y poder brindar alternativas de solución a las mismas, es por ello que se implementa la presente investigación.

La presente investigación tiene como objetivo el poder reconocer los factores que exacerbaban el estrés en el trabajo de parto en mujeres primigestas sin control prenatal en el servicio de labor.

Si usted desea participar dentro de dicha investigación, favor de firmar en la línea.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

FICHA DE IDENTIFICACION.

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NIVEL SOCIOECONOMICO: _ _ _ _ _ OCUPACION: _____
ESCOLARIDAD: _ _ _ _ _ RELIGION: _ _ _ _ _
DOMICILIO: _____
TIPO DE FAMILIA: _ _ _ _ _ ESTADO CIVIL: _ _ _ _ _

Por favor marque con una "X" de acuerdo a las preguntas que se le realicen la que usted considere adecuada en una escala de puntos.

1.- Lo que piensas de lo que es el trabajo de parto y el parto lo aprendiste de:

PROFESIONAL: _ _ _ _ _ NO PROFESIONAL

2.- La atención que se te brinda dentro de la sala de labor la consideras:

CONFIABLE: _ _ _ _ _ NO CONFIABLE

3.- El personal que se encuentra dentro de la sala de labor se acerca a ti de manera:

INTERESADA _ _ _ _ _ NO INTERESADA

4.- Consideras que los procedimientos que se te han realizado fueron hechos de manera:

COMPETENTE: _ _ _ _ _ NO COMPETENTE

5.- Después de la atención dada, tu regresarías al Hospital de una manera:

DECISIVA: _ _ _ _ _ INDECISA

6.- Dentro del servicio de labor, la orientación que se te brindó hace que tu te sientas.

INFORMADA _ _ _ _ _ NO INFORMADA

7.- La información otorgada a tus familiares al momento de tu hospitalización consideras que fue:

PRECISA _____ IMPRECISA

8.- Al recibir orientación en la sala de labor te sentiste:

SEGURA _____ INSEGURA

9.- Los profesionales que te atendieron lo hicieron de manera:

RESPONSABLE: _____ IRESPONSABLE

10.- La información que recibiste por parte de tu familia del trabajo de parto fue:

FIABLE: _____ NO FIABLE

11.- La manera en que se te atendió por parte del personal tu la consideras:

ORGANIZADA: _____ DESORGANIZADA

12.- A tu llegada al Hospital, el personal se mostró para contigo:

INTERESADO: _____ NO INTERESADO

13.-¿Cuáles son los factores que considera usted que la tenían nerviosa antes de entrar al hospital?

R:

14.-¿Cuáles son los factores que dentro del hospital aumentaron su nerviosismo antes de tener a su bebé?

R:

15.- ¿Cuáles serían los factores que usted cambiaría para no estar nerviosa?

R:

GRACIAS