



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**EXPERIENCIAS DE MUJERES PUERPERAS ANTE UN PARTO
PSICOPROFILACTICO ATENDIDO POR PROFESIONALES
DE ENFERMERÍA**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRIA EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)**

P R E S E N T A:

ANA BELÉN MARTÍNEZ LIZAMA

**TUTOR PRINCIPAL
DR. JOSÉ SALVADOR SAPIÉN LÓPEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

MÉXICO, D.F, MARZO 2014



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **15 de agosto del 2012**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **ANA BELÉN MARTÍNEZ LIZAMA** con número de cuenta **094573497**, con la tesis titulada:

“EXPERIENCIAS DE MUJERES PUÉRPERAS ANTE UN PARTO PSICOPROFILÁCTICO ATENDIDO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.”

bajo la dirección del(a) **Doctor José Salvador Sapién López**

Presidente : **Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez**
Vocal : **Doctor José Salvador Sapién López**
Secretario : **Maestra Sofía Elena Pérez Zumano**
Suplente : **Doctora María Teresa Cuamatzi Peña**
Suplente : **Doctora Bertha Elvia Taracena Ruíz**

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
MÉXICO D, F. a 06 de febrero del 2014.


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

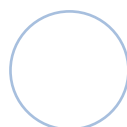
EN ENFERMERÍA



REFLEXIÓN

"Cuando yo tenía 5 años, mi madre me decía que la felicidad era la clave de la vida. Cuando fui a la escuela, me preguntaron que quería ser cuando fuera grande. Yo respondí "Feliz". Me dijeron que yo no entendía la pregunta y yo les respondí, que ellos no entendían la

=JOHN LENNON=



DEDICATORIA

A Dios

Por enseñarme que todo lo que se quiere tiene su hora; tiempo de nacer, construir, cuidar, cuidar, amar, cosechar y morir.

A mis padres

Por darme el apoyo y la vida, gracias a ellos soy la persona, que soy.

A mi hermano

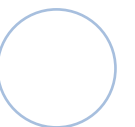
Juan Pablo Martínez Lizama, quién me apoya en todo momento y me impulsa a seguir adelante. Gracias por creer en mí.

A mi hijo

Omar Rivera Martínez. Te amo

A mi esposo

Por su paciencia y apoyo



AGRADECIMIENTOS

A mi Alma Mater, Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por los beneficios otorgados a través de la beca para concluir mi posgrado.

A mi asesor de tesis **Dr. José Salvador Sapién López**, por su dedicación, por su tiempo y paciencia durante la elaboración de mi investigación. Gracias por todas y cada una de las aportaciones tan valiosas que me dio para poder concluir mi tesis.

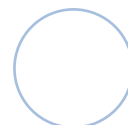
A mis profesores de la Maestría en Enfermería, por su dedicación a la docencia y por ser un ejemplo de sabiduría, especialmente a la Dra. Leticia Cuevas, Dra. Dulce María Guillén Cadena, Dra. Bertha Elvia Taracena Ruíz, Dra. Silvia Crespo Knopfler, Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez, y a la Dra. Teresa Cuamatzi Peña. Gracias

A la Lic. Gema Stiker Múgica por su apoyo y orientación en toda la parte administrativa de la maestría.

A mis compañeros de la sexta generación por ser tan unidos y solidarios.

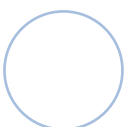
A la Dra. Susana González Velásquez por su apoyo incondicional para la conclusión de la maestría.

A la Mtra. Susana González Bravo y a los pasantes de L.E. Cortés Báez Celia Yusin, Abraham Guadalupe Aranda Villegas, Dalia Isabel Ramírez Sosa y a Anais Viridiana Ramírez Granados por brindarme su apoyo en momentos difíciles durante mi proceso de titulación.



ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1. ANTECEDENTES	
1.1	Justificación. 5
1.2	Planteamiento del problema. 9
1.3	Pregunta y objetivos de investigación. 13
CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL	
2.1	El concepto de experiencia en Kant 14
2.2	Método Psicoprofiláctico en la atención del parto. 15
2.3	El dolor en el trabajo de parto. 18
2.4	Diez principios de la OMS para el cuidado perinatal 19
2.5	La partería en México 22
2.6	La Psicoprofilaxis Perinatal en México 22
2.7	Extensión y éxito de la Psicoprofilaxis 25
2.8	La psicoprofilaxis como estrategia en el cuidado 26
2.9	Cuidados de enfermería en la salud reproductiva 28
2.10	Estimulación Intrauterina 32
2.11	Beneficios de la Estimulación 36
2.12	Evidencias de investigaciones sobre el parto psicoprofiláctico. 38
CAPITULO 3. METODOLOGÍA	
3.1	Método de investigación. 46
3.2	Tiempo y extensión de estudio. 48
3.3	Las participantes. 50
3.4	Técnicas metodológicas para la obtención de datos. 52
3.5	Manejo y procesamiento de los datos. 52
CAPITULO 4	
4.1	Análisis de Resultados 55
	Conclusiones. 68
	Referencias bibliográficas 75
Anexos	
	Anexo 1 Aspectos éticos y legales 81
	Anexo 2 Guía semiestructurada 88
	Anexo 3 Cronograma de actividades 90



RESÚMEN

Introducción: A nivel mundial y nacional se han creado diferentes estrategias que permiten al profesional de la salud intervenir en las etapas pre-gestacional, tras-gestacional y post-gestacional con la finalidad de garantizar la vida, disminuyendo los índices de morbi-mortalidad materno infantil.

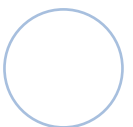
Objetivo: Analizar las experiencias de mujeres puérperas ante un parto psicoprofiláctico atendido por profesionales de enfermería.

Metodología: Estudio cualitativo en el marco de la fenomenología interpretativa. Obteniendo los datos con la observación y una entrevista semi-estructurada con 3 mujeres puérperas participantes.

Resultados: Se describen en dos apartados: En el primer apartado describe textualmente el fenómeno, en el cual se presentan las experiencias referidas como el antecedente al momento del trabajo de parto y parto. El segundo apartado se refiere al desarrollo de 4 temas que predominan en las narraciones que se relacionan con el significado que se aporta al parto psicoprofiláctico: 1) La importancia del apoyo materno durante el trabajo de parto, parto, puerperio y recién nacido: 2) El cuidado profesional de enfermería en el parto psicoprofiláctico. 3) El impacto educativo en los talleres psicoprofilácticos a mujeres puérperas participantes, 4) Los sentimientos experimentados en el parto por las mujeres puérperas.

Conclusiones: La educación perinatal en México es una necesidad social, debiendo promoverse comportamientos saludables en la mujer, la pareja y familia durante el proceso del embarazo para prevenir complicaciones que involucran la salud materno-fetal y así disminuir la morbi-mortalidad que aún representa un problema de salud pública.

Palabras clave: experiencias, mujeres, parto psicoprofiláctico y enfermería.



INTRODUCCIÓN

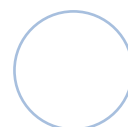
Actualmente la salud reproductiva es un importante tópico de investigación para las instituciones educativas y de salud ya que a partir de las políticas dirigidas a los grupos sociales en edad reproductiva puede beneficiarse a la sociedad reduciendo los índices de morbi-mortalidad en el binomio madre-hijo.

La etapa gestacional es la etapa de la reproducción considerada más importante, pero también la más expuesta a riesgos y daños, los cuales afectan a la gestante, al jefe del hogar y a la familia generándose gastos de bolsillo que muchas veces no se tienen planificados.

A nivel mundial y nacional se han creado diferentes estrategias que permiten al profesional de la salud intervenir en las etapas pre-gestacional, trans-gestacional y post-gestacional con la finalidad de garantizar la vida, disminuyendo los índices de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil.

Una estrategia para lograr disminuir riesgos en la salud reproductiva es a través del parto psicoprofiláctico, atendido por profesionales de enfermería, ya que la técnica utilizada en el parto natural se sustenta en el manejo del dolor por medios no farmacológicos, en las cuales la mujer ejerce autocontrol sobre su cuerpo y mente. La técnica psicoprofiláctica, llamada también terapia complementaria para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto, está relacionada con necesidades de confianza, seguridad y control del propio cuerpo, donde la mujer es la protagonista del proceso, favoreciendo el desarrollo del vínculo afectivo con su hijo o hija¹

¹VallayP. Parto sin Dolor 5ª Edición, 2007, Editorial Azteca S.A. p.p 43



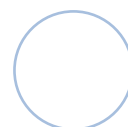
La necesidad de incorporar las experiencias vividas de las mujeres acerca del parto se hace fundamental si se considera la maternidad desde un enfoque integral, valorando sus temores, expectativas y experiencias previas que serán las más emotivas e importantes que marcan su vida.

Al considerar la experiencia a nivel mundial, Holanda es un país con alto nivel en índices perinatales del mundo con un porcentaje de cesáreas bajo de un 10 %, el 30 % de los partos ocurre en casas de parto con una Matrona. En Alemania y el resto de Europa son crecientes las Casas de los partos y partos en casa atendidos por matrona, teniendo excelentes resultados y aceptación. En Latinoamérica se ha desarrollado un gran movimiento en Brasil, donde destaca la partera empírica como un gran aporte y las casas de parto también se utilizan con gran aceptación.

El presente trabajo se desarrolla en cuatro capítulos. En el primero, de antecedentes se da a conocer la justificación, el problema de estudio y los objetivos. En el contexto mundial, la mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública más relevantes, especialmente en los países en vías de desarrollo, es por ello que en el planteamiento de los objetivos el desarrollo del milenio por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se estipuló como uno de los problemas prioritarios a resolver.

Los objetivos buscan analizar las experiencias de mujeres puérperas ante un parto psicoprofiláctico atendido por profesionales de enfermería y describir las técnicas psicoprofilácticas que más utilizaron las mujeres puérperas en el momento del parto.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco referencial en donde se da seguimiento a los estudios sobre la etapa de trabajo de parto, parto, puerperio y recién nacido y las técnicas psicoprofilácticas.

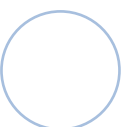


En el tercer capítulo, referente a la metodología, se describe el enfoque de la investigación cualitativa, considerada como una herramienta por excelencia para la construcción de enfermería, como disciplina y profesión social.

Este enfoque permite a la enfermera conocer la perspectiva individual de las personas que requieren de su cuidado.

En el cuarto y último capítulo se dan a conocer los resultados encontrados y la discusión de los hallazgos. El análisis fenomenológico se fundamenta en la propuesta metodológica de Moustaks, y se presenta en dos apartados, el primero corresponde a la descripción textual del fenómeno y el segundo a la Descripción Estructural del mismo.

Por último se formulan las conclusiones a las que pudo arribarse con la presente investigación.



CAPITULO 1. ANTECEDENTES

1.1 Justificación

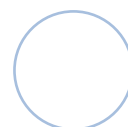
El estudio sobre experiencias en mujeres puérperas ante un parto psicoprofiláctico atendido por profesionales de enfermería, es de interés general, debido a que los principales problemas que enfrenta nuestro país para lograr una eficaz reducción en la mortalidad materna es la falta de recursos y la deficiente calidad en la atención del parto, considera Ana Langer, del Population Council, al analizar los desafíos que enfrenta México en esta materia.

Por otro lado, en México, el 50 por ciento de las mujeres a punto de dar a luz no son atendidas en la primera unidad médica a la que acuden y en el 37 por ciento de los casos transcurren hasta 12 horas desde el primer hospital que visitan hasta el último, para ser atendidas, cuando ya murieron.²

Para abatir lo anterior se ha considerado que la asistencia por el licenciado en Enfermería y Obstetricia es un recurso para la salud apropiado, por contar con las aptitudes sustentadas en una base de conocimientos científicos propios de la disciplina y actitudes favorables que permiten que las mujeres tengan una participación activa en el auto cuidado de su embarazo, trabajo de parto, nacimiento y puerperio, así como en el cuidado del recién nacido.

Esto se ve reflejado en la vigilancia periódica de las mujeres en su embarazo a través del control prenatal donde además de recibir un cuidado de calidad encuentran un espacio de confianza y seguridad para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

²Programa Nacional de Población 2006-2012. México, D.F.: Consejo Nacional de Población;2012. pp. 61-63.



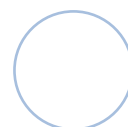
Ante el nacimiento de un nuevo ser, los profesionales que desarrollan sus actividades en torno a este acontecimiento, tendrán especial atención en las acciones psicoprofilácticas, y tener la voluntad de atender tanto a la mujer como a su pareja para que vivan este acontecimiento como algo positivo y natural respetando al máximo dentro de las limitaciones de cada centro sus características y preferencias esto a través de un modelo de atención integral.³

La OMS⁴ desde hace varios años reconoció que la reducción eficaz y sostenible de la mortalidad materno-infantil exige la presencia de personal de salud capacitado en la atención obstétrica. En una consulta técnica que se lanzó en el año 2000 en Sri Lanka se examinaron las intervenciones para obtener mejores resultados en el embarazo y trabajo de parto. La conclusión fue que sin proveedores de servicios sanitarios con determinadas aptitudes y competencias profesionales en obstetricia no se pueden alcanzar las metas de salud para el binomio madre-hijo y a partir del planteamiento de la OMS (Organización Mundial de la Salud) es importante conocer las experiencias de las mujeres puérperas para identificarlas.

Históricamente, las mujeres han recibido el apoyo de otras mujeres durante el trabajo de parto y parto. Sin embargo, en muchos países la mayoría de las mujeres dan a luz en hospitales y no en su hogar. El apoyo continuo durante el trabajo de parto se ha convertido en una excepción más que en una norma. Esto ha generado preocupación acerca de la consecuente deshumanización de la experiencia de parto para las mujeres. La atención obstétrica moderna suele someter a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos en el progreso del trabajo de parto. La atención de apoyo durante el trabajo de parto debe incluir apoyo emocional, medidas que brinden comodidad, información

³MarrinerTorney, Raile Martha A. Modelos y Teorías de Enfermería. 7, ed. Madrid España; Elsevier, Mosby. 2007

⁴ Organización Mundial de la Salud Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Año 2005 Publicada en Lancet 1985; 2; 436- 437. Traducción ACPAM



e intercesión.⁵ Esto puede mejorar los procesos del trabajo de parto así como los sentimientos de control y competencia de las mujeres y en consecuencia, reducir la necesidad de intervenciones obstétricas. El trabajo de parto es un proceso normal y natural, pero incluso los embarazos de bajo riesgo pueden sufrir complicaciones, haciéndose necesario aplicar una intervención para disminuir los riesgos, sin embargo se ha observado que las intervenciones se utilizan indiscriminadamente, un ejemplo de ello son las cesáreas no justificadas de fin de semana, en donde se programan las cirugías en beneficio de los médicos y no de las gestantes.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos⁶ se lograrían disminuir con las técnicas métodos psicoprofilácticos.

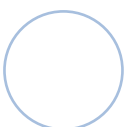
Esto es planteado en la NOM-007- SSA2-1993, donde especifica cómo y cuándo deben darse los procedimientos y sin embargo son realizados por las instituciones de salud de segundo nivel sin respetar la Normatividad ocasionando un alto índice de Mortalidad Materna⁷

La humanización del cuidado durante el embarazo debe considerar los aspectos psicológicos, sociales y biológicos. El trabajo de parto es un evento altamente estresante en lo biológico y con un significativo impacto en lo emocional y social

⁵Marsden W., El cuidado maternal en España: La necesidad de humanizar el parto Medicina naturista, 2006, N 10:598-610 I.S.S.N;1576-3080.

⁶ Pérez R.L., Márquez B, La atención a la Salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología Latinoamericana 2004, Vol. 22, p.p. 61-75

⁷ INEGI. Estadísticas vitales, 2008. Base de datos



de la persona; el objetivo del parto psicoprofiláctico es disminuir el miedo, la tensión y el dolor.

La investigación sobre las intervenciones de enfermería durante el parto psicoprofiláctico en México es escasa, por tal motivo es una necesidad de investigación; en espera de que los resultados repercutan en beneficio de la atención que se otorga a las mujeres en un parto sin dolor.

1.2 Planteamiento del problema

En el contexto mundial, la mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública más relevante especialmente en los países en vías de desarrollo por ello es que en el planteamiento de los objetivos de desarrollo del milenio por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se estipuló como uno de los problemas prioritarios a resolver.

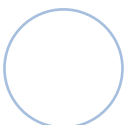
Una revisión del mapa de mortalidad materna de la Organización Mundial de la Salud⁸ (OMS) mostro que, aproximadamente 22.000 mujeres mueren cada año en Latinoamérica y el Caribe como resultado de complicaciones en el embarazo o en el parto. La mayoría de estas muertes pudieron haber sido evitadas.

Mientras que registros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁹ determinan que:

- La razón global de mortalidad materna en la región es de 190 por 100,000 nacidos vivos, con enormes diferencias entre países.
- En los países en vías de desarrollo, de cada cien mil mujeres que dan a luz mueren 440. Mientras que en países desarrollados son solo 20 el número de víctimas.

⁸ Mapa de la mortalidad materna OMS. Disponible en:
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/03/27/mujer/1143486219.html>

⁹OPS Enfoque. Contra la mortalidad materna. Disponible en:
http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora04_mar04.htm



- Los países que presentan menores tasas de mortalidad materna en América Latina y en el Caribe son Cuba, Chile y Costa Rica, en gran parte debido a los exitosos programas de salud sexual y reproductiva, al fortalecimiento de los programas de salud pública y el interés por el sistema de salud de crear mecanismos de aseguramiento para la atención de la madre y el niño.

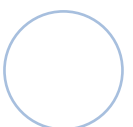
La mortalidad materna es un indicador de salud que presenta mayores disparidades entre los países desarrollados y países en desarrollo; según estimaciones recientes, en 2000 ocurrieron alrededor de 529,000 muertes maternas.

La tasa global de muertes maternas por nacidos vivos (Razón de mortalidad materna) es de 400 por 100,000 nacidos vivos. Casi todas las defunciones derivadas de la maternidad (95%), ocurren en África y Asia. Solo un 4% de todas las defunciones maternas (22,000) ocurren en la región de América Latina y el Caribe y menos del 1% (2,500) en las regiones más desarrolladas del mundo.

En México cada año se embarazan aproximadamente 2 a 2.5 millones de mujeres, 500 mil terminan en aborto, 2.1 millones de niñas y niños nacen vivos, 40% presenta un defecto al nacimiento como: prematuros (12%), bajo peso (20%), hipoxia/asfixia (5-8%) y malformaciones (3-5%) siendo la de mayor prevalencia los defectos del tubo neural (5.8/1000 nvr).

En el año 2006, murieron por complicaciones del embarazo, parto y puerperio 1,096 mujeres, 473 menos que en 2000, pero aun demasiadas.

Estas tasas demuestran que se hace indispensable, en todos los sistemas de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo para reestructurar la atención materna para asegurar el adecuado curso del embarazo, parto y puerperio.



Se reconoce que muchos de los daños a la salud materna y perinatal tiene su origen en las malas condiciones de las mujeres antes de embarazarse, en la deficiencia del cuidado durante el embarazo y la falta de atención profesional del parto y del recién nacido.

Cuando una embarazada llega a su trabajo de parto y nacimiento en condiciones de salud favorables, como se ha determinado en diferentes estudios, es factible que tanto ella como su recién nacido no tengan riesgos y daños para los siguientes procesos de vida.

El trabajo de parto, sin duda, es un momento importante, envuelto por mitos, tabús y misterios¹⁰ normalmente generan miedo y ansiedad, por las contracciones, por el desconocimiento, por la incertidumbre que se espera para un buen final, por el afrontamiento de situaciones traumatizantes. En este periodo existen dudas con relación al profesional que le va atender, el soporte social y familiar que va a necesitar. El trabajo de parto es visto como experiencia fundamental, sobresaliente en la vida de la mujer, pudiendo suceder de forma positiva, como momento de placer, satisfacción y plenitud, o negativa, como situación de frustración, de dolor y sufrimiento. Son momentos extremadamente significativos para la madre, bebé y familia, así como la gestación, ya que repercute en toda la vida de ese nuevo ser.¹¹

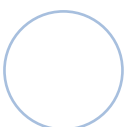
Las prácticas relacionadas de la asistencia del embarazo, parto y puerperio han sufrido en los últimos años una intensa revisión (O.M.S.)¹² su objetivo es poner en tela de juicio las prácticas abusivas o sin justificar que se realizan por tradición o autoridad desde hace décadas. De entre las primeras posiciones abiertamente críticas con la asistencia a las mujeres durante el parto destaca la que se recoge en el trabajo del grupo de Trabajo de Salud Reproductiva de la OMS¹³.Y

¹⁰ Rodríguez Shadow, M.J. La mujer azteca. UAEM, México, 2000 p.p.287

¹¹ Pérez R.L, Márquez B., op.cit.

¹² Organización Mundial de la Salud. Op. cit.

¹³ Organización Mundial de la Salud. Op. cit.



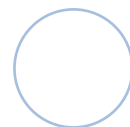
sin embargo aunque ya paso una década que se publico la primera versión del informe, en nuestro medio todavía continuamos realizando prácticas de dudosa eficacia.

Toda mujer tiene derecho a una atención del trabajo de parto con sentido humano y con respeto a su dignidad. Uno de los grandes retos del equipo de salud es mejorar la calidad de la atención que se ofrece a las mujeres que cursan el trabajo de parto, pero esto no es a través de mejorar la técnica de la atención, sino a partir de intervenir de manera integral, significa entender a esa mujer que va a tener un bebé, como un ser humano, no una máquina de hacer niños. Por ello es la importancia que el método psicoprofiláctico se utilice en todos los hospitales y en todas las mujeres sin importar clases sociales.

En estos dos procesos de la reproducción, trabajo de parto y nacimiento, la participación del licenciado en Enfermería y obstetricia también ha sido muy reconocida ya que favorece que el nacimiento se dé en las mejores condiciones, llevando a cabo los señalamientos del parto humanizado, lo que permite esa participación activa, responsable y comprometida de la mujer y su pareja, permitiendo así el nacimiento de niños más sanos.

Por todo lo señalado la participación de la enfermera obstetra es determinante en la prevención de embarazos de alto riesgo, muertes maternas, neonatales y la prevención de los defectos al nacimiento en la atención de partos psicoprofilácticos, incluso la discapacidad en México no solo por la identidad de género sino por su compromiso profesional en el cuidado perinatal, mostrando competencias profesionales bien definidas, valores y actitudes de respeto al proceso de la reproducción humana.¹⁴

¹⁴ Norma Oficial Mexicana para la práctica de la Enfermera Obstetra en el Sistema Nacional de Salud (NOM-020-SSA3-2007)



1.3 Pregunta y objetivos de investigación

De aquí, el interés por buscar respuesta desde la disciplina de enfermería y en nuestro contexto a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las experiencias de mujeres puérperas, ante un parto psicoprofiláctico atendido por profesionales de enfermería?

Asimismo los objetivos de investigación fueron los siguientes:

Objetivo general:

En la siguiente investigación se analizan las experiencias de mujeres puérperas ante un parto psicoprofiláctico atendido por profesionales de enfermería, en el escenario hospitalario Centro de Investigación de Grupos de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN)

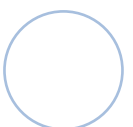
Objetivos específicos:

Conocer los conocimientos adquiridos de las mujeres puérperas en la utilización de técnicas psicoprofilácticas en su parto fisiológico.

Describir cuáles fueron las técnicas psicoprofilácticas que más utilizaron las mujeres puérperas en el momento del parto.

Conocer las experiencias del parto psicoprofiláctico de las participantes puérperas.

Describir la influencia del entorno social con respecto a las experiencias de las mujeres en la asistencia del parto en el Centro de Investigación Materno Infantil de Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN).



CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL

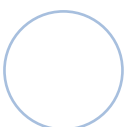
En este trabajo se abordaron los temas de experiencias y psicoprofilaxis, así como lo relacionado al desarrollo conceptual de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería en las etapas de trabajo de parto y parto.

2.1. El concepto de experiencia en Kant

Como es sabido, Kant parte de una distinción del conocimiento entre empírico y puro, que se definen respectivamente por los conceptos receptibilidad y espontaneidad. En este sentido puede afirmarse que Kant reconoce un conocimiento empírico. De todos modos el conocimiento empírico no ha de confundirse con la mera sensación, lo cual sería fuente de conocimiento, lo que se podría llamar el material previo a la materia del conocimiento, mientras que éste se distinguiría por ser una composición, cuya materia fundamental o primera serían las sensaciones, es decir, “lo que nosotros recibimos por medio de impresiones.” Si la sensación o impresión implica receptividad, pasividad por parte del sujeto, por ser afectado por el objeto, el conocimiento empírico, en cambio, supone no sólo la aceptación pasiva sino una recepción activa con todo lo que implica de acogida de apuntar a la cosa, de intencionalidad.¹⁵

Con ello creo que hemos indicado los dos significados más simples de experiencias en Kant: la sensación o impresión sensitiva y el conocimiento empírico. De manera que podríamos resumir el concepto Kantiano de experiencia diciendo que, en sentido estricto, es conocimiento de lo dado sensiblemente.

¹⁵Cfr. Holzhey, Helmunt, Kntserfabrungsbeff. Quellengeschichtliche und bedeutungsanalytisch Untersuchungen. Schwabe, Basel- Stuttgart, 2007, pp.208-210



2.2. Método psicoprofiláctico en la atención del parto.

Grantly Dick Read introdujo el término “parto natural o parto sin dolor” en el año 1929, él plantea que el dolor del parto es una respuesta patológica producida por el miedo, con base en el síndrome temor-tensión-dolor, que da como consecuencia primordial el dolor del parto. En general la mujer siente temor a este evento, que se atribuye a la influencia de la religión y la ignorancia con respecto a los procesos fisiológicos del embarazo y del parto.¹⁶

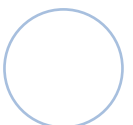
Los rusos, en cambio, explicaron el dolor del parto como el resultado de un reflejo condicionado producido por la palabra, o sea, por la educación y la cultura. Con base en los hallazgos de Pavlov y Platonov se plantea que la palabra en el hombre actúa como un “segundo sistema de señales,” con características físicas y fisiológicas y por tanto, con capacidad de producir condicionamientos.

En 1950 el Dr. Fernand Lamaze introdujo su método en Francia después de una visita a Rusia, y postuló que el miedo es la principal causa del fracaso del parto natural. Para ayudar a las mujeres a revertir esta situación desarrolló técnicas como: mantenerse en actividad durante el trabajo de parto, técnicas de respiración durante las contracciones uterinas y técnicas de relajación.¹⁷

El método de Bradley, también facilita el parto natural y potencia la ayuda de los padres que trabajan conjuntamente con el equipo de salud. Enseñaba a las mujeres embarazadas a realizar una respiración profunda abdominal y realizaba un plan educativo para mejorar el entendimiento del proceso trabajo de parto y parto.

¹⁶HILBERS, Susana May. RPT, ACCE y Susan Gennaro.DSN, RN, ACCE. Taller: Métodos para el manejo del dolor, Sociedad Jalisciense de Psicoprofilaxis Obstétrica.

¹⁷Francine H. Nichol. Educación para el parto, teoría práctica.

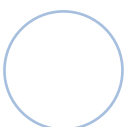


El Obstetra francés Leboyer introdujo el “Parto sin violencia”: propuso a mediados de los 70 que la sala de parto fuera un cuarto apacible y calmo, que tuviera luz tenue y música suave, y que el recién nacido recibiera un baño de agua caliente al nacer. Leboyer consideraba que la serenidad obtenida por la atención al feto levantaba el umbral de dolor de las mujeres en trabajo de parto, aunque no hubo ninguna evaluación específica de los efectos sobre el dolor, sin embargo, las parejas expresaban un alto grado de satisfacción. Recomendaba además, no ejercer presión sobre la cabeza del feto a fin de que el mismo pudiera llegar al mundo de la manera más natural posible. El objetivo propuesto para desarrollar esta metodología era minimizar el trauma y las tensiones experimentadas por el feto en el momento del parto y de su nacimiento. Leboyer afirmaba que los (as) niños (as) que nacían en ambientes tranquilos eran más felices y se sentían más seguros. El método de Leboyer buscaba, sobre todo, que el feto naciera en un ambiente agradable de forma que el paso del vientre materno al exterior fuera lo menos traumático posible (Minsal, 2006).¹⁸

De modo semejante, el parto instintivo o parto en el agua, recomendado por Michel Odent en Francia, da una gran importancia al contacto afectivo y al cálido trato con la embarazada, prescindiendo de toda acción educativa por la innecesaria, puesto que lo más importante es reunir algunas condiciones especiales del medio que le permitan a la parturienta poner en marcha sus fuerzas instintivas, que la llevarán a un parto normal, espontáneo, sin medicación y sin intervencionismo en la mayoría de los casos (Odent, 2011).

La preocupación internacional por la creciente medicalización de las experiencias del parto, ha llevado a replantear el apoyo continuo y personalizado por parte de una persona significativa, hombre o mujer “doula” durante el trabajo de parto (Klaus, 2007). Entre sus elementos comunes se incluyen: apoyo emocional,

¹⁸De Shrock, P. Relaxation Skills Update on problems and solutions. Génesis 6:8, 2006. En Nichols, F y Humenick, S Childbirth Education: Practice, Research and Theory 7. Traducción al español instituto DEP. S.C.



presencia continua que presta tranquilidad y estímulo, información sobre el progreso del trabajo de parto y consejos sobre técnicas de autocontrol, medidas que le brinden comodidad tales como caricias, masajes, baños o duchas tibias, facilitar la adecuada ingesta y eliminación de fluidos, y representación para ayudar a que la mujer pueda comunicar sus deseos a los demás.

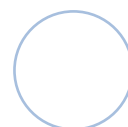
Al emplear técnicas naturales, se deben considerar los aspectos socio-antropológicos del proceso, modificar el carácter intervencionista de la atención, tal vez como producto de la priorización tradicional de los aspectos biológicos, y la capacidad de las personas de decidir y asumir responsablemente su papel protagónico en el proceso.

Desde tiempos inmemoriales, el parto se considera como un proceso doloroso y peligroso, el cual tenía que soportarse o padecerse como tributo inevitable para alcanzar la felicidad de la maternidad. La mayoría de las mujeres ratificaban a sus hijas ese inevitable hecho avalado por la experiencia, transmitiendo así transgeneracionalmente las mismas expectativas, sin que mediara ningún espíritu crítico.

La preparación psicoprofiláctica para el parto se ha introducido en nuestro país, como la preparación psicofísica del parto, lo cual se basa en la demostración científica de que el parto es un fenómeno natural. Un estudio realizado en Chile señala que la educación en el control prenatal utiliza protocolos, reduce el número de intervenciones rutinarias e innecesarias durante el embarazo y parto (Soto, 2009).¹⁹

El método psicoprofiláctico no utiliza drogas, anestésicos ni hipnóticos; su propósito es enseñar a parir a la embarazada. Para lograrlo requiere una participación activa, confiada e inteligente y, por consiguiente, respeta e inclusive

¹⁹STTEFFES, S. Relaxation Prus: use of imagenery and visualization. In Humenick, S.S (ed): Expanding ASPO Horizons in Childbirth Education Washington, D.C: 2012.



estimula su estado de vigilia y atención. Con este procedimiento se sustituye a la mujer pasiva y entregada al dolor (que dificulta con sus reacciones negativas el proceso normal del parto) por una mujer activa, perseverante, tranquila y entregada a la tarea de cooperar con su mente, sus músculos y su respiración.

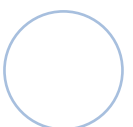
En esencia, el método consiste en informar e instruir sobre la conducta que la mujer debe seguir durante el parto, y ejercitarla durante las últimas semanas de su embarazo en las actividades que debe asumir a medida que avanza el trabajo de parto y se acerca el momento tan esperado y anhelado por la mujer y su acompañante. Lo más importante no son los ejercicios físicos en sí, sino la preparación psíquica.

Esta preparación es como un ensayo cotidiano del parto. Los ejercicios permiten una preparación muscular fisiológica que ayuda a la realización correcta del parto. Los familiares más cercanos a la embarazada y la pareja deben participar en el proceso, apoyarla en sus esfuerzos de aprendizaje y estimularla a continuar evitando las influencias psicológicas negativas que la rodean (Gupta, 2009).

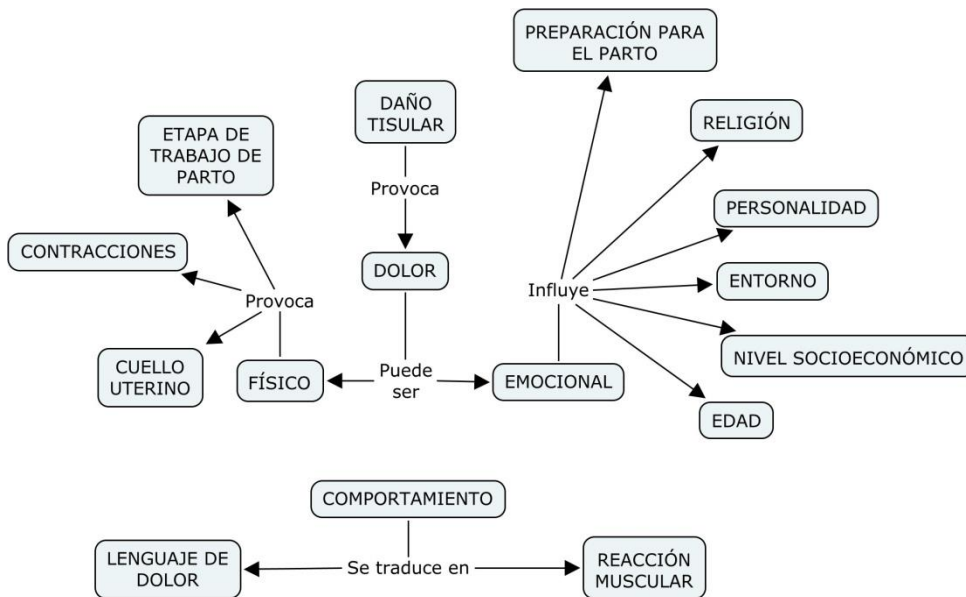
2.3. El dolor en el trabajo de parto.

Dolor se define como una experiencia desagradable sensorial y emocional relacionada con una lesión real o potencial de un tejido, otorgándole especial énfasis a la contribución psicológica en la experiencia de dolor (Tournaire, 2007).

Respecto a la fisiología del dolor durante el trabajo de parto, en primer lugar, éste se explica como un dolor de tipo agudo, que tiene dos dimensiones, una dimensión sensorial o física, con la transmisión de información de los estímulos de dolor al cerebro, y una dimensión afectiva, que está dada principalmente por la interpretación de estos estímulos, en donde interactúan variables emocionales, sociales, culturales y cognoscitivas únicas al individuo, esquematizadas en el cuadro N°1.



Cuadro N°1: Variables emocionales, sociales, culturales y cognoscitivas del dolor del parto²⁰



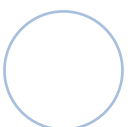
Fuente: Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor Michel Tournaire; Anne Theau-Yonneau. 2008.

2.4. Diez principios de la OMS para el cuidado perinatal, el cuidado del embarazo y parto normal.

1). Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un mínimo de intervenciones, que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.

2). Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología,

²⁰PÉREZ RN Paulina G: BSN. LCCE.FACCE. Lamaze para padres. No. Otoño/invierno- Mayo 2000



equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.

3). Ser basado en las evidencias, lo que significa estar avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.

4). Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.

5). Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstetras, neonatólogas, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad.

6). Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.

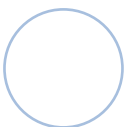
7). Estar centrado en las familias, dirigiéndose hacia las necesidades de la pareja y del binomio madre-hijo.

8). Tener en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir un acercamiento para el logro de los objetivos.

9). Considerar a las mujeres en la toma de decisiones, respetando su privacidad, su dignidad y la confidencialidad

.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo. Estos están siendo incorporados en los materiales técnicos así como también en las herramientas de



²¹monitorización y evaluación de la Oficina Regional Europea de la OMS (Chalmers, 2011).

Incorporar alternativas complementarias para el manejo del dolor en el parto natural no implica solamente acciones para mejorar la calidad de la atención, esto se refiere a una nueva antropología, a una concepción del ser humano cuya esencia es la ternura, el afecto, la compasión. Esta visión comprende al ser humano integrado con los demás y con la tierra, de la cual forma parte como conciencia, el ser humano es la parte consciente de la tierra (Minsal, 2008).

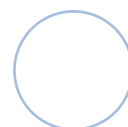
2.5. La partera en México.

Actualmente no se infiere que las parteras han desaparecido de nuestro diario vivir, pero sí que no las encontramos con la misma facilidad que antes. No cabe la menor duda que en los diferentes estados aun podemos encontrar una comadrona en la mejor disposición de asistir al parto de una mujer, sin embargo, en las ciudades tenemos que buscarla con una lupa.

La conveniencia de los hospitales con todos los adelantos y los muchos requisitos que la ciencia médica les impone han logrado que el número de parteras haya disminuido grandemente siendo que muchas mujeres aun prefieren la comodidad y seguridad que les brinda la participación de las parteras en comparación con el estrés dentro de un hospital o clínica de maternidad.

La mayoría de nuestros abuelos fueron extraídos de su madre por una partera. Cada vez que tocaban a sus puertas, estaban dispuestas a dejar su cama para venir al auxilio de la parturienta y su recompensa consistía en dinero, donativos, una gallina o vegetales.

²¹ARBULÚ, A. 2008. Padres, bebé y el apego inicial. Familiae. Pp 1-10.



En general la partera es una mujer madura que forma parte de la comunidad en la cual presta sus servicios. Aunque es analfabeta, habla el idioma local y no sólo comprende el sistema cultural y religioso sino que forma parte integrante del mismo.

Según la OMS, suele ser una mujer inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea con gran experiencia. Muchas son elegidas por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros. En algunas sociedades forma parte de su tradición él no aceptar a ninguna comadrona que no autorice la familia, por grande que sea su prestigio.

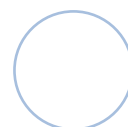
2.6. La psicoprofilaxis perinatal en México.

La psicoprofilaxis en México, surge por el interés de médicos en resolver la problemática obstétrica de disminuir el dolor durante el trabajo de parto y se adoptan los conceptos de las escuelas que le crearon, principalmente de la rusa y francesa, otorgando de manera privada primeramente esta nueva opción a las mujeres parturientas.

Este método llega a México en el año 1951, en donde se presenta el primer trabajo sobre Psicoprofilaxis Obstétrica, el cual se desarrolla en el Hospital Militar Central, teniendo alentadores resultados y convirtiéndose este en la cuna institucional de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el país. Es en 1960 cuando se crea la Asociación Mexicana de Psicoprofilaxis Obstétrica, que encabeza el Dr. Fuentes Calvo, quién capacita a las primeras instructoras para la impartición del método. En 1977 se le denomina “parto psicoprofiláctico” para la práctica.²²

Posteriormente se van implementando asociaciones de instructoras para la reproducción, sin embargo hasta el año de 1990 se certifica la primera generación

²²ARBULÚ, A. 2007. Padres, bebé y el apego inicial. *Familiae*, pp 1-10.



del diplomado de Educación en Psicoprofilaxis Perinatal, el cual era únicamente por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM).

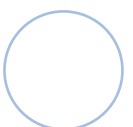
Actualmente la Psicoprofilaxis es una técnica encaminada a manejar el dolor durante el parto, mediante la preparación psico-física durante la gestación, utilizando técnicas de respiración y relajación donde la paciente es preparada para afrontar los cambios durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Pero por otro lado, es necesario organizar los servicios de psicoprofilaxis, donde se requiere de la sensibilización de las autoridades para dirigir las acciones de salud educativa hacia la comunidad, con el fin de aumentar el prestigio institucional y mejorar sus relaciones públicas con la población a la que se le presta el servicio.

Además de dichas consideraciones, la educación dirigida a la comunidad, beneficia la relación médico-enfermera-paciente e incentiva al personal a capacitarse para mejorar la asistencia en la consulta prenatal.

La promoción a la vigilancia prenatal, disminuye el uso de analgesia y anestesia obstétrica, disminuyendo la aplicación de maniobras para la extracción del producto, mejorando así las perspectivas de los padres para el cuidado de su hijo y el bienestar físico y mental de la parturienta.

Para lograr una atención de calidad se necesita la colaboración de médicos obstetras, enfermeras, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales e instructores físicos, para que en conjunto se brinde una atención que cumpla con el objetivo de otorgar a las pacientes un parto psicoprofiláctico, orientando sobre el cuidado de la salud reproductiva.



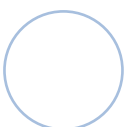
Por lo tanto se podría definir dicha estrategia, como “*un método educativo que capacita a la pareja para participar positivamente en el proceso reproductivo*”. Sin embargo hay que considerar hechos como las distocias, procesos físicos, patológicos, relaciones afectivas, socioculturales y nivel educativo; criterios que se encuentran alejados a los obstétricos pero que influyen en el manejo adecuado del embarazo.

En realidad, el objetivo general de la psicoprofilaxis es “*lograr el bienestar físico y mental de la pareja durante el estado gravídico y puerperal*” cuya influencia educativa favorece el cuidado y bienestar en estos periodos.

Como método educativo, se debe enfatizar en la valoración de la gestante, para el logro de los objetivos de aprendizaje sobre las técnicas psicoprofilácticas, las cuales dirigen las acciones de enfermería hacia el logro de cambios de conducta saludables. El método psicoprofiláctico tiene los siguientes beneficios:

- ✓ Es un método sencillo, accesible y humanizado.
- ✓ Se puede utilizar en casa desde el inicio del trabajo de parto.
- ✓ Tiene duración necesaria, grado suficiente y rapidez de acción.
- ✓ Favorece el progreso fisiológico del trabajo de parto y no altera el estado bioquímico del neonato.
- ✓ Promueve la participación activa y consciente en la experiencia del trabajo de parto y nacimiento.
- ✓ Disminuye el estrés postnatal al favorecer el inicio temprano de la lactancia, la recuperación posparto y la adaptación a las necesidades del periodo temprano de la paternidad.

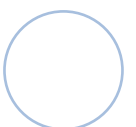
Las acciones que se deben de emplear en la Psicoprofilaxis perinatal son las siguientes y se enfocan hacia las siguientes áreas específicas:



- **Área Afectiva:** proporciona motivación al justificar la existencia del método y establecer alcances perinatales y beneficios actuales. Hace énfasis en que la madre es la única capaz de dar a luz en forma natural, ayudando a establecer expectativas reales, flexibles e integrales al núcleo familiar.
Concientiza sobre de responsabilidades compartidas durante el embarazo, el trabajo de parto y nacimiento; sobre la importancia de la educación y desarrollo psicosocial del recién nacido.
- **Área cognoscitiva:** favorece la estimulación de la memoria del producto de la gestación, favoreciendo el desarrollo de sus capacidades intelectuales que durante su crecimiento y desarrollo estarán en un proceso evolutivo que le permitirá dirigir el conocimiento de manera ordenada.
A la madre le proporcionara la terminología necesaria y accesible a su nivel de conocimientos acerca de la atención obstétrica, la puericultura y la lactancia.
- **Área motriz:** prepara el cuerpo físicamente para el trabajo de parto y su recuperación durante el puerperio.
Capacita a la pareja para el manejo del trabajo de parto, utilizando adecuadamente la relajación neuromuscular para elevar el tono cortical.

2.7. Extensión y éxito de la psicoprofilaxis.

En Rusia y China se utiliza el método Psicoprofiláctico en la atención del parto y por el éxito en su manejo se ha implementado en otros países de Occidente como en Francia, donde son dos las instituciones que aplican el método psicoprofiláctico: Jallieu y Cambray, quienes han adoptado este método, sin sacrificar lo que había resultado fructífero anteriormente.



En cuanto al éxito se afirma que es muy importante que de los alumbramientos atendidos, un 85 a un 90% hayan sido sin dolor.²³

2.8. La psicoprofilaxis como estrategia en el cuidado de enfermería.

Desde inicios de la humanidad, se han creado muchos recursos para disminuir, inhibir o evitar el dolor durante el parto. Se pensaba que el dolor era un componente biológico de la contracción uterina. Ahora se sabe que el dolor es un acompañante de la contracción uterina pero que en condiciones fisiológicas puede disminuirse.

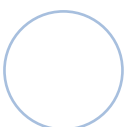
Este dolor por sí solo o combinado con miedo afecta las características de la contractilidad uterina. Cuando se suprime el dolor durante el trabajo de parto se favorece la evolución del mismo, mejorándose la calidad del nacimiento. Además aumenta la satisfacción de sentirse embarazada y el trabajo de parto y nacimiento representan una experiencia agradable.

La psicoprofilaxis perinatal es una analgesia verbal que se apoya en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de los demás métodos de analgesia obstétrica. Recurre a las palabras como agentes terapéuticos (segundo sistema de Pavlov) cuya base es el uso de reflejos condicionados.

Su propósito es el de equilibrar la corteza cerebral de la gestante, cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicables en el alumbramiento.

La embarazada aprende a parir como el niño aprende a leer o nadar. La educación perinatal permite que las mujeres pierdan la actitud pasiva que adoptan al llegar el momento del nacimiento. Saben lo que va a suceder y aprenden a

²³BRAND, G. 2008. Humanizando la relación Madre- Hijo. Construyendo una sociedad basada en el amor. Medicina UFRO. Pediatría al día.Vol. 20, pp 67-75.



adaptarse y a controlar las modificaciones que ocurren en su organismo durante el proceso de nacimiento.²⁴

El método psicoprofiláctico, a diferencia de otros no causa toxicidad en la madre ni en el feto, ni en el recién nacido y propicia la participación activa y completa de la mujer. Tiene sus propias reglas que deben aplicarse consciente e inteligentemente.

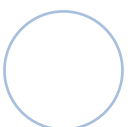
No es un método fácil, exige un esfuerzo colectivo, que enriquece a todos los participantes. Su resultado es dar la vida en las mejores condiciones posibles para la madre y el niño.

De acuerdo a la teoría de **Pavlov**, puede sintetizarse como un método:

1. Hipnosugestivo.
2. Reflexológico en su marco teórico.
3. Que tiene como objetivo la analgesia verbal durante el trabajo de parto y nacimiento.
4. Que emplea poco tiempo en la preparación de la embarazada (empieza a la semana 35).
5. Que enfatiza en la relajación muscular y las técnicas respiratorias.
6. Excluyente de la pareja en la preparación perinatal.

En 1880 se empezó a usar el hipnotismo en obstetricia para aliviar el dolor y el miedo, aunque con pocos resultados. Pavlov introdujo el estímulo y la respuesta condicionada en sus experimento y esto sirvió de base para que Platanov en 1920, aplicar a esa técnica a la obstetricia .En 1930 Dr. G. Dicls-Read en Inglaterra describió las características del dolor en el parto y el valor de entrenar a los pacientes a tolerarlo.

²⁴CAMPBELL & PORTER. 2007. Feminist theory and the sociology of childbirth: A response to Ellen Annandale an Judith Clark. Sociology of Health & Illness.Vol 19. Pp. 348 – 358.



En 1951, Lamaze viajó a Rusia y en una sesión de la Academia de Ciencias tuvo la oportunidad de familiarizarse con los estudios de Pavlov, Nicolaiev y Veloski, luego regresó a Francia y desde entonces se produjo una revolución en la atención del parto con su método "psicoprofiláctico". Lo que Lamaze ha hecho dicen le sorprendió aún a él mismo. En realidad, el impacto en Obstetricia ha sido notorio, pues es el paciente quien lo ha recibido con tal entusiasmo.

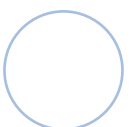
Los estudios hasta ahora publicados hablan de que el método del parto psicoprofiláctico de Lamaze produce: 'Partos más cortos', otros que no "cambian el trabajo de parto", algunos afirman "que se necesita menos anestesia, otros que la incidencia operatoria es más baja, que la pérdida sanguínea es menor. Que hay menos hipertensión, prematuros, más satisfacción materna, niños más felices, menos mortalidad perinatal", etc.,

2.9. Cuidados de enfermería en la salud reproductiva.

Françoise Collier en su libro "Promover la Vida" hace referencia al cuidado como "un acto de Vida" en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca. Es un acto de reciprocidad que requiere ayuda para asumir necesidades vitales, como respirar, comer e ingerir líquidos; es un acto individual cuando se adquiere autonomía.

Actualmente los cuidados de enfermería se han dejado sustituir por el campo de la práctica médica, olvidando que los cuidados siempre se han orientado a la conservación de la vida y hacia todo aquello que la origina, que la mantiene para llevarla al final con respeto, dignidad y conciencia de ayudar al "buen morir".

"La vida se retira cada vez que uno se preocupa de lo que se ha muerto más que de lo que está vivo", por lo tanto el cuidado puede tener dos vertientes: uno hacia poner en juego todas aquellas capacidades del sujeto, desarrollarlas y fortalecerlas para que adquiera autonomía o por el contrario generar dependencia.



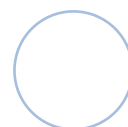
El poder de los cuidados de enfermería puede ser identificado como liberador cuando es creador, cuando estimula o suscita todo aquello que va a permitir la regeneración, el desarrollo de la capacidad de vivir, tanto en la persona cuidada como en el cuidador, ya que ambos participan en un mismo acto o de renacimiento de la vida, incluso hasta el umbral de la muerte.

Por lo tanto la salud no debe ser concebida como una entidad, sino que es la posibilidad que permite que la vida continúe. Cuidar no es igual a tratar; tratar solo se limita a la enfermedad y cuidar va en un sentido multidimensional en el que se contempla no solo al (los) individuo (os), sino también al entorno. Los cuidados se vislumbran en tres dimensiones:²⁵

- a) Los cuidados para el mantenimiento de la vida, los cuales representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función conservar la vida.
- b) Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad, cuyo objetivo es garantizar la vida, limitando la enfermedad, contemplando todos aquellos factores psicosociales, ambientales, biológicos y espirituales que están interactuando.
- c) Los cuidados habituales y de costumbre. Este tipo de cuidados solo están relacionados con lo cotidiano, lo “rutinario”, sin permitir que el sujeto amplíe o mejore las capacidades que le permitan alcanzar su autonomía.

En conclusión, el cuidado de Enfermería no solamente implica el conocimiento sino también la interacción de dos sujetos: la persona (s) a quien (es) se dirigen los cuidados y la enfermera (o), que es quien proporciona el cuidado. Ambos se interrelacionan e interactúan en una convivencia donde los valores, intereses,

²⁵COLLEEN, F. HAUCK, Y y FENWICK, J. 2006. How social context impacts on women´s fears of childbirth: a Western Australian example. Edith Cowan University, Joondalup, WA Australia, Rev. Science Direct. Vol 63.Pp. 64-65.



costumbres e ideologías, están mediados por un entorno mental. Por lo tanto el marco referencial de cada uno será diferente y estará determinado por la historia de vida de cada persona dándole un significado distinto a los eventos que están compartiendo.

En lo referente a la salud, vista como un valor y un derecho universal, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha señalado la necesidad de movilizar a la sociedad (en el sentido del cuidado de su propia salud), a fin de “lograr que los pueblos y los individuos puedan disfrutar de las ventajas de un grado máximo de salud”, logrando que cada sujeto, cada comunidad, cada nación y cada continente entiendan, comprendan y le den significado a este concepto de salud.²⁶

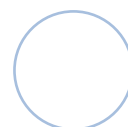
La obstetricia es un área muy importante, donde si no se brinda la atención adecuada es susceptible a riesgos, para la mujer, para el feto, el recién nacido y la familia. Estos riesgos pueden ser prevenidos mediante el uso del enfoque de riesgo, la eliminación de prácticas rutinarias. Pueden ser detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención

Las acciones con un enfoque de riesgo tienden a favorecer el desarrollo normal en cada una de las etapas del proceso gestacional, previniendo así la aparición de complicaciones, que incidan en la morbi-mortalidad materno-infantil a nivel nacional.

Las acciones pueden llevarse a cabo si las madres reciben orientación adecuada sobre los cuidados prenatales, sobre el trabajo de parto, el puerperio, el cuidado de recién nacido y la detección oportuna de signos y síntomas de alarma, con lo que se concientizan sobre la responsabilidad y cuidado de su propia salud.²⁷

²⁶CHALMERS, B. MANGIATERRA, V y PORTER, R. 2008. Principios de la organización mundial de la salud (O.M.S) acerca del cuidado perinatal. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. Organización mundial de la Salud. Pp. 202 – 207.

²⁷Del CASTILLO, I. 2007. La revolución del Nacimiento. Editorial Granica.



Las acciones deben de realizarse en correspondencia con todo el personal de salud de las Instituciones que brindan atención a la mujer embarazada, parturienta, puérperas y recién nacidos, como lo menciona la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. (NOM-007-SSA2-1993)²⁸

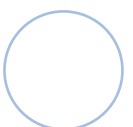
La atención obstétrica ha tenido varias transformaciones en la participación de los enfermeros:

- Cuidados de Apoyo y orientación.
- La praxis de los cuidados interpersonales y rutinarios.
- El reconocimiento de la familia y el enfoque del parto Psicoprofiláctico.
- El desarrollo del modelo perinatal de Enfermería en el aspecto humanístico, distinto del modelo médico de intervenciones patológicas.
- El cambio de procedimientos y rutinas hospitalarias, así como estrategias obstétricas como la relajación, la respiración y el pujo dirigido.
- La enfermera obstétrica como educadora en los cuidados propios de la salud de la embarazada y la familia
- Creación de centros de maternidad centrados en la familia, el parto de participantes, el alojamiento conjunto.
- Surgimiento de nuevas funciones (enfermera práctica y especialista clínica) y resurgimiento de la enfermera partera.

Es así como la enfermera obstétrica se define como aquella suministradora de cuidados para la salud de calidad profesional que considera las necesidades físicas y psicosociales de la mujer que va a tener un nacimiento, el recién nacido y la familia.

Para darle otra connotación al servicio la enfermera no sólo trabaja con portadores de patologías, sino con aquellos que no la tienen, con la familia y la comunidad, ya

²⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.



que orienta su actividad hacia la gente y con énfasis en aquellos que están en riesgo de perder su salud; favorece el desarrollo integral de la persona y brinda educación para cambiar comportamientos positivos a su salud.

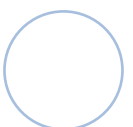
La enfermera tiene un papel muy importante y determinado en la salud individual y colectiva de una población, tanto en un ámbito meramente hospitalario como en un nivel primario y es en estos escenarios donde demostrará su potencialidad y participación en una forma independiente e interdependiente con el equipo de salud.

Cuidados en el embarazo y trabajo de parto.

Es importante considerar que los cambios que sufre la embarazada a nivel hormonal por el mismo embarazo condicionan alteraciones en todos los aparatos y sistemas y a partir de esto serán los cuidados de enfermería a realizar durante el control prenatal, el trabajo de parto, parto y puerperio. Enseñar a la mujer sobre estos cambios normales durante el embarazo, le permitirá reconocer los factores que condicionen un peligro como hemorragia vaginal, edema en cara y manos, cefalalgia continua e intensa, visión borrosa, dolor abdominal, vómitos persistentes, interrupción de los movimientos fetales, escalofríos o fiebre, micción dolorosa, escape de líquido por la vagina, mareos en posición que no sea la supina, etc., son algunos de los cuidados que la enfermera debe enfatizar al dar educación a la mujer para evitar los riesgos tanto para ella como para su bebé.

2.10. Estimulación intrauterina.

Se define como el medio de estimulación al cual se recurren para producir cambios favorables en el feto así como para favorecer un vínculo entre madre e hijo.



La estimulación prenatal es considerada como un conjunto de técnicas que a través de estímulos auditivos, ópticos, vestibulares (movimiento), presión y vibración, logrando la comunicación con el bebé antes de nacer. Estos estímulos se dan de manera inconsciente cuando la madre no cuenta con una preparación acerca de la estimulación prenatal como: el bañarse estimula su vientre, el caminar, el cantar, el hablar, etc. Y la estimulación consciente es cuando ya se tiene información acerca de ésta y la madre aprende las técnicas para desarrollar durante el embarazo. El feto aprende a reconocer y a responder a los estímulos externos, lo que favorece su desarrollo sensorial, físico y mental.

La estimulación temprana puede darse a través de la música-terapia como una técnica que permite visualizar el amplio mundo de cambios, percepciones y emociones, etc., que el feto experimenta dentro de su ambiente intrauterino. Es parte importante para su desarrollo en las áreas prácticas, por lo que es importante la estimulación intrauterina, desarrollando así su sistema nervioso central.

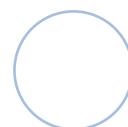
La música adecuada para la estimulación es la de Mozart, ya que se ha probado que es estimulante para el desarrollo del sistema nervioso del feto.²⁹

Se ha comprobado que el útero no es un medio hermético y que el bebé percibe la luz, la voz de la madre, los ruidos del exterior, el tono como se le habla, etc. A partir de las 16-26 semanas de gestación y a la 28 semana, se encuentran totalmente desarrollados estos sentidos.³⁰

Se ha comprobado que niños prematuros al escuchar los sonidos en el útero materno suben de peso de forma más rápida, un efecto similar al que sucede

²⁹ José S. Sapien/Diana I.Córdoba. Psicología y Salud, julio-diciembre, año/vol. 17, número 002. Universidad Veracruzana. Xalapa, México pp. 219-229.

³⁰ Carolina I. Aguayo, Ana María A. Carrasco Valdivia – Chile 2008. Técnicas Psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008



cuando el lactante toma pecho y es incentivado por las palabras de su madre. Una madre tranquila y feliz con su embarazo lo transmite al embrión, al contrario de una mujer rodeada con problemas, derivará a la larga un ser con problemas de comunicación, timidez, entre otras alteraciones.

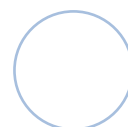
Es trascendental que la mujer embarazada sostenga un vínculo temprano y cree un estado de plenitud y tranquilidad recurriendo a estímulos externos para estimular al feto.

Las clases de estimulación intrauterina que forman parte del programa de psicoprofilaxis perinatal se pueden retomar como un plan de trabajo de tipo preventivo, en madres sin problemas pero que deseen tener hijos con áreas desarrolladas, así como medio de apoyo en niños con problemas existentes.

La estimulación intrauterina debe iniciar a partir de la semana 20 de gestación, cuando el feto ya tiene la capacidad de escuchar, y responder con el movimiento. Parte importante de los cuidados de enfermería es concientizar a la pareja gestante la importancia que tiene para el feto y la madre la estimulación intrauterina.

La enfermera debe considerar lo siguiente:

- El tiempo de estimulación intrauterina debe ser de 45 min. al día.
- Que la mujer haya ingerido fruta o líquido antes de iniciar la sesión.
- Distribuir el tiempo para la estimulación:
 - a) Auditiva
 - b) Óptica
 - c) Vestibular
 - d) Táctil
- Ejercicios en el área auditiva: serán a través de platicar con él, pronunciar su nombre, decirle cuanto lo ama, todo es de manera positiva al bebé,



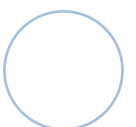
cantarle canciones, tocar algún instrumento como la flauta, música instrumental.

- Ejercicios ópticos: el nervio óptico se forma a las 28 semanas de gestación, a las 29 semanas, el feto percibe su propia mano, ve el entorno del vientre, hace movimientos faciales ante los estímulos visuales, es muy sensible a la luz.
- Ejercicios visuales a partir de las 21 semanas de gestación, el feto puede percibir estímulos luminosos.
El sentido de la vista necesita de la luz para madurar a partir de 31 semanas de gestación, cuando el nervio óptico está maduro y puede percibir puntos luminosos.

Los ejercicios a realizar serán: con una linterna de mano se pasa por el abdomen tres veces apagándola y encendiéndola, al mismo tiempo se dice al feto “bebé obscuro”, “bebé luz” en un tiempo de 10 minutos una vez a la semana.

- Ejercicios de movimiento: el sistema vestibular está localizado en el oído interno, este sentido madura el equilibrio del bebé y percibe las sensaciones al caminar, bailar y movimientos al desplazarse.
Los ejercicios que realizan las mujeres serán de balanceo por lo menos 20 minutos.

Ejercicios táctiles: caricias y masajes suaves en forma circular en el abdomen, a partir de que se detecten los movimientos fetales, al mismo tiempo de que se platica con él bebe, el baño con regadera o en tina son formas de estimular al feto. Hacer presión suave con las manos cuando el bebé se mueve y al mismo tiempo hablarle.

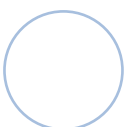


2.10.1. Beneficios de la estimulación:

- Ayudará al bebe a comunicarse con sus padres
- Entrenará al bebe a enfocar su atención.
- Le enseñará a diferenciar los sonidos y las voces que vienen del cuerpo materno y del mundo externo.
- Se enseña que los sonidos tienen significado y pueden ser usados para comunicarse, de esta forma inicia el desarrollo del lenguaje asociado a palabras significativas.
- Le enseña el significado del ritmo.
- Mejora el equilibrio.
- Desarrollará y ejercitará la memoria (se estimula la inteligencia y la socialización).

Programa del Curso de Psicoprofilaxis Perinatal en el Centro de Investigación Materno Infantil de Grupos de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN)

CLASES	TEMAS
1	Cambios en el embarazo por trimestres
2	Nutrición en el embarazo
3	Factores de riesgo y alarmas en el embarazo
4	Técnicas psicoprofiláctico
5	Estimulación intrauterina
6	Fases del trabajo de parto
7	Simulacro de la atención del parto
8	Técnicas y beneficios de la lactancia materna
9	Cuidados en el puerperio y métodos anticonceptivos



10

Cuidados al recién nacido

Fuente: Programa de Psicoprofilaxis Perinatal del hospital Materno Infantil de Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN). Qué es impartida a población abierta gestante

Nota: Las clases son impartidas en el área de la capilla en el CIMIGEN con una duración de 2 horas y la metodología de trabajo imparten una hora teórica y una hora práctica, en todas las clases se imparte fisioterapia obstétrica en las cuales las embarazadas asisten con ropa cómoda, tenis y botella de agua.

2.11 EVIDENCIAS DE INVESTIGACIONES SOBRE EL PARTO PSICOPROFILACTICO

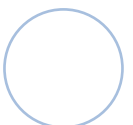
Son pocas las investigaciones que se pudieron encontrar referentes del tema, sin embargo las encontradas son algunas de corte cuantitativo.

Los estudios encontrados en relación a esta investigación son los siguientes:

(1) Investigación: Psicoprofilaxis Perinatal: Preparación Corporal y Psíquica de la mujer Embarazada para el nacimiento.

Sapién y Córdoba³¹ realizaron una investigación sobre la preparación del parto psicoprofiláctico en el Hospital Regional 1° de Octubre del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) uno de los pocos hospitales públicos que ofrecen educación perinatal. Su propósito fue conocer cómo se practica la psicoprofilaxis en una institución del sector público de la ciudad de México. Fue de corte cualitativo, hermenéutico en el cual se describió e interpretó el comportamiento de los actores y la interpretación, tal como se expresan o relatan en sus actividades y discursos, con un total de 5 participantes. Se empleó la observación de tipo etnográfico, y el instrumento para recogida de los datos fue una entrevista semi-estructurada. Para análisis e interpretación de las informaciones fue utilizado el método cualitativo del fenómeno situado.

³¹. José S. Sapien/Diana I.Córdoba. Psicología y Salud, julio-diciembre, año/vol. 17, numero 002. Universidad Veracruzana. Xalapa, México pp. 219-229.



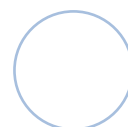
El artículo presenta los siguientes resultados: La mayoría de las mujeres llegaron a la Psicoprofilaxis Perinatal por recomendaciones de conocidos o participantes. Cuando se registraron, sus vientres aun tenían un tamaño reducido o mediano. El curso de Psicoprofilaxis Perinatal incluyó entrenamiento, información y motivación que preparan a las mujeres a mejorar su embarazo, el trabajo de parto, puerperio y lactancia materna, a fin de mejorar la salud materno-infantil desde la gestación.

De acuerdo a este estudio de investigación, sobre el proceso de la educación sobre la psicoprofilaxis perinatal en forma consiente y activa en todo el proceso de la reproducción, en las pacientes embarazada fue de gran importancia las evidencias y el impacto sobre el área de salud para prevenir y disminuir la morbi-mortalidad materna en nuestro país.

(2) Investigación: Técnicas Psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero del 2008 del vínculo afectivo y el entorno social más cercano influye en la percepción de la atención del parto.

Carrasco y Valdivia³² realizaron un estudio para explorar la percepción del parto de las púerperas que durante el proceso de gestación participaron de talleres en talleres educativos propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo para la atención prenatal y que durante su estancia en la maternidad del Hospital Paillaco utilizaron técnicas psicoprofilácticas en su trabajo de parto, en el periodo septiembre de 2007 hasta febrero de 2008.

³²Carolina I. Aguayo, Ana María A. Carrasco Valdivia – Chile 2008. Técnicas Psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008



Metodología: De tipo cualitativa, fenomenológica, de carácter descriptivo, transversal, de tipo exploratorio. Se aplicaron entrevistas a profundidad a siete usuarias, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico.

Resultados: La percepción de las pacientes acerca del uso de técnicas psicoprofilácticas, se sustenta en que favorece la seguridad, confianza y autonomía materna. Durante el proceso de gestación y nacimiento las mujeres que usaron alguna técnica indicaron un mayor avance de la dilatación cervical. Por su parte, la educación prenatal, ayudó al desarrollo del trabajo de parto eutócico.

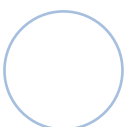
De acuerdo a este estudio de investigación, resaltan el apego materno desde una perspectiva psicosocial, mencionando que se forman fuertes vínculos de unión entre el binomio madre e hijo.

(3) Investigación: Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México

Campero y Hernández³³ describen las tendencias de la operación cesárea asociados a factores no clínicos en mujeres que asistieron al Centro Educativo para la Preparación del Parto (CEPAPAR) en la ciudad de México.

Objetivo: Conocer las altas tasas de la operación cesárea (OC) prevalecientes tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo y la diversa resistencia que se ofrece a los intentos por reducirlas, y determinar si configuran un escenario posible de describir como una epidemia.

³³Campero L. Hernández. Leyva A. Estrada F. Osborne J. Morales. Salud Pública México. 2007; 49:118-125.



Metodología: Se analizó información de 1988 a 2000, con un muestreo probabilístico de mujeres que asistieron a un curso de educación prenatal en el CEPAPAR, una institución privada que opera desde 1974 en la Ciudad de México, con la filosofía de la escuela de Lamaze. Su objetivo es brindar a las mujeres y a sus parejas una preparación teórico-práctica, física y psicológica que les permita vivir el trabajo de parto con confianza y conocimiento, a fin de reducir las intervenciones médicas y las elevadas tasas de OC.

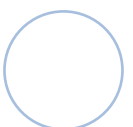
Resultados: Los resultados descriptivos de los 992 nacimientos, indican que la tasa promedio de OC fue de 32.80% por cada 100 nacimientos. La media de edad de las mujeres fue de 30.2, con una desviación estándar de 4.2. El nivel educativo de las mujeres fue considerablemente alto en relación con el promedio de escolaridad de la población femenina en México, ya que para este trabajo 83.27% contaban con estudios universitarios. La mayoría de los nacimientos fueron de mujeres primi-grávidas (66.80%).

La investigación de Campero y Hernández muestra la importancia de la educación perinatal en todas las pacientes en etapa reproductiva ya que en los resultados arrojados el 83.27% de mujeres encuestadas eran universitarias por lo tanto concientizaron la importancia de la preparación para prevenir riesgos durante el embarazo.

(4) Investigación: Experiencias sobre la atención prenatal de un grupo de madres post-parto hospitalizadas en una institución de IV nivel de atención.

Arias y Obando³⁴ realizaron una investigación sobre las experiencias prenatales en un grupo de madres posparto hospitalizadas en una unidad obstétrica de una institución de cuarto nivel de atención en salud.

³⁴Patricia B. Arias. María C. Obando Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D.C 2008



Objetivo: Describir la experiencia sobre la atención prenatal de un grupo de madres posparto hospitalizadas en una unidad obstétrica de una institución de cuarto nivel de atención en salud.

Metodología: Para elaborar este trabajo de grado el diseño utilizado consistió en un estudio descriptivo, el cual pretendió identificar y describir fenómenos de salud y/o enfermedades, utilizando los procedimientos de la investigación cualitativa en la recolección, presentación y análisis de la información.

Resultados: Los resultados del trabajo se presentan de dos maneras: en forma de proporciones que comprenden las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres posparto entrevistadas, y las experiencias sobre el control prenatal utilizando las descripciones y narrativas de las participantes.

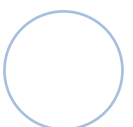
(5) Investigación: Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional.

González y Montejano³⁵ compararon la atención del parto por vía vaginal en los sistemas hospitalarios, con la atención de parto en el área tradicional.

Objetivo: Identificar recursos y procedimientos utilizados, y la aparición de complicaciones maternas y neonatales derivadas del tipo de atención.

Metodología: Fue de tipo cuantitativo, transversal realizado en tres hospitales de la ciudad de Mérida y cuatro municipios del estado de Yucatán, México, entre 1989 y 1990. La muestra estuvo constituida por 205 mujeres que tuvieron parto por vía vaginal. Se observó la atención del parto y, a los 15 días posparto, se les

³⁵Referencia: Rosa M. González, María C. Montejano. Salud Pública México. 2002; 44:129-136.



entrevistó para detectar complicaciones maternas y neonatales. Se calcularon proporciones y se aplicó ji cuadrada para compararlas.

Resultados: Se presentaron complicaciones en ambos sistemas. Sin embargo, en el hospitalario predominaron las maternas y en el tradicional, las neonatales. El número total de complicaciones fue similar.

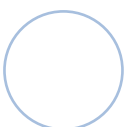
Observaciones: La calidad de la atención fue similar en ambos servicios. Las complicaciones observadas pueden atribuirse a los recursos y acciones utilizados en cada sistema. Se requieren más estudios de este tipo para contar con evaluaciones objetivas de las ventajas y desventajas de ambos sistemas y contribuir a mejorar la calidad de la atención materno-infantil.

Investigación: Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca.

Cisneros ³⁶Describir y analizar las representaciones y prácticas de salud en el proceso de embarazo-parto-puerperio, de tres generaciones de mujeres zapotecas de la Sierra Norte de Oaxaca, con el fin de comprender los sentidos y significados que forman parte de una cosmovisión de origen mesoamericano, con la cual se procesan relaciones transaccionales que provienen de distintos sistemas de salud, locales y micro-regionales.

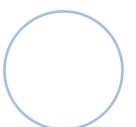
La metodología utilizada fue la investigación, cualitativa desde dos vertientes vinculadas: el punto de vista del actor: emic; y el punto de vista del autor: etic. El trabajo de campo se realizó en la comunidad de Santa Catarina, Yahuío, en Oaxaca. Se seleccionaron 42 mujeres con historia reproductiva biológica, incluyendo a una mujer por cada tres hogares. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con previo consentimiento libre e informado. Asimismo, se

³⁶Carmen F. Cisneros Perinatol Reprod Hum Vol. 17 No. 1; Enero-Marzo 2008 pp.36-52



realizaron entrevistas a profundidad a seis mujeres pertenecientes a tres generaciones distintas.

Resultados: Se identificaron prácticas diferenciales, según la ubicación histórica de las mujeres, que sugieren transformaciones de los patrones ideológico-culturales. Se apreciaron cambios a partir de la segunda generación, con la introyección de prácticas biomédicas que representan una eficacia simbólica orientada hacia las más jóvenes. Se encontraron mayores desventajas y desigualdades sociales y de género en las mujeres de edad avanzada. Las prácticas y conocimientos expresados en el capital cultural de éstas, estuvieron cualitativamente más orientados al saber popular inscrito en la representación del cuerpo total (que debe mantener el equilibrio entre frío-caliente) y transaccional con los matices propios de la medicina académica.



CAPITULO 3. METODOLOGÍA

Para esta investigación se recurrió a la perspectiva metodológica de la **investigación cualitativa**, ya que para estudiar el fenómeno humano seleccionado, solo era posible a través de ella,³⁷ específicamente en el marco de la fenomenología interpretativa al buscar comprender las experiencias cotidianas relacionadas con el objeto de estudio que en este caso me refiero a las experiencias de mujeres puérperas ante un parto psicoprofiláctico atendido por profesionales de enfermería.

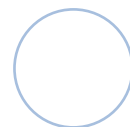
El término de investigación cualitativa se entiende a cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación.³⁸ La investigación cualitativa es utilizada en disciplinas como la sociología, antropología, y psicología social, entre otras y también por profesionales de la enfermería de Brasil, Colombia, España, Estados Unidos, y Canadá, en donde la utilizan como una herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión, considerando que su objeto de estudio y trabajo es el cuidado, y la persona en sus dimensiones individual y colectiva.³⁹ Este enfoque de investigación le permite a la enfermera conocer la perspectiva individual de las personas que requieren de su cuidado.

Es ya indiscutible que el ejercicio de la enfermería debe estar basado en la investigación y que el desarrollo profesional precisa de este método. “La metodología de la investigación cualitativa es la herramienta por la excelencia para la construcción de la de la enfermería como disciplina y profesión social, con

³⁷Tarrés ML. Observar, Escuchar y Comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Facultad Latinoamérica de Ciencias Sociales. El Colegio de México, 2011, p.16.

³⁸ Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación Cualitativa Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia. Colombia. 2012. p. 11-12.

³⁹ Morse JM. La investigación cualitativa: ¿realidad o fantasía? En: Morse JM (compiladora) Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia 2008.p.137 156.



el cuidado como objeto de estudio y de trabajo y con el ser humano, en sus dimensiones individual y colectiva, como sujeto de este cuidado.”⁴⁰

Fenomenológico: Interpretativo.

La fenomenología es una corriente filosófica originada por Edmundo Husserl a mediados de 1890; se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales. La fenomenología en cuatro conceptos clave: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la racionalidad humana vivida. Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones.⁴¹

La fenomenología interpretativa o hermenéutica⁴² fue propuesta por Martin Heidegger alumno y crítico de Husserl, en 1927 como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos en una manera diferente a la tradición positivista. La fenomenología de Heidegger crítica la visión cartesiana del ser humano los considera desde el punto de vista epistemológico y no ontológico.

El principal objetivo de Heidegger fue entender lo que significa ser una persona y como el mundo es inteligible para los seres humanos, y un fenómeno es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por si mismo.

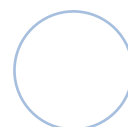
De acuerdo con Marilyn Ray “Si a un investigador le interesa una experiencia de transformación, tal como es el embarazo es la enfermedad, el mundo de la

⁴⁰ Ceballos, Velásquez Ma. Elena. Decana de Facultad de Enfermería en la Universidad de Antioquia.

⁴¹ Álvarez, JL Gayou. Cómo hacer investigación cualitativa. Editorial Paidós Mexicana, S.A. 2008 p. 85-86

⁴² Morse JM. La riqueza de la Fenomenología: Preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas.

En: Morse JM (compiladora) asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 2008. p. 148.



experiencia vivida de los participantes, mediante la comprensión del proceso temporal de conciencia, podría captarse bien en momentos significativos del proceso de transformación o después de la transformación a través de la experiencia de la evocación de los mismos participantes en el estudio”⁴³

El significado fenomenológico se revela por medio del examen de dos procesos de evidencia integral: evidencia de una persona comprometida en la experiencia de primera mano en el mundo, y la experiencia que está profundamente reflejada o hecha consiente por la persona que aprende la experiencia.

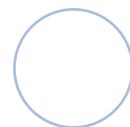
La fenomenología se reporta a los modos interminables del ser articulándose al ámbito de la existencia. No se trata de una teoría, es una actitud, una postura, un modo de comprender el mundo. La actitud fenomenológica nos invita a dejar que las cosas aparezcan con sus características propias, como ellas son, dejando que la esencia se manifieste en la conciencia del sujeto, con el objetivo de no transformar y de no alterar la originalidad de los procesos.

El método fenomenológico viene conquistado cada vez más el reconocimiento en las investigaciones cualitativas, principalmente en el área de la salud, con destaque en enfermería. La referencial fenomenológica busca el significado de la experiencia vivida, contribuye a la búsqueda de la comprensión de a la persona y viene, por tanto, al encuentro de los propósitos de la enfermería. La fenomenología existencial y ontológica es un modo de conciencia, un modo de ser y de mirar que asume el compromiso de reinterpretar todos los conocimientos como expresiones de nuestras experiencias- sentido del ser humano.⁴⁴

⁴³Ray, M. A. La riqueza de la fenomenología: Preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas.

En: Morse J.M. asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 2004. p. 139- 157

⁴⁴Fernández D.F.G; Barbosa M. M; Prado F. M. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. Index Enferm. 2007.



Para la obtención de los datos se utilizó una guía de preguntas tema que sirvió para la realización de la entrevista semi-estructurada, seleccionando a 3 pacientes.⁴⁵

Para dar a conocer la metodología que se sigue en los estudios cualitativos, Taylor y Bogdan⁴⁶ sugieren que se aborden los siguientes puntos:

- a) Método de investigación**
- b) Tiempo y extensión del estudio**
- c) Trabajo de campo**
- d) Técnicas metodológicas para la obtención de los datos**
- e) Manejo y control de los datos**
- f) Análisis de la información.**

a) Método de investigación

En este estudio se realizó con un acercamiento exploratorio al fenómeno de las experiencias de mujeres puérperas; se utilizara la investigación cualitativa de tipo fenomenológica interpretativa; con el fin de comprender las experiencias que las mujeres puérperas tienen desde el punto de vista “emic”^{47 48} a este proceso.

a) Tiempo y extensión del estudio

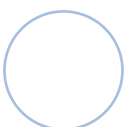
Se realizó en el mes de noviembre del 2010, estableciendo el programa de trabajo con el planteamiento del problema (importancia del estudio, propósito de

⁴⁵Driessnack M., D. Sousa v, Costa M. I. An overview of research designs relevant to nursing: part 2 qualitative research designs Rev. Latino- Am. Enfermagem vol. 15 no. 4 Ribeirao Preto JulyAug. 2007

⁴⁶ Taylor SJ, Bogdan R. Capítulo 6. El trabajo con los datos, análisis de los datos en la investigación cualitativa. En: Introducción a los métodos cualitativos. Paidós Básica. Barcelona. 2007. p. 152-176

⁴⁷**Emic**, oscila entre los llamados puntos de vista que simulan lo interno (la significatividad y el sentido para el actor)

⁴⁸Gutiérrez J, Delgado J. M. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales ,España , Cap. 6 p.p. 151-154



la investigación objetivos y el marco referencial) durante el mes de febrero al mes de agosto del 2011.

En el mes de agosto del 2011 se llevó a cabo la primera entrevista, con la finalidad de adquirir habilidades en esta técnica de tipo cualitativa. Durante los meses de octubre y noviembre, se entrevistaron a tres mujeres púerperas. Al mismo tiempo se transcribieron las narraciones obtenidas, las notas de campo, se transcribieron con el primer análisis de los datos. La presentación por escrito del informe final de la investigación se realizó en el mes de mayo del 2012.

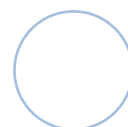
b) Trabajo de Campo.

Se realizó con mujeres cursando puerperio inmediato las cuales se localizaron en el servicio de alojamiento conjunto, en el Centro de Investigación Materno Infantil de Grupos de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN) para establecer una cita, en su domicilio y obtener los datos de estas mujeres. Taylor y Bogdan⁴⁹, especifican que el mejor escenario es donde el investigador tiene las mayores facilidades para obtener la información y sobre todo que exista la participación de las informantes.

d) Selección y acceso al campo

Los criterios para seleccionar el escenario se basaron en las facilidades para acceder a las informantes y lograr su participación en la investigación, su localización del Centro de Investigación Materno Infantil de Grupos de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN) se encuentra ubicado en la Delegación de Iztapalapa en la Colonia Lomas Estrella en Av. Tláhuac 1004.

⁴⁹Taylor S. J. Bogdan R. op. cit.



Las participantes

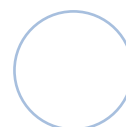
Se seleccionaron a tres mujeres, (Cresswell),⁵⁰ sugiere de 3 a 6 participantes para realizar un estudio fenomenológico) que tengan las siguientes características: que hayan parido con un parto psicoprofiláctico atendidos por profesionales de enfermería, que se encuentren en la etapa de puerperio, que tengan una edad entre 18 a 35 años y que hayan parido en diferentes guardias.

Cuadro 1. Datos socio demográficos de las mujeres puérperas de la investigación.

DATOS	SUSANA	ROSA	ANA
Edad	27	32	29
Edo. Civil	Casada	Casada	Casada
Religión	Católica	Cristiana	Católica
Ocupación	Optometrista	Ama de casa	Pedagoga
Paridad	Primi-gesta	Múltipara 4 hijos	Primi-gesta
Compañía en el Parto	Pareja	Pareja	Pareja
Asistencia al curso Psicoprofiláctico	7	6	7

Fuente: Datos recopilados de entrevista a usuarias informantes.

⁵⁰Creswell JW. Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. SAGE. United States of America. 2008. p. 54.



El número de participantes se basó en el tiempo disponible para la realización del estudio, y al considerar que la importancia de esta investigación radica sobre todo en la significación individual del tema que se estudia.⁵¹

c) Técnicas metodológicas para la obtención de los datos.

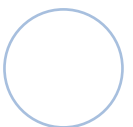
La técnica de investigación seleccionada para obtener los datos, fue la entrevista semiestructurada,⁵² la cual es una de las técnicas utilizadas en la investigación de tipo fenomenológico. Al aplicarla se interviene necesariamente en la vida de las entrevistadas y es al mismo tiempo, el principal instrumento para que las puérperas se sientan con libertad de expresar sus vivencias, en su propio lenguaje de su parto psicoprofiláctico atendido por profesionales de enfermería.

El instrumento que se utilizó fue la guía de preguntas tema para la entrevista semiestructurada, la cual consta de un primer apartado donde se preguntan las características sociodemográficas de las mujeres y posteriormente los temas de conocimiento y experiencias de las intervenciones de enfermería en el trabajo de parto.

Las entrevistas duraron de 52 minutos a 110 minutos, agradeciendo al término de la entrevista la participación y el tiempo brindado por ello y posteriormente se ofreció una guía de cuidados sobre estimulación temprana para el recién nacido.

⁵¹Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP Cap. 13 Muestreo Cualitativo. En: Metodología de la investigación. 4 ed. Mc Graw Hill. México 2006. P. 568.

⁵² Martínez M. Comportamiento Humano: Nuevos métodos de Investigación. Trillas. 2006. p. 167.



Manejo y procesamiento de los datos.

El material obtenido durante la entrevista (narración)⁵³ se convirtió en texto a partir entrevista grabada con un celular y posteriormente se pasó el archivo a la computadora. Para transcribir textualmente la entrevista, se escuchó en varias ocasiones el audio; se le dio un nombre al archivo de la grabación así como fecha, hora y duración.

A cada texto obtenido de la entrevista se le asignó un número (ejemplo E-1) para evitar errores en la transcripción y así poder contrastar varias veces el texto con el audio.

El texto fue transcrito con renglones separados asignándoles una numeración progresiva ya que a partir de ella se extrajeron las unidades significativas de análisis, colocando colores en cada párrafo. El número de renglón y la primera letra de la categoría (ejemplo)

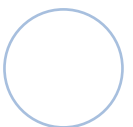
Análisis de la información.

El análisis de la información se realizó de acuerdo a lo propuesto por Coffey, comenzando con leer varias veces la información para señalar las unidades significativas de análisis en cada párrafo, después se elaborara un esquema que contuvo los temas que se identificaron.

Para realizar el análisis se codificó la información, se etiquetaron los comentarios en la entrevista, esta a través de categorías.

Se realizó la categorización, la cual consistió en la segmentación de elementos singulares, o unidades que resultan relevantes y significativas de la investigación. Esto para identificar los temas más frecuentes en el relato.

⁵³Coffey A., Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. E.Universidad de Antioquia, 2006, Mewdellin, Colombia. Pag. 128 - 164



Coffey señala que el análisis no es solo una manera de clasificar, categorizar, codificar o confrontar datos, es la representación o reconstrucción de fenómenos sociales, por lo que se le da forma a los datos a partir de las transacciones con lo que nos informan las mujeres, y no solo nos limitaremos a informar lo que encontramos, sino que creemos un relato de la vida social, construyendo las versiones de los mundos y de los actos sociales que observamos, el análisis implica representación.

Evento altamente estresante en lo biológico y con un significativo impacto en todos los aspectos psicológicos y sociales de las personas.⁵⁴

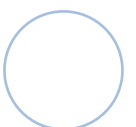
Presentación de las informantes

En primer lugar se describen los datos socio-demográficos de las participantes. Los nombres originales fueron cambiados por las mismas participantes para proteger su identidad, se asignaron de acuerdo a un número de entrevista. Siendo Susana, Rosa y Ana.

La edad de las entrevistadas son de 27, 32 y 29 años respectivamente. El estado civil de Susana es unión libre, de Rosa es casada, y Ana casada. Su escolaridad de ellas va desde la preparatoria y nivel superior. La ocupación de dos de ellas son trabajadoras y una de ellas es ama de casa, dos de ellas son pacientes primigesta, y una multigesta, siendo importante para la investigación ya que permitiría que no hubiera alguna influencia previa para el objetivo buscado.

Las mujeres fueron atendidas en guardias diferentes tanto como el personal de salud que las atendió. Es importante destacar que ninguna de las tres participantes se conocían entre sí.

⁵⁴Marsdenop. cit.



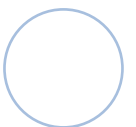
Las informantes no supieron que yo ejercía la profesión de obstetra, ya que se podía influir en las respuestas, sin embargo si estuvieron al tanto que soy enfermera realizando una investigación de Maestría.

Aspectos éticos y legales

La investigación se sustentó en los principios éticos y legales de la Ley General de Salud,⁵⁵ Título quinto sobre investigación para la salud; específicamente los artículos 100, fracciones I a la VII; y los artículos 101 y 102.

Se obtuvo el consentimiento informado de las participantes, la participación fue voluntaria y se respetó la confidencialidad de los datos y el anonimato de las entrevistadas.

⁵⁵ Ley General de Salud, (Versión electrónica en internet) consultada en agosto del 2011 en <http://www.diputados.gob.mx>



CAPITULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

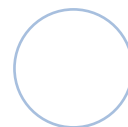
Categoría 1. Importancia del apoyo paterno durante el trabajo de parto, parto, puerperio y recién nacido.

Según Aizpuru (1994), la vinculación afectiva entre la madre y el padre, durante la etapa gestacional los impulsa a permanecer juntos en el espacio y en el tiempo. Ya que es considerado un proceso de maduración a través del cual el cuidador principal que en este caso es el apoyo del padre, adquiere la calidad de un objeto de amor.

El nacimiento de un hijo es un momento especial, mágico, donde se crean las condiciones para que se produzca el vínculo madre-padre, el cual tendrá efectos duraderos en su relación. Por ello el nacimiento medicalizado (cesárea) tiene consecuencias no sólo físicas, sino psicológicas y sociales, ya que puede afectar tanto la confianza de la mujer en su capacidad para criar a su hijo, como el desarrollo emocional del bebé y es considerado el parto psicoprofiláctico un estado de bienestar para la madre el padre y el recién nacido.

La presencia del padre en el parto es positiva, ya que claramente revaloriza a su mujer, al verla en la experiencia del parto. Se sienten más cercanos al hijo que vieron nacer y más responsables frente a las necesidades del recién nacido (a).

Durante esta investigación destaca que, las tres entrevistadas, señaló sentir una mayor cercanía con su hijo (a) al experimentar el apego y lo clasifican como una hermosa experiencia, dentro de sus relatos se menciona la importancia del apego en su relación posterior con su hijo (a). Las mujeres utilizan palabras como “apegado” “cercanía” para describir el vínculo que se genera al momento de recibir a su recién nacido.



El proceso de vinculación afectiva consta de tres momentos claves: la gestación, el momento del parto y el postparto. Durante el momento del parto se produce una activación de las conductas de apego en la madre a través del contacto físico como besar, acariciar, abrazar, estimulando la liberación de mediadores químicos que favorecen el vínculo.⁵⁶ y señalan además que este período es el más susceptible para el desarrollo del este vínculo y que aquellas madres que lo experimentaban tenían un comportamiento materno más adecuado y los niños se desarrollaban mejor. En el periodo posparto, el recién nacido (a) comienza paulatinamente a reaccionar a la vinculación afectiva de la madre y el padre entrando en una escalada de refuerzos mutuos que favorecen el desarrollo del apego seguro esto es decisivo para continuar con un crecimiento vigoroso, donde la conexión entre madre – padre e hija(o) se construye desde la interacción, proximidad y afecto que el apego proporciona

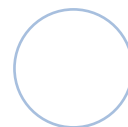
Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas.

Susana:

“Ya que la pareja es sumamente importante porque el embarazo es de dos y no de una sola persona. El hecho que tu pareja te acompañe y lo concienticen y lo hagan partícipe de la formación de esa criatura que se hizo con tanto amor y que en el momento del trabajo de parto y parto se encuentre contigo pujando y jadeando, hasta cortando el cordón umbilical crea un lazo de amor irrompible en tu familia.”

“Yo no sé qué hubiera hecho sin él, ya que entre mi esposo y el personal me dieron apoyo y confianza. Además siento que mi esposo aprendió más que yo porque él era el que me indicaba el

⁵⁶MARSHALL, K. y KENNEL, J. 1986. Maternal- Infant Bonding: Impact of early separation or Loss on Family Development. St. Louis. CV. Mosby. Co.



tipo de respiración en cada momento del parto y me demostró mucho amor cuando me desesperaba y quería darme por vencida

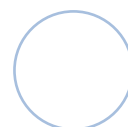
Porque él es una persona muy entusiasta que no se da por vencido con nada.”

ROSA:

“Ah, pues mucho porque me daba confianza él me ayudó, les decía al personal de enfermería lo que habíamos aprendido en él curso y el personal nos permitió hacer todo como caminar, movernos a nuestro gusto a que me bañara y él me diera un masajito en la espalda que es donde me dolía mucho, y en él momento del parto el me echó muchas porras aunque en un momento me desesperé y quería pellizcarlo pero no lo hice y nunca se me va olvidar cuando la enfermera que me atendió el parto le dio a mi esposo un guante para que tocara la cabecita de nuestro hijo eso ayudó mucho a mitigar el dolor y el tiempo que sentía porque estaba muy atenta de lo que pasaba a mi alrededor, amo mas a mi esposo después del parto.”

ANA:

“Si por supuesto, he incluso hay muchas teorías sobre el apoyo del padre en todo momento del embarazo, trabajo de parto e incluso en el puerperio que hace mucho bien al bebe ya que su voz enriquece las experiencias sensitivas del bebe antes de nacer. Como me gustaría que en todos los hospitales buscaran estrategias para que la pareja estuviera junta en estos momentos tan importantes y lograrían que las familias mexicanas estuvieran mas integradas.”



La literatura recomienda que siempre que sea posible es mejor que la madre esté acompañada por una persona elegida por ella. Este acompañamiento, es para brindar a la parturienta contención, apoyo emocional continuo y cuidados básicos. Durante todo el proceso de parto la persona está presente, escucha, da consuelo, brinda confianza, tranquiliza y toma medidas para mejorar el confort de la parturienta. También puede asistirle masajeando su zona sacrolumbar, sosteniéndole las manos, explicándoles los progresos del parto, las etapas siguientes y maniobras que realizan. Este tipo de apoyo produce una serie de beneficios a nivel endocrino liberando endorfinas.

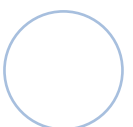
Categoría 2. El cuidado profesional de enfermería en el parto psicoprofiláctico

El objetivo del cuidado profesional de enfermería es ayudar a sostener a la persona en los momentos de crisis, para conducirla a su propia realización en el máximo de potencialidades de cada una de sus dimensiones. La dimensión corporal la tenemos controlada, pero la emotiva, la social, la intelectual y la espiritual (no caer en el error de relacionarlo con la religión) están ciertamente comprometidas⁵⁷

Cuatro son las formas en cómo esta variable puede influir sobre el apoyo social.

- 1.- En la génesis y elaboración de las relaciones (extraversión, sociabilidad, asertividad).
- 2.- El desarrollo y mantenimiento de las relaciones (estabilidad emocional, cooperación, empatía y sensibilidad).
- 3.- En la conceptualización de las relaciones (autoestima, efectividad positiva o negativa).

⁵⁷Cánovas T.M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia racional en el ejercicio de la profesión. 2008



4.- En el empleo de las relaciones para propósitos de apoyo social y la habilidad para movilizar los sistemas de apoyo.⁵⁸

Bermejo y Navarro⁵⁹ refieren que el concepto del cuidado profesional incluye los conocimientos el saber, la capacidad de utilizarlos en la práctica el saber hacer que son las habilidades y destrezas; y el complejo de actitudes para establecer buenas relaciones humanas con el que sufre el saber hacer.

Fontanals et menciona sea cual sea el área de trabajo, las enfermeras han contactado que sus pacientes fundamentalmente deben ser acogidos o apoyados, escuchados y comprendidos, de lo que se deduce que ofrecer cuidados efectivos desde el punto de vista técnico no es suficiente para prestar unos cuidados de calidad.

Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas:

SUSANA

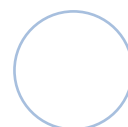
“Me sentí muy bien, las Lic. Enfermeras te brindan mucha confianza porque te demuestran con el manejo de contenido que tienen mucho conocimiento, y no te quedas con dudas, además son muy respetuosos y profesionales y siempre están contigo porque nunca te dejan sola.”

ROSA:

“Las enfermeras, pues me hicieron sentir, como si estuviera en casa ya que tienen ese ‘feeling’ de hacer sentir bien a las pacientes, por ejemplo en las consultas prenatales me resolvían todas las dudas y cuando me revisaba mi fondo uterino, me acomodaban mi mano para que yo sintiera como estaba acomodado mi bebe. Y en las clases recuerdo y fue la experiencia más bonita del curso fue cuando nos pusieron la canción de ‘luces linda’ de Roberto Carlos

⁵⁸Canovas T. M. op. cit.

⁵⁹ Bermejo, J.C. Humanizar la salud, Humanización y relación de ayuda en Enfermería, Madrid San Pablo 2008.



y mi esposo me dio masaje nunca se me va olvidar porque me sentí muy querida. “

ANA:

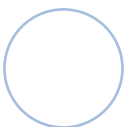
“yo me sentí muy cómoda, ya que la Lic. en Enfermería me permitió y me apoyo para que pariera en un banco en forma de taza de baño que permite a mi pareja y a la enfermera poder tener más contacto con migo y me permiten darme mi tiempo y recuperarme entre cada contracción y me pude dar cuenta que mi creatura no sufrió tanto como si me hubieran puesto en la posición tan incómoda que colocan en tantos hospitales y además al nacer en esa posición me pude dar cuenta que duro menos el tiempo de expulsión y por lo tanto mi bebe lloro y respiro obteniendo un 9, 10 de APGAR. “

A partir de lo anterior podemos observar que la paciente es un ser integral que no nada más es la técnica también la persona, tenemos los conocimientos, (saber, sabemos cómo aplicarlos (hacer), pero no somos humanos (ser) con las mujeres en este importante proceso que es su trabajo de parto .Bermejo⁶⁰ indica que “ el fondo subyace el convencimiento de que para realizar bien las profesionales de salud no es suficiente con poseer una competencia científico-técnica, si no que es necesaria también una buena capacidad de comunicar.

Brusco⁶¹ menciona que el profesional de enfermería debe adquirir una serie de habilidades que le permitan ayudar mejor, dado que está continuamente en contacto con personas necesitadas de ayuda, y es indispensable en el cuidado enfermero, que al ejercicio y desarrollo de su competencia técnica vaya unido al ejercicio y desarrollo de su competencia racional, es decir, todo un complejo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas.

⁶⁰Bermejo op. cit.

⁶¹Brusco A. Humanización de la asistencia al Enfermo. Madrid , Sal Tearre 2007



El cuidado que reciban la mujer y su hijo durante el parto tiene impacto a largo plazo en su autoestima, su relación de pareja, como va a cuidar a su hijo y su bienestar. Cada vez existe más información que apoya lo que se ha llamado "Período Sensible". Durante este período la madre está especialmente abierta a mejorar su futura relación con el niño dependiendo del cuidado y ambiente que la rodea durante el parto.⁶²

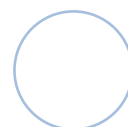
El cuidado de la madre y el niño, afectuoso personalizado y con las prácticas recomendadas en la Iniciativa del Hospital Amigo de la Madre, tales como el permanecer piel con piel, amamantar dentro de la primera hora, habitación conjunta, lactancia a libre demanda y posiblemente la presencia del padre en el parto, han resultado en un menor abandono de recién nacidos en el hospital, disminución de las tasas de maltrato infantil, lactancias más exitosas durante todo el primer año y mayor participación del padre en el cuidado del recién nacido⁶³

Categoría 3: Impacto educativo en los talleres psicoprofilácticos a mujeres puérperas entrevistadas.

Carrasco y Valdivia Realizaron un estudio para explorar la percepción del parto de las puérperas que durante el proceso de gestación hayan participado en talleres educativos propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo para la atención prenatal y que durante su estadío en la maternidad y los resultados de la percepción fue positiva del uso de técnicas psicoprofilácticas por parte de las mujeres del estudio, se sustenta en que favorece la seguridad, confianza y autonomía materna. Durante el proceso de gestación y nacimiento las mujeres que usaron alguna técnica indicaron un

⁶²MELENDER. 2002. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Vol 4. Pp. 256-263.

⁶³VALDES L., MORLANS H. 2005. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista Chilena de Obstetricia y ginecología*. Vol.70, no.2. Pp. 108-112.



mayor avance de la dilatación cervical. Por su parte, la educación prenatal, ayudó al desarrollo

La mayoría de las mujeres entrevistadas relaciona la incorporación de talleres educativos en los controles prenatales con sensaciones de confianza, seguridad, y preparación para enfrentar todo que significa ser madres y además le atribuyen al conocimiento de los cambios que experimentan tanto ellas, como su hijo (a) en todo su desarrollo un gran valor para poder actuar, en libertad, informadas, y con propiedad para tomar decisiones y gozar con plenitud su embarazo.

Las mujeres entrevistadas manifiestan que esta nueva modalidad de aprender es para ellas un gran beneficio, aunque hoy la información se puede obtener fácilmente a través de los medios.

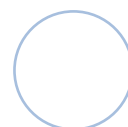
Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas:

SUSANA:

“Claro, por ejemplo te permiten que sepas que hacer y qué no hacer en el momento que va nacer tu bebé, yo por ejemplo practique desde que cumplí 34 semanas de gestación el pujo dirigido ya que se me hacía muy complicado el cómo mantener la respiración por más de 5 segundos para permanecer con el vientre duro, y pienso que a todas las que tomamos el curso nos paso lo mismo. Y en verdad sentirte plena en confianza, que fluyan tus sentimientos en ese momento tan difícil todo lo que implica saber.”

ROSA:

“Para mí es algo muy importante el curso porque sufrí mucho en mis partos anteriores y tuve la fortuna que alguien me dijera que tomara esté curso que no tenía ni idea de lo que era y la curiosidad me llevo a tomarlo y ahora puedo decir que parir

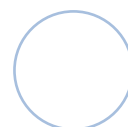


psicoprofilácticamente es pasar del dolor al gozo ya que pude disfrutar a mi pareja, ya que compartimos todo y entonces puedo concluir que él parto psicoprofiláctico es darle amor a nuestro bebé antes de nacer, ya que se aprende demasiado.”

“La ventaja más importante que yo creo es que unió a mi familia ya que tanto a mi esposo y a mis hijos y a una servidora estábamos mas al pendiente de todos los cambios en el embarazo y hay en su pobre casa solo se hablaba del bebé y él embarazo. También una de las ventajas que no se me pueden olvidar es que el curso te da conocimiento de todo lo referente al embarazo y así no sufre uno mucho porque nada mas de recordar todo lo que sufrí con mis anteriores hijos me da tristeza. Incluso me hubiera gustado estudiar enfermería para ayudar a todas las embarazadas para que no sufran tanto en el momento del parto.”

ANA:

“Te da confianza y disfrutas aprendí técnicas para estimular intrauterinamente a mi bebé que tal vez fue lo que más me gusto y las trabaje con mi esposo y en algunas ocasiones con mi mama cuando mi esposo estaba ocupado, siento que estimular a tu bebé antes de nacer le da una ventaja muy grande ya que, como es bien sabido crea mayor cantidad de sinapsis y tiene después de nacer mas herramientas para sobresalir en la vida.”



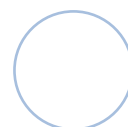
Categoría 4: Sentimientos experimentados en el parto por las mujeres puérperas.

Las mujeres entrevistadas relatan tener un alto grado de satisfacción con la nueva experiencia de parto natural, no relacionan esta experiencia con ser “valiente” ni una “mártir” sino más bien considerar el parto como algo natural innato al ser humano y no como una patología. A pesar del dolor que la mayoría experimentó, pero en menor intensidad que el parto anterior, encuentran que fue una experiencia absolutamente gratificante y que significó mayor protagonismo en el proceso viviendo el nacimiento de su bebé de una forma mucho más cercana, todas coinciden en relatarlo como una experiencia bonita y cargada de emoción, donde lo que más rescatan es recordarlo como un parto rápido y con menos dolor en realidad fue una experiencia muy bonita.

ANA:

“lo recuerdo muy bien por que compré un cuaderno especial para registrar todo el evento, y dure en trabajo de parto en casa como un día miedo para ser más exacta como 38 horas en las cuales me metí a bañar con agua tibia mi esposo me dio masaje, mi mamá me consintió mucho en verdad ese miedo disminuyo y por lo tanto no estuve tan tensa con todo lo que aprendí en el curso y él apoyo de mi familia, verdaderamente me sentí tan bien tan segura de lo que estaba haciendo. “

“Fue todo muy rápido, entre el pujo y el baño que yo no como dilate tan rápido pero fue en muy pocas horas, o será que en verdad lo disfrute, pues fue muy raro lo que sentí me dieron ganas de ir al baño y al mismo tiempo empezó a latir mi corazón muy acelerado que en realidad fue una experiencia muy bonita.”



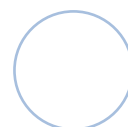
“y me sentí al principio mal me dolía mucho y pensé que no lo iba a lograr pero mi esposo me tomo de la mano yo lo apreté y pujamos muy pero muy fuerte los dos y al segundo pujo salió nuestra criatura lleno de grasita y lloro muy fuerte y le di tantas gracias a dios por haberme dado a mi hijo todo fue tan rápido que pronto se me olvido el dolor “

SUSANA:

“Muy nerviosa pero confiaba mucho en el personal y trataba de concentrarme y ubicarme porque estaba en el momento más importante de mi vida, al principio sentía que él tiempo no transcurría y después de dos horas todo se me hizo tan rápido por que lleve un parto ambulatorio y me permitieron caminar, bañarme e ingerir pastillas de menta, y ya cuando me encontraba en la última etapa es decir cuando yo sentía que mi bebe ya estaba ahí sentí muchas ganas de evacuar y una gran ansiedad por tener en mis brazos a mi hijo. Pero pienso si no me hubiera preparado tal vez hubiera terminado en cesárea.”

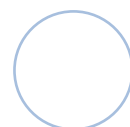
ROSA:

“De primera instancia traté de calmarme, todos los hijos se duelen diferente para esto acababa de comer y estábamos todos en la casa, y trate de recordar como respirar como me había indicado mi educadora perinatal. También recuerdo claramente que me dijo que yo iba a dilatar muy rápido puesto que yo era multípara porque era mi cuarto hijo y tercer parto, eso me generaba angustia y mi esposo fue quien tomo la batuta y empezó a registrar las contracciones y en realidad fue muy corto el tiempo que duré con mis contracciones en mi casa, para irme al hospital.”



Parto natural no es simplemente un parto “sin intervención”, sino aquel que se produce gracias a la maravilla de la fisiología, y en el que los procedimientos obstétricos se aplican únicamente en caso de necesidad. Es lo opuesto al parto medicalizado, atendido por la obstetricia convencional, en el cual la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento, y generando riesgos innecesarios para la madre y el bebé. En el primer caso la técnica está al servicio de la naturaleza, en el segundo, la naturaleza es doblegada por la técnica.

Referente a lo narrado por las púerperas entrevistadas manifestaron que fue un parto más rápido y relatan su experiencia con emoción al señalar que fue algo nuevo para ellas. Ninguna de las entrevistadas tuvo episiotomía. En cada uno de los relatos de la experiencia señaladas, se puede apreciar que la posición vertical posee ventajas por sobre la posición de litotomía que concuerda con el estudio realizado en Chile por SOTO (2008), autor de “Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural”, donde se concluye que: “Los protocolos para la atención del parto enfatizan sobre la libertad de posición en el período expulsivo, en especial la posición vertical. Esta posición, tiene ventajas por sobre la posición de litotomía, como tasas más bajas de cesárea, episiotomía, analgesia, oxitocina y duración del período expulsivo. El estudio reportó que sólo 27% de las gestantes tuvieron la opción de usar posición libre en este período, que en comparación con los reportes del Hospital Guillermo Grant Benavente es una diferencia significativa. Sin embargo, está bajo las recomendaciones de la OMS que sugiere que todas las mujeres que tienen parto vaginal no deben utilizar la posición de litotomía” concordando con lo reportado por GUPTA y NIKODEM (1999).



CONCLUSIONES

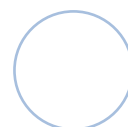
Después de haber expuesto el análisis de resultados, se llegó a las siguientes conclusiones.

El modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo, incorpora aspectos de la atención prenatal, que antes no eran considerados necesarios desde el punto de vista de la integralidad que supone la experiencia de maternidad.

Luego de la realización de este estudio, se concluye que las experiencias en torno al parto de las mujeres entrevistadas es positiva, cuando durante la gestación se han realizado acciones que contribuyan a transformar la experiencia, en una oportunidad para el crecimiento familiar y el desarrollo de sus potencialidades.

La percepción que las mujeres entrevistadas tienen respecto a la importancia de la participación en actividades educativas, es relacionada con el desarrollo posterior del apego entre la madre, el padre y el recién nacido (a), puesto que demuestra que la madre entabla una relación de unidad con el recién nacido al momento de recibirlo, generándose un estado de sintonía emocional, importantes para el fortalecimiento del vínculo afectivo, destacan la importancia del apego en su relación posterior con el recién nacido (a), ya que las ayuda a conocer su hijo (a), aprenden a estimularlos (as), se sienten más cercanas a ellos (as).

Las mujeres atribuyen a los talleres prenatales, el valor para enfrentar lo que significa ser madres, tanto en el conocimiento de los cambios que experimentan, como en la toma de decisiones que realizan de manera libre, informada y con propiedad, lo que les permite gozar con plenitud su embarazo.

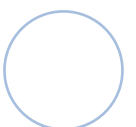


Respecto a la importancia de los talleres prenatales, relacionado con la aplicación de conocimientos acerca del trabajo de parto y parto, destacan los beneficios que las mujeres atribuyen a la preparación física y mental que les permite relajarse a través del empleo de ejercicios durante el trabajo de parto y parto.

La percepción de las mujeres acerca de la utilización de técnicas psicoprofilácticas en su experiencia de parto psicoprofiláctico es positiva, dentro de las narraciones mencionan que las ayudó a tener un periodo de parto más corto, se sintieron cómodas, pudieron buscar libremente la forma que más les acomodara para relajarse, lo que significó que recordaran la experiencia como algo único, reconfortable, natural y hermoso; La atmósfera que se genera con la preparación, hace que las mujeres recuerden lo positivo e incluso mencionan que aunque sintieron dolor, volverían a repetir la experiencia de un parto psicoprofiláctico.

Las mujeres establecieron una relación entre la utilización de técnicas psicoprofilácticas en su trabajo de parto, y el tiempo que dura el trabajo de parto, tanto en el avance de la dilatación, como por el descenso del feto, atribuyéndole al uso de éstas técnicas, el acortamiento de la duración del trabajo de parto. El uso de la ducha lo asociaron a avance en la dilatación cervical y sensación de relajación. El uso de la pelota terapéutica la relacionó con disminución de los dolores durante la contracción uterina, y los movimientos pélvicos realizados sobre el balón, a un avance en la dilatación cervical y al descenso del feto, destacaron que esta posición natural, era utilizada antes por las mujeres para dar a luz.

Las sensaciones que las mujeres experimentaron con el uso de técnicas psicoprofilácticas, se relacionan con comodidad, confort, seguridad, tranquilidad al estar mejor preparadas, y relajación, destacan que pudieron experimentar mayor cercanía con su recién nacido/a y también con la profesional matrona que las atendió. En cuanto a la sensación de dolor, señalan que fue en disminución cuando utilizaban alguna técnica psicoprofiláctica.



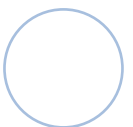
La presencia de una persona significativa durante el trabajo de parto y parto, es considerada importante para el desarrollo del vínculo en la tríada durante el trabajo de parto y parto, la presencia del padre es valorada en forma positiva, mencionan que lo sienten más cercano al hijo/a que ven nacer y más responsables frente a las necesidades del recién nacido/a, no obstante, la compañía de una persona significativa en los talleres educativos, específicamente el progenitor, aún es considerada como irrelevante por las entrevistadas, situación justificada por ellas en la incompatibilidad de tiempo de sus parejas.

Aunque los progenitores participaron en menor cantidad de los talleres prenatales, el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto fue continuo, incluso por familiares cercanos, destacando siempre la presencia de una mujer como persona significativa.

Las mujeres del estudio relatan que estar acompañadas durante el trabajo de parto y parto, las hizo sentir más cómodas, seguras y apoyadas, además la participación de sus familiares fue activa, ya que les proporcionaron cuidados básicos como masajes, que favorecieron el confort e incidieron en la disminución de la ansiedad y el temor.

La apreciación de las mujeres después de haber vivido la experiencia de parto psicoprofiláctico, es de un alto grado de satisfacción, que se atribuye sobre todo a que el parto sea considerado como un proceso natural, innato al ser humano y no como una patología médica, dejando de lado las asociaciones negativas y la relación con el dolor.

La experiencia significó mayor protagonismo en el proceso, que lo hace recordar como una vivencia absolutamente gratificante, sintieron el nacimiento de su hijo (a) de manera mucho más cercana, lo recuerdan como un parto rápido y con menos dolor, hecho que puede estar influenciado por la preparación previa recibida y la atmósfera que generó la compañía durante el trabajo de parto.



La aceptabilidad al parto vertical se atribuye a la comodidad que experimentaron en esa posición, la facilidad con que pudieron pujar y lo efectivo del pujo, además de considerar los aspectos emotivos señalados anteriormente.

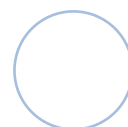
La forma como las mujeres enfrentan la maternidad, se relaciona con las expectativas que tienen frente al proceso, muchas tienen ideas poco realistas por lo que la calidad de la preparación al parto y la forma como se enfrentan, influye en la satisfacción final. La experiencia previa de parto, intervino en las expectativas de las mujeres entrevistadas, el optimismo con que se enfrentaron al proceso logró que la mayoría estuviera satisfecha y lo recordara como una experiencia positiva, dejando de lado el dolor.

La educación otorgada en los talleres fue fundamental, ya que la información que ellas manejaban ayudó para que puedan estar más activas y saber que lo planificado no siempre sucede como se espera, por lo que hubo más satisfacción y menos decepción con su labor.

En un momento especialmente sensible para la mujer y su familia tras la espera y la llegada de un nuevo integrante, la influencia del entorno puede favorecer o entorpecer este proceso, por lo que es importante para la familia y la mujer, que las acciones que realicen las personas que interactúan con ellas durante su estadía hospitalaria, sea en un clima de respeto, calidez y amabilidad, ya que de esto dependerá el grado de satisfacción frente al servicio prestado por el personal y/o el hospital.

En este contexto, la mayoría de nuestras mujeres informantes, señaló que el trato otorgado por el personal de enfermería fue muy cálido, respetuoso y cordial, hechos que sin duda generaron en ellas sentirse acogidas, seguras, en confianza y sin perder lo más importante, el sentirse informadas y consideradas.

Para las mujeres entrevistadas es fundamental sentirse protagonistas de su proceso reproductivo y establecer una relación significativa con la matrona, puesto

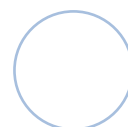


que con ello se consigue que el trabajo de la profesional durante el trabajo de parto y parto, se transforme en una oportunidad para conectarse, proporcionando así un espacio seguro en el que las mujeres pueden sentirse libres. Las actitudes atender a las mujeres, influye en la percepción de su experiencia de parto, y es por esto que no todas las entrevistadas tienen la misma opinión acerca del trato hacia ellas.

Es importante señalar que en su mayoría, otorgan importancia especial al trato recibido por las matronas. En esta investigación se puede apreciar que las mujeres, en general, están contentas con la atención recibida por parte de estas profesionales, ya que se sienten acogidas e informadas, en cuanto al personal técnico, no hacen mucho énfasis, sólo una de ellas señala que tuvieron un trato poco deferente.

Respecto a la calidad de atención, las mujeres entrevistadas consideran que tienen un alto grado de satisfacción, ya que el trato de los funcionarios fue el adecuado y la atención en general la consideran como buena y cordial; implícitamente las mujeres relacionan atención de calidad, con un trato respetuoso y afable, cuando se les mantiene informadas y son consideradas personas activas durante el proceso, sensación que les otorga comodidad y seguridad en el lugar donde tendrán a su recién nacido (a).

A través de la información recopilada en las entrevistas, confirmamos la importancia de considerar activamente a la mujer en el proceso de trabajo de parto y parto, informándola adecuadamente, recibiendo un trato digno, cordial, sin discriminaciones, con la realización adecuada de los procedimientos, por lo que cumplir las expectativas de calidad de las mujeres sólo basta con considerarla en su entorno de una forma integral siendo profesionales de la salud más cercanos a nuestras usuarias, desarrollando las competencias y habilidades adquiridas, eficaz y eficientemente, para lograr satisfacer sus necesidades biomédicas y psicosociales logrando una atención integral de calidad.

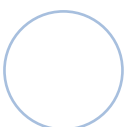


La transmisión de sensaciones de miedo y temor, por su entorno más próximo, también se relaciona con la percepción de la atención brindada, ya que en su mayoría los relatos hacen referencia cuando la percepción es negativa, y se observa que en estos casos, la mujer adquiere una postura defensiva que podría influir en su vivencia del proceso; por otra parte, cuando el entorno de la mujer ha tenido una experiencia positiva, omite los comentarios, destacando sólo los aspectos negativos de su vivencia.

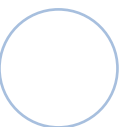
El desarrollo de esta investigación cualitativa, nos permitió evidenciar la aceptación de las mujeres hacia el parto psicoprofiláctico, lo cual trajo beneficios tanto para la mujer, su hijo (a) y su familia, puesto que el nacimiento es concebido como una experiencia familiar donde todo el grupo es foco de atención perinatal, haciendo especial énfasis en brindar atención de salud integral, centrada en la familia, afectando de manera decisiva el posterior desenvolvimiento de la existencia humana, hecho que afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Nacimiento, (2005)

Una de las limitaciones encontradas para la realización de esta investigación fue la poca investigación encontrada referente al tema sobre todo tipo de cualitativo, ya que la que se pudo encontrar estaba en diferentes idiomas y varias de ellas eran de tipo cuantitativo.

En base a la experiencia obtenida durante 9 años del ejercicio libre de la profesión en el área perinatal consideró que es muy importante, la actualización de técnicas psicoprofilácticas y la publicación de dichas evidencias en el Centro de Investigación Materno Infantil (CIMIGEN) ya que se obtienen comportamientos saludables en la pareja embarazada, ya mencionadas en esta investigación pero se podrían alcanzar metas reflejadas en el índice de morbilidad en dicho hospital, logrando adaptar el modelo en el Sistema Nacional de Salud.

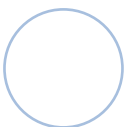


Es urgente que durante la formación del profesional de enfermería de pregrado, sobre todo en aquellos Módulos de enfermería en el proceso reproductivo la materia de psicoprofilaxis perinatal ya que es un recurso muy importante que ayuda y previene los riesgos y la morbimortalidad en nuestro contexto de salud.

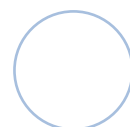


Referencias Bibliográficas

- ¹Vallay P. Parto sin Dolor 5ª Edición, 2007, Editorial Azteca S.A. p.p 43 ; 2006. pp. 61-63.
- ² Programa Nacional de Población 2001-2006. México, D.F.: Consejo Nacional de PoblaciónReferencias bibliográficas; 2006. pp. 61-63.
- ³MarrinerTorney, Raile Martha A. Modelos y Teorías de Enfermería. 7, ed. Madrid España; Elsevier, Mosby. 2007
- ⁴ Organización Mundial de la Salud Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Año 1985 Publicada en Lancet 1985; 2; 436- 437. Traducción ACPAM
- ⁵Marsden W., El cuidado maternal en España: La necesidad de humanizar el parto Medicina naturista, 2006, N 10:598-610 I.S.S.N;1576-3080.
- ⁶ Pérez R.L., Márquez B, La atención a la Salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología Latinoamericana 2004, Vol. 22, p.p. 61-75
- ⁷ INEGI. Estadísticas vitales, 2008. Base de datos
- ⁸ Mapa de la mortalidad materna OMS. Disponible en:
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/03/27/mujer/1143486219.html>
- ⁹OPS Enfoque. Contra la mortalidad materna. Disponible en:
http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora04_mar04.htm
- ¹⁰ Rodríguez Shadow, M.J. La mujer azteca. UAEM, México, 1991 p.p.287
- ¹¹ Pérez R.L, Márquez B., op.cit.
- ¹² Organización Mundial de la Salud. Op. cit.
- ¹³Organización Mundial de la Salud. Op. cit.
- ¹⁴ Norma Oficial Mexicana para la práctica de la Enfermera Obstetra en el Sistema Nacional de Salud (NOM-020-SSA3-2007)
- ¹⁵Cfr. Holzhey, Helmunt,Kntserfabrungsbegriff.Quellengeschichtliche und bedeutungsanalytischUntersuchungen. Schwabe, Basel- Stuttgart, 1970, pp.208-210



- ¹⁶ HILBERS, Susana May. RPT, ACCE y Susan Gennaro.DSN, RN, ACCE. Taller: Métodos para el manejo del dolor, Sociedad Jalisciense de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- ¹⁷ Francine H. Nichol. Educación para el parto, teoría práctica.
- ¹⁸ De Shrock, P. Relaxation Skills Update on problems and solutions. Génesis 6:8, 1994. En Nichols, F y Humenick, S Childbirth Education: Practice, Research and Theory 7. Traducción al español instituto DEP. S.C.
- ¹⁹ STTEFFES, S. Relaxation Prus: use of imagenery and visualization. In Humenick, S.S (ed): Expanding ASPO Horizons in Childbirth Education Washington, D.C: 1982.
- ²⁰ PÉREZ RN Paulina G: BSN. LCCE.FACCE. Lamaze para padres. No. Otoño/invierno- Mayo 2009
- ²¹ ARBULÚ, A. 2004. Padres, bebé y el apego inicial. Familiae. Pp 1-10.
- ²² ARBULÚ, A. 2004. Padres, bebé y el apego inicial. Familiae. Pp 1-10.
- ²⁴ BRAND, G. 2004. Humanizando la relación Madre- Hijo. Construyendo una sociedad basada en el amor. Medicina UFRO. Pediatría al día.Vol. 20.Pp 67-75.
- ²⁵ CAMPBELL & PORTER. 1997. Feminist theory and the sociology of childbirth: A response to Ellen Annandale an Judith Clark. Sociology of Health & Illness.Vol 19. Pp. 348 – 358.
- ²⁶ COLLEEN, F. HAUCK, Y y FENWICK, J. 2006. How social context impacts on women´s fears of chilbirth: a Western Australian example. Edith Cowan University, Joondalup, WA Australia, Rev. Science Direct. Vol 63.Pp. 64-65.
- ²⁷ CHALMERS, B. MANGIATERRA, V y PORTER, R. 2008. Principios de la organización mundial de la salud (O.M.S) acerca del cuidado perinatal. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. Organización mundial de la Salud. Pp. 202 – 207.
- ²⁸ Del CASTILLO, I. 2006. La revolución del Nacimiento. Editorial Granica.
- ²⁹ . José S. Sapien/Diana I.Córdoba. Psicología y Salud, julio-diciembre, año/vol. 17, numero 002. Universidad Veracruzana. Xalapa, México pp. 219-229.



³⁰ Carolina I. Aguayo, Ana María A. Carrasco Valdivia – Chile 2008. Técnicas Psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008

³¹ Campero L. Hernández. Leyva A. Estrada F. Osborne J. Morales. Salud Pública México. 2007; 49:118-125.

³² Patricia B. Arias. María C. Obando Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D.C 2008

³³ Referencia: Rosa M. González, María C. Montejano. Salud Pública México. 2002; 44:129-136.

³⁴ Carmen F. Cisneros PerinatolReprodHum Vol. 17 No. 1; Enero-Marzo 2003 pp.36-52³⁵Tarrés ML. Observar, Escuchar y Comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Facultad Latinoamérica de Ciencias Sociales. El Colegio de México, 2001, p.16.

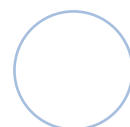
³⁶ Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación Cualitativa Tecnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia. Colombia. 2002. p. 11-12.

³⁷ Morse JM. La investigación cualitativa: ¿realidad o fantasía? En: Morse JM (compiladora) Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia 2003.p.137 156.

³⁸ Ceballos, Velásquez Ma. Elena. Decana de Facultad de Enfermería en la Universidad de Antioquia.

³⁹Álvarez, JL Gayou. Cómo hacer investigación cualitativa. Editorial Paidos Mexicana, S.A. 2006 .p. 85-86

⁴⁰ Morse JM. La riqueza de la Fenomenología: Preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: Morse JM (compiladora) asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 2003. p. 148.



⁴¹Ray, M. A. La riqueza de la fenomenología: Preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas.

En: Morse J.M. asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 1994. p. 139- 157

⁴²Fernandez D.F.G; Barbosa M. M; Prado F. M. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. Index Enferm. 2007.43

⁴³Driessnack M., D. Sousa v, Costa M. I. An overview of research designs relevant to nursing: part 2 qualitative research designs Rev. Latino- Am. Enfermagem vol. 15 no. 4 Ribeirao Preto JulyAug. 2007

⁴⁴ Taylor SJ, Bogdan R. Capitulo 6. El trabajo con los datos, análisis de los datos en la investigación cualitativa. En: Introducción a los métodos cualitativos. Paidós Básica. Barcelona. 1987. p. 152-176

⁴⁵**Emic**, oscila entre los llamados puntos de vista que simulan lo interno (la significatividad y el sentido para el actor)

⁴⁶Gutierrez J, Delgado J. M. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales, España , Cap. 6 p.p. 151-154

⁴⁷Taylor S. J. Bogdan R. op. cit.

⁴⁸Creswell JW. Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. SAGE. United States of América. 1998. p. 54.

⁴⁹ Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP Cap. 13 Muestreo Cualitativo. En: Metodología de la investigación. 4 ed. Mc Graw Hill. México 2006. P. 568.

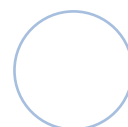
⁵⁰ Martínez M. Comportamiento Humano: Nuevos métodos de Investigación. Trillas. 1996. p. 167.

⁵¹Coffey A., Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. E. Universidad de Antioquia, 1996, Mewdellin, Colombia. Pag. 128 – 164

⁵²Marsden op. cit.

⁵³MARSHALL, K. y KENNEL, J. 1986. Maternal- Infant Bonding: Impact of early separation or Loss on Family Development. St. Louis. CV. Mosby. Co.

⁵⁴ Cánovas T.M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia racional en el ejercicio de la profesión. 2006



⁵⁵Canovas T. M. op. cit.

⁵⁶ Bermejo, J.C. Humanizar la salud, Humanización y relación de ayuda en Enfermería, Madrid San Pablo 2005.

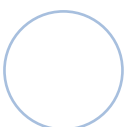
⁵⁷Bermejo op. cit.

⁵⁸ Brusco A. Humanización de la asistencia al Enfermo. Madrid , Sal Tearre 1999

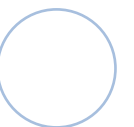
⁵⁹MELENDER. 2002. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. Journal of Midwifery & Women's Health.Vol 4.Pp. 256–263.

⁶⁰VALDES L., MORLANS H. 2005. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. Revista Chilena de Obstetricia y ginecología.Vol.70, no.2. Pp. 108-112.

⁶¹Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1993, Ginebra, pp.53-56



ANEXOS



Anexo 1. Aspectos éticos y legales

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

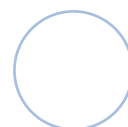
V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actué bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garantice el bienestar del sujeto de investigación;

VII.- Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII.- Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usaran métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.



ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso su representante legal autoriza su participación en la investigación, como pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

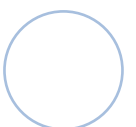
ARTICULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35ª asamblea médica mundial en Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989

La declaración establece que es misión del médico proteger la salud de la población. Sus conocimientos y conciencia están dedicados al cumplimiento de esa misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".



El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

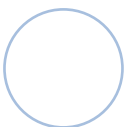
En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la que en último término, debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.

En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

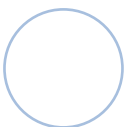
Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación.

Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos. Estas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son sólo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de sus propios países.



Los principios básicos que dan sustento a la Declaración de Helsinki son:

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.
5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.



6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

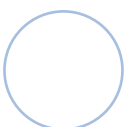
7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.

8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.

10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad



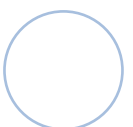
física o mental hacen imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional.

Cuando el menor de edad está de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

Establece además en el capítulo II. Sobre la investigación médica combinada con atención profesional (Investigación clínica) estableciendo lo siguiente:

1. En el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, peligros y molestias de un nuevo método deben compararse con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier investigación médica, a todos los pacientes --incluidos aquéllos de un grupo de control, si los hay--se les debe garantizar el mejor método diagnóstico y terapéutico probado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio no debe nunca interferir en la relación médico-paciente.



5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado del individuo, él debe estipular las razones específicas de esta decisión en el protocolo que se enviará al comité independiente

6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos, sólo en la medida en que la investigación médica se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

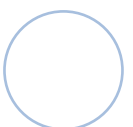
En el capítulo III trata sobre la investigación biomédica no terapéutica en seres humanos (Investigación biomédica no clínica) estableciendo que:

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.

2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.

3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.

4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe de tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.



Anexo 2. Guía para la entrevista semiestructurada

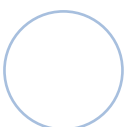
Contenido:

1. Datos generales de identificación (socio demográficas)
 - 1.1 Nombre clave de los informantes
 - 1.2 Edad:
 - 1.3 Escolaridad:
 - 1.4 Ingresos Económicos
 - 1.5 Estado civil:
 - 1.6 Religión.
 - 1.7 Número de hijos.
2. Composición familiar:
 - 2.1 ¿Con quién vives?
 - 2.3 ¿Cuántos son en tu familia?
- 3 (Conocimiento)
 - 3.1 ¿Qué conocimiento tiene sobre parto psicoprofiláctico?
 - 3.2 ¿Mencione las ventajas de parto psicoprofiláctico que conoce?
 - 3.3 ¿Conoce usted de la importancia que tiene la pareja en el momento del parto?
 - 3.4 ¿Sabía que tu puedes escoger la posición de cómo parir, en base a los derechos de un parto humanizado?
 - 3.5 ¿Conocía usted cuál era el momento, idóneo para irse al hospital para tener a su bebé?

OPINION

¿Cómo se sintió, con el trato que le brindaron los profesionales de enfermería en el control prenatal y en el curso psicoprofiláctico?

¿Cree usted que en el curso de Psicoprofilaxis se abordaron los aspectos más importantes en cuanto al parto?



¿Usted qué hizo cuando iniciaron sus contracciones?

¿Fue importante para usted el apoyo incondicional de su esposo?

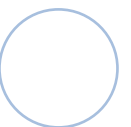
¿Describame cómo fue el trato que le dieron, en el momento de su ingreso al hospital?

¿Describame cómo se sintió en el momento del parto?

¿Qué hizo usted en el momento que tuvo a su bebe entre sus brazos?

¿Si usted se vuelve a embarazar, recurriría de nuevo al parto psicoprofiláctico.?

¿Recomendarías el parto psicoprofiláctico, atendido por Lic. En enfermería?



Anexo 3. Cronograma de actividades.

Investigación: Experiencias de mujeres puérperas ante un parto psicoprofiláctico
atendidas por profesionales de enfermería
2010 – 2013

ACTIVIDAD	Nov/ dic 2010	Ene/ feb 2011	Mar/ abr 2011	May /jun 2011	Sept /oct 2011	Nov/ dic 2011	Feb/ mar 2012	Abr/ may 2012	Jun/ jul 2012	Ago /sep 2012	
Presentación del proyecto.											
Planteamiento del problema (Importancia del estudio, propósito de la investigación, objetivos, marco teórico)											
Metodología. (Diseño, población, muestra, variables, procedimiento, instrumento, análisis estadístico, consideraciones éticas del estudio)											
Seleccionar y localizar sujetos de estudio.											
Aplicación de prueba piloto											
Presentación de avances en la ENEO por tutoría											
Aplicación de instrumento											
Transcripción de las entrevistas y clasificación de datos											
Revisión del proyecto por tutor											
Análisis de los resultados											
Resultados preliminares											
Resultados finales, discusión, conclusiones											
Integración final de tesis.											
Revisión por el comité tutorial											
Presentación impresa de la tesis											

