



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

TESIS

IMPORTANCIA QUE LE DAN LAS MUJERES EMBARAZADAS
DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA A LA
PSICOPROFILAXIS PERINATAL Y EL PAPEL QUE DESEMPEÑA
LA ENFERMERA EN ESTA ACTIVIDAD

QUÉ PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A , :
ARACELI ADELAIDA GUZMÁN MORAN
NO. DE CUENTA 8551670-2

DIRECTORA DE TESIS: LIC. CAROLINA SOLÍS GUZMÁN

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ABRIL 04 2004



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

A1.331961



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

“ A DIOS POR DARME LA VIDA ”

“ A MIS PADRES ”

***Por haberme dado lo mejor que pudierón y por todo el amor y
cariño que me dierón, aunque ya no esten aquí***

“ A MIS HERMANOS ”

***Por el apoyo y comprensión que me han brindado justo en el
momento adecuado***

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

NOMBRE: ANCELT BOELIOA

Guzmán Holín

FECHA: 11/26 Mayo - 04

FIRMA: [Firma manuscrita]

Todos tenemos una historia
¿por qué no damos a nuestros
niños una buena historia?



Esta tesis está dedicada a
"nuestros" niños aún no
nacidos

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	3
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2 MARCO TEÓRICO	
2.1 Psicoprofilaxis Perinatal	7
2.1.1 Antecedentes y fundamentación del método Psicoprofiláctico	7
2.1.1.1 Historia de la Psicoprofilaxis Perinatal	7
2.1.1.2 La Psicoprofilaxis en México	11
2.1.1.3 Diferentes postulados de la Psicoprofilaxis Perinatal	13
2.1.1.4 Fundamentación de la Psicoprofilaxis Perinatal	17
2.1.2 El ejercicio durante el embarazo	22
2.1.2.1 El ejercicio en las embarazadas	22
2.1.2.2 Acondicionamiento físico durante el embarazo	23
2.1.2.3 Ejercicios seguros durante el embarazo	26
2.1.2.4 Nutrición y ejercicio	35
2.1.3 Métodos para el control del dolor	40
2.1.4 Manejo del trabajo de parto	46
2.1.5 Manejo del período expulsivo	60
2.1.6 La participación de la enfermera en la psicoprofilaxis perinatal	69
2.1.6.1 Participación de la enfermera en el embarazo	69
2.1.6.2 Participación de la enfermera en el manejo del trabajo de parto y período expulsivo	81
2.1.6.3 Participación de la enfermera en el puerperio	83
2.1.7 El aprendizaje de adultos	88
3 VARIABLES	
3.1 Dependiente	91
3.2 Independiente	91
3.3 Operacionalización de variables	91
4 METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de estudio	92
4.2 Universo	92
4.3 Muestra	92
4.4 Criterios de inclusión	92
4.5 Criterios de exclusión	92
4.6 Método e instrumento para la recolección de datos	92

5 RESULTADOS	93
6 CUADROS Y GRÁFICAS	95
6.1 Resultados obtenidos con las mujeres embarazadas	95
6.2 Resultados obtenidos con el personal de enfermería	157
7 PROPUESTA	166
CONCLUSIONES	168
BIBLIOGRAFÍA	170
ANEXOS	
Anexo 1 Cuestionario aplicado a las embarazadas	172
Anexo 2 Cuestionario aplicado al personal de enfermería	180
Anexo 3 Hoja de control de contracciones en el parto psicoprofiláctico	182
Anexo 5 Lo que se puede hacer para ayudar a la pareja	183

INTRODUCCIÓN

Se ha elaborado esta investigación con el objetivo de identificar la importancia que le dan las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa a la Psicoprofilaxis perinatal y el papel que desempeña la enfermera en esta actividad.

El evento de la concepción, el desarrollo del embarazo, y el proceso del nacimiento marcan un período de extremo significado para la mujer y su pareja. La experiencia del embarazo frecuentemente se convierte totalmente en consumidora, ya que puede alterar e influenciar todos los aspectos de la vida. El embarazo no es solo una experiencia física sino también holística que repercute en la psique, la interacción social y los procesos cognoscitivos. El embarazo no solo afecta a la mujer que directamente lo está experimentando, sino a todos los que están a su alrededor.

La investigación se divide en las siguientes partes: justificación, objetivos, planteamiento del problema, marco teórico, variables, metodología, resultados, cuadros y gráficas, propuesta y conclusiones.

En la justificación se menciona el porqué se realizó dicha investigación, pues se observa cada vez más lejano el tiempo en que la visión tradicional del embarazo y el parto eran parte de un proceso fisiológico y natural de la vida que debería desarrollarse sin problemas para la madre y su hijo.

Los objetivos plantean lo que se pretende medir y evaluar con la investigación, el planteamiento del problema muestra la problemática existente en donde el embarazo es considerado como un proceso de enfermedad más que un proceso de salud y que además la sociedad considera a las mujeres embarazadas como pacientes y no como madres, el Hospital General Iztapalapa atiende a un alto índice de mujeres embarazadas que no tienen una preparación para su embarazo, parto y puerperio.

En el marco teórico se desarrollan los temas y subtemas de Psicoprofilaxis perinatal, en el apartado de variables, se plantean éstas separándolas como independientes y dependientes y la operacionalización de las mismas.

En la metodología se da a conocer el tipo de estudio, el universo, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión y como método para la recolección de datos se empleó la encuesta a través de un cuestionario que consta de 30 preguntas.

En los resultados se presenta el análisis global de los cuadros y gráficas. Los cuadros y gráficas demuestran en forma individual el análisis de cada pregunta del cuestionario; en la propuesta se da a conocer un programa de educación en Psicoprofilaxis perinatal, y por último las conclusiones mencionan el aprendizaje que se obtuvo de manera general y personal.

JUSTIFICACIÓN

“El embarazo se ha convertido en una enfermedad y el parto en una complicada intervención quirúrgica”. Así lo declaró Farnot en 1982 en la Reunión consultiva de salud perinatal en Washington D.C., al hablar del enfoque de riesgo y la humanización de la atención obstétrica. Hoy, a los 21 años de esta afirmación, se observa cada vez más lejano el tiempo en que la visión tradicional del embarazo y el parto eran parte de un proceso fisiológico y natural de la vida que debería desarrollarse sin problemas para la madre y su hijo. Lo que ocurra durante el embarazo y el nacimiento serán factores determinantes que directamente ejercerán una influencia en la vida y la salud futura del bebé; así mismo determinarán de muchas formas la interacción entre el trinomio padre-madre-hijo.

El parto es un proceso normal y saludable que afecta profundamente a la mujer y a su familia, y muy especialmente al recién nacido. Mientras menos se perturbe dicho proceso, mayores serán los beneficios a corto, mediano y largo plazo para el recién nacido.

El Hospital General Iztapalapa (Comunidad Económica Europea), es una institución de segundo nivel que atiende a toda la población no derechohabiente de otras instituciones de salud y tomando en cuenta su ubicación, atiende a un alto índice de mujeres embarazadas que demandan atención y servicios que cubran sus necesidades fisiológicas, psicológicas, afectivas y sociales ya que el embarazo es visto solo como una necesidad física.

Actualmente la Psicoprofilaxis perinatal es un sistema de educación a la reproducción que ayuda a la promoción de la salud materno infantil y ayuda a preparar a los padres durante la gestación para el parto y los cuidados del recién nacido. Un Parto Psicoprofiláctico no es un parto natural, sino un “parto preparado” mediante clases, lecturas y prácticas que le dan a la futura madre los conocimientos y habilidades para manejar la ansiedad y el dolor. El embarazo es una época en la vida de las personas que se encuentran especialmente receptivas a cambios en sus estilos de vida, buscando el bienestar en general.

Es por eso que se realiza esta investigación con la finalidad de demostrar la importancia que le dan las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa a la Psicoprofilaxis perinatal y el papel que desempeña la enfermera en esta actividad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

» Identificar la importancia que le dan las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa a la Psicoprofilaxis perinatal y el papel que desempeña la enfermera en esta actividad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

» Determinar qué conocimiento tienen las mujeres embarazadas sobre la Psicoprofilaxis perinatal.

» Analizar el interés que tienen las mujeres embarazadas sobre los beneficios de la Psicoprofilaxis perinatal.

» Conocer la importancia que le dan las mujeres embarazadas a la Psicoprofilaxis perinatal.

» Identificar el conocimiento y el papel que desempeña la enfermera en la Psicoprofilaxis perinatal.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde siempre se ha asociado al parto con el dolor. Durante toda nuestra historia se han adoptado medidas que ayudaron a aliviarlo. Se conocen registros de prácticas de exorcismos en las antiguas civilizaciones de Babilonia, Egipto, China y Palestina.

Los primeros intentos de aliviar el dolor se basaban fundamentalmente en la sugestión y la distracción de la paciente.

En la edad media, se comenzaron a utilizar varios brebajes con hierbas, existen pruebas de que el alcohol también se utilizaba durante el trabajo de parto¹.

En la historia de la medicina abundan los casos en que se han abrazado los nuevos tratamientos con entusiasmo bien intencionado pero poco efectivo. Algunos médicos se vieron seducidos por los poderosos efectos de las drogas nuevas que tenían a disposición (cloroformo, opiodes). Sin embargo, la utilización de drogas nuevas sin crítica alguna provoca invariablemente una contrarrevolución. El uso excesivo de sedantes y analgésicos durante el trabajo de parto a comienzos del siglo XX fue el prelude de la creación del movimiento llamado Movimiento en favor del parto natural.

Este movimiento se originó en 1914, cuando Behan postuló: "Al igual que la menstruación el parto debería ser un proceso indoloro". Fue el avance de la cultura lo que lo convirtió en doloroso ya que para las mujeres de razas primitivas el dolor no existía.

Fue en 1947 que se describió el concepto de Psicoprofilaxis por primera vez por un neuropsiquiatra ruso llamado Velvovsky. La educación en la etapa reproductiva de los seres humanos cobra vigencia a partir del nacimiento del sistema psicoprofiláctico y psicoterápico de los partos sin dolor en 1950. El concepto anestésico de este sistema elaborado por K. Platonov, I. Velvovsky, V. Ploticher y E. Shugón fue el producto de la observación de que "aseguraba en muchas mujeres, el curso indoloro del parto" y a que el objetivo como lo refiere Nikolaiev en su libro "El Parto sin dolor" de estos médicos, solo pretendía "preparar a las mujeres embarazadas para cualquier método anestésico del parto".

El sistema soviético de psicoprofilaxis de los dolores del parto fue conocido a fines de 1951. Reportándose en 1961, que el número de partos asistidos por este método pasaba de los dos millones².

En México se inicia formalmente la aplicación en la práctica médica del método Psicoprofiláctico de atención del parto con la inauguración, en 1969, de una clínica privada.

¹ ENEO/UNAM/CIMIGEN. Manual de apoyo, métodos y recursos utilizados en Psicoprofilaxis Perinatal. 1999. Pag. 22.

² Velvovsky I, Platonov K, Ploticher V, Shugón E. Psicoprofilaxis de los dolores del parto. Ediciones en lenguas extranjeras. Moscú, 1963. Pag. 89.

La educación prenatal, las técnicas de respiración y la relajación ocuparon también un lugar de importancia. Más recientemente, Le Boyer introdujo un enfoque algo más novedoso aunque sustentado en conceptos similares. La mayoría de los enfoques estuvieron orientados a satisfacer las necesidades de los consumidores.

Las técnicas del “Parto natural” que se sustentan en manejo del dolor por medios no farmacológicos están en su mayoría basados en prácticas que fueron descritas hace siglos. Estas técnicas gozan, en la actualidad, de la misma importancia tanto se utilicen solas a bien como aditamento del uso de drogas analgésicas; tales técnicas han tenido una importante influencia en el manejo del dolor del parto. En nuestros días se alienta a las mujeres a “sincronizar con su propio cuerpo” durante el trabajo de parto y a adoptar las técnicas que les resultan más apropiadas.

En todas las culturas, el parto es considerado como un evento importante, que puede ser un proceso normal o una enfermedad; esto dependerá de la cultura que se tenga, la mujer embarazada tendrá un trabajo de parto influenciado por su entorno cultural. Se observa cada vez más lejano el tiempo en que la visión tradicional del embarazo y el parto eran parte de un proceso natural fisiológico que debería desarrollarse sin problemas para la madre y su hijo. Es por eso que se tienen que realizar esfuerzos para que los individuos disfruten de una vida reproductiva más saludable; ya que la salud reproductiva juega un papel importante en el desarrollo, como componente y como producto social.³

La salud reproductiva se manifiesta a través de la responsabilidad social, y por medio de conductas de respeto, autonomía, justicia y una adecuada interrelación entre el ser humano y su medio ambiente.

Además, la salud reproductiva actúa como piedra angular del desarrollo humano y social influyendo en las personas a lo largo de la vida. Está íntimamente relacionada con los valores, la cultura y la visión del futuro. Su influencia es personal y específica en los ámbitos individuales, familiares y comunitarios.

Vista así la salud reproductiva comienza con la preparación desde antes de la concepción. Supone que el embarazo, el parto y el puerperio no deben entrañar riesgos para la madre, el lactante y la familia.

Antes y durante el embarazo la madre y el padre deben ser educados con respecto a los eventos que ocurrirán en el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y frente al recién nacido. Además deben ser entrenados para la participación activa que deben tener como padres mediante una apropiada educación y Psicoprofilaxis perinatal.

La grávida normal y la parturienta no son consideradas como “Pacientes” sino como “Madres”, esto es, mujeres sanas que tienen hijos ya que el nacimiento normal, es considerado como un episodio fisiológico y natural de la vida, el que representa una fuente de felicidad para la familia de ahí que la madre y el padre deban familiarizarse con los sucesos del nacimiento.

Las madres tienen necesidades físicas, emocionales, socioculturales y cognoscitivas que deben ser satisfechas adecuadamente, es por eso que la Psicoprofilaxis perinatal facilita la preparación en esas áreas.

³ Nichols Francine H. y Sharron Smith Humenuck. La experiencia del parto. Philadelphia, 1988. Pag. 52.

El Hospital General Iztapalapa atiende un índice elevado de mujeres embarazadas y la mayoría corresponde a madres adolescentes en donde su preparación para la maternidad va a depender de sus propios recursos físicos y emocionales, de las condiciones económicas de su familia y de su educación, ya que el Hospital no cuenta con el servicio de Psicoprofilaxis perinatal y por ende la participación de enfermería es escasa.

También la historia personal de la madre ayuda a conformar la percepción que tiene de la experiencia del parto. Los sentimientos que la mujer en edad reproductiva tiene de ella misma, el apoyo social con el que cuenta, y los eventos significativos que ha experimentado en su vida, pueden afectar su parto.

La experiencia del parto no sólo se ve afectada por la historia personal de la mujer, sino también por la historia general, ya que ésta afecta las normas de la sociedad, incluyendo las que rodean a la experiencia del parto.

Es por eso que conociendo las bondades que brinda la Psicoprofilaxis perinatal a las mujeres embarazadas se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la importancia que le dan las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa a la Psicoprofilaxis perinatal y el papel que desempeña la enfermera en esta actividad?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 PSICOPROFILAXIS PERINATAL

2.1.1 Antecedentes y fundamentación del método Psicoprofiláctico

2.1.1.1 Historia de la Psicoprofilaxis

El nacimiento de un niño ha sido siempre motivo de curiosidad, temor, asombro y de muchas emociones; se ha explicado, respetado, manipulado, acompañado o ayudado. Se han creado multitud de recursos para intentar intervenir en el proceso, incluyendo rezos, conjuros, pociones y magia y ha habido en muchos momentos y según la cultura de que se trate, intentos diversos para disminuir, inhibir o evitar el dolor de parto. Para entender la actitud que ha habido frente al parto debemos considerar que se ha pensado que el dolor era un componente biológico de la contracción uterina y que el útero causaba dolor al contraerse.⁴

Ahora sabemos que:

- » El dolor es un acompañante de la contracción uterina y que cuando ésta se da en condiciones fisiológicas es básicamente indolora.
- » El dolor por sí sólo o combinado con miedo afecta las características de la contractilidad uterina y puede afectar las condiciones neonatales, debido a la secreción de catecolaminas y su efecto en los sistemas corporales de la parturienta y en la irrigación feto placentaria.
- » Cuando se disminuye, controla o suprime el dolor durante el trabajo de parto se favorece la evolución del mismo y se mejora la calidad neonatal, además de aumentar la satisfacción experimentada en relación a la experiencia del trabajo de parto y nacimiento.

Revisando un poco de historia, sabemos que ya en el:

Siglo V a.C. Hipócrates preparaba a las parteras en algunos aspectos de la atención de los partos.

Siglo III a.C. Los sacerdotes egipcios entraban a los partos para clamar a sus dioses, invocando su beneplácito para el nacimiento del nuevo ser.

⁴ ANNIP. Acercándose a la Psicoprofilaxis perinatal: de los orígenes a nuestros días. Editorial publingenio. S.A. de C.V. México. 1990. Pag. 28.

Edad Media. El obscurantismo envolvió el proceso del nacimiento y vetó la entrada de los hombres a los partos. La inquisición controló la actitud hacia los procesos reproductivos y el comportamiento de las mujeres en el parto que “debían sufrir los dolores que se señalaban en los escritos bíblicos”.

Renacimiento. La vuelta hacia la cultura griega, el culto a la perfección de las formas y del cuerpo afecta la atención de partos en Europa hacia el sigloXIV, empezando a hacer del nacimiento un evento más abierto y preparando la posibilidad para la atención de partos por hombres, quienes avanzan en el estudio de la anatomía.

Siglo XVII d.C. Con el surgimiento de las escuelas de medicina y la apertura renacentista los médicos empezaron a atender partos.

Siglo XIX. Se empezó a utilizar la analgesia farmacológica durante el parto, pero la iglesia católica se opuso duramente a ella, por lo que no fue muy popular.

1847. Sympson utilizó por primera vez la anestesia farmacológica con cloroformo mediante mascarilla durante el parto y fue duramente criticado por la iglesia al considerar que iba en contra de la traducción usual, e incorrecta, que se da a Génesis 3:16 “...Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeses; con dolor darás a luz a tus hijos...” (La traducción correcta en lenguaje popular tomada del texto hebreo dice “...Multiplicaré en gran manera los esfuerzos que tengas que realizar durante el embarazo y con esfuerzo darás a luz a tus hijos...”).

El efecto que buscaba la analgesia utilizada por Sympson era “ahogar los gritos de la parturienta”, más que suprimir el dolor de parto.

1853. El 7 de Abril John Snow utilizó una mascarilla con cloroformo durante las contracciones de trabajo de parto al atender a la Reina Victoria, durante el nacimiento del Príncipe Leopoldo, con lo cual la sociedad anglosajona la aceptó ampliamente.

1880. Se hacen en Rusia los primeros experimentos sobre el parto sin dolor mediante hipnosis en mujeres histéricas y dormidas, con un éxito parcial. Se necesitaba personal muy bien capacitado y varias sesiones individuales con la paciente. Los resultados eran visibles por lo cuál se descartó. Diez años después, en **1890** se hacen experimentos sobre parto sin dolor mediante hipnosis en mujeres normales con excelentes resultados.

1902. Pavlov brinda la base científica de la hipnosis explicando su mecanismo psicológico y abriendo nuevas perspectivas a la investigación. Trabaja con la teoría de los reflejos condicionados.

1920. Platonov y Velvovski aplican la sugestión y el hipnotismo a la técnica del parto sin dolor, después de haberla utilizado con éxito en cirugía, obstetricia, ginecología y estomatología.

1922. En el Congreso de Tocólogos en Innsbruck, Alemania, se resumen resultados de 2000-3000 partos utilizado el hipnotismo y la sugestión antes del parto, con sugestión

posthipnótica, en combinación con los métodos de anestesia y narcosis medicamentosa; en las conclusiones el presidente del congreso considera que...“la anestesia de los dolores conseguida por medio de hipnotismo ocasionaba no pocos peligros para la parturienta”.

Nicolaiev se une al equipo de Platonov y Velvovski e intentan perfeccionar sus trabajos haciendo que la mujer de a luz despierta bajo sugestión posthipnótica. Entre 1922 y 1938 realizaron un trabajo de preparación colectiva en cuatro mil gestantes con la mujer dando a luz despierta o semi despierta, teniendo éxito en el ochenta por ciento de los casos.

1933. El Dr. Grantly Dick Read publica en Gran Bretaña su libro “Natural Childbirth”, en donde presenta su teoría acerca de la naturaleza psicológica del dolor y los efectos del síndrome miedo-tensión-dolor. Se difunde en Canadá con Thoms, Goodrich y otros.

1944. El Dr. Read publica la primera edición de su libro “Childbirth Without Fear”. Recalca la importancia de la relajación muscular y la respiración profunda.

1949. Anatolio P. Nicolaiev es el primero que estudia y utiliza entre los ginecobstetras la anestesia hipnosugestiva durante el parto. La hipnoanalgesia fracasa como método de tratamiento masivo porque para los médicos y las comadronas era difícil de aceptar.

1950. El equipo de Velvovsky y Platonov, neurofisiólogos y Ploticher y Shugón, ginecobstetras, acuña el término de “psicoterapia de los dolores del parto”.⁵

1951. Durante el verano, en un viaje médico a la Unión Soviética, el Dr. Fernand Lamaze, que dirigía la policlínica de los metalúrgicos en París tuvo la oportunidad de conocer el método psicoprofiláctico y de aplicarlo con algunas modificaciones en Francia más adelante. Lamaze desarrolla una técnica que combina relajación, complejos patrones respiratorios y concentración de la atención para disminuir la percepción dolorosa.

1955. Se difunde la descripción del sistema nervioso por Pavlov y de la escuela reflexológica pavloviana. Hasta esta fecha el método sólo se utilizaba en Rusia y China con apoyo gubernamental y en Francia en forma privada. Nace en Francia el coctel lítico, es una mezcla de fármacos que básicamente producen pérdida de conciencia al tiempo que producen un efecto amnésico del dolor y de la experiencia que lo rodea.

1956. Se propone el término “Sistema de Psicoprofilaxis” en una Conferencia en Kiev al declarar que la manifestación, carácter y fuerza del dolor de parto depende del sistema nervioso y de las relaciones entre la corteza y la subcorteza y subraya el valor fisiológico de la palabra hablada. El Papa Pío XII, aprueba en este año el método psicoprofiláctico.

1957. Nicolaiev en el primer Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia en Moscú, presenta el método psicoprofiláctico, sin embargo, este no despierta interés entre los médicos. El gobierno ruso dispone que el método sea impartido en todo el país. El método se difunde a Bulgaria, Polonia, Checoslovaquia, Hungría y todos los países comunistas.

⁵ Velvovsky I, Platonov K, Ploticher V, Shugón E. Psicoprofilaxis de los dolores del parto. Ediciones en lenguas extranjeras. Moscú. 1998. Pag. 93.

Dick Read difunde su teoría del origen psicológico del dolor y establece clases de preparación para el parto impartidas por enfermeras. La segunda edición de este libro (1959) es traducida a varios idiomas.

1959. Majorie Karmel publica en Estados Unidos su libro "Thank you Dr. Lamaze", en respuesta a una avalancha de cartas recibidas en su departamento en Nueva York por un artículo publicado en una revista femenina en 1958 donde relata su experiencia tremendamente satisfactoria acerca de un parto sin medicamentos en París, con su obstetra francés. El mensaje de este libro era: Todas las mujeres tienen derecho de dar a luz a sus hijos sin medicación o con medicación mínima, manteniendo su dignidad, minimizando su dolor y elevando su autoestima y su regocijo por el milagro del nacimiento.

1960. Elizabeth Bing promueve la formación de un grupo de acción nacional estadounidense que promovería el método psicoprofiláctico y sería llamado "American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics" (ASPO/Lamaze). El método se practica ya en 42 países de Europa, Asia y América.

1965. El Dr. Robert Bradley en E.U. publica su libro "Husband Couched Childbirth". Bradley piensa que el padre, por ser el objeto de amor de la mujer y su pareja íntima, debe ser el acompañante más eficaz para apoyarla durante el trabajo de parto. En su libro también propone que la imitación de las conductas que otros mamíferos tienen durante el trabajo de parto promueve la comodidad de la parturienta. Ejemplo de estas conductas son la respiración lenta, la relajación profunda, la promoción de un medio ambiente con estímulos no agresivos y la disminución de respuesta a estos estímulos. Aparece el bloqueo epidural.

1967. Elizabeth Bing publica su libro "Six practical Lessons for an Easier Childbirth", donde presenta seis clases básicas de la preparación para el parto provenientes del método lamaze.

1969. Pierre Vellay, el obstetra que trabaja con lamaze y sucesor de sus trabajos en psicoprofilaxis publica el libro "Childbirth with Confidence", en el cual relata la historia del método psicoprofiláctico, presenta la fundamentación original rusa, las adaptaciones de la escuela francesa, la serie de clases y termina su libro con documentos y testimonios escritos por algunas mujeres que habían experimentado este método. En E.U. se puede hablar de una escuela norteamericana, que sigue los lineamientos establecidos por la escuela francesa, pero da una gran importancia a la presencia y participación activa de la pareja durante el embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y el período inicial de la paternidad. También puede hablarse de la escuela Argentina de Psicoprofilaxis que enriquece el método, al aplicar a los conceptos de la escuela Francesa los principios de la teoría psicoanalítica, alejándose del concepto reflexológico tradicional.

2.1.1.2. La Psicoprofilaxis en México

1957. El **Dr. Fedor Stefanovich** presenta en México el primer trabajo sobre psicoprofilaxis obstétrica en el Segundo Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia y a partir de esto el Dr. Avila Sosa quien en esa fecha era director del Hospital Central Militar, le invita a quedarse en México a trabajar en el Hospital, teniendo muy buenos resultados en la población del hospital y convirtiéndose este en la cuna institucional de la psicoprofilaxis obstétrica en México. El Dr. Nava Zulaica era el encargado de la preparación psicofísica de la gestante.

El Dr. Nava Zulaica aplicó el método, sin embargo no tuvo el éxito esperado debido a la insuficiencia de apoyo de las autoridades, a la incompreensión de sus colegas, el poco conocimiento del método del personal que lo rodeaba y el bajo número de consultas prenatales recibidas por pacientes en dicha institución.

1958. Primer grupo de médicos mexicanos trabajando en forma organizada la psicoprofilaxis obstétrica en la consulta privada. Entre ellos se encontraban los Drs. Mateos Cándano, Dosal de la Vega, Santibañez y Fuentes Calvo, quienes ya habían trabajado hipnosis en obstetricia.

Por este tiempo la Dra. Stooppen, de nacionalidad francesa quien había conocido el método en su país de origen se encontraba trabajando como Instructora de Psicoprofilaxis con el Dr. Dosal de la Vega.

1960. Formación de la Asociación Mexicana de Psicoprofilaxis Obstétrica, encabezada por el Dr. Fuentes Calvo y el Dr. Santibañez. Capacitación del primer grupo de Instructoras en Psicoprofilaxis Obstétrica.⁶

Los grupos de Instructoras para la preparación del parto psicoprofiláctico se formaron, en principio en número muy pequeño y conforme el medio lo requería. Aplicaban los conceptos de la Escuela Francesa, alargando la preparación de la gestante, iniciándose a partir de la semana 20 de gestación, tomando en cuenta la actitud pasiva de la mujer mexicana en relación a los procesos reproductivos, la educación sexual deficiente y los factores culturales que ven el embarazo como una enfermedad de la cual la mujer se alivia entre dolores de parto.

1970's. El método se difundió entre los médicos de la iniciativa privada, sin embargo, la difusión se debió básicamente a las pacientes que acudían a la consulta privada y demandaban el método psicoprofiláctico. Estas pacientes pertenecían en su mayoría a la clase media, con escolaridad media o superior y algunas de ellas lograron ir cambiando la actitud de algunos obstetras, quienes llegaron a tener el convencimiento de la bondad del método, en tanto que otros accedían a aplicarlo por razones de índole económica.

⁶ Santibañez, Moreno Guillermo. La Psicoprofilaxis perinatal, sistema educativo para la reproducción humana. México. 1998. Pag. 67.

1976. Se acuña el término de **Psicoprofilaxis Perinatal** y se institucionaliza su práctica en el Instituto Nacional de Perinatología, cuyo Director Fundador y a quien se debe el conceptualizar la Psicoprofilaxis como perinatal es el Dr. Jurado García. Quien forma y dirige el Servicio de Psicoprofilaxis Perinatal es Angélica Chávez Valenzuela.

Las acciones del Instituto incluían :

- » Conceptualizar la psicoprofilaxis perinatal como “un proceso educativo de la pareja para el proceso reproductivo”.
- » Trabajar con las pacientes de manera interdisciplinaria.
- » Preparar por psicoprofilaxis a toda mujer que acuda al INPER para ser atendida.
- » Incluir la participación del compañero durante la preparación, el trabajo de parto y el nacimiento (parto o cesárea).
- » Atender el parto en posición sentada.
- » Utilizar anestesia sólo en forma moderada y si fuera necesario.
- » Alojar en forma conjunta al binomio madre-hijo.
- » Manejo inmediato y seguimiento del recién nacido y de la madre.

En este Instituto se inicia la formación del primer grupo de “Instructoras en Psicoprofilaxis Perinatal”, al cambiar las políticas sexenales, se quita el concepto de Psicoprofilaxis y se vuelve al modelo tradicional de atención al parto, se forman entonces “Educadores para la reproducción”.

1989. Formación del Diplomado de Educador en Psicoprofilaxis Perinatal. o ANIPP, su presidenta Guadalupe M. de Trueba. Se forma también la Asociación Jalisciense de Psicoprofilaxis Obstétrica.

1990. Primera generación del Diplomado de Educador en Psicoprofilaxis Perinatal de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

1990-1991. Primera generación de Educadores Perinatales Certificada por ASPO/Lamaze y reconocidos por el “American College of Childbirth Educators” (ACCE). Programa cursado en forma abierta con el Departamento de Posgrado de la Escuela Médica de la Universidad de Kansas.

1994-1995. Primera generación de Educadores Perinatales egresada del Diplomado de Educación Perinatal, de la Universidad Anáhuac.

2.1.1.3 Diferentes postulados de la Psicoprofilaxis Perinatal

Postulados de la escuela Rusa

Se rechaza la hipnoterapia como analgesia ordinaria por los siguientes postulados:

- 1.- El parto es un proceso fisiológico normal.
- 2.- Los dolores del parto **no** son cualidades congénitas de la mujer, ni un elemento inseparable del parto normal, surgen en determinadas condiciones y se han generalizado en el curso de la historia.
- 3.- El objetivo final de las medidas estatales y sociales no sólo debe consistir en hacer que disminuya el dolor en cada caso individual, sino que desaparezca como fenómeno de masas.
- 4.- La supresión del dolor del parto debe conseguirse con la participación activa de la mujer y no por determinados medios de anestesia que tengan el carácter de medidas de tratamiento.

Para lograrlo:

- 1.- Habrá que reestablecer la relación entre la corteza y la subcorteza. A nivel de tálamo y el subtálamo se registra la emoción, aunque la corteza cerebral es la encargada de interpretarla correctamente, mediante las funciones de análisis y de síntesis de las emociones y estímulos experimentados. Cuando la relación existente entre la corteza y la subcorteza no es adecuada, debido a la baja natural de tono cortical que presenta la mujer durante el embarazo, la interpretación puede ser desproporcionada al estímulo que la genera, dando lugar a comportamientos de “tormenta hipotalámica”, en los cuales se pierde la capacidad de análisis y de síntesis.⁷
- 2.- Formar focos de excitación cortical, produciendo un gran círculo de inhibición. Cuanto mayor es la zona de excitación cortical creada por los “centros de conciencia de la maternidad”, mayor será la zona de inhibición o frenado, permitiendo una respuesta proporcionada o adecuada al estímulo o emoción percibidos y disminuyendo la presencia de manifestaciones clínicas del tono cortical bajo.
- 3.- Abolir racionalmente las emociones negativas y los reflejos condicionados negativos, cambiándolos por condicionamientos positivos hacia el parto. Estas emociones y condicionamientos son producto de la cultura, la sociedad y de las experiencias personales, que forman un mecanismo de huella de “registro subconsciente”, que puede marcar a las personas e influenciar su comportamiento y hacen que se entienda el dolor del parto como un fenómeno de masa.

⁷ I. Pávlov. Desarrollo de las concepciones neurodinámicas del sistema de Psicoprofilaxis de los dolores del parto. Ediciones en ruso. Moscú. 1951. Pag. 123.

Innovaciones de la escuela Francesa

El Dr. Fernad Lamaze modifica las contribuciones pavlovianas de la escuela rusa incluyendo dos principios básicos para combatir y eliminar el dolor: la educación consciente de la madre y el desarrollo conciente de un nuevo condicionamiento.

Se basa en:

- 1.- Reflejos condicionados de relajación controlada que pueden convertirse en reflejos defensivos ante la tensión y por lo tanto eliminar el dolor.
 - 2.- La inadecuada interpretación de una sensación puede provocar dolor, la adecuada educación puede corregir esto.
 - 3.- Interferencia muscular externa con la acción del útero puede causar dolor, pero con los ejercicios apropiados y las técnicas de relajación puede eliminarse.
 - 4.- La falta de oxigenación adecuada provoca contracciones uterinas dolorosas, la respiración apropiada y la administración de oxígeno las combate.
 - 5.- Pujar desordenadamente provoca dolor, controlar adecuadamente el esfuerzo de pujo lo evita.
 - 6.- Existe un cierto grado de dolor de causa desconocida, para ello debe de elevarse el umbral a la percepción dolorosa, la actividad consciente lleva a una inhibición de la recepción del dolor en la corteza cerebral.
- 1.- **Se considera un método educativo.** Que debe educar a los profesionales de la salud, a las mujeres que pueden aprovecharlo, a todas las mujeres y al medio ambiente que las rodea.
 - 2.- **Se hace responsable a la mujer del éxito o fracaso de su parto, haciéndola que tome un papel activo,** pero se considera que las circunstancias y el personal que rodean a la parturienta son determinantes para el éxito del método.
 - 3.- **Busca aflojar tensiones psicológicas y no únicamente crear condicionamientos positivos.** Busca el conocimiento de los fenómenos que ocurren durante el embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento.
 - 4.- **Se incluye a la pareja en la preparación.**
 - 5.- **Se utiliza la palabra como único analgésico.** Pero se añade una educación racional sencilla, en la cual la psicomotricidad es poco importante. Excluye totalmente cualquier analgesia farmacológica.

6.- **Se prepara a toda mujer gestante sin discriminación** en base al riesgo que presente. Considerándose como una acción educativa, la Escuela Francesa inicia la preparación con una clase para la etapa temprana del embarazo en la que se proporciona información básica y se continúa posteriormente a partir de la semana 34. Se da gran importancia a la respiración controlada y a los patrones respiratorios durante las diferentes etapas del trabajo de parto y el nacimiento, así como a la relajación neuromuscular. Se busca en todo momento que la mujer asuma una actitud dirigente y busque la victoria en el control de su cuerpo.

Escuela inglesa: Dr. G.D. Read

El Dr. Grantly Dick-Read considera que el dolor no es inherente al trabajo de parto y al nacimiento. Propone que el dolor experimentado por la mujer durante este proceso es de origen psíquico, debido a los mitos culturales, que provocan la obstrucción del canal de parto, lo que produce dolor. La teoría de Dick-Read se resume de la siguiente manera:

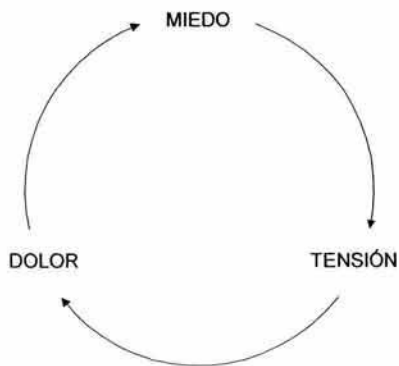
1.- El miedo ocasionado por los mitos culturales y sociales, produce la excitación del sistema nervioso simpático, lo que activa la contracción de las fibras circulares de los músculos uterinos. Esto hace que la parte inferior del útero trabaje en oposición directa a la parte superior del útero, lo que produce una tensión excesiva, isquemia del músculo uterino y dolor.⁸

2.- Si el temor, la tensión y el dolor van unidos, para eliminar el dolor hay que aliviar la tensión y vencer el temor.

Con estos principios habla del síndrome miedo-tensión-dolor, que es un círculo que se retroalimenta a sí mismo. Read opone al temor el conocimiento adquirido a través de la educación y a la tensión el aprendizaje de técnicas de relajación muscular, sin descuidar los factores psicológicos que acentúan el dolor como la fatiga física y mental, la soledad, la inadecuada actitud del médico o el medio ambiente hospitalario hostil, todos estos factores afectan la seguridad de la mujer durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Se ha criticado la teoría de Read por considerarse demasiado empírica al tratar el problema del dolor, pero argumentaba el que no necesitaba realizar investigaciones pues con la cara de felicidad de las madres satisfechas después de dar a luz, tenía suficiente.

⁸ Read, G.D. Parto sin dolor. Tercera edición. Argentina. Pag. 206.



Los Principios que postula del alivio del dolor en el parto sin relación con las ventajas y desventajas del uso de anestesia y analgesia son:

- 1.- Educación progresiva de las jóvenes para que su actitud cambie radicalmente hacia el parto.
- 2.- Educación de la mujer embarazada para que se acerque al parto con plena confianza.
- 3.- Personal de salud bien instruido en los fenómenos físicos y psíquicos del parto que constituya una "barricada contra el temor y una torre de fortaleza en los momentos de dudas, debilidades o de pérdidas de control".

2.1.1.4 Fundamentación de la Psicoprofilaxis Perinatal

El Método Psicoprofiláctico se inició como método de analgesia verbal, basado en la acción pseudohipnótica de la palabra y en la descripción pavloviana del sistema nervioso y de los reflejos condicionados. Sus objetivos eran los de reorganizar las funciones de la corteza cerebral (alteradas durante el embarazo por la disminución en la velocidad de la respuesta nerviosa, que tiene lugar durante el mismo) y cambiar los reflejos condicionados negativos hacia el parto que la mujer había creado culturalmente por reflejos condicionados positivos mediante la acción de la palabra (2do. Sistema de señales).

Sistema de señales

1er. Sistema: Está conformado por los órganos de los sentidos que nos proveen de sensaciones externas e internas y nos permiten desarrollar la conciencia corporal y apreciar el medioambiente.

2do. Sistema: El lenguaje. La palabra hablada contiene significados muy superiores a las señales directas (1er. Sistema). Además de que da un nuevo sentido a la conducta humana. La palabra es capaz de suprimir totalmente la apreciación dolorosa.

Estudios sobre tono cortical

Los rusos comprobaron la disminución del tono cortical durante el embarazo mediante un estudio prospectivo de medición semanal, de la velocidad de respuesta del reflejo fotomotor a la luz, en un grupo de 100 mujeres desde que iniciaron el embarazo hasta los primeros meses después del parto. En este estudio encontraron que a partir de la semana 16 de gestación y conforme avanza el embarazo aumentaba el tiempo transcurrido entre el estímulo luminoso y la miosis pupilar. Así mismo, encontraron constantes de aumento y disminución del tiempo de cronaxia óptica relacionadas a las semanas de embarazo y a la recuperación durante el postparto en todas las mujeres participantes.

Manifestaciones clínicas de la disminución de tono cortical en la mujer durante el embarazo

- » Disminución de la agudeza visual y la visión periférica.
- » Disminución de la agudeza visual y auditiva.
- » Exhaltación de los reflejos osteotendinosos.

- » Disminución de la capacidad de análisis y de síntesis.
- » Alta frecuencia de inicios de partos nocturnos y dificultad para recuperar el tono cortical durante el sueño.

Manifestaciones clínicas de la disminución de tono cortical durante el trabajo de parto y el parto

- » Agitación.
- » Miedo.
- » Actividad desbordante.
- » Tendencia al llanto.
- » Reacción exagerada a todo lo que tiene que ver con las sensaciones y emociones experimentadas durante el trabajo de parto y el parto y a los procedimientos e intervenciones realizadas.⁹
- » Pérdida de la capacidad de análisis y de síntesis.
- » Comportamiento de tormenta hipotalámica.

Beneficios analgésicos del método Psicoprofiláctico

- 1.- Es un método sencillo, accesible y carente de dolor en su aplicación.
- 2.- Se puede utilizar en casa desde el inicio del trabajo de parto.
- 3.- Tiene duración necesaria, grado suficiente y rapidez de acción.
- 4.- Favorece el progreso fisiológico del trabajo de parto y no altera el estado bioquímico del neonato.
- 5.- Promueve la participación activa y consciente en la experiencia del trabajo de parto y el nacimiento.
- 6.- Disminuye el estrés postnatal al favorecer el inicio temprano de la lactancia, la recuperación postparto y la adaptación a las necesidades del período temprano de la paternidad.

⁹ Nikolaiev, P.A. El parto sin dolor. Edición primera. Traducción del ruso. Editorial cartago. Buenos aires. Pag. 95.

Estadios evolutivos del método Psicoprofiláctico

I.- Psicoterapia de los dolores de parto. Método terapéutico para los dolores de parto.

II.- Psicoprofilaxis de los dolores de parto. Método preventivo para que no surja el dolor.

III.- Parto Psicoprofiláctico. Sistema educativo que afloja las tensiones psicológicas.

IV.- Sistema de Psicoprofilaxis Obstétrica. Sistema educativo preventivo del estrés y el dolor obstétrico, que prepara a la pareja gestante para responder a las necesidades del embarazo, trabajo de parto y el nacimiento. En esta etapa ya se considera que la preparación debe abarcar, desde el punto de vista educativo las áreas cognoscitiva, afectiva y psicomotriz.

V.- Psicoprofilaxis Perinatal. Sistema de educación del proceso de la reproducción humana, que nos permite trabajar con familias en una etapa cuyas necesidades de adaptación los predispone al aprendizaje de nuevos recursos y estrategias, para integrar a sus vidas comportamientos responsables de salud que les permitan la preservación de su integridad física y emocional, el nacimiento de niños sanos.

Acciones y beneficios de la educación perinatal actual

Actualmente la Psicoprofilaxis Perinatal es un sistema de educación a la reproducción cuyos beneficios pueden comprobarse por:

- » Su valor analgésico.

- » Su facilitación del proceso del parto, al no interferir en su evolución.

- » La preservación del estado bioquímico del neonato.

- » Aumento de la comunicación de la pareja al brindar a ésta la oportunidad de involucrarse más con el embarazo, que se ve como una tarea común.

Y pueden clasificarse en:

Área afectiva:

- » Disminuye los niveles de ansiedad de los padres gestantes; esto les facilita tener expectativas reales y flexibles acerca del embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y la paternidad temprana.
- » Proporciona motivación al justificar la existencia del método y establecer sus alcances perinatales y beneficios actuales.
- » Recalca que la madre es la única capaz de dar a luz en forma natural.
- » Reafirma la confianza en el cuerpo de la mujer y en sí mismos al involucrarse en la toma de decisiones acerca del cuidado de su salud.
- » Les ayuda en la elaboración del espacio psico-físico del bebé.
- » Concientiza acerca de la responsabilidad compartida durante: el embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento, la educación y el desarrollo psico-sexual de los hijos.

Área cognoscitiva:

- » Mantiene la capacidad de análisis y de síntesis de la mujer y estimula su memoria.
- » Proporciona información clara, completa, exacta y carente de juicios de valor.
- » Justifica la utilización de recursos. Dirige el conocimiento en forma ordenada.
- » Brinda información objetiva que ayuda a las parejas a participar en decisiones relacionadas al cuidado de su salud.
- » Eleva la tolerancia de la mujer al dolor.
- » El conocimiento proporcionado acerca de la terminología y las respuestas comunes al embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y el período de postparto, ayuda a las parejas a comunicarse con el personal de salud.
- » Proporciona terminología y conocimientos básicos acerca de obstetricia, puericultura y lactancia.

Área psicomotriz:

- » Acondiciona físicamente el cuerpo para el trabajo de parto y el nacimiento.
- » Ayuda a la mujer a integrar su imagen corporal, constantemente cambiante durante el embarazo.
- » Utiliza ejercicios de coordinación y relajación neuromuscular para elevar el tono cortical y mejorar su lateralidad.
- » Capacita a la pareja para el manejo de recursos como relajación y respiraciones.
- » Enseña técnicas para manejo no farmacológico del dolor, diseñadas para reducir la tensión y promover la habilidad del cuerpo para funcionar con más eficiencia.¹⁰
- » Promueve la recuperación durante el postparto.

Socioculturales:

- » Presenta el embarazo y el trabajo de parto como un proceso de salud y no de enfermedad.
- » Involucra a los padres en actividades del auto cuidado de su salud.
- » Capacita a los padres en los aspectos prácticos de la maternidad/paternidad.
- » Ayuda a adoptar mejor su rol de padres.

¹⁰ ANIPP. Acercándose a la Psicoprofilaxis Perinatal: de los orígenes a nuestros días. Editorial Publingenio S.A. de C.V. México. 1999. Pag. 25.

2.1.2 El ejercicio durante el embarazo

2.1.2.1 Ejercicio en las embarazadas

Efectos de las actividades deportivas sobre la madre y el feto

Quizás el factor más importante, constante, por recordar cuando consideramos los efectos de los deportes durante el embarazo, es que cada persona es diferente. Los vecinos, los amigos o familiares no tienen la misma constitución, la misma textura física, la fuerza muscular o la misma resistencia. No hay que cometer el error de compararse con cualquier otra persona. Algunas mujeres experimentan cambios en las articulaciones durante el embarazo, otras no lo hacen. Durante el embarazo se secreta una hormona denominada relaxina. Suaviza los ligamentos con el fin de que las articulaciones maternas “cedan” con mayor facilidad durante el parto. Esta relajación, en algunas mujeres, se produce más tempranamente durante el embarazo, pero en otras ocurre más tardíamente. Puede alterar la articulación de la cadera y el pubis y causar dificultades para caminar y ponerse de pie. Algunas mujeres pueden practicar ejercicios y seguir con sus deportes durante todo el embarazo. Algunas se sienten muy mal si no continúan practicando su deporte favorito durante el embarazo. ¿El ejercicio puede lastimar a usted o a su bebé? No hay respuesta sencilla. Cada mujer es diferente, y una misma mujer puede comprobar que cada uno de sus embarazos es distinto al anterior. Existen algunas precauciones que conviene tomar si se desea practicar un nuevo deporte durante el embarazo porque es menos extenuante. Y hay otros factores que conviene tomar en cuenta. Hay que asegurarse de discutir un programa de ejercicios con el médico antes de comenzarlo.



Vista de perfil de una posición "perfecta" durante mi tercer trimestre.



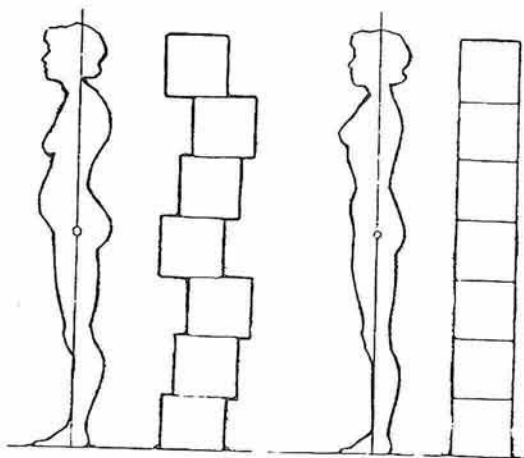
Posición "perfecta" en una mujer que no está embarazada.

2.1.2.2 Acondicionamiento Físico durante el embarazo

Muchos tipos de ejercicios son buenos para el estado físico y para aumentar el bienestar mental. Los ejercicios aerobios, como caminata, andar en bicicleta, nadar y trotar aumentan el estado cardiopulmonar. Estos ejercicios también ayudan a reducir la presión sanguínea, disminuyen el riesgo de shock y patología cardíaca, reducen el colesterol y fortalecen los músculos respiratorios. Los beneficios que se reciban, estando embarazada o no, ayudarán a sentirse mejor. En las actividades deportivas, el volumen de sangre, el número de eritrocitos (células rojas) y la cantidad de oxígeno que están en condiciones de transportar estas células también aumentan. Una futura madre no necesita dejar de lado los deportes o un programa de acondicionamiento físico cuando quede embarazada.¹¹

Acondicionamiento durante el embarazo

Las vértebras son como bloques de una construcción puestas una sobre otra. Si están derechas, como en la posición correcta, hay poca tensión (derecha). Si están torcidas, como en la posición encorvada (a la izquierda), es de esperar que aparezcan la tensión y el dolor de espalda.



Biomecánica del ejercicio durante el embarazo

Muchos aspectos del embarazo hacen que la práctica del ejercicio y el uso de los músculos sean un poco diferentes en una mujer acostumbrada a los ejercicios. La exposición de algunos de estos aspectos dará un mejor entendimiento de la forma en la cual el cuerpo embarazado responde al ejercicio. Estirados a través de la pelvis ósea de toda mujer hay una serie de músculos y hojas de tejido fibroso (fascias) que sostienen al canal de parto. Este canal conduce el pasaje de un bebé a término en el nacimiento. Abarcando la parte inferior de la pelvis ósea como el parche de un tambor se encuentran dos diafragmas; el pélvico y el urogenital.

¹¹ SUA/ENEO/UNAM. *Obstetricia I*. Antología. México. Julio 1996. Pag. 582.

El diafragma pélvico. Consiste en el músculo elevador del ano y el músculo coxígeo, juntamente con sus aponeurosis. Juntos, ellos forman un todo que guía la cabeza y el cuerpo del bebé a través del canal de parto durante el nacimiento. Las fibras de estos músculos, especialmente el elevador del ano, también rodean y sostienen el recto y la vagina.

El diafragma urogenital. Consiste en tres planos de aponeurosis, más el bulbocavernoso, el transverso y el músculo isquiocavernoso. Estos diafragmas sostienen el piso de la pelvis cuando se realiza un esfuerzo (levantar algo, dar vuelta, empujar, atraer, cambiar súbitamente de posición) en los deportes y ejercicios. También ayudan a controlar la vejiga y recto. A medida que el útero se agranda durante el embarazo, se eleva fuera de la pelvis tanto que el peso y el sostén es soportado por los músculos abdominales y de la espalda.¹² El ejercicio y los deportes añaden fuerza a estos músculos de modo que están en mejores condiciones para sostener el útero. Los músculos abdominales, los de la espalda y las estructuras de tejido blando pelvianas comparten el apoyo para el útero en crecimiento. Unas seis semanas antes del término (a las 34 semanas), en muchas mujeres se produce un “aligeramiento”. Cuando esto ocurre se puede notar que el bebé vuelve a la pelvis y el abdomen se hace más pequeño. Si bien los músculos del abdomen pueden sentirse un poco aliviados por el menor estiramiento, la cabeza del pequeño volverá a apoyarse sobre la vejiga, provocando una micción frecuente. El ejercicio y las actividades deportivas durante las últimas 6 semanas de embarazo deben permitir una mayor tensión sobre el piso de la pelvis, la presión de la cabeza del bebé sobre la vejiga y en ocasiones un aumento en las venas varicosas alrededor de la vulva. Los ligamentos que dan estabilidad a las caderas y pubis se relajan. Estas articulaciones “ceden” un poco. Toda actividad, incluyendo el caminar, debe permitir la relativa “inestabilidad” de estas articulaciones. Se puede poner de pie y caminar con mayor base de sustentación para mantener el balance. El trotar o el correr pueden ser imposibles. El ejercicio durante el embarazo ayuda al parto porque los músculos tonificados empujan más eficazmente.

Centro de gravedad y malestar dorsal

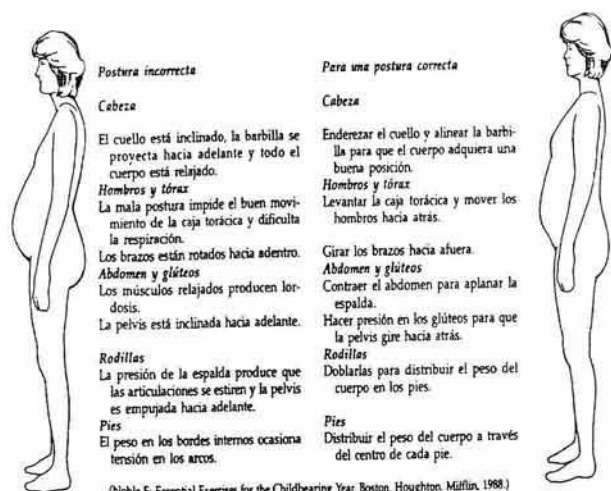
En el no embarazo y en personas no obesas, el centro de gravedad se encuentra justo por encima del ombligo. Está levemente por debajo del centro de gravedad del hombre porque las caderas femeninas por lo general son más grandes. Por el contrario, los hombros más grandes de los hombres desvían su centro de gravedad hacia arriba. Ante una posición “perfecta”, el cuerpo está tan bien alineado que está perfectamente balanceado. La cabeza se ubica perpendicular sobre los hombros, con la parte superior del cuerpo y la parrilla costal directamente sobre las caderas y las caderas sobre las rodillas y los tobillos. La posición puede ayudar con un problema habitual del embarazo: el malestar dorsal bajo. El dolor en la parte inferior de la espalda es casi una característica del embarazo. El abdomen agrandado provoca un desvío del centro de gravedad y mayor rotación de la pelvis. Esto pone mayor tensión sobre la espalda. Con un poco de práctica se puede aprender a pararse con una posición perfecta. Se requiere menos esfuerzo muscular para pararse derecha que torcida porque el cuerpo está alineado y balanceado.

¹² SUA/ENEO/UNAM. *Obstetricia I*. Antología. México. Septiembre 2002. Pag. 147.

Conforme el embarazo progresa, cambia el centro de gravedad a medida que se modifican la forma y el peso. A medida que el centro de gravedad pasa más adelante, los músculos de la parte inferior de la espalda deben trabajar más duramente para sostener la columna. A medida que el abdomen se agranda, se puede tratar de compensar tirándose hacia atrás. El equilibrio se hace más difícil, especialmente cuando se camina. Esto provoca una marcha con mayor base, con un paso más corto, y mayor divergencia. El desvío del centro de gravedad hacia adelante en el embarazo hace que los músculos deban trabajar más para mantener el equilibrio. Aunque los músculos pequeños de la espalda pueden estar más comprometidos en este papel particular, se puede sentir la molestia en toda la columna. En la medida en que los músculos siguen trabajando más para combatir la gravedad, comienzan a cansarse. Los ligamentos comienzan a soportar parte de la carga. Como las hormonas progesterona y relaxina han ablandado los ligamentos, se estiran más fácilmente y dan menos sostén a las articulaciones. Un movimiento brusco equivocado puede provocar la luxación de un ligamento o la distensión muscular cuando se acerca a la fecha de parto. Los músculos de la cadera y la pierna también deben adaptarse al cambio en el centro de gravedad. Cualquier esfuerzo puede provocar dolor de espalda o espasmo muscular en las caderas o piernas. Si ocasionalmente, antes del embarazo, se tienen dolores menores en la espalda, el cuello o la cadera, éstos pueden empeorar o producirse más a menudo a medida que el embarazo progresa. Una de las mejores maneras de superar estos problemas es a través del ejercicio.

Enseñanza de la paciente

Lista para examinar la postura



Inclinación de la pelvis

Cuando no se está embarazada, la pelvis normalmente se inclina hacia adelante unos 55°. En la medida en que el abdomen se agranda durante el embarazo, la pelvis se inclina hacia adelante más aun. El centro de sostén del peso también se desvía hacia adelante, hacia el hueso púbico. Como los ligamentos pelvianos están relajados por los efectos hormonales durante el embarazo, puede observarse una pérdida de agilidad al agacharse, levantar algo, darse vuelta, tirar una pelota, alcanzarla o caminar. El dolor de espalda es particularmente común, sobre todo si los músculos están débiles y flácidos.¹³

2.1.2.3 Ejercicios seguros durante el embarazo

Se pueden hacer ejercicios durante el embarazo. ¡ Pueden hacerse con seguridad ! Lo importante es hacer ejercicios porque los músculos sufren grandes cambios durante el embarazo. Los músculos abdominales se estiran para acomodar y sostener el útero en crecimiento. Los músculos de la espalda deben sostener unos 12.5 kilos de peso extra que modifican el equilibrio y el centro de gravedad del cuerpo. Antes de empezar cualquier programa de ejercicios ¡ se debe asegurarse de controlarlo con el médico ! Pueden existir razones por las cuales sea conveniente no practicar ejercicios.



Tres modelos para los ejercicios del embarazo.
De izquierda a derecha: Dra. Lynne Pirie, tercer trimestre de embarazo; Kathy Sinagoga, segundo trimestre; Olivia Rodríguez, hacia fin del primer trimestre de gestación

¹³ Lynne, B. Pirie. El deporte durante el embarazo. Editorial medica panamericana Buenos aires. Pag. 28.

Músculos abdominales

Existen cuatro músculos abdominales principales: el recto anterior, el recto abdominal (oblicuo mayor y menor, cuando estos músculos están firmes, delinearán el hueco de su talle). Constantemente se deben de hacer trabajar, o se relajará y se desarrollará un abdomen prominente.

Ejercicios abdominales. Es muy buena idea realizar ejercicios que fortalezcan los músculos abdominales durante el embarazo. Si se tienen músculos abdominales fuertes que puedan sostener el abdomen en crecimiento, se tendrá menos estrés sobre la espalda con menores problemas de espalda y menos dolor dorsal.

Contracción abdominal

Para el ejercicio de contracción abdominal, comenzar acostándose sobre el piso, sobre la espalda. Las rodillas se flexionan y los pies están planos sobre el piso. Mantener los pies separados de modo tal que se tenga algún espacio entre las rodillas. Girar lentamente, levantando una vértebra por vez del piso. Alcanzar la rodilla con las manos. Mantenerse en esta posición durante unos segundos. Lentamente bajar el tronco de nuevo al punto en el cual la espalda vuelve a tocar el piso, pero no los hombros. Mantener un poco de tensión en estos músculos abdominales superiores. Ir más adelante, y empujar nuevamente usando sólo los músculos abdominales. Hacer 8 a 10 repeticiones, descansar unos 30 a 60 segundos, luego hacer otra serie. Hacer de 2 o 3 series. Es posible que se encuentre más sencillo poner las piernas sobre un banco. Mantener las rodillas y caderas flexionadas en ángulo de 90°. A esta posición la denominamos 90-90. Cruzar los brazos sobre el pecho en vez de colocarlos por detrás del cuello. Esto elimina el empujar sobre la columna cervical y evita los problemas y el dolor en la zona media superior de la espalda. Levantarse del piso, una vértebra por vez, hasta que se este en condiciones de llevar el pecho contra los muslos. Solamente se puede hacer esto si se tiene fuertes músculos abdominales. Hacer este ejercicio lentamente.

El deporte durante el embarazo



Contracción abdominal mediante un banco, posición inicial.



Contracción abdominal mediante un banco, posición final.

Músculos de la espalda

Estos músculos se extienden desde el cuello y la base del cráneo hacia abajo y se unen a los músculos de la cadera y zona inferior del cuerpo.

El músculo trapecio. En la mayoría de las mujeres, este músculo es muy delgado porque no se usa. Con la tensión del embarazo, el músculo puede sufrir espasmos. A menudo, los dolorimientos en cuello y la parte inferior de espalda se deben a espasmos en la zona superior del músculo trapecio. Con frecuencia el dolor se irradia al medio de la espalda.

El músculo dorsal ancho. La mayoría de las mujeres no tienen bien desarrollado este músculo. Mire su torso a nivel de las axilas y la cintura. Un dorsal ancho bien desarrollado acentúa la forma V en su torso le hace que la cintura parezca mucho más pequeña.

Si los músculos del abdomen están mal desarrollados, especialmente durante el embarazo, se coloca la mayor parte de la responsabilidad de la estabilización del cuerpo en los músculos erectores de la columna de la espalda. Si por esta situación estos músculos se acortan, pueden provocar la pérdida de flexibilidad de la columna lumbar.

Zona de la cadera

Tres músculos principales en la zona de la cadera mueven y agregan estabilidad a la columna lumbar. Se les denomina músculos glúteos (glúteo mayor, glúteo medio y glúteo menor). El escaso desarrollo de los músculos glúteos es causa común de problemas en la parte inferior de la espalda porque son importantes músculos de sostén.

Músculos glúteos y de la pierna

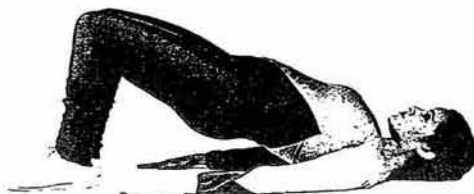
Tener músculos glúteos y tendones poplíteos fuertes es muy importante durante el embarazo. En la medida en que la gestación avanza, las piernas sostienen gran parte de la carga, tienen que mover todo el peso extra. Pueden cansarse rápidamente o endurecerse y doler. También pueden experimentarse problemas con la retención de líquidos.¹⁴

Extensión pelviana

Este ejercicio es muy bueno para los tendones poplíteos y los glúteos. Se recomienda que se hagan hasta que ya no se sienta cómoda. La mayoría de las embarazadas pueden realizarlo aproximadamente hasta el quinto mes de gestación. Acostarse sobre la espalda en el piso con las rodillas flexionadas. Los pies quedan chatos sobre el piso y los brazos quedan a los costados. Mediante los músculos glúteos, llevar con fuerza toda la cintura pelviana hacia arriba. Llevar el tronco y la pelvis lo más arriba que sea posible. Lentamente volver a bajar el cuerpo hasta el piso, tocarlo apenas y levantarlo otra vez. Sostenerse en esta posición durante unos 2 segundos antes de volver a bajarlo hasta el piso. Hacer 8 a 12 repeticiones. Repetir todo el ejercicio 3 veces.

¹⁴ Lynne, B. Pirie. El deporte durante el embarazo. Editorial medica panamericana. Buenos aires. Pag. 67.

Extensión pélvica, posición inicial



Extensión pelviana, posición final

Estiramiento

El estiramiento es una parte necesaria de cualquier programa. No estirarse si no se hizo alguna otra forma de ejercicio para calentar el cuerpo antes. Empezar con el estiramiento puede llevar a distensión o desgarros musculares o posiblemente a daños de los ligamentos. En el estiramiento activo se contrae el músculo a cada lado de una articulación, ejerce fuerza y provoca movimiento.¹⁵ En el estiramiento activo está muy bien el tomar con la mano el tobillo o la pierna inferior y sostenerlo en la posición estirada. Sólo tener cuidado de no llevar la pierna muy cerca de el pecho usando las manos. Esto podría distender o desgarrar los tendones poplíteos. Concentrarse en la parte del cuerpo involucrada en el ejercicio de estiramiento. Estar completamente relajada. Hacer los movimientos lentamente con un tipo de ritmo de estiramiento y sostén. No tironear o rebotar. El rebote acorta los músculos y los hace menos flexibles. Tratar de sostener la posición por unos 5 a 10 segundos. Trabajar unos 15 a 20 segundos. A medida que se sostiene en la misma posición piense en “relajación”. Se notará que los músculos “ceden” y permiten mayor movimiento.

¹⁵ Lynne, B. Pirie. El deporte durante el embarazo. Editorial medica panamericana. Buenos aires. Pag. 39.



Ejercicios de flexibilidad

La flexibilidad de la columna es extremadamente importante para el mantenimiento de una espalda fuerte y sana. La flexibilidad permite torcerse e inclinarse sin tensionar los músculos pequeños o los ligamentos de la espalda. Los discos requieren una buena circulación, igual que cualquier otra parte del cuerpo. Demasiada presión sobre los discos por una espalda inflexible, debido al acortamiento de los músculos, puede comprometer la salud del disco. El propio peso corporal puede comprimir los discos a lo largo del día. Ésta es la razón por la cual una suele ser 0.85 a 1.75 cm más alta en la mañana que en la noche. Cualquier estrés adicional aportado por un levantamiento pesado o el abdomen en crecimiento puede provocar la compresión de los discos.

Estiramiento rodilla al pecho

Se puede realizar el ejercicio de estirar la rodilla al pecho hasta el quinto mes de embarazo aproximadamente. Después de ese momento, el tamaño del abdomen puede interferir con su capacidad para realizar el ejercicio. Acostarse en el piso sobre la espalda. Flexionar la pierna y llevar la rodilla lo más cerca del pecho que sea posible. Llevar la rodilla hacia el pecho sin usar las manos. Sostener la rodilla en esta posición durante unos 6 a 8 segundos. Luego usar los músculos de los muslos para llevar la rodilla más cerca del pecho. Sostener durante 8 segundos. Hacer 5 repeticiones, luego relajarse. Repetir el ejercicio con la otra pierna.

Doble estiramiento rodilla al pecho

Este ejercicio se realiza de la misma manera que el estiramiento rodilla al pecho, con la diferencia de que se debe usar ambas piernas a la vez.

Estiramiento rodilla-al-pecho con una pierna.



Doble estiramiento rodilla-al-pecho.

Doble flexión de la pierna y oscilación hacia atrás

Acostarse sobre la espalda en el piso. Sostener las piernas con los brazos, así el cuerpo queda en posición flexionada. Mantener las rodillas flexionadas y la cabeza arriba. Flexionar la barbilla contra el pecho, y llevarla hacia adelante y hacia atrás. Asegurarse de tener una superficie suave y acolchonada para la espalda. No hacer este ejercicio sobre un piso duro porque puede lastimar la columna. Lentamente moverse hacia atrás y adelante unas 5 a 6 veces. Este ejercicio ayudara a fortalecer los músculos de la espalda y a estirarlos derechos.

Doble flexión de las piernas y balanceo
espaldas.



Fortalecimiento del piso de la pelvis

Toda mujer necesita tener músculos pelvianos fuertes para que ayuden a mantener la fuerza y firmeza en la zona rectal y vaginal.

Ejercicios de Kegel

Algunas mujeres tienen mejores (o peores) músculos que otras. Esto es particularmente cierto en el caso del sostén de la pelvis. Incluso aquellas mujeres que no han tenido hijos desarrollan en ocasiones un cistocele (hernia de la vejiga a través de la vagina). Por el contrario, algunas mujeres que tuvieron muchos hijos parecen tener un excelente sostén en el piso de su pelvis. Cuantos más hijos se tenga, mayores serán las probabilidades de perder el sostén del piso pélvico. Son muchos los médicos que recomiendan este ejercicio.¹⁶ Para que sea exitoso, el ejercicio debe ser repetido muchas veces en el día durante un espacio de tiempo lo suficientemente prolongado. El ejercicio consiste en dos partes distintas: el apretón y el comienzo y detención. En la primera parte del ejercicio (el apretón), apretar las nalgas juntas. Llevar el recto como si se estuviera controlando el pasaje de un movimiento intestinal. Esto contrae la vagina y los músculos que sostienen la uretra y recto. Mantener esta contracción durante 10 a 15 segundos, luego relajarse y volver a comenzar. Repetir este ejercicio con frecuencia. Si así se hace, se recuperará el control de la vejiga y el recto. Con la parte comienzo y detención de este ejercicio, alternativamente se va comenzando y deteniendo el chorro de orina mientras se está orinando. Esto hace participar a todos los músculos del piso pélvico que rodea la vagina, el recto y la uretra. Se encontrará que esto es difícil en un comienzo porque puede provocar algún malestar. Pero después de unos 30 días de práctica regular del ejercicio, se descubrirá un grado considerable de control.

¹⁶ Lynne, B. Pirie. El deporte durante el embarazo. Editorial medica panamericana. Buenos aires. Pag. 51.

Ejercicios de fortalecimiento

Los ejercicios de fortalecimiento son muy importantes para todos los músculos, especialmente los músculos de la espalda. Una espalda fuerte ayuda a través de todo el embarazo. Los músculos de la espalda fortalecidos soportan con mayor facilidad el peso extra del abdomen.

Ponerse en cuclillas

Cuando se hace con propiedad, la posición en cuclillas ayuda a fortalecer el piso de la pelvis con la acción de soporte y empuje. Si nunca se ha hecho con anterioridad, comenzar a ponerse en cuclillas sin ningún peso. Primero se debe aprender la forma correcta. Colocar los pies separados, más o menos a la altura de los hombros, con las puntas de los dedos apuntando en dirección a un ángulo de 45°. Mantener la espalda derecha y recta. Colocar las manos sobre las caderas o los hombros. Flexionar las rodillas y caderas y lentamente llevar el cuerpo hacia abajo. Mantener los talones sobre el piso. Tratar de no inclinar el tórax hacia adelante. Al principio se estará en condiciones de ponerse en cuclillas apenas unos pocos centímetros. Con la práctica, el equilibrio mejorará y estará en condiciones de ir más abajo y seguir en control. No intentar ir más abajo de los 90° o pasar del punto en el cual los muslos están paralelos al piso. En medida en que se regresa a la posición inicial, se contraen los músculos de las nalgas. Los músculos del piso pelviano se estiran por la acción descendente. Después de que se regresa a la posición inicial y se termina la acción descendente, concentrarse en la acción sobre los músculos del piso pélvico. Mantener las rodillas levemente flexionadas en la parte principal del ejercicio. Hacer 8 a 10 repeticiones por serie, con un descanso de 1.5 a 2 minutos entre ellas. Comenzar con dos series. Es importante recuperarse totalmente entre las series. Este ejercicio requiere mucha energía. No mantener la respiración mientras se realiza este ejercicio. Es una tendencia natural cuando desciende, pero al sostener su respiración aumenta la presión intraabdominal. La presión sobre el diafragma cerca de su estómago puede agravar o incluso provocar una hernia hiatal.



Ponerse en cuclillas con las manos sobre las caderas, posición media.



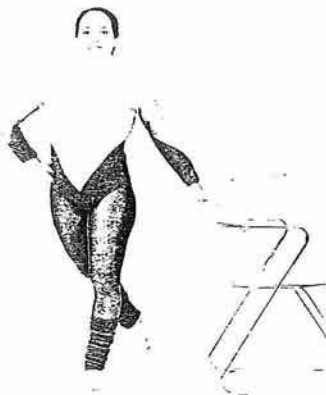
Ponerse en cuclillas con las manos sobre las caderas, posición final.

Músculo interno, levantamiento de la pierna

Pararse en una buena posición, con los pies separados, aproximadamente al nivel de los hombros. Sostenerse de algo, por ejemplo una silla o una barra, que por lo menos esté al nivel de la cintura. Atarse, si se desea, una pesa para tobillo de 1 a 2.5 kilos. Pararse de manera que la pierna derecha esté al lado de la silla. Levantar la pierna derecha y elevarla levemente adelante, luego que cruce el cuerpo. No balancearla, porque la fuerza se desarrolla en la pierna y el piso de la pelvis al levantarla levemente, no al balancearla. Traer nuevamente la pierna a la posición inicial. Traerla levemente hacia atrás mientras se eleva a un costado. Descansar unos 30 a 60 segundos, luego darse vuelta y repetir el ejercicio con la pierna izquierda. Hacer una repetición en el frente, alternando con una repetición por detrás. Hacer de 20 a 30 repeticiones.¹⁷



Elevación de la pierna haciendo trabajar el muslo interno, posición frontal

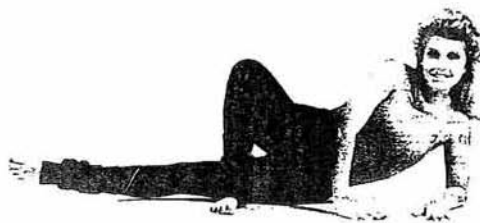


Elevación de la pierna haciendo trabajar el muslo interno, posición posterior

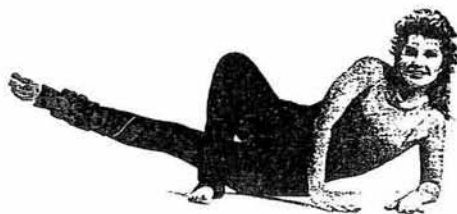
¹⁷ Lynne, B. Pirie. El deporte durante el embarazo. Editorial medica panamericana. Buenos aires. Pag. 53.

* Levantar el músculo interno *

Este ejercicio también tonifica el muslo interno. Acostarse en el piso sobre el decúbito izquierdo. Flexionar las rodillas y cruzar la pierna derecha por encima de la izquierda. Plante el pie derecho sobre el piso enfrente. Ahora levantar la pierna izquierda del piso. Sentirá que este ejercicio le hace trabajar la parte interior de los muslos a medida que la obliga a empujar con los músculos del piso de la pelvis. Ahora bajar la pierna, tratar de no tocar el piso. Hacer 20 a 30 repeticiones. Hacer 4 a 5 series. Repetir el ejercicio apoyándose sobre el lado derecho. Descansar solamente unos 30 a 60 segundos entre las series. Cuando el ejercicio se vuelve demasiado fácil añadir una pesa para tobillo de 0.5-1 kilo a la pierna que está haciendo el trabajo.



Apoiada sobre el piso, levanta-
miento de la pierna haciendo tra-
bajar el muslo interno, posición
inicial.



Apoiada sobre el piso, levanta-
miento de la pierna haciendo tra-
bajar el muslo interno, posición fi-
nal.

2.1.2.4 Nutrición y ejercicio

Después del nacimiento de un hijo, se puede necesitar perder algo del peso que se ganó durante el embarazo. Esto es normal. Durante el embarazo, el cuerpo agrega grasa para asegurarse de que se pueda producir leche para el recién nacido. En algunos casos esta grasa adicional se pierde cuando se amamanta; otras veces se tiene que perder por medio de dieta y ejercicio. Si se intenta reducir el peso únicamente mediante dieta, se volverá débil y sus músculos flácidos. Si se intenta perder el peso adicional mediante ejercicios, sin dieta, quedará exhausta. La nutrición y el ejercicio van de la mano en todo programa de reducción de peso. No se debe intentar perder peso si se está amamantando al recién nacido. Se debe Criar al hijo durante todos los meses que se crea conveniente, y luego optar por un programa de pérdida de peso y ejercicios. Hace falta de 1 a 2 meses

para que la sangre y hormonas vuelvan a la normalidad, después del parto. Pueden encontrarse dificultades para perder los depósitos de grasa que estas hormonas tienden a mantener.

Estar en forma en 6 a 8 semanas después del embarazo

Este programa está preparado para afirmar los músculos que comenzaron a aflojarse y para ayudar a perder grasa alrededor del abdomen y muslos. El énfasis se pone aquí sobre los ejercicios para el abdomen, las piernas y la zona lumbar. Retomar los ejercicios que se hizo durante el embarazo.

Ejercicio de flexibilidad

Durante la fase del puerperio, es una buena idea seguir haciendo ejercicios de flexibilidad iguales a los que se realizó durante el embarazo. Además de los ejercicios de: Kegel, cuclillas y contracción abdominal.

*** Bicicleta fija ***

Este ejercicio es conveniente, económico; no requiere vestimentas especiales ni ser miembro de un club y se puede realizar mientras se mira televisión. La única cosa que se necesita es algún tipo de bicicleta fija. Algunas mujeres escuchan su música favorita o miran el programa de televisión de su preferencia, mientras pedalean. Otras leen cuando realizan sus ejercicios.



*** Ejercicios de endurecimiento abdominal aspirante ***

Colocar las manos sobre las caderas. Inclinar hacia adelante. Exhalar todo el aire; luego contraer el abdomen y ponerlo lo más plano que se pueda. No inhalar todavía. Mantenerse durante unos 5 a 6 segundos, luego relajarse. Respirar. Descansar durante unos 30 segundos. Repetir cuatro veces. Descansar durante 30 segundos, entre cada ejercicio.



Ejercicio de aspiración, posición inicial

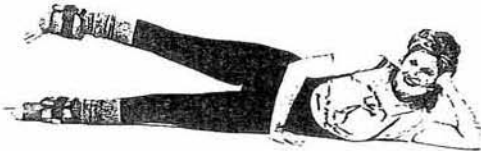


Ejercicio de aspiración, posición final

*** Elevación lateral de la pierna ***

Este ejercicio puede ser hecho de varias maneras, como acostada sobre un lado, o de pie. Para hacer de este ejercicio un desafío mayor, usar una pesa para tobillo. Este ejercicio también puede ser hecho con un aparato de polea y cable, en un gimnasio. Asegurarse de que el pie esté dirigido hacia adentro y no hacia afuera.¹⁸ Esto aísla los músculos de la cara externa del muslo. Si los dedos de los pies apuntan hacia afuera o adelante, son los músculos del frente del muslo los ejercitados. Este ejercicio está preparado fundamentalmente para dar forma a la cara superior del muslo y reducir su diámetro. Es un ejercicio de marcada repetición, con 20 a 30 o más reiteraciones. Hacer 2 a 3 series. Añadir repeticiones y no series, a medida que se progresa.

Elevación lateral de la pierna, posición inicial.



Elevación lateral de la pierna, posición final.

¹⁸ Lynne, B. Pirie. El deporte durante el embarazo. Editorial medica panamericana. Buenos aires. Pag. 178.

*** Elevación frontal de la pierna ***

En este ejercicio, los dedos de los pies apuntan hacia adelante porque se desea ejercitar los músculos de la parte frontal del muslo. En este caso el ejercicio puede ser realizado acostada sobre el piso, de pie o con una pesa para el tobillo.

También se puede realizar los ejercicios mientras se está parada. Levantarse sobre los dedos durante la cuenta de 10 a 15. Bajar, volverse a apoyarse sobre los talones y mantenerse. Repita este ejercicio de 7 a 10 veces. El estiramiento y frotamiento de los músculos del pie fortalece el arco longitudinal y mejora la circulación. Esto ayuda a evitar el estancamiento de la sangre en los pies y las piernas por estar parada demasiado tiempo. También ayuda a aliviar la congestión de las venas varicosas.

Elevación de la pierna, de frente, en posición de pie, con pesas en los tobillos, posición inicial.



Extensión de la pierna, posición final.

2.1.3 Métodos para el control del dolor

Métodos “naturales”

Las técnicas del “parto natural” que se sustentan en el manejo del dolor por medios no farmacológicos están en su mayoría basados en prácticas que fueron descritas hace siglos. Estas técnicas gozan, en la actualidad, de la misma importancia, sin embargo, no se utilizan de manera exclusiva o rígida. En nuestros días, se alienta a las mujeres a “sincronizar con su propio cuerpo” durante el trabajo de parto y a adoptar las técnicas que les resultan más apropiadas. Tales técnicas, que reciben el nombre de técnicas de “parto natural”, han tenido una importante influencia en el manejo del dolor del parto.

- a) **Relajación.** El estrés que implica el trabajo de parto puede motivar a sacarle provecho. Puede provocar que se elimine energía que no se había reconocido hasta entonces y que puede ayudar a manejar la situación del parto. El estrés del parto puede manifestarse en varias formas:
- Dolor causado por las contracciones uterinas.
 - Precaución por el manejo de ese dolor.
 - La posibilidad de revelar aspectos de la personalidad que se tenían ocultos.
 - Las reacciones de quienes la acompañan al ver cómo maneja la situación.
 - Su propio bienestar y el del bebé.

Estas son sólo algunas de las manifestaciones de estrés relacionadas con el parto. Cada mujer reacciona de manera diferente. Durante el trabajo de parto, los niveles de estrés suelen depender de la manera en que maneje sus niveles de dolor y ansiedad. El propósito de las técnicas de relajación es reducir la tensión muscular y aliviar el dolor y el estrés del parto. Son sencillas de aprender y son, para muchas mujeres, de gran ayuda en otras circunstancias estresantes. Aprender a relajarse ofrece otros beneficios:

- I) **Durante el embarazo.** Muchas mujeres manifiestan que la relajación les permite dormir de noche y descansar de día.
- II) **Durante el trabajo de parto.** Las técnicas de relajación ayudan a controlar los niveles de estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto. Se sabe que la relajación afecta al Sistema Nervioso Simpático que asiste en el trabajo de parto. Poder relajarse entre contracciones se traduce, en muchas mujeres, en la posibilidad de enfrentar la próxima contracción con energías renovadas. La relajación también reduce la tensión muscular y ayuda, de este modo, a contrarrestar la fatiga.
- III) **Luego del nacimiento del bebé.** Aquellos que son padres por primera vez descubren que la vida después del parto es ajetreada, exigente y cansada. Relajarse permite a las madres poder descansar en un horario en que, de otra manera, sería imposible hacerlo. La relajación contribuye asimismo a que las madres disfruten más el momento de alimentar a sus hijos. Después de todo, una madre relajada es capaz de manejar con más pericia el estrés que provocan los primeros tiempos de la maternidad.

b) Respiración. Desde los primeros días de la educación para el parto, se le ha dado suma importancia al aprendizaje de técnicas de respiración útiles durante el trabajo de parto. Se le explicaba a la paciente (y algunos lugares todavía es así hoy) los patrones de respiración como modo de distracción durante la contracción uterina. A medida que progresa el trabajo de parto y las contracciones se vuelven más largas, dolorosas y seguidas, se le enseñaba a la mujer a alternar el patrón de respiración. Se ve en la actualidad como un hecho que la paciente que cumple estrictamente con los patrones de respiración está a menudo asociado a hiperventilación, fatiga e incapacidad de mantener un mismo patrón, lo cual provoca sentimientos de frustración. Desde principios de 1980, se ha venido poniendo menos énfasis a los patrones de respiración rígidos y preconcebidos y se alienta a las mujeres a “hacerlo que surja naturalmente”.¹⁹ **Reconocimiento de la respiración.** Con el fin de evitar la respiración excesiva, escasa o forzada durante el trabajo de parto, es necesario reconocer el patrón de respiración normal. Esta forma de atención introspectiva lleva a que la respiración sea más lenta, profunda y rítmica. Familiarizarse con su patrón de respiración normal requiere de práctica. Necesitará encontrar un lugar tranquilo, elegir una posición cómoda (excepto acostada boca arriba) y concentrarse en algún aspecto de su respiración que le llame la atención durante un lapso de tres a cinco minutos. Para algunas personas resulta más sencillo concentrarse en el aumento y la disminución del tamaño del pecho o el abdomen; otras prefieren escuchar el sonido de su propia respiración. Algunas personas sienten que pueden concentrarse más fácilmente si, al respirar, emiten un sonido como “ah” o “am”.

Expulsión de aire. Una vez que se sienta que se puede sintonizar con la propia respiración, puede pasar a desarrollar una técnica de “expulsión de aire”. Esto se fundamenta en el hecho de que, cuando exhalamos, los músculos respiratorios se relajan. Si la paciente se concentra en la exhalación y experimenta la sensación de “expulsión”, todo el cuerpo comenzará a sentirse más relajado. El desarrollo de este concepto ha demostrado ser útil en algunas mujeres en trabajo de parto que experimentan gran dolor y estrés. Se puede agregar un sin número de sonidos a la exhalación del aire para así canalizar y liberar sus sentimientos. La expulsión de aire está por naturaleza asociada a sonidos tales como: suspiros, gemidos, quejidos, insultos, risa, llanto.

c) Masajes. El tacto está asociado al poder de la curación desde los comienzos de la civilización. Durante el trabajo de parto, muchas mujeres se sienten más cómodas si son tocadas, acariciadas o masajeadas. El contacto físico resalta la idea de que la otra persona se interesa por usted y que usted no está sola. Por otro lado, por ser una fuente de contraestimulación, el tacto y el masaje pueden aliviar el dolor. Los masajes terapéuticos se recomiendan como medio de prevención y tratamiento de muchos de los males asociados con el embarazo y como alivio del dolor durante el trabajo de parto. El masaje de periné (área comprendida entre la vagina y el ano) durante las últimas seis semanas del embarazo puede evitar los desgarros o bien las necesidades de realizar una episiotomía durante el parto. Los masajes se pueden aplicar de diversas maneras:

- Acariciar suavemente el abdomen.

¹⁹ Dr. Meyer Magarici. Métodos “naturales” de control del dolor. Consultado el día 28 de Marzo del 2003 en <http://www.tupediatra.com/embarazo/masaje-perineal.htm>

- Sujetarlo fuertemente cuando más duele.
- Aplicar masajes firmes y circulares utilizando la palma de la mano en la parte central de la espalda o hueso sacro. Esto es especialmente útil cuando hay dolor en la espalda.
- Apretar y soltar los músculos de los hombros.
- Masajear todo el largo de la espalda hacia la cadera, la cadera y la parte posterior de las piernas; masajear la frente hacia las sienes, luego el cuello hasta los brazos.
- Simplemente sujetar las manos.

Durante el embarazo, se debe buscar el tiempo para practicar y explorar algunas de estas técnicas o todas ellas. Con el compañero o un amigo, se debe determinar qué tipos de masajes son cómodos para ambos. La relajación es útil si las manos de quien realiza los masajes están tibias o bien si se realizan los masajes lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos. La utilización de aceite o talco ayuda a que las manos se deslicen por la piel y otorguen una presión suave y pareja.

Masaje del perine. El masaje perineal es una técnica utilizada para incrementar la posibilidad de dar a luz sin necesidad de una episiotomía. Sirve para estirar los tejidos perineales produciendo menos resistencia al nacimiento del bebé, disminuyendo la necesidad de cortar el tejido para ampliar el canal vaginal. Si los músculos del piso pélvico se encuentran relajados, también presentarán menos resistencia, por lo cual el masaje perineal es muy útil al ayudar a la mujer a identificar sus músculos perineales y a relajarlos en respuesta a la presión. Usar aceite para dar masaje puede suavizar el tejido, reduciendo nuevamente, la resistencia el paso del bebé y la necesidad de practicar una episiotomía.

Instrucciones. El masaje debe darse diariamente por lo menos durante 5 minutos, 6 semanas antes de la fecha probable de parto. Puede hacerlo usted o su pareja utilizando algún aceite vegetal natural, como por ejemplo el de almendras. Se debe asegurar de estar comfortable, se puede probar la posición semisentada y recargarse en algunos cojines, las piernas pueden estar en posición ginecológica flexionadas hacia los lados, recuerde que por ahí va a pasar el bebé. Las primeras veces que se haga esto, se debe tomar un espejo y acomodarlo de tal forma que sea posible ver lo que se está haciendo. Se deben mojar los dedos en el aceite o en alguna jalea lubricante, se introducen los dedos en la vagina y se empieza a masajear la parte inferior en forma de "U". Este movimiento ayudará a estirar el tejido vaginal, los músculos que rodean la vagina y la piel que cubre el periné. Al principio se sentirá que los músculos se tensan, en lugar de relajarse, pero con el tiempo y la práctica será posible relajar los músculos durante el masaje y se aprenderá a irlos relajando conforme se aplique presión. A medida que se practique, se puede ir aplicando un poco más de presión hasta que sienta que empieza a molestar, o tal vez a adormecerse. Más tarde se podrá reconocer esta sensación al sentir al bebé descender por la vagina y distenderse los tejidos a su paso.

- d) Posiciones útiles durante la primera etapa del trabajo de parto (fase de dilatación).** Muchas mujeres sienten la necesidad urgente de caminar asistidas por su(s) acompañante(s) durante la primera etapa del trabajo de parto. Otras prefieren

inclinarse sobre la cama o un banco, o bien sentarse en una silla. A algunas mujeres les resulta más cómodas las posiciones del tipo “cuatro patas” o “perrito”, especialmente si experimentan dolor en la parte baja de la espalda. Otras prefieren arrodillarse sobre un almohadón o acostarse de costado en una posición semihorizontal con el soporte de almohadas. Mientras que se recomienda cambiar de posición durante el trabajo de parto, también se agradece la ayuda e imaginación de quienes la acompañen. En todas las posiciones, se recomienda sostener la cabeza y los brazos para permitir la completa relajación entre contracciones. Adoptar diferentes posiciones indefectiblemente ayuda a que se sienta más cómoda. Es mejor practicarlas con bastante antelación para que usted pueda decidir cuál le resulta más cómoda.

Posiciones útiles para la segunda etapa del trabajo de parto (fase de pujo o parto).

Para algunas mujeres permanecer en posición vertical durante la etapa de pujo del trabajo de parto es la posición más natural. Las posiciones verticales (en cuclillas o semicucullillas) facilitan la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta el diámetro total de la pelvis. Por lo tanto, es posible que las posiciones verticales fomenten el descenso del bebé por el canal de parto. Si el progreso a la segunda etapa del trabajo de parto resultara lento, cambiar a una posición vertical podría ser muy provechoso. En el momento en que el parto es inminente, probablemente deberá adoptar una posición más reclinada con el fin de facilitar el control del parto. Se debe aceptar la asistencia de el médico u obstétrica porque ellos también podrían tener indicaciones durante el parto. El acompañante y la partera pueden brindar un mejor apoyo físico. Discuta estas posiciones con el médico u obstétrica, si lo cree necesario, y practíquelas con el “equipo de apoyo”.

- e) **Música.** Existen algunos registros históricos que revelan que, en la antigua Grecia, era práctica habitual tocar música instrumental relajadora a las mujeres en trabajo de parto. La música puede causar efectos relajantes debido a su capacidad de alterar el humor, reducir el estrés y alentar a tener pensamientos positivos. Puede utilizarse como factor detonante de respuesta respiratoria o de relajación. La música puede resultar reconfortante tanto para usted como para quienes la acompañan.
- f) **Los movimientos rítmicos.** Muchas mujeres opinan que los movimientos rítmicos ayudan a aliviar el dolor durante el trabajo de parto. Esto no es para nada sorprendente ya que el movimiento es en sí una respuesta común a varias situaciones de dolor. Del mismo modo, durante el trabajo de parto, muchas mujeres sienten la necesidad instintiva de mantenerse activas. El movimiento es una fuente de contraestimulación y puede estimular la expulsión de las endorfinas propias del sistema nervioso. Por ejemplo, mover la pelvis hacia atrás y adelante durante las contracciones con frecuencia alivia el dolor. Esto puede lograrse sentada, parada, arrodillada, acostada o bien en cuatro patas.

Otros movimientos rítmicos son golpetear con los dedos, masajear el abdomen, respirar rítmicamente y zapatear. Para algunas mujeres es de gran ayuda contar, cantar, gritar o berrear al mismo tiempo. Cualquier acción que adopte, debe ser rítmica y repetida, y además debe hacerla sentir mejor.

g) Calor y frío. Otras dos maneras simples de aliviar el dolor y contribuir a la relajación durante el trabajo de parto son la aplicación de frío y de calor. Estos también provocan contraestimulación. El calor puede aplicarse de varias formas:

- Tomando una ducha o un buen baño caliente.
- Poniendo una bolsa de agua fría o una toalla caliente sobre el abdomen.
- Aplicando una compresa caliente en el periné.

Para algunas mujeres aplicar frío provoca más alivio que aplicar calor. Una toalla fría y húmeda es siempre refrescante mientras que una bolsa con hielo suele dar buenos resultados en la zona lumbar.

h) Acompañante. La presencia del compañero es de gran ayuda durante el trabajo de parto ya que en todo momento de gran estrés siempre es bueno tener cerca a quienes amamos.²⁰ Las mujeres a menudo dicen que no podrían haber manejado la situación sin tal apoyo y cuidado. No existen sugerencia alguna de que la presencia del compañero reduzca la necesidad de administrar calmantes si fuera necesario. Obviamente se necesitará elegir al acompañante o acompañantes de manera cuidadosa. Esta persona debe compartir la actitud frente al parto. Resulta de gran ayuda que haya tenido cierta preparación también; debe haber asistido a los cursos prenatales y discutido con usted las expectativas y deseos con anterioridad al parto. El compañero o acompañante puede ayudar de varias manera. Por ejemplo:

- Ayudar a encontrar posiciones cómodas y brindar apoyo físico.
- Dar masajes y caricias.
- Alentar.
- Ayudar a relajarse y a concentrarse en la respiración.
- Cambiar la música, traer toallas calientes y pasarle hielo.
- Actuar como su defensor.

i) Imágenes. La actividad mental creativa (conocida como creación de imágenes) invita a la relajación y ayuda a las mujeres a controlar el dolor durante el trabajo de parto. Muchas personas utilizan este recurso en la vida cotidiana. Por ejemplo, cuando sentimos hambre generalmente podemos “ver” (creación de imagen visual) y “degustar” (creatividad de imagen gustativa) una comida imaginaria delante de nosotros, incluso al punto de hacernos agua la boca. La expresión “creación de imágenes” o “visualización” implica la utilización exclusiva del sentido de la vista. Sin embargo, todos los sentidos (vista, tacto, oído, gusto y olfato) pueden entrar en funcionamiento durante esta actividad.

j) Tens. La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) se utiliza durante el trabajo de parto para ayudar a aliviar el dolor. Consecuentemente, los electrodos se ubican a cada lado de la parte inferior de la espina dorsal. Se logra así una estimulación leve y se aumenta la intensidad de la corriente durante las contracciones por medio del

²⁰ Dr. Meyer Magarici. Métodos “naturales” de control del dolor. Consultado el día 28 de Marzo del 2003 en <http://www.tupediatra.com/embarazo/masaje-perineal.htm>

control manual. El momento más efectivo para comenzar a utilizar el generador TENS es al principio del trabajo de parto antes de que el dolor se torne demasiado intenso. TENS no es un método invasivo y es simple de usar. No tiene efectos colaterales (además de irritar la piel) y es controlado por la madre misma. TENS es un dispositivo portátil y no interfiere con la movilidad de la madre, a veces puede interferir con la señal del monitor fetal electrónico. En este caso, se recomienda apagarlo. Las madres no manifiestan una opinión uniforme respecto de la efectividad del TENS durante el trabajo de parto. En la práctica, normalmente se requiere la utilización de algún otro analgésico aunque es posible que la dosis necesaria sea menor si la madre usa TENS. No es efectivo para todas las mujeres y a algunas les incomoda el hormigueo que causa.

2.1.4 Manejo del trabajo de parto

TRABAJO DE PARTO FALSO VS TRABAJO DE PARTO VERDADERO

TRABAJO DE PARTO FALSO	TRABAJO DE PARTO VERDADERO
<ul style="list-style-type: none">• Las contracciones son usualmente irregulares y cortas.• No se hacen más frecuentes, ni más intensas.• Caminar no aumenta su intensidad.• Acostarse puede hacer que se quiten• Generalmente se perciben en el fondo.• El cervix puede suavizarse pero con poco avance de borramiento o dilatación.• El bebé permanece básicamente en la misma posición.	<ul style="list-style-type: none">• Las contracciones pueden ser irregulares al principio.• Tienen tendencia a regularizarse y a aumentar su frecuencia, duración e intensidad.²¹• Caminar aumenta su intensidad.• Persisten independientemente del cambio de posiciones.• Mediante palpación se percibe el endurecimiento en todo el vientre.• El cervix se suaviza, adelgaza y dilata.• El bebé empieza a descender dentro de la pelvis.

NOTA: La presencia de los siguientes síntomas de alarma durante el trabajo de parto, son indicaciones para irse al hospital, independientemente de la evolución del trabajo de parto:

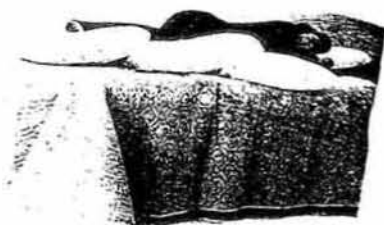
- Sangrado vaginal.
- Salida de agua por la vagina.
- Dolor de cabeza persistente o taquicardia.
- Dolor abdominal intenso que no concuerda con contracciones.

²¹ Deitra, Leonard Lowdermilk. Factores y procesos esenciales del parto normal. Washington Cap. 14. Pag. 310.

GUÍA PARA TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE

CARACTERÍSTICAS COMUNES	COMPORTAMIENTO PROBABLE	COMPAÑÍA Y APOYO	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente dura 6 horas o más. • El intervalo entre contracciones es de 5 minutos o más. • La dilatación llega hasta 3 centímetros. • La dilatación de las contracciones es de 30 a 40 segundos. • Generalmente son de intensidad media y conforme progresa esta fase tienden a aumentar su frecuencia, duración e intensidad. • El cervix se suaviza, adelgaza y dilata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experimenta una mezcla de ansiedad y excitación. • Es buen tiempo para localizar a las personas que estarán presentes en el nacimiento del bebé. • Puede sentirse cómoda, contenta, ansiosa y lista para el trabajo de parto. • Revisión de los documentos y la maleta que llevará al hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ten confianza, relájate y conserva la calma y el control. • Lleva un registro de las contracciones. • Bríndale mucha atención y apoyo. • Repasa los recursos que podrán utilizar a lo largo del trabajo de parto.²² • Distráiganse, permanezcan solos pues faltan muchas horas de trabajo de parto. • Si ella duerme, no la despiertes. • Descansa y aliméntate. • Disfruta y comparte el trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ignora las contracciones si es posible. • Descansa, si te es posible duerme, toma una siesta. • Alterna posiciones. • Escucha algo de música y si deseas, baila o balancéate a su ritmo. • Date un baño de agua tibia. • Come si tienes hambre y toma suficientes líquidos. • Orina frecuentemente, tal vez cada hora. • Concéntrate en algo positivo que ves, sientes, hueles, saboreas, oyes o piensas.

²² ENEO/UNAM/CIMIGEN. Manual de apoyo, métodos y recursos utilizados en Psicoprofilaxis perinatal. México. 1999. Pag. 25.



GUÍA PARA TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA

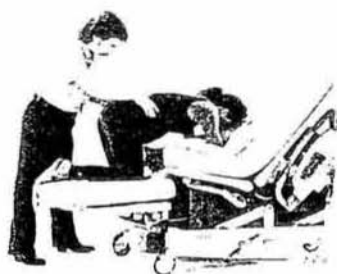
CARACTERÍSTICAS COMUNES	COMPORTAMIENTO PROBABLE	COMPAÑÍA Y APOYO	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente dura de 3 a 6 horas. • Las contracciones cambian su frecuencia a 3/10 minutos. • La dilatación percibida de las contracciones es de 40 a 60 segundos. • Pueden experimentarse como presión sobre el vientre o el área púbica, molestia en la espalda o cólicos menstruales. • No siempre se perciben como dolorosas. • Puede sentir la boca seca, calor y transpiración. 	<ul style="list-style-type: none"> • La efectividad de los recursos para el manejo del trabajo de parto aumenta su seguridad y confianza. • Deja de moverse durante las contracciones cerca de los 4 centímetros. • Al evolucionar el trabajo de parto busca posiciones más horizontales. • Si está cansada; se siente intranquila, dependiente e insegura acerca de su habilidad para manejar el trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observa su respuesta a las contracciones, verifica su relajación y animala a utilizar los diferentes recursos. • Asegúrate de que sea admitida en el hospital hasta que el trabajo de parto esté bien establecido. • Indicaciones para irse al hospital: Primigesta: esperar 2 horas de contracciones 3/10 minutos para dirigirse al hospital. Multigesta: esperar 1 hora de contracciones 3/10 minutos para dirigirse al hospital. • Cuando se encuentren en el hospital ejerzan el consentimiento informado. • Asistente profesional de trabajo de parto. Apoyo a ambos participantes. Conoce la duración del trabajo de parto, las respuestas físicas y emocionales que se presentan y los recursos que pueden utilizarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantente relajada todo el tiempo que dure la contracción y combina relajación, respiración y posiciones. • Descansa entre una contracción y otra. • La respiración rítmica lenta y profundiza la relajación y es mejor para la mamá y el bebé, regresa a ella siempre que te sea posible. • Modifica tu ritmo respiratorio para contracciones muy intensas. • El movimiento, el balanceo y las posiciones erectas promueven el descenso del bebé dentro de la pelvis. • Cambia de posición cada 30 minutos. • Orina frecuentemente. • Trabajo de parto con molestia en la espalda o la cadera. • Quita el peso fetal de tu espalda. • Prueba masaje y terapia térmica (frio-caliente).



GUÍA PARA TRABAJO DE PARTO FASE DE TRANSICIÓN

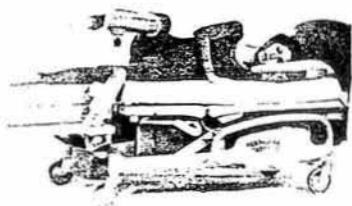
CARACTERÍSTICAS COMUNES	COMPORTAMIENTO PROBABLE	COMPAÑÍA Y APOYO	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Es la fase más difícil pero más corta del trabajo de parto. • Generalmente dura de 12 a 20 contracciones. • La dilatación va de 8 a 10 centímetros. • Las contracciones cambian su frecuencia de 4/10 a 5/10 minutos. • La duración de las contracciones es de 50 a 90 segundos. • Puede aparecer el deseo de pujo. • Puede experimentarse sensación dolorosa severa en espalda, cadera o cintura. • Así como sudoración, escalofríos, náuseas, vómito, calambres en las piernas y cansancio extenuante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquieta, ansiosa e irritable. • No tiene una clara perspectiva. • Puede molestarle que le hablen o la toquen durante las contracciones.²³ • Puede verse somnolienta y no querer moverse. • A menudo se siente incapaz de seguir adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda que las funciones más importantes del compañero de trabajo de parto son dirigir, guiar y apoyar, no controlar, ni ganar a toda costa. • Comprende lo que está sucediendo y mantente alerta para identificar señales de pánico en ti o en ella. • Mantén contacto visual, acerca tu cara a la de ella, y pídele que respire contigo. • Si no puede controlar esta contracción, no importa. Anímalala a que se relaje y descance entre contracciones. • Recuérdale que pronto se sentirá mejor y ofrécele compresas frescas para su frente, pedacitos de hielo, bálsamo labial o tu respeto y tu silencio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relájate, y busca si hay partes de tu cuerpo que se encuentren tensas. • Adapta tu respiración a diferentes patrones y si lo deseas has sonidos que liberen la tensión y te relajen. • Utiliza tacto, masaje, calor, frío presión o ninguno. • Asume una variedad de posiciones y utiliza la gravedad para promover el trabajo de parto y el nacimiento espontáneos. • Orina frecuentemente. • Ajusta la luz a tu comodidad. • Concéntrate en el momento y responde sólo a esta contracción. • Investiga cuáles son tus necesidades y comunícales a los demás. • Concéntrate en las sensaciones de tu cuerpo y déjalas ser.

²³ ENEO/UNAM/CIMIGEN. Manual de apoyo, métodos y recursos utilizados en Psicoprofilaxis perinatal. México. 1999. Pag. 28.



GUÍA PARA TRABAJO DE PARTO PERÍODO DE EXPULSIÓN

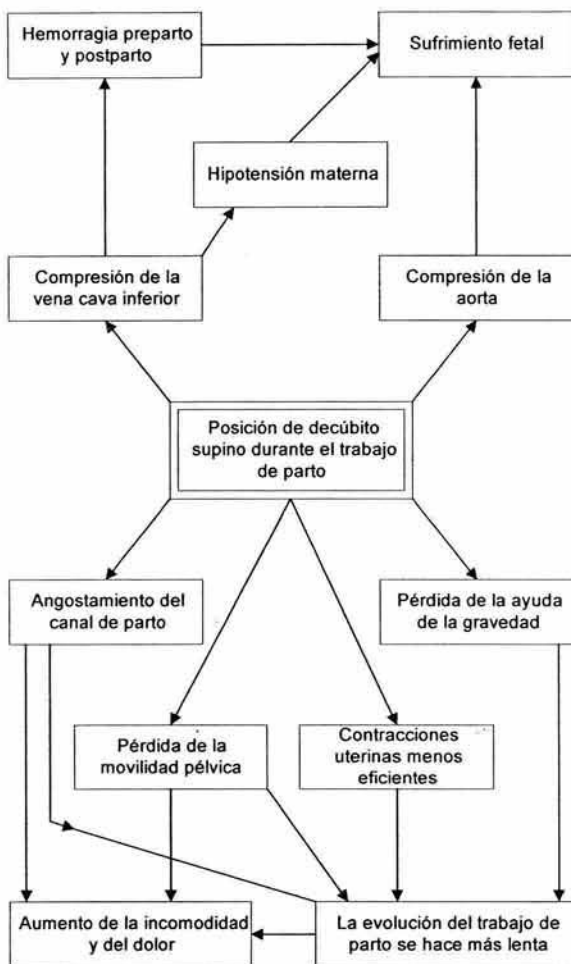
CARACTERÍSTICAS COMUNES	COMPORTAMIENTO PROBABLE	COMPAÑÍA Y APOYO	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> El nacimiento del bebé es la mayor tarea del trabajo de parto. Se completa la dilatación. Dura de 15 minutos a 2 horas, dependiendo del tamaño y posición del bebé, de la amplitud de los diámetros pélvicos, de la velocidad del descenso y de la dirección de los esfuerzos expulsivos. Las contracciones se espacian de 2 a 5 minutos, duran 60 a 90 segundos. La vulva y el recto se abultan. Aparece el deseo de pujo y ayudar a expulsar al bebé alivia la sensación dolorosa. El esfuerzo inadecuado, el grado de tensión del periné o rotación de la cabeza fetal en el canal de parto, pueden interferir con el progreso de este periodo y hacerlo doloroso, a pesar de la analgesia natural. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe un cambio de sensaciones, siente más ánimo y fuerza al espaciarse las contracciones. La mujer que se ha preparado se siente emocionada porque ya va a nacer su bebé. Los primeros esfuerzos expulsivos son generalmente incoordinados y quizá verbalice que no puede. El bebé desciende por el canal de parto. Puede sentirse descontrolada por las sensaciones de estiramiento, calor o abultamiento perineal. Generalmente se siente emocionada con el nacimiento de su bebé y quiere verlo, revisarlo y tocarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuando la pareja puede presenciar y participar en el nacimiento de un hijo se da cuenta de que es una experiencia única y de que su participación afectiva y el recibimiento de su bebé son lo más importante. Mantente cerca de su cara para que pueda escuchar explicaciones acerca de los procedimientos y responder a las indicaciones. Proporciónale apoyo verbal específico y si es necesario guíala para que pueda coordinar el esfuerzo expulsivo. Verifica que independientemente de la posición en la que se encuentre debe mantener la pelvis balanceada y su espalda curvada. Retroalimenta su esfuerzo positivamente. Comparte este momento y recuerda que puede ser una profunda experiencia espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> La presencia del deseo de pujo generalmente indica que la dilatación se ha completado. Mantén la respiración rítmica lenta durante las contracciones hasta que el deseo de pujo sea intenso, de esta manera podrás pujar más eficientemente. Cuando el deseo de pujo sea definido sopla o jadea durante toda la contracción para evitar pujar y pide que te revisen entre una contracción y otra. Recuerda que no desaparecerá el deseo de pujo al modificar tu respiración. Si la dilatación aún no está completa y el deseo de pujo es apremiante modifica el apoyo de la cabeza fetal sobre el recto. Sigue indicaciones, una vez que te permitan pujar realiza una o dos respiraciones de limpieza al inicio de la contracción y después inicia el esfuerzo expulsivo. Independientemente de la posición en que te encuentres mantén tu pelvis balanceada y tu periné relajado. Recuerda que el parto no es un examen donde debes permanecer callada y quieta y disfruta el nacimiento de tu bebé.



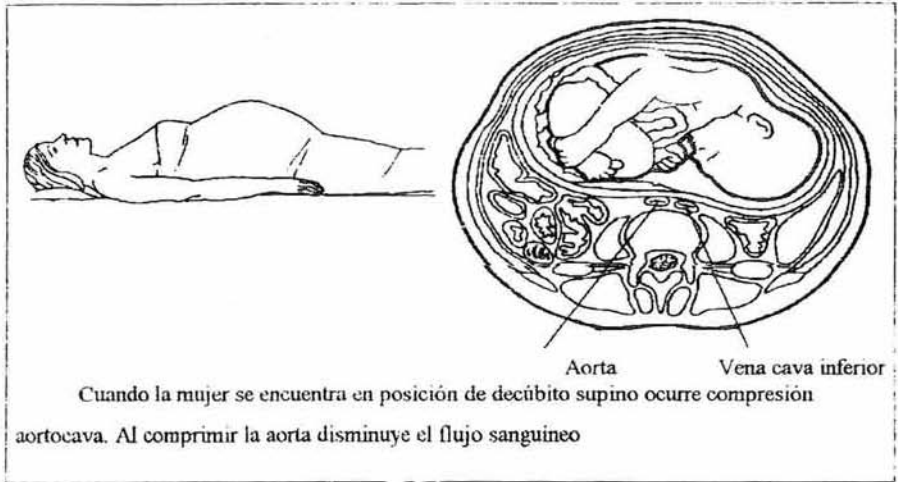
GUÍA PARA TRABAJO DE PARTO ALUMBRAMIENTO

CARACTERÍSTICAS COMUNES	COMPORTAMIENTO PROBABLE	COMPAÑÍA Y APOYO	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Las contracciones cesan temporalmente después del nacimiento del bebé. • Nacimiento de la placenta. • La recuperación puede estar acompañada de sangrado, escalofríos, temblorina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de alivio. • Pregunta acerca del trabajo de parto y del nacimiento del bebé y puede disculparse de su comportamiento. • Se cerciora de que el recién nacido se encuentra en un buen estado de salud. • Generalmente se siente más alerta, pero puede tener sueño, especialmente si el trabajo de parto fue largo y difícil. • Busca la expresión de sus sentimientos hablando, riendo o llorando. • Busca contacto con el bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparte sus sentimientos como pareja. • Hágale sentir cómoda con su comportamiento y asegúrele que no necesita disculparse acerca de él. • Recuérdele las cosas buenas que ella hizo, felicítela por todo el trabajo y explíquele los detalles que le pregunta acerca del trabajo de parto y del nacimiento. • Promueva la interacción temprana de los padres con el infante para que pueda tocarlo, cargarlo y amamantarlo. • Si es posible demore la revisión pediátrica no indispensable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relájate y disfruta el nacimiento de tu bebé. • Busca la oportunidad de conocerlo y expresa tus emociones sin pena. • Utiliza la respiración para manejar las molestias que puede producirte la salida de la placenta y la revisión. • Si hay necesidad de suturar desgarros o reconstrucción de la episiotomía, recuerda que sentirás la manipulación aunque el anestésico local debe quitar la sensación dolorosa. • El contacto piel a piel entre madre y el infante ayuda al bebé a establecer la flora común de la familia, de la cual lo protege el amamantamiento. • Si tu bebé está alerta y sobre tu vientre, observa como empieza a buscar el pezón para amamantarse.

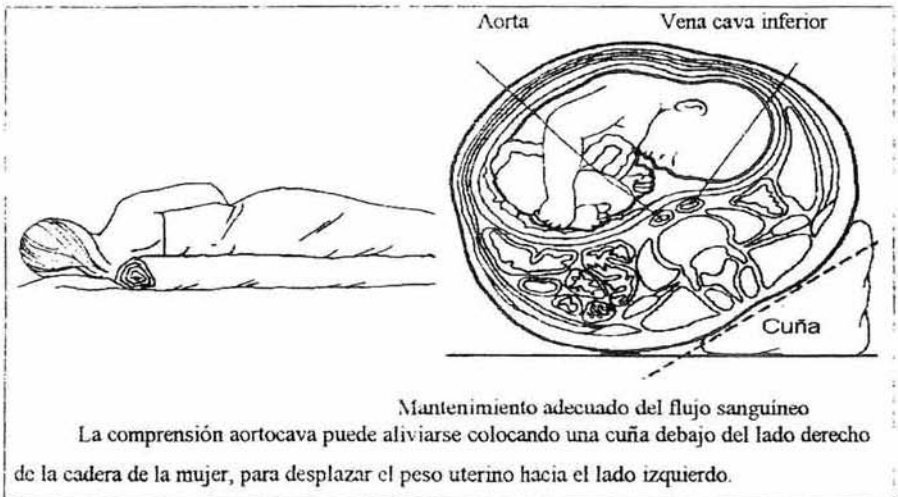
CONSECUENCIAS DE LA POSICIÓN DE DECÚBITO SUPINO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO



COMPRESIÓN AORTOCAVA *



COMPRESIÓN AORTOCAVA



POSICIONES PARA LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO

POSICIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
De pie	<ul style="list-style-type: none"> • Se aprovecha la gravedad durante las contracciones. • Las contracciones son menos dolorosas y más productivas. • El bebé está alineado en el ángulo de la pelvis. • Se calma el dolor de espalda. • Puede acelerarse el trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansada durante periodos largos. • Resulta imposible con anestesia.
De pie e inclinada hacia adelante	<ul style="list-style-type: none"> • Las mismas que estando de pie. • Puede resultar más descansado que permanecer de pie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mismas que estando de pie.
Caminando	<ul style="list-style-type: none"> • Las misma que estando de pie. • El movimiento en la pelvis favorece el descenso del bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansada durante periodos largos. • Difícil o imposible con anestesia o monitoreo fetal electrónico.
Sentada derecha	<ul style="list-style-type: none"> • Buena posición para descansar. • Se saca algo de la ventaja de la gravedad. • Puede usarse con monitoreo fetal electrónico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede hacer lento el avance del trabajo de parto si se le usa durante periodos largos.
Semisentada	<ul style="list-style-type: none"> • Las mismas que sentada derecha. • Se hacen posibles los exámenes vaginales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mismas que sentada derecha. • Aumenta el dolor de espalda.
Sentada, inclinada hacia adelante con apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Las mismas que sentada derecha. • Calma el dolor de espalda. • Buena posición para un masaje en la espalda. 	
Sobre manos y rodillas	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a aliviar el dolor de espalda. • Ayuda a la rotación del bebé. • Permite el balanceo de la pelvis. • Puede usarse cuando otras posiciones provocan una caída en la frecuencia cardiaca del bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mismas que sentada derecha.

POSICIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
De rodillas, inclinada hacia adelante con apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas que sobre manos y rodillas. Menos tensión en muñecas y manos que en la posición sobre manos y rodillas. 	<ul style="list-style-type: none"> Inconveniente en las revisiones vaginales para la mayoría de los profesionales. Manos y rodillas pueden dormirse o doler después de un rato. Puede interferir con la revisión externa del bebé (monitoreo). Puede resultar cansada en periodos largos.²⁴
Acostada de lado	<ul style="list-style-type: none"> Posición muy buena para descansar. Conveniente para muchas intervenciones. Ayuda a bajar la presión elevada de la sangre. Puede impulsar el progreso del trabajo de parto cuando se alterna con la acción de caminar. Segura en caso de haber sido administrados medicamentos para el dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> Puede interferir en la revisión externa del bebé (monitoreo).
En cuclillas	<ul style="list-style-type: none"> Saca ventaja de la gravedad. Puede resultar cómoda y calma el dolor de la espalda. Puede aumentar la alineación del bebé y el descenso en la pelvis. 	<ul style="list-style-type: none"> Las contracciones pueden resultar menos efectivas y más largas.
Acostada sobre la espalda	<ul style="list-style-type: none"> Conveniente para la actividad del profesional y la revisión vaginal. Puede ayudar a descansar. Conveniente para el monitoreo (electrónico) del bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> Puede no aumentar el descenso del bebé si la situación es alta. Cansada en periodos largos. Las piernas pueden dormirse si se usa en periodos largos. Puede provocar hipotensión supina y peligro fetal. Puede aumentar el dolor de espalda. Psicológicamente vulnerable. Las contracciones del trabajo de parto resultan más largas y dolorosas, menos productivas.

²⁴ Kitzinger, Sheila. El embarazo y parto. Editorial diana. México.1996. Pag. 88.

2.1.5 Manejo del período expulsivo

Consideraciones importantes sobre el período expulsivo del trabajo de parto

- » En los últimos años y después de revisar la literatura concerniente al parto, se considera que el conocimiento científico debe tomar en cuenta el criterio y la comodidad de la mujer para ayudarla a seleccionar posiciones en las que sienta que pujan con mayor eficacia. En la actualidad la mayoría de las mujeres prefieren diversas posiciones, en lugar de estar acostadas durante el trabajo de parto.
- » Estudios anatómicos y fisiológicos han demostrado la eficacia de una actitud de participación y de buscar ser asistidos por la fuerza de gravedad por parte de la mujer durante la expulsión de su bebé. El contenido del útero presiona en los propioceptores del cervix, y después en el piso pélvico, estimulando el reflejo de Ferguson, causando el aumento de producción de oxitocina de la pituitaria. Adicionalmente se relajan las articulaciones pélvicas. Estos son factores muy importantes para un periodo expulsivo más fácil y eficaz.
- » La duración del 2do. Período del trabajo de parto puede prolongarse sin problemas mientras no se presenten algunos de los 5 signos que indican la necesidad de intervención:
 - a) Patrones de ritmo cardíaco fetal anormales (especialmente cuando hay pérdida de variabilidad).
 - b) Duración de más de 2 horas en primíparas y más de 1 hora en multíparas.
 - c) Niveles de P.H. fetales menores de 7.2.
 - d) Contracciones de poca calidad.
 - e) Detención en el descenso y la rotación.
- » La dilatación completa no siempre se acompaña de un descenso fetal adecuado, para que se inicie el reflejo de expulsión (deseo de pujo).
- » Existe evidencia de que la posición en decúbito dorsal (que no permite aprovechar la fuerza de gravedad), puede causar hipotensión en la madre, y provoca hipoxia fetal, requiere mayor esfuerzo para la expulsión y dificulta el descenso del bebé.
- » En cuanto a la respiración durante el esfuerzo de expulsión, algunos autores recomiendan ruidos y vocalización con la glotis semicerrada, ya que esto asiste a los músculos abdominales a que se produzca una mayor fuerza al empujar durante la exhalación. Es decir que la mujer empuje exhalando el aire. Algunos autores recomiendan pujar con la glotis cerrada y a partir de una inhalación profunda para prolongar el esfuerzo, en tanto que otros, hablan de matener el pujo por no más de 5 a 6 segundos y de mantener una respiración lenta y tranquila durante el descenso del bebé.
- » Algunos investigadores afirman que sostener el aire para pujar con la glotis cerrada, aumenta la presión intratorácica que a su vez impide el retorno de sangre venosa al corazón, causando una caída de la presión sanguínea, disminución de frecuencia cardiaca y disminución de sangre al útero. Esto a su vez causa hipotéticamente hipoxia fetal.
- » En tanto que la mujer esté cooperando con las fuerzas del trabajo de parto se le debe insistir a un pujo espontáneo que responda a las urgencias que impone el útero.
- » Para la mayoría de los médicos, resulta incómodo la libre vocalización de la mujer al pujar y los ruidos son mal interpretados como dolor y descontrol. ¡Este pensamiento se debe modificar!

» Muchos son los estudios que se han llevado a cabo en relación a la episiotomía. Sin embargo, el punto importante no es realmente si se necesita o no realizarla, sino más bien si debería o no realizar en forma rutinaria. Para evitar una episiotomía se deben tener en cuenta varios factores:

- Control de la mujer para responder a las sugerencias de cuando pujar y cuando no pujar.
- Trabajo sobre periné desde el embarazo (masajes) y durante el trabajo de parto para promover elasticidad.
- Manejo fisiológico del período expulsivo que incluya la observación constante de la distensión y realizar el corte solo si se requiere.
- Una posición favorable al pujar, ya que la distensión de los tejidos de forma uniforme es esencial para evitar desgarros.

POSICIONES PARA LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO

POSICIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Semisentada	<ul style="list-style-type: none"> • Conveniente para quien atiende el parto. • Alguna ventaja en comparación con estar acostada. • Facilidad para estar en cama o llegar a la camilla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede agravar hemorroides. • Puede restringir la libertad de movimiento del sacro cuando se necesita más lugar en la pelvis. • Puede retardar el pasaje de la cabeza debajo del hueso púbico.
Acostada de lado	<ul style="list-style-type: none"> • Neutral con respecto a la gravedad. • Util para aminorar una segunda etapa demasiado rápida. • Favorece en caso de que la madre tenga alta presión sanguínea. • Aumenta las posibilidades de un perineo intacto. • Saca la presión de las hemorroides. • Puede reducir el dolor de espalda. • Ayuda a la relajación entre los pujos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede no ser familiar para el profesional, quien deberá acomodar su técnica para el parto. • No es favorable en caso de que se necesite acelerar la segunda etapa.

POSICIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Sobre manos y rodillas	<ul style="list-style-type: none"> • Neutral con respecto a la gravedad. • Ayuda a la rotación del bebé. • Aumenta las posibilidades de un perineo intacto. • Saca la presión de las hemorroides. • Permite la libertad de movimientos, del balanceo, de la pelvis. • Puede reducir el dolor de espalda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo mismo que para el estar acostada de lado. • Cansa en períodos largos.
Acostada sobre su espalda con las piernas hacia atrás, levantando la cabeza para pujar.	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar las piernas abiertas hacia atrás ensancha la salida pélvica. • A veces ayuda a que la cabeza del bebé presione el hueso púbico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión supina. • El mantener la posición cansa a la madre y puede accionar en contra de la gravedad.
En cuclillas	<ul style="list-style-type: none"> • Saca ventaja de la gravedad. • Ensancha la salida pélvica. • Requiere un menor esfuerzo para empujar hacia abajo. • Puede aumentar la rotación y el descenso en un nacimiento dificultoso. • Resulta útil si la madre no siente la necesidad de pujar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificulta la situación en una cama común (resulta útil para una cama especial con barra para posición en cuclillas). • Dificulta al profesional la visión del perineo. • Puede provocar la expulsión demasiado rápida y el desgarro del perineo. • Puede resultar incómoda.
En cuclillas con apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta el descenso en nacimientos dificultosos. • Permite la relajación de la pelvis y que el bebé despliegue los huesos de la pelvis. • Aumenta las posibilidades de un perineo intacto. • Elimina las presiones externas en la pelvis producidas por la cama, la silla, los músculos extendidos, etc. • Saca ventaja de la gravedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultan comunes los calambres en las piernas. • Puede asustar el dar a luz al borde de la camilla. • Restringe el movimiento del sacro. • Posible hipotensión supina. • Restringe los esfuerzos de la madre, lo cual podría prolongar el parto.

POSICIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Semilitotomía	<ul style="list-style-type: none"> • Ligera ventaja de gravedad sobre el estar completamente acostada. • La madre puede ver el nacimiento. • La madre puede ver quien atiende el parto, lo cual es alentador. • Resulta conveniente para quien atiende el parto. • Puede resultar necesaria para ciertas intervenciones (forceps, episiotomía, etc.). • Los estribos sostienen las piernas cuando la anestesia provoca la pérdida del control muscular en la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acciona contra la gravedad. • Puede asustar el dar a luz al borde de la camilla. • Resultan comunes los calambres en las piernas. • Dificulta la visión del nacimiento o de quien lo atiende. • Hipotensión supina. • Restringe los esfuerzos de la madre lo cual puede prolongar el parto.
Litotomía	<ul style="list-style-type: none"> • Resulta conveniente para quien atiende el parto. • Puede resultar necesaria para ciertas intervenciones (forceps, episiotomía, etc.).²⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • No se aprovecha la fuerza de gravedad. • Son comunes los calambres en las piernas. • Es más difícil ver el nacimiento (salvo que esté instalado un espejo). • La postura puede generar hipotensión. • Limita la posibilidad de hacer fuerza.

²⁵ ANIPP. Diez razones para promover el parto Psicoprofiláctico. Editorial Abbott. S.A. de C.V. México. 1999. Pag. 23.

FUNDAMENTOS DEL MANEJO DEL PERÍODO EXPULSIVO

MANEJO ACTIVO	MANEJO PSICOLÓGICO
1. El período expulsivo es traumático para el feto.	1. El período expulsivo beneficia al producto al estimular la movilización de secreción hormonal (catecolaminas, prostanglandinas, endorfinas, etc.) que promoverán la adaptación del bebé a la vida extrauterina.
2. Entre más largo sea el período expulsivo, más pobre será la calidad neonatal del producto. ²⁶	2. La duración del segundo período es dictada por la condición materno-fetal.
3. La episiotomía reduce la compresión a la cabeza del producto y acorta la duración del período expulsivo.	3. El comportamiento materno espontáneo que alterna los esfuerzos de pujo con respiraciones superficiales, lentas o rápidas, previniendo la compresión indebida del cráneo del bebé permitiendo la distensión y relajación gradual de la musculatura perineal
4. La episiotomía beneficia a la madre protegiéndola de desgarros y de excesiva distensión perineal.	4. Los esfuerzos naturales de pujo en posiciones psicológicamente favorables permiten la distensión perineal de manera uniforme, disminuyendo la incidencia de laceraciones y aumentando, ligeramente, los diámetros pélvicos.
5. Posición de litomía para el período expulsivo	5. Los criterios para la selección de posiciones durante el período expulsivo deben basarse en la comodidad que proporcionan a la madre, el bienestar fetal que producen, o la manera en que favorecen la evolución del trabajo de parto.

²⁶ Deitra, Leonard Lowdermilk. Factores y procesos esenciales del parto normal. Washington Cap. 14. Pag. 318.

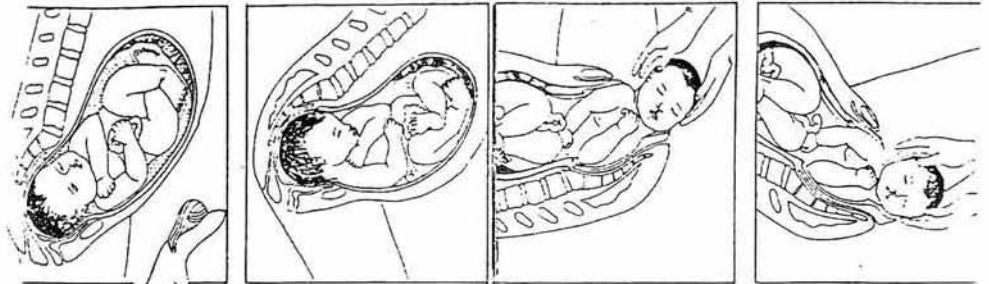
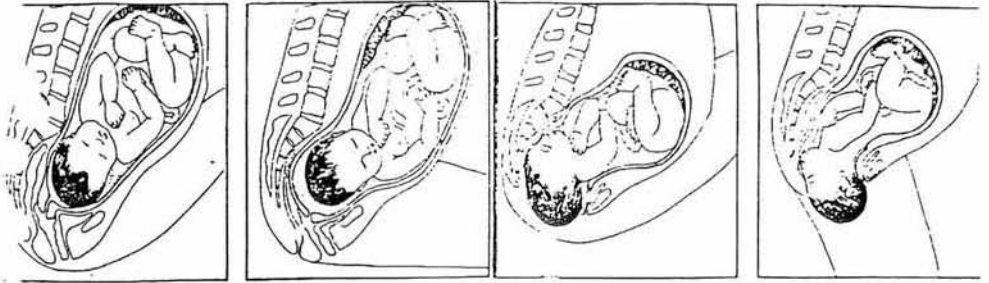


Fig. 1. Final de la gestación. La cabeza se ha encajado en el estrecho pélvico (especialmente en nulíparas). El cuello uterino o cérvix se ha reblandecido pero aún permanece muy engrosado.
 Fig. 2. Al inicio del parto la cabeza se ha introducido más profundamente en el canal pélvico. El cérvix se ha "delgazado" ("borramiento") pero aún

no ha empezado a dilatarse.
 Fig. 3. Primera etapa en curso. La cabeza desciende más. El cérvix empieza a dilatarse y el feto comienza a realizar la rotación interna.
 Fig. 4. Final de la primera etapa. La dilatación del cérvix es completa y el feto se ha encarado hacia la concavidad del sacro.

Fig. 5. La cabeza está coronando.
 Figs. 6 y 7. Salida de la cabeza.
 Fig. 8. Salida de los hombros.

MANEJO DEL PERÍODO EXPULSIVO

MANEJO ACTIVO	MANEJO PSICOLÓGICO
1. Inmovilización en decúbito supino, litotomía.	1. Posibilidad de movimiento, posibilidad de diferentes posiciones.
2. Pujar en respuesta a la voz de mando haciendo el máximo esfuerzo posible a lo largo de toda la contracción, haciendo el mínimo de cambios de aire.	2. Empujar espontáneamente, en esfuerzos generalmente cortos, cambiando el aire cuando la mujer lo necesita.
3. La utilización de analgesia reduce la intensidad de las sensaciones, el deseo de pujo y el tono muscular perineal.	3. Las sensaciones de deseo de pujo, la intensidad de la contracción, la sensación de distensión perineal, etc., guían los esfuerzos maternos.
4. La analgesia relaja el piso pélvico.	4. Relajación consciente del piso perineal.
5. Mesa de expulsión para facilitar el manejo médico.	5. El parto puede atenderse en silla perineal, en la cama, en cuclillas, con soporte humano, o en su defecto, en semifowler.
6. Campos estériles.	6. Se incita a la madre a tocar la cabecita del bebé.
7. Episiotomía.	7. Se busca la distensión uniforme del tejido perineal, la ayuda de la gravedad y una expulsión más espontánea, para disminuir, considerablemente, la incidencia de laceraciones.
8. Uso de Kristellers y fórceps, por sufrimiento fetal, período expulsivo prolongado, falta de progreso, mala posición del bebé, ineffectividad del esfuerzo expulsivo, cansancio de la madre, etc.	8. Las fuerzas combinadas de la contracción, los esfuerzos expulsivos espontáneos y el tono muscular perineal ayudan a rotar al bebé y a descenderlo a través del canal de parto.

Ejercicios de expulsión

Objetivos

1. Incrementar el efecto de la fuerza de la contracción durante el período expulsivo.
2. Disminuir la resistencia (factor oponente).
3. Conservar energía.
4. Facilitar el progreso del período expulsivo sin intervención.
5. Promover la participación activa de la mujer.

Recomendaciones

1. Relacionar la técnica con la fisiología del trabajo de parto.
2. Enfatizar que el esfuerzo expulsivo debe ser adaptado a la fuerza de las contracciones.
3. No prometer que el esfuerzo expulsivo será indoloro o proporcionará alivio.
4. Enseñar el ejercicio de expulsión en diferentes posiciones.
5. Incluir el papel del compañero y de doula.
6. Relacionar las prácticas enseñadas a las prácticas hospitalarias prevaletentes en la comunidad.

Respiraciones incluidas

1. Tradicional, valsalva modificada.
2. Fisiológica, exhalación controlada y vocalización.

Estrategias de enseñanza

1. Objetivos y fundamentación de la técnica.
2. Descripción verbal de la técnica.
3. Auxiliares didácticos para ilustrar.
4. Demostración.
5. Práctica con evaluación del educador perinatal.

Respiración durante el período expulsivo

- La expulsión del bebé es la meta principal del segundo período de trabajo de parto.
- Cuando se empiece a sentir el deseo de pujo, mantener la respiración rítmica lenta hasta que el deseo de pujo sea abrumador.
- Practicar los ejercicios de expulsión manteniendo la pelvis balanceada y el periné relajado.
- Concentrarse en la posición de el cuerpo, en la respiración, y empujar.
- Empezar y terminar siempre cada contracción con un par de respiraciones de limpieza.

Con glotis cerrada

- Valsalva Modificada
- a) Tomar aire, pero en vez de soltarlo lentamente, sostenerlo por aproximadamente 6 segundos.
- b) Cambiarlo rápidamente, sin soltar la presión del vientre, exhalando por boca e inhalando por nariz.
- c) Repetir el procedimiento hasta que termine la contracción.
- d) Hacer una o dos inspiraciones de limpieza y descansar.

Con glotis abierta

- Exhalación Forzada
 - a) Tomar aire y al exhalarlo soltarlo lentamente contra una ligera resistencia en la garganta y boca, mientras se relaja el periné y se empuja hacia abajo.
 - b) Mantener los músculos abdominales firmes alrededor del bebé, mientras se cambia el aire.
 - c) Repetir el procedimiento todo el tiempo que dure la contracción.²⁷
-
- Respiración con vocalización
 - a) Tomar aire, al igual que con la respiración fisiológica, pero al exhalarlo se vocaliza, mientras se relaja el periné, empujar hacia abajo.
 - b) Mantener la presión abdominal durante los cambios de aire.
 - c) Repetir hasta que termine la contracción.
 - d) Hacer una o dos inspiraciones de limpieza, descansar.

²⁷ Read, G.D. Parto sin dolor. Tercera edición. Argentina. Pag. 210.

2.1.6 La participación de la enfermera en la psicoprofilaxis perinatal

En todo el medio de enfermería se emplea la enseñanza personalizada, que con frecuencia es eficaz para ayudar a los pacientes a comprender y adaptarse a diversos problemas de salud. La mayoría de los contactos de la enfermera con la paciente, se lleva la enseñanza individual. Durante el embarazo, la enfermera tiene diversas oportunidades para mejorar la eficacia de los cuidados médicos, mediante explicación de los tratamientos y procedimientos, interpretación de lo que el médico dice a los padres e instrucciones específicas para cumplir con el régimen de cuidados. Cuando la paciente formula preguntas acerca de síntomas o sentimientos, o solicita información general, la respuesta inmediata de la enfermera cubre esta necesidad específica de conocimiento.²⁸

La orientación, intercambio de opiniones, o los consejos para ayudar a normar el juicio o la conducta de otras personas, se relaciona en forma muy estrecha con la enseñanza. Aunque la orientación es más personal y se enfoca a los sentimientos, cuando se usa en combinación con la presentación de ciertos hechos, permite que el aprendizaje sea mejor. Cuando se emplea la orientación de manera adecuada, se toma en cuenta el punto de vista de la paciente y se trabaja dentro de un marco de referencia aceptable para mejorar la comprensión, se logra un cambio de comportamiento en el sentido que se desea, ya que la paciente interioriza las nuevas metas.

Un ejemplo de la combinación de enseñanza con orientación y los cuidados en la etapa anterior al parto son los cuidados de enfermería individualizados en los cuales se ayuda a la paciente a reconocer sus sentimientos y temores y se le asegura que estas sensaciones son comunes, además de proporcionarle información para disipar conceptos erróneos o para que anticipe los eventos futuros y se prepare para ellos.

2.1.6.1 Participación de la enfermera en el embarazo

Durante las semanas de cuidados prenatales, la enfermera tiene la oportunidad muy valiosa para ayudar a la mujer a sentirse más cómoda durante el embarazo. Los dolores, molestias, necesidades y cambios son muy frecuentes en el curso del mismo y muchas pacientes ignoran que existen recursos y estrategias de gran ayuda, es por eso que la enfermera tiene una participación activa con la mujer embarazada.

Actividades de enfermería:

» **Informar a la mujer embarazada los cambios físicos, emocionales, socioculturales y cognoscitivos que se presentan durante el embarazo.**

²⁸ Simkin P., Whalley J. y Keppler A. Embarazo, nacimiento y el recién nacido, Editorial Atlántida, Buenos aires. 1993. Pag. 85.

Cambios durante el embarazo

Primer trimestre

FÍSICO	EMOCIONAL	SOCIOCULTURAL	COGNOSCITIVO
Fatiga. Sensibilidad en senos. Frecuencia urinaria. Náuseas. Decremento de la libido sexual.	Ambivalencia. Incremento de irritabilidad. Sueños /fantasías. Aceptación del embarazo.	Retiro de intereses y relaciones usuales. Toma del rol materno (mímica, actuación, fantasías, integración) Conducta de salud vs. enfermedad.	Interés en sus cambios y síntomas físicos y el manejo de los mismos.

Segundo trimestre

FÍSICO	EMOCIONAL	SOCIOCULTURAL	COGNOSCITIVO
Incremento de energía Incremento de pigmentación en la piel, estrías y línea negra. Movimientos fetales. Incremento de peso. Incremento de la libido sexual.	Ambivalencia. Incremento de irritabilidad. Sueños/Fantasías. Imagen corporal alterada. Incorporación del feto al cuerpo introversión.	Desarrollo de nuevos intereses y relaciones relevantes al embarazo. Toma de rol materno. Conducta de salud vs. enfermedad.	Interés en el crecimiento y desarrollo fetal.

Tercer trimestre

FÍSICO	EMOCIONAL	SOCIOCULTURAL	COGNOSCITIVO
Fatiga. Frecuencia urinaria. Incremento de peso. Dolor de espalda. Calambres en las piernas. Dolor de ligamentos. Falta de aire. Alivio. Contracciones de Braxton Hicks. Decremento de la libido sexual.	Incremento de irritabilidad. Sueños/fantasías. Imagen corporal alterada. Preparación para dejar al feto. Ansiedad por el parto.	Toma de rol materno. Conducta de salud vs. enfermedad.	Interés en el trabajo de parto y parto. Interés en aspectos prácticos de ser padres.

» **Ofrecer estrategias a la mujer embarazada para remediar las molestias que se presentan durante el embarazo.** Esto alentará a la mujer a acercarse a su embarazo desde la perspectiva de salud. Las mujeres embarazadas con frecuencia comentan que les resulta difícil relajarse porque no encuentran una posición cómoda o debido a que la pirosis, el dolor de espalda y otras incomodidades frecuentes interfieren con la capacidad para el relajamiento. Existen diversas posiciones cómodas para dar alivio a ciertas molestias del embarazo. Es conveniente observar que la posición que resulta eficaz para una persona en ocasiones no es conveniente para otras. Por ejemplo, algunas personas encuentran que la posición en cuclillas les permite relajarse y es eficaz para aliviar el dolor de espalda. Otras encuentran que la postura de pujo o alguna otra posición o ejercicio son más eficaces. Cada persona debe probar diversas posiciones hasta encontrar aquéllas que les resulten más cómodas.²⁹

Ejercicios y posiciones para aliviar molestias durante el embarazo

Molestia	Ejercicio o posición
1.- Inflamación de pies y tobillos.	1.- Elevación de piernas.
2.- Escape de orina al toser o reírse.	2.- Contracción del piso pélvico.
3.- Sensación de pesadez sobre la pelvis.	3.- Contracción del piso pélvico.
4.- Hemorroides e inflamación en torno a la vagina.	4.- Contracción del piso pélvico.
5.- Calambres en las piernas.	5.- Elevación de las piernas.
6.- Cansancio de las piernas.	6.- Estiramiento de la pantorrilla.
7.- Varices en las piernas.	7.- Elevación de las piernas y estiramiento de la pantorrilla.
8.- Disnea.	8.- Buena postura, buena mecánica corporal, elevación de la caja torácica, círculos con los hombros.
9.- Dolor en la parte inferior de la espalda.	9.- Balanceo de la pelvis, posición de pujo, posición de cuclillas.
10.- Dolor en la parte media de la espalda.	10.- Posición de pujo.
11.- Dolor en la parte superior de la espalda.	11.- Círculos con los hombros y buena postura.
12.- Fatiga de circulación en brazos y dedos.	12.- Círculos con los hombros y recostarse de lado.
13.- Espasmo del músculo abdominal (Contracciones).	13.- Balanceo de la pelvis y respiraciones abdominales profundas.

²⁹ Kitzinger, Sheila. El embarazo y parto. Editorial diana. México. 1996. Pag. 90.

» **Informar a la mujer embarazada sobre las actividades cotidianas durante el embarazo.**

- La embarazada debe llevar a cabo actividades diversas (caminar, pararse, sentarse).
- Dichas actividades se llevarán a cabo durante períodos cortos.
- Es mejor caminar hacia adelante y hacia atrás que estar de pie sin moverse.
- Al estar de pie, se debe colocar una pierna adelante para que el peso pueda desplazarse con facilidad y eficacia de un pie al otro y el cuerpo pueda girar con comodidad.
- La postura para caminar debe ser con cabeza erguida, espalda recta, barbilla levantada y pelvis inclinada.
- Usar un banco para pies cuando esté sentada.
- Al subir escaleras, se debe colocar el pie completo en el escalón y usar los músculos de la pierna para subir el cuerpo sin inclinarse hacia adelante.
- Las embarazadas deben evitar inclinarse y levantar cosas pesadas; en caso de que se tengan que inclinar, es mejor que se agachen doblando las rodillas, se tome el objeto y se levante con los pies bien separados y la espalda recta. También puede usarse la posición alterna en cuclillas, con un pie hacia adelante. El cuerpo se hace descender lentamente sobre la otra rodilla. El pie de enfrente, que debe estar plano sobre el piso, se emplea para levantarse y el pie trasero con los dedos flexionados sirve para empujar y actúa como equilibrador.
- Al llevar paquetes voluminosos (p. ej., el mandado), la carga debe dividirse y cargarse con ambas manos. Es muy conveniente usar un carrito ligero para transportar cargas más pesadas.

» Enseñar a la mujer embarazada el mantenimiento de una postura correcta

Enseñanza de la paciente

Lista para examinar la postura



Postura incorrecta

Cabeza

El cuello está inclinado, la barbilla se proyecta hacia adelante y todo el cuerpo está relajado.

Hombros y tórax

La mala postura impide el buen movimiento de la caja torácica y dificulta la respiración.

Los brazos están rotados hacia adentro.

Abdomen y glúteos

Los músculos relajados producen lordosis.

La pelvis está inclinada hacia adelante.

Rodillas

La presión de la espalda produce que las articulaciones se estiren y la pelvis es empujada hacia adelante.

Pies

El peso en los bordes internos ocasiona tensión en los arcos.

Para una postura correcta

Cabeza

Enderezar el cuello y alinear la barbilla para que el cuerpo adquiera una buena posición.

Hombros y tórax

Levantar la caja torácica y mover los hombros hacia atrás.

Girar los brazos hacia afuera.

Abdomen y glúteos

Contraer el abdomen para aplanar la espalda.

Hacer presión en los glúteos para que la pelvis gire hacia atrás.

Rodillas

Doblarlas para distribuir el peso del cuerpo en los pies.

Pies

Distribuir el peso del cuerpo a través del centro de cada pie.



(Noble E: Essential Exercises for the Childbearing Year. Boston, Houghton. Mifflin, 1988.)

» Enseñar a la mujer embarazada los ejercicios de Kegel

Los ejercicios de Kegel fueron descritos por primera vez en 1948 por el Dr. A.H. Kegel y es el término más utilizado en Gran Bretaña y Estados Unidos para nombrar los ejercicios de piso pélvico.³⁰

I.- Objetivos

- » Aliviar problemas de incontinencia urinaria.
- » Recuperar fuerza y funcionalidad de los músculos del piso pélvico.

II.- Kegel establece

- » La incontinencia urinaria no es una enfermedad.
- » La incontinencia urinaria no afecta solo a las mujeres mayores.
- » La incontinencia urinaria no se presenta únicamente después del parto.

III.- Programa de ejercicios de piso pélvico propuesto por Kegel

- » Reeducar la función muscular.
- » Mantener la función muscular.
- » Recuperar la fuerza.

IV.- Técnicas

- » Empezar con 5 minutos diarios, 3 veces al día.
- » Hasta 20 minutos diarios, 3 veces al día.
- » Kegel establece que su trabajo requiere de 20 a 40 horas repartidas de 20 a 60 días.
- » Programa de incontinencia urinaria con 15 ejercicios diferentes, al día en 5 series distintas.
- » Los beneficios aparecen hasta 8 semanas después de iniciar el programa.
- » Es necesario continuar para toda la vida.

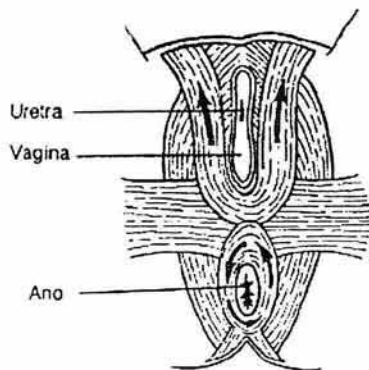
V.- Programa propuesto

- » Interrumpir la orina.
- » Realizar 15 minutos de contracciones repetidas durante el día.
- » Contracciones lentas, sosteniendo tensión y relajando.
- » Aumentar el tiempo de tensión sostenida, desde 3 segundos, hasta 20 segundos.
- » Hacer ejercicios de elevador.

³⁰ Foro silanes. Salud reproductiva. Editorial comarketing. S.A. de C.V. México. 1999. Pag. 8.

Músculos del suelo pélvico (Kegels)

Los ejercicios Kegel (contracciones vaginales). Es el ejercicio más importante que una mujer puede hacer durante toda su vida. Para identificar este grupo de músculos, pretenda que usted ha empezado a orinar, cuando suena el teléfono y tiene que contestar. Apriete los músculos, que harán para la orina. Al mismo tiempo apriete el ano, para que todos esos pasajes internos del área, estén tensos. Cuando usted lo haga correctamente, sentirá una sensación de estiramiento hacia adentro, primero en el ano y gradualmente hacia el frente. Concéntrese en la parte del frente la porción del piso pélvico que son los músculos alrededor de la vagina y la uretra.³¹



Ejercicios del elevador

Pretenda que usted está en el primer piso. Apriete los músculos del suelo pélvico, a medida que sube al segundo piso. Después, apriete un poco más cuando vaya subiendo hacia el tercer piso. Sosténgalo. Ahora lentamente relaje un poco hasta que baje al segundo piso, después hasta el primero y por último al sótano. Este momento de superrelajación, es el estado en que usted quiere estar, cuando el Doctor o la enfermera le hacen un examen pélvico durante el nacimiento.

³¹ ENEO/UNAM/CIMIGEN. Manual de apoyo, métodos y recursos utilizados en Psicoprofilaxis perinatal. México. 1999. Pag. 66.

Ejercicio del orinar

Empiece a orinar y apriete para dejar de hacerlo. Empiece de nuevo y pare. Haga esto, varias veces. Esto ayuda a fortalecer este grupo de músculos y también le dan una idea, de que tan fuertes están. No haga este ejercicio la primera vez que orine en la mañana.

Ejercicio del sexo

Practique durante el momento de su relación sexual. Contraiga la pared circular de la vagina. Repita las contracciones. Su compañero sexual, podrá sentir que tan fuertes son sus contracciones vaginales.

Descanse y repítalo varias veces. Estos ejercicios Kegel, son privados y pueden hacerse en cualquier momento. Hágalo cuando haga la inclinación de su pelvis, cuando pare en una luz roja, durante una propaganda en la tele o cuando usted se sienta con deseos de hacerlo. Apriete y trate de mantener sus músculos así, hasta que cuente hasta 5. Aumente, hasta que pueda contar hasta 10. Hágalo en grupos de 5 ó 10 y procure practicarlo así, varias veces al día y por el resto de su vida. Este ejercicio la ayuda a identificar y relajar ese grupo de músculos durante el proceso del nacimiento. Ayuda a incrementar la elasticidad y la circulación, antes y después del parto. También ayudará a sanar la episiotomía y el área que rodea la vagina. Esto ayuda también, a mejorar la atención de la orina y el control de ésta, durante el embarazo y a la primera orinada después del nacimiento de su bebé. Los músculos pélvicos sostienen la vejiga, el útero o matriz y el recto. Este ejercicio incrementa el placer sexual.³²

Músculos del suelo pélvico (Kegels)

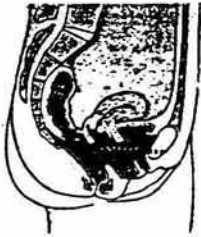
I.- Posición anatómica del músculo de kegel

- » Conecta la sínfisis del pubis con el cóccix.
- » Rodea la uretra, la vagina y el recto.
- » Se encuentra en el tercer cuarto de la vagina (de abajo, hacia arriba).

II.- Función del músculo de Kegel

- » Sirve como el músculo de mayor soporte del piso pélvico.
- » Ayuda a prevenir el prolapso uterino, rectal, de vejiga y la incontinencia urinaria.
- » Contrae la vagina durante el orgasmo.

³² ENEO/UNAM/CIMIGEN. Manual de apoyo, métodos y recursos utilizados en Psicoprofilaxis perinatal. México. 1999. Pag. 67.



El músculo pubococcígeo con buen tono y en la posición correcta



El músculo pubococcígeo con bajo tono muscular ha cambiado su posición. Las estructuras que lo rodean se han relajado debido al bajo tono muscular

III.- Problemas potenciales

- » Se estira y algunas veces se rasga ligeramente durante el parto, por estar ligeramente arriba del nivel de la episiotomía.
- » Si no se ejercita puede no recuperar el tono muscular, lo que posiblemente propicie el prolapso de estructuras e incontinencia urinaria.
- » La pérdida de tono muscular disminuye el placer sexual y disminuye la intensidad de las contracciones sentidas en la pared vaginal durante el orgasmo.

IV.- Técnicas para aislarlo e identificarlo

- » Sienta como se contrae, introduzca su dedo y presiónelo contra la pared vaginal mientras tensa el músculo.
- » Contraígalo para suspender la orina durante la micción, con las rodillas separadas, después reinicie.
- » Conciéntice su ubicación identificando las contracciones de la pared vaginal durante el orgasmo.

V.- Cuando ejercitarlo

- » Durante el embarazo debe ejercitarse para desarrollar conciencia, control y tono muscular tensando el músculo pubococcígeo.
- » Durante el posparto es importante rehabilitar el piso pélvico, como parte del proceso de recuperación y para prevenir la incontinencia urinaria.
- » Las mujeres deben ejercitar el músculo de Kegel toda su vida para mantener su tono y su función.

VI.- Sugerencias para mejorar la práctica de los ejercicios de Kegel

- » Establezca su rutina de práctica diaria de manera que interfiera lo menos posible con sus actividades normales.
- » Puede hacer tensión contra resistencia, durante el acto sexual; o introduciendo ligeramente separados los dedos índices y cordial en la vagina y tratando de juntarlos durante la contracción.

» **Incrementar el apego o vínculo materno. El bebé in utero puede responder al sonido y al tacto.** Alentarlos a comunicarse con su hijo mucho antes de que nazca, esto permite a los padres a concentrarse en su bebé como un ser humano en desarrollo.

» **Enseñar a la mujer embarazada la estimulación intrauterina ya que es captada por los sensores periféricos del feto y propicia el desarrollo y funcionamiento de su sistema nervioso.** Se iniciara desde la semana 20 de gestación, con una frecuencia de 2 a 3 veces al día por un tiempo de 2 a 3 horas; pueden participar padre, hermanos y otros familiares.³³

Tipos de estimulación:

1.- Auditiva.- Sesiones musicales (5 a 10 minutos) preferentemente música clásica; sonidos metálicos; instrumentos amplificadores (cucurucho, radio portátil); voces simultáneamente con la estimulación táctil.

2.- Óptica.- Uso de lámparas “sordas”.

3.- Vestibular.- Caminar, danzar, quehacer cotidiano, juegos, gimnasia.

4.- Táctil.- Presión con el puño; caricias sobre el abdomen (de derecha a izquierda y viceversa), (de arriba hacia abajo y viceversa); chorro de agua del baño.

» **Informar a la mujer sobre los cambios físicos que ocurren en el embarazo a nivel de:**

- a) Sistema Cardiovascular.
- b) Sistema Musculo Esquelético.
- c) Sistema Respiratorio.
- d) Sistema Metabólico.

Todo esto se le informará a la mujer embarazada con el fin de que pueda comprender que los cambios fisiológicos en el embarazo son modificaciones locales y generales en las estructuras del cuerpo y en sus funciones y que la mayoría de estos cambios desaparecen durante el puerperio.

» **Evaluar en forma individual a cada mujer antes de indicarle un programa de ejercicios.** Se debe considerar diversos factores en la valoración; por ejemplo, si su estilo de vida ha sido activo o sedentario; si tiene contraindicaciones relativas o absolutas con respecto a ejercicios fuertes, si ya participa en algún programa; cuántas veces por semana y por cuánto tiempo; que tan fuerte es, y de qué tipo los realiza. Se le explicarán los signos y síntomas generales de peligro que indican la necesidad de dejar de ejercitarse y ponerse en contacto con el médico.

³³ SUA/ENEO/UNAM. Obstetricia I. Antología. México. Julio 1996. Pag. 581.

» Informar a la mujer embarazada sobre las Indicaciones para desarrollar un programa de ejercicios durante el embarazo.

- 1.- Evitar las actividades que requieran movimientos súbitos.
- 2.- Lenta y suavemente comenzar un programa de resistencia que no incremente su frecuencia cardíaca demasiado rápidamente.
- 3.- Ingerir suficientes calorías para aportar energía para el ejercicio.
- 4.- Beber cantidades suficientes de líquido.
- 5.- Tener mucho descanso.
- 6.- Evitar una respiración inadecuada.
- 7.- Evitar sobrecalentarse.
- 8.- Evitar enfriamientos.
- 9.- Usar ropa cómoda, incluyendo zapatos adecuados.
- 10.- Usar un corpiño que le ajuste adecuadamente.
- 11.- La clave es individualizar el ritmo, intensidad y frecuencia del ejercicio en cada mujer.

» Dar a conocer a la mujer embarazada los beneficios que proporciona el realizar ejercicio durante el embarazo.

- 1) Incremento en la auto estima y confianza.
- 2) Mantiene una buena condición física.
- 3) Aumenta la comodidad.
- 4) Crea habito para el ejercicio post-parto.
- 5) Mantiene actividad muscular necesaria para el esfuerzo requerido en el parto.³⁴
- 6) Mejora circulación, apetito, digestión y eliminación.

» Informar a la mujer embarazada que durante el embarazo se debe evitar:

- 1) Ejercicio que incremente la frecuencia cardíaca a mas de 140 latidos por minuto.
- 2) Ejercicio en posición decubito dorsal.
- 3) Ejercicio con hiperextensión o hiperflexión de miembros.
- 4) Ejercicio vigoroso por mas de 15 minutos.
- 5) Ejercicio que dificulte las respiración.
- 6) Ejercicio que provoque dolor.
- 7) Ejercicio que incremente lordosis lumbar.

³⁴ SUA/ENEO/UNAM. Obstetricia I. Antología. México. Julio 1996. Pag. 561.

» **Enseñar a la mujer embarazada el mantenimiento de una postura correcta y la práctica de una buena mecánica corporal.** Una causa frecuente de dolor de espalda durante el embarazo es la mala posición. Es muy importante indicar a la mujer que verifique en forma constante su postura y darle información para corregir su alineación corporal. Es necesario enseñar a las mujeres embarazadas la importancia de mantener una buena mecánica corporal.³⁵ Esto se refiere al uso eficaz del cuerpo para distribuir el peso y la función de manera uniforme entre diversos grupos musculares, en vez de permitir que sólo se agote un determinado grupo de músculos. Por ejemplo, es conveniente indicar a las mujeres embarazadas que eviten inclinarse para levantar o recoger objetos que se encuentran en el piso. Al inclinarse hacia adelante o agacharse, la mujer puede perder el equilibrio y la musculatura de la espalda debe asumir la carga de sostener el tronco (cualquier peso que se levante) para que regrese a la posición erecta. Es más conveniente ponerse en cuclillas para alcanzar objetos que están en el piso.

Se debe indicar la manera de doblar las rodillas manteniendo la espalda recta y el cuerpo bien alineado. Cuando la embarazada vaya a levantar algún peso, debe acercarlo a su cuerpo, y emplear los músculos de muslos y piernas, para regresar a la postura erecta. La buena mecánica corporal se relaciona en forma directa con la buena postura. En el curso de actividades cotidianas, como tareas domésticas, caminar, subir y bajar escaleras, es necesario enseñar a la mujer que debe mantener la espalda derecha (pero no rígida) y el cuerpo con buena alineación.

Sin embargo, se debe insistir en que la buena postura y mecánica corporal son muy benéficas a lo largo de la vida y explicar que se espera que las lecciones que se aprendan durante el embarazo contribuyan también a la salud futura.

» **Enseñar a la mujer embarazada los métodos para el control del dolor.**

- a) Relajación.- Progresiva y disociativa.
- b) Respiración.- Respiración de limpieza; respiraciones rítmicas (rítmica lenta, rítmica modificada); respiración modificada con patrón.
- c) Masajes.- Manual, con aparato o rodillo.
- d) Posiciones.- Primera etapa del trabajo de parto (fase latente, fase activa, fase de transición); segunda etapa del trabajo de parto (período expulsivo, alumbramiento).
- e) Música.- Música clásica de preferencia.
- f) Movimientos rítmicos.
- g) Calor y frío.
- h) Imágenes.
- i) Acompañante.

³⁵ Kitzinger, Sheila. El embarazo y parto. Editorial diana. México. 1996. Pag. 95.

» **Enseñar a la mujer embarazada los signos y síntomas de alarma que se pueden presentar durante el embarazo a fin de poder evitar futuras complicaciones.**

- Sangrado, aunque sea muy ligero.
- Contracciones uterinas regulares o irregulares, pero frecuentes.
- Dolor de cabeza repetitivo y frecuente.
- Visión borrosa o con manchas.
- Hemorragias nasales severas.
- Salida de líquido por la vagina.
- Aumento rápido y excesivo de peso.
- Hinchazón de los pies, tobillos, manos o cara.
- Ardor al orinar, comezón en la zona genital o dolor en los riñones.
- Fiebre o escalofríos.
- Mareos y desvanecimientos.
- Erupciones en piel, especialmente si van acompañadas de fiebre.
- Ausencia de movimientos fetales o exceso de ellos.
- Dolor abdominal o cualquier dolor intenso de causa desconocida.

2.1.6.2 Participación de la enfermera en el manejo del trabajo de parto y período expulsivo

Durante el último trimestre, la mujer se preocupa cada vez más acerca del trabajo de parto y la expulsión inminentes y está en especial receptiva para aprender acerca de este proceso. La enfermera tiene la responsabilidad de ayudar a la mujer y a su compañero en el trabajo de parto para prepararse a este acontecimiento tan importante.³⁶

Actividades de enfermería:

» **Enseñar a la mujer embarazada los signos y síntomas del trabajo de parto.**

INDICIOS DEL TRABAJO DE PARTO

- Salida del tapón mucoso.- Por modificaciones en el cuello de la matriz. Generalmente tiene el aspecto de la clara de huevo y puede ser transparente, cafésino, rosado o sanguinolento; siendo su característica más importante su consistencia mucosa y no su color. Puede desprenderse antes o durante el trabajo de parto.
- Pródromos.- Lo más común es que se presenten contracciones de pródromos, esto es contracciones espaciadas e irregulares o regulares pero que se quitan y se pueden reconocer por tensión en el vientre (palpación abdominal).

³⁶ Nikolaiev, P.A. El parto sin dolor. Edición primera. Traducción del ruso. Editorial cartago. Buenos aires. 1997. Pag. 100.

- Ruptura espontánea de membranas.- Que puede ser franca (por chorro) o por goteo. En ambos casos el agua debe ser cristalina, en caso de ser vercosa o café indica que algo puede estar molestando al bebé, por lo cual debe irse inmediatamente al hospital.

TRABAJO DE PARTO VERDADERO

- Las contracciones pueden ser irregulares al principio.
- Tienen tendencia a regularizarse y a aumentar su frecuencia, duración e intensidad.
- Caminar aumenta su intensidad.
- Persisten independientemente del cambio de posiciones.
- Mediante palpación se percibe el endurecimiento en todo el vientre.
- El cervix se suaviza, adelgaza y dilata.
- El producto empieza a descender dentro de la pelvis.

La presencia de los siguientes síntomas de alarma durante el trabajo de parto son indicaciones para irse al hospital, independientemente de la evolución del trabajo de parto.³⁷

- a.-) Sangrado vaginal.
- b.-) Salida de agua por la vagina.
- c.-) Dolor de cabeza.

» **Proporcionar a la mujer embarazada una guía de actividades para el manejo del trabajo de parto y el período expulsivo.**

» **Enseñar a la mujer embarazada los métodos para controlar el dolor en el trabajo de parto y período expulsivo.**

» **Enseñar a la mujer embarazada las posiciones que le benefician en el trabajo de parto y el período expulsivo.**

a.-) Posiciones para la primera etapa.- De pie, de pie e inclinada hacia adelante, caminando, sentada derecha, semisentada, sentada inclinada hacia adelante con apoyo, sobre manos y rodillas, de rodillas inclinada hacia adelante con apoyo, en cuclillas, acostada sobre la espalda.

b.-) Posiciones para la segunda etapa.- Semisentada, acostada de lado, sobre manos y rodillas, acostada sobre la espalda con las piernas hacia atrás levantando la cabeza para pujar, en cuclillas, en cuclillas con apoyo, semilitotomía, litotomía.

³⁷ Deitra, Leonard Lowdermilk. Factores y procesos esenciales del parto normal. Washington. Cap. 14. Pag. 300.

2.1.6.3 Participación de la enfermera en el puerperio

Parte de la responsabilidad diaria de la enfermera de puerperio es proporcionar instrucción individualizada y apoyo a las madres. La enseñanza individualizada permite que la enfermera responda a preguntas y preocupaciones personales de las madres y proporcione información relacionada a esa situación en particular. El contenido de la enseñanza del puerperio es variable, pero en general trata acerca de las necesidades de la madre y proporciona información sobre el cuidado del recién nacido.³⁸

Actividades de enfermería:

» **Informar a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna y los cuidados de las mamas.** Hay mucha presión sobre cada una de las madres para alimentar a los bebés con biberón. Esto se puede comprobar hojeando las revistas que tratan sobre el cuidado de los bebés. ¿Cuántas láminas no hay de equipos para preparar fórmulas y de bebés alimentados por biberón comparadas con láminas de bebés de pecho?, es sorprendente la cantidad de anuncios a página entera que hay sobre compuestos de alimentación artificial en las revistas médicas. Nadie gasta miles de dólares al año anunciando la alimentación al pecho. Tanto el amamantamiento como la alimentación con biberón puede producir hermoso bebés sanos emocionalmente y físicamente. Sin embargo hay ciertas diferencias entre ellos:

- Los bebés recién nacidos lloran frenéticamente por tener hambre debido a que sus cuerpos inmaduros no pueden esperar con facilidad el alimento. La leche de pecho está disponible. La del biberón tiene que ser calentada.
- La leche de pecho está siempre a la temperatura del cuerpo, la temperatura perfecta para el bebé. La fórmula se calienta aproximadamente a la temperatura indicada y después se va enfriando durante la toma.
- Las tomas nocturnas del bebé son más fáciles para los padres de un niño de pecho. Nada de viajes al refrigerador, nada de molestias para calentar el biberón y dárselo al bebé.
- La leche de pecho es cruda y fresca; la fórmula se prepara con leche más vieja que ha sido calentada. Se sabe que el calor y el almacenaje destruye muchos nutrientes importantes. Sabemos suficiente sobre algunas de las vitaminas para poder agregar éstas a las fórmulas, pero hay sustancias como las hormonas y las enzimas de las que se sabe todavía muy poco para agregárselas a todas las fórmulas.
- La leche de pecho se digiere rápida y fácilmente; la fórmula se digiere más lentamente.
- Los bebés alimentados enteramente al pecho no padecen de estreñimiento. Pueden pasar dos o tres días sin defecar pero las evacuaciones son blandas. Los bebés alimentados con fórmula a veces sufren de evacuaciones dolorosas y duras.
- La leche de pecho promueve el desarrollo de bacterias deseables en el sistema digestivo del bebé. La fórmula promueve el desarrollo de bacterias menos deseables.
- Los bebés de pecho son menos susceptibles a molestias y desarreglos digestivos.

³⁸ Foro silanes. Salud reproductiva. Editorial comarketing, S.A. de C. V. México. 1999. Pag. 10.

- Los bebés de pecho tienden a padecer menos enfermedades de la piel, presentan menos eczemas y rozaduras de pañales.
- Los bebés de pecho presentan mayor resistencia a enfermedades respiratorias graves. Los bebés alimentados con fórmulas presentan mayor tendencia a padecer de repetidos ataques de bronquitis y pulmonía.
- En caso de que usted viaje a un país subdesarrollado o su país se viera perturbado por la guerra, su bebé de pecho tiene mejores oportunidades de sobrevivir. Una alimentación artificial segura es imposible sin disponer de una suficiente cantidad de biberones, leche pura de animal, arreglos para esterilizar los biberones y otros artículos que se encuentran en una sociedad altamente organizada. Aún más el bebé alimentado artificialmente es más susceptible a enfermedades, de las cuales no puede ser protegido bajo condiciones primitivas.
- El amamantamiento y el ejercicio de chupar que este requiere estimulan el buen desarrollo facial. Las personas que desde su nacimiento han sido alimentadas por biberón tienden más hacia el pobre desarrollo del arco dental, el paladar y otras estructuras faciales en la edad adulta.
- El amamantamiento es el método natural que disminuye la fertilidad hasta que se den suplementos alimenticios. El mamar a plenitud retrasa la ovulación y la menstruación.
- El momento de la toma proporciona un disfrute físico tanto a la madre como al bebé. El intervalo demasiado largo entre las tomas de pecho traen molestias para los dos. Ambos miembros de la pareja lactante se quieren y se necesitan el uno al otro, física y emocionalmente. Esto ayuda a fortalecer una relación segura y cariñosa.

CUIDADOS DE LOS PEZONES

- El baño diario es la única limpieza necesaria. El uso de jabón o alcohol seca demasiado a la piel. Antes de darle de comer al bebé puede untarse un poco de la misma leche, al terminar dejar secar los pezones al aire, usar un aceite natural (de oliva, de almendras dulces o de germen de trigo).
- La humedad agrieta la piel, por lo mismo, se recomienda usar brassier de algodón en vez de nylon, y protectores también de algodón. Si es posible, hay que asolear los pechos de cinco a diez minutos al día.

» Enseñar a la madre los cuidados y necesidades del recién nacido (Baño, alimentación descanso, vestido y llanto).

a.-) Baño.- Uno de los momentos del día más agradable para el bebé es la hora del baño, porque el bebé se siente confortable al estar aseado, porque la hora del baño es la hora de jugar y porque el contacto corporal la hace sentir seguro y protegido. Por lo cual es importante reservar un tiempo y un lugar para bañarlo y escoger el momento en el que esté despierto y tranquilo. Se recomienda bañar al bebé cuando haya transcurrido al menos una hora después de la última comida. A continuación se sugiere una forma de bañarlo, pero conforme se conozcan uno al otro, se encontrarán el mejor sistema.

PREPARATIVOS

- Cerrar las ventana, para evitar corrientes de aire.
- Poner la tina del bebé de preferencia en el baño. Si se trata de una bañera de plástico duro, asegurarse de ponerla donde no resbale.
- Colocar los implementos necesarios para el baño y la ropa que se le pondrá lo suficiente cerca para omarlos sin soltar al bebé.
- Llenar la bañera con agua a la temperatura del cuerpo (37° C).

BAÑO

- Desvestir al bebé, dejarlo en camiseta y lavarle los genitales en el lavabo.
- Terminar de desvestirlo y meterlo a la tina, pasando siempre el brazo por debajo de él al cargarlo, para que se sienta seguro y pueda recargar su cabeza en el brazo.
- Empezar por asearle los ojos, las orejas y la nariz. Lavarle el pelo cuidando que no escurra jabón en su cara.
- Jabonar su cuerpo por adelante teniendo especial cuidado en limpiar sus manos y los pliegues de su piel. Lavar nuevamente sus genitales; si es niña separa sus labios para poder limpiar bien y hacerlo siempre con un movimiento de adelante hacia atrás; si es niño y no está circundando, retraer su prepucio para poder limpiar adecuadamente el glande. Para jabonar su espalda se puede sentar o voltear sobre el brazo, escoger la manera en que se sienta más cómoda y enjuagarlo antes de lavarle la espalda y las nalgas para evitar que resbale sobre el brazo por el jabón.
- Al sacarlo del agua envolver en una toalla, secar bien la cabeza y sus articulaciones.
- Poner primero los calcetines, luego el pañal, la camiseta y después el resto de la ropa.
- Se puede finalizar el tiempo del baño con un masaje usando aceite vegetal o crema.
- Cantos y plática también pueden acompañar el baño y hacerlo más divertido para todos.

b.-) Alimentación.- El proceso de la alimentación es una experiencia de aprendizaje para el bebé.³⁹ El bebé puede experimentar frustración asociada a la alimentación si debe esperar a que se le alimente después de que ha quedado exhausto por el llanto, si se le interrumpe frecuentemente mientras succiona, si se le obliga a comer de más o si no se le permite obtener suficiente alimento.

c.-) Descanso: Los bebés experimentan seis estados básicos de sueño y vigilia. Los dos estados de sueño han sido identificados como de sueño ligero y de sueño profundo. Los cuatro estados de vigilia son: somnolencia, alerta intranquilo, alerta activo y llanto. Las primeras semanas de vida el bebé duerme un promedio de 16 a 20 horas al día. El ciclo promedio de sueño es de 50 a 80 minutos, de los cuales entre 35 y 60 minutos son de sueño ligero y de 15 a 20 minutos de sueño profundo.

³⁹ Simkin P, Whalley J y Keppler A. Embarazo, nacimiento y el recién nacido. Editorial atlántida. Buenos aires. 1993. Pag. 90.

d.-) Vestido.- Se aconseja usar ropa de algodón, en especial la que está en contacto con el cuerpo.

e.-) Llanto.- Los padres deben saber que el bebé llora porque quiere comunicar una necesidad (hambre, molesto, se siente solo o cansado).

Los sentidos del recién nacido

Vista

Cuando está calmado y alerta, el bebé puede centrar su atención en objetos ubicados a una distancia de entre 18 y 45 cm. Prefiere mirar caras humanas, esquemas complejos y cosas que se mueven con lentitud, particularmente objetos brillantes de colores muy contrastantes. Es capaz de seguir un objeto de movimiento lento a través de un arco de 180 grados por encima de su cabeza.

Oído

Los niños oyen desde el nacimiento y reaccionan ante el sonido, responden a voces especialmente femeninas. El bebé oyó el latido del corazón de su madre, su voz y la de su pareja y otros sonidos internos y externos mientras estaba adentro del útero. Quizá se calme o se ponga alerta cuando oiga esos ruidos familiares o cuando oiga sonidos similares. También se sobresaltará ante ruidos fuertes y repentinos.

Olfato

El bebé tiene un sentido refinado del olfato. En la primera semana reconoce diferencias entre los olores y hasta puede distinguir la diferencia entre la leche de su propia madre y otra leche.

Gusto

Los bebés reaccionan ante los sabores dulces, agrios, salados y amargos; prefieren las sustancias dulces.

Tacto

Al bebé le gusta que lo abracen, lo arrullen, lo acaricien, lo muevan suavemente de un lado a otro. También le gusta la comodidad y la calidez, nada demasiado frío ni demasiado caliente. Disfruta de fajaduras cuando es pequeño y de la libertad de movimiento cuando se hace más grande.

Comunicación

Aunque el recién nacido no habla, ni sonríe tiene otras maneras de comunicarse. Llorar es una forma de decir que tiene hambre, o que se siente sólo o incómodo. Chuparse la mano significa que tiene hambre. Los párpados pesados indican que tiene sueño. Cuando el bebé está tranquilo y alerta emplea toda clase de sutiles maneras de captar y mantener la atención y lograr que lo miren y le hablen, si se ignora esta clave quizás vocalice o mueva los brazos para llamar su atención.

» **Proporcionar a la mujer embarazada una guía de nutrición y ejercicios para el puerperio fisiológico y quirúrgico.** La nutrición y el ejercicio van de la mano en todo programa de reducción de peso. Este programa está preparado para afirmar los músculos que comenzarán a aflojarse y para ayudar a perder grasa alrededor del abdomen y muslos. Retomar los ejercicios que se realizaron durante el embarazo.⁴⁰

- Contracción abdominal.
- Extensión pélvica.
- Estiramiento.
- Estiramiento rodilla al pecho.
- Doble estiramiento rodilla al pecho.
- Doble flexión de la pierna y oscilación hacia atrás.
- Ejercicios de Kegel.
- Ponerse en cuclillas.
- Levantar el muslo interno.
- Bicicleta fija.
- Ejercicios de endurecimiento abdominal aspirante.
- Elevación lateral de la pierna.
- Elevación frontal de la pierna.
- Elevación sobre las puntas de los pies, en posición de parada.

» **Enseñar a la madre los signos de advertencia durante el post-parto.** Informar al médico si se presenta alguno de los siguientes signos; puede indicar un problema que requiera tratamiento.

Signos de advertencia durante el post-parto

- Fiebre.
- Sensación de ardor al orinar o sangre en la orina.
- Mal olor del flujo vaginal, picazón o ardor vaginal.
- Aumento del dolor en la zona de la episiotomía, acompañado quizá, por flujo de sangre con mal olor.
- Flujo vaginal de color rojo brillante con coágulos, después que disminuyeron los loquios.
- En caso de cesárea, pequeña abertura de la incisión con salida de sangre y mal olor.

⁴⁰ Lynne B. Pirie. El deporte durante el embarazo. Editorial medica panamericana. Buenos aires. Pag. 175.

2.1.7 El aprendizaje de adultos

Aprendizaje

El aprendizaje es *“un cambio en la disposición o capacidad humana, que persiste a través de un período de tiempo y que no se atribuye simplemente al proceso de crecimiento”*. Los padres gestantes son individuos únicos y aún como grupo en las clases de educación perinatal, difieren de acuerdo al lugar en donde viven, el medio socioeconómico y también son diferentes de un grupo a otro. Por esta razón, no existe una forma que sea la mejor para impartir clases de educación perinatal, cada profesor tiene que adaptar las clases para llenar las necesidades de los alumnos.⁴¹

La meta del aprendizaje es *aumentar la capacidad de un individuo en una área específica*. Los cambios de comportamiento resultantes del aprendizaje incluyen:

- La adquisición de conocimientos.
- La adquisición de habilidades.
- Percepción de la naturaleza interna de los fenómenos y actitudes.

Esos cambios pueden ser o no directamente observables, sin embargo, los efectos del aprendizaje pueden ser observables por ejemplo, el educador perinatal puede evaluar:

- Un alumno ha sido capaz de lograr un estado de relajación, porque ha procesado la información presentada en clases y la ha relacionado con sus situaciones personales.
- Se cumplen los objetivos del aprendizaje, al observar los efectos del aprendizaje por la forma en que los alumnos aumentan su capacidad para tratar con situaciones problemáticas hipotéticas, que pueden ocurrir durante el trabajo de parto y el nacimiento.
- Resultan más activamente involucrados en la planeación del nacimiento de su bebé.

Características de los alumnos adultos

Las 6 condiciones que mejoran el aprendizaje de los adultos:

- 1) Como sienten la necesidad de aprender. Les gusta participar en la selección de los contenidos y en la decisión del porqué y del cómo.
- 2) Procesa mejor la información presentada. Cuando se relaciona significativamente con sus experiencias anteriores, las cuales deben utilizarse como recurso para el aprendizaje.
- 3) Relaciona lo aprendido con los cambios que necesita realizar para su desarrollo individual y para el logro de sus metas.

⁴¹ ENEO/UNAM/CIMIGEN. Manual de apoyo, métodos y recursos utilizados en Psicoprofilaxis perinatal. México. 1999. Pag. 249.

- 4) La independencia de los alumnos está relacionada con el método o la estrategia de enseñanza utilizada por el educador.
- 5) Aprenden en un clima que minimice su ansiedad y estimule su libertad para experimentar.
- 6) Aprenden cuando se toman en consideración sus estilos de aprendizaje.

El adulto y el niño difieren como estudiantes, esto tiene implicaciones para el diseño y la enseñanza de las clases de educación perinatal, ya que el alumno adulto:

- 1) Es independiente y autodirige su aprendizaje. El educador perinatal sirve, pues como facilitador, como recurso personal y como estímulo en la situación de aprendizaje, en oposición a ser el director total del aprendizaje.
- 2) Tiene experiencias previas que son una caudal de recursos para el aprendizaje. Los estudiantes aprenden más rápido y mejor cuando el maestro relaciona el nuevo material de clase con sus pasadas experiencias y construye en base al conocimiento previo. Además pueden servir unos a otros como recursos personales de aprendizaje.
- 3) Tiene disposición para aprender, en base a las tareas que debe realizar y a sus papeles sociales actuales. Las situaciones de la vida influyen la disposición de los adultos para aprender, algunas situaciones pueden disminuir la disposición para aprender y otras, como el embarazo, pueden aumentarla. El educador perinatal debe sensibilizarse a las situaciones personales de los alumnos y trabajar con ellos para derribar cualquier barrera que se interponga al proceso de aprendizaje.
- 4) Quiere aprender cosas que tengan aplicación inmediata. Los adultos a menudo están motivados a asistir a clases a causa de necesidades particulares, su aprendizaje puede mejorarse al estructurar la clase de forma que pueda utilizar inmediatamente, parte de la información para la vida. Un ejemplo, es presentar durante la primera sesión, información acerca de como manejar las molestias del embarazo y como desarrollar habilidades básicas de relajación.
- 5) Prefiere un aprendizaje orientado al problema en lugar de orientado al tema. Los adultos quieren aprender como resolver problemas de la vida real, por ello, a menudo están menos interesados en la presentación de información teórica. Cuando enseña acerca del embarazo poniendo atención en sus sensaciones y en las tareas que deben realizar los padres gestantes, mientras entrelaza una descripción del desarrollo fetal, está orientado la información al problema mientras enseña desarrollo fetal. Con este enfoque los alumnos pueden aplicar más rápidamente la información a sus situaciones personales.

La ansiedad del nacimiento

La mayoría de los padres anticipadamente al nacimiento de su bebé, experimentarán algún grado de ansiedad. Este grado de ansiedad es una condición transitoria formada de dos componentes: preocupación y emotividad. La preocupación es considerado como el componente cognoscitivo de la ansiedad, mientras que la emotividad (sentimiento) involucra cambios al nivel de funcionamiento fisiológico, resultando, en sentimientos de intraquietud, tensión y nerviosismo.

Varios grados de ansiedad existen entre la población prenatal. Un grado moderado de ansiedad puede motivar a un padre gestante a aprender y mejorar la calidad de la experiencia de aprendizaje. En este caso la ansiedad resulta en un grado positivo de estrés.⁴² Sin embargo, un estudiante altamente ansioso puede desarrollar un grado mucho más grande de estrés negativo, el cual puede convertirse en un grado incapacitante de estrés. Independientemente del comportamiento que manifiesten estos padres, altamente ansiosos, necesitan un medio de aprendizaje seguro que les permita expresar sus tempores.

La ansiedad relacionada al trabajo de parto y al nacimiento se presenta en diferentes grados en la mayoría de las parejas gestante. La preocupación y los componentes emocionales de la ansiedad tendrán un impacto en el proceso de información disponible en la memoria. La información irrelevante, la compañera de la ansiedad, compite con información relevante en el procesamiento de la memoria. El mayor esfuerzo realizado por los estudiantes ansiosos compensará en parte esta competencia; sin embargo, las metas irreales que los estudiantes ansiosos se ponen los predisponen al fracaso, particularmente en individuos con baja autoestima.

Las implicaciones para el educador perinatal en el manejo de la ansiedad de las parejas gestantes son considerables, pues debe incorporar tanto aprendizaje vivencial como sea posible a sus clases para enseñar constantemente a los estudiantes ansiosos que ellos cuentan con cimientos de experiencias pasadas e información sobre las cuales podrán edificar su aprendizaje actual. Aparejado con el aprendizaje va la previsión de un tiempo adecuado de procesamiento para incrementar la asimilación de estos nuevos discernimientos y comportamientos dentro del repertorio de la pareja. Un medio ambiente seguro, relajado y de aceptación, así como la cuidadosa selección e implementación del material utilizado durante el curso, son recursos eficaces para mitigar la ansiedad de las parejas gestantes.

⁴² ENEO/UNAM/CIMIGEN. Manual de apoyo, métodos y recursos utilizados en Psicoprofilaxis perinatal. México, 1999. Pag. 255.

3. VARIABLES

DEPENDIENTE: Mujeres embarazadas.

INDEPENDIENTE: Psicoprofilaxis perinatal.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

- » Edad.
- » Estado civil.
- » Escolaridad.
- » Nivel socioeconómico.
- » Religión.
- » Actividades que realizan las mujeres embarazadas.
- » Antecedentes obstétricos.
- » Actitud que tienen durante su embarazo.
- » ¿Cómo consideran el embarazo y el parto?
- » Necesidades que experimentan durante el embarazo.
- » Importancia que le dan a la Psicoprofilaxis perinatal.
- » Interés que tienen de la Psicoprofilaxis perinatal.
- » Cambios emocionales que han presentado las mujeres embarazadas.
- » Cursos que han recibido para la preparación de su embarazo, parto y puerperio.
- » Conocimiento de los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis perinatal.
- » Conocimiento del personal de enfermería en cuanto a su participación en la Psicoprofilaxis perinatal.

4. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo transversal.

UNIVERSO: Las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa que acudan a consulta del 21 de Abril al 16 de Mayo del 2003.

MUESTRA: El 80% de las mujeres embarazadas que acudan a la consulta del 21 de Abril al 16 de Mayo del 2003.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todas las mujeres embarazadas que acudan a consulta en el Hospital General Iztapalapa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Las mujeres no embarazadas, Las que no acudan a su consulta y las que no deseen contestar el cuestionario.

MÉTODO E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Método: Encuesta.

Instrumento: Cuestionario.

5. RESULTADOS

En los resultados que se obtuvieron se observó que la mayoría de las mujeres embarazadas son jóvenes ya que su edad oscila entre los 15 y 25 años; en cuanto a su estado civil la mayoría se encuentra en unión libre aunque también hay un alto porcentaje que son casadas; referente al grado de estudios que tienen se registra que la mayoría se encuentra con estudios de primaria y secundaria y que muy pocas de ellas cuentan con una preparación profesional; la mayoría de las mujeres embarazadas tiene un nivel socioeconómico bajo ya que su ingreso mensual es menos de \$1,000; en lo concerniente a la religión la mayoría se ubica en la católica; el hogar es la ocupación que tienen la mayoría de las mujeres embarazadas y solamente una minoría de ellas trabajan; dentro de las que trabajan en primer lugar se encuentran las empleadas y solo muy pocas de ellas tienen un tipo de trabajo profesional; en cuanto al tipo de estudio al que se dedican la mayoría se dedica a ningún tipo de estudio, solamente un mínimo porcentaje se dedica a estudiar y dentro de ese porcentaje solo muy pocas estudian el Bachillerato; en lo concerniente al número de hijos que tienen un alto porcentaje ningún hijo tiene solamente una minoría tiene un hijo y de esa minoría muy pocas tienen más de cuatro hijos; en lo referente al número de embarazos que tienen, la mayoría son primigestas y secundigestas, solamente muy pocas son multigestas; en relación a los meses de embarazo que tienen, la mayoría se encuentra dentro del tercer trimestre del embarazo, solo muy pocas se encuentran en el primer trimestre del embarazo; dentro de las complicaciones que presentan las mujeres embarazadas con mayor frecuencia son: infecciones urinarias y amenaza de aborto, aunque la mayoría ninguna complicación presenta, solamente una minoría presenta placenta previa, presión arterial baja, molestias en el útero, varicela y anemia de 2do. Grado que están ubicadas dentro de otras complicaciones; dentro de los signos y síntomas de alarma que presentan con mayor frecuencia son: hinchazón de los pies, tobillos, manos o cara, dolor abdominal y salida de líquido por la vagina, y con menor frecuencia otros, fiebre o escalofríos y ausencia de movimientos fetales, tanto en complicaciones como en signos y síntomas algunas mujeres escogieron más de una opción; a la mayoría de las mujeres les agrada su embarazo y a muy pocas les desagrada; en lo relativo al embarazo para la mayoría es un proceso normal y para una minoría es una enfermedad y una necesidad física; las necesidades que tienen durante el embarazo con mayor frecuencia son: necesidad de aceptación, de ternura, de amor, de comprensión, de afecto, de descanso y de orientación y con menor frecuencia tienen la necesidad de descanso; en cuanto al procedimiento por el cual les gustaría que naciera su bebé a la mayoría le gustaría que naciera por parto natural, aunque a una minoría le gustaría por cesárea; la mayoría de las mujeres embarazadas sí entienden el significado de psicoprofilaxis perinatal, aunque casi la misma frecuencia no entiende el significado y muy pocas tienen una mínima idea del significado; los cambios emocionales que presentan con mayor frecuencia son: miedo, tendencia al llanto y aceptación del embarazo, y con menor frecuencia son: soledad e imagen corporal alterada; los métodos "naturales" de control de dolor en el trabajo de parto que conocen las mujeres embarazadas con mayor frecuencia es la respiración y relajación, aunque una frecuencia considerable ningún método conoce; en cuanto al conocimiento que tienen sobre los beneficios que brinda la psicoprofilaxis perinatal, muy pocas conocen los beneficios y un alto porcentaje no los conoce; el parto es considerado por la mayoría como un episodio

fisiológico y natural de la vida y la minoría lo considera una experiencia dolorosa; a la mayoría de las mujeres si les gustaría realizar ejercicios aunque a cada una de ellas les gustaría diferentes tipos de ejercicios ya que escogieron más de un ejercicio para realizar y la mayoría opina que el realizar ejercicio durante el embarazo les ayuda a mantener una actividad muscular necesaria para el esfuerzo requerido en el parto; en cuanto a lo que les reduce la relajación la mayoría opina que les reduce la tensión, la ansiedad, el estrés y el dolor; al igual en los beneficios que brinda la respiración la mayoría si tiene conocimiento de ellos ya que consideran que les beneficia al adecuado intercambio ventilatorio, profundiza la relajación y ayuda a manejar es estrés del trabajo de parto; en lo referente al masaje la mayoría menciona que le favorece en la reducción del estrés y tensión durante el embarazo y el parto; la música que más les gusta para poder relajarse son melodías instrumentales, música clásica y baladas, aunque hubo muy pocas que no les gusta ningún tipo de música; las posiciones que más escogieron fue la de acostada sobre la espalda, acostada de lado, acostada sobre su espalda con las piernas hacia atrás, aunque también hubo quien no escogió ninguna posición y por último la mayoría no ha tenido una preparación para su embarazo, parto y puerperio, ya que no han recibido ningún curso para ello.

En lo referente a los resultados que se obtuvieron con el personal de enfermería, la mayoría si entiende el significado de psicoprofilaxis perinatal y muy pocos tienen una mínima idea del significado; en cuanto al conocimiento de los beneficios que brinda, muy pocos conocen los beneficios y un alto porcentaje no los conoce; en lo referente al conocimiento de los métodos, recursos y estrategias que enseña, la mayoría opina que enseña los métodos "naturales" de control del dolor en el trabajo de parto y período expulsivo y muy pocos opinan que enseña las necesidades durante el embarazo, parto y el período inicial de la paternidad; el personal de enfermería no conoce todos los métodos, recursos y estrategias que enseña la psicoprofilaxis perinatal; en lo concerniente a la participación de enfermería en la psicoprofilaxis perinatal, un alto porcentaje no conoce cuál es la participación, solo una minoría la conoce. El personal de enfermería del Hospital General Iztapalapa tiene muy poco conocimiento de la Psicoprofilaxis perinatal y como resultado se puede decir que la participación de enfermería es escasa.

6. CUADROS Y GRÁFICAS

6.1 Resultados obtenidos con las mujeres embarazadas

CUADRO 1

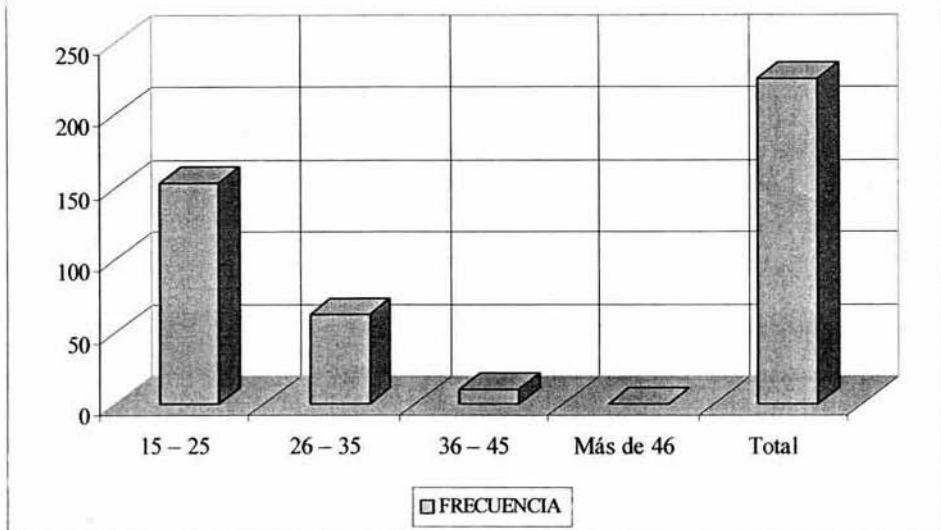
EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

EDAD	FRECUENCIA	%
15 – 25	153	68
26 – 35	62	27.56
36 – 45	10	4.44
Más de 46	0	0
Total	225	100

FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

GRÁFICA 1
EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 1

En el cuadro No.1, se presenta la edad de las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que las mujeres entre los 15 y 25 años tienen una frecuencia de 153 con un porcentaje del 68%, las mujeres entre los 26 y 35 años tienen una frecuencia de 62 con un porcentaje del 27.56% y las mujeres entre los 36 y 45 años tienen una frecuencia de 10 con un porcentaje del 4.44% esto hace un total de 225 casos con un 100%. También se demuestra que la mayoría de las mujeres embarazadas se encuentran entre los 15 y 25 años, no se detectaron mujeres embarazadas mayores de 46 años.

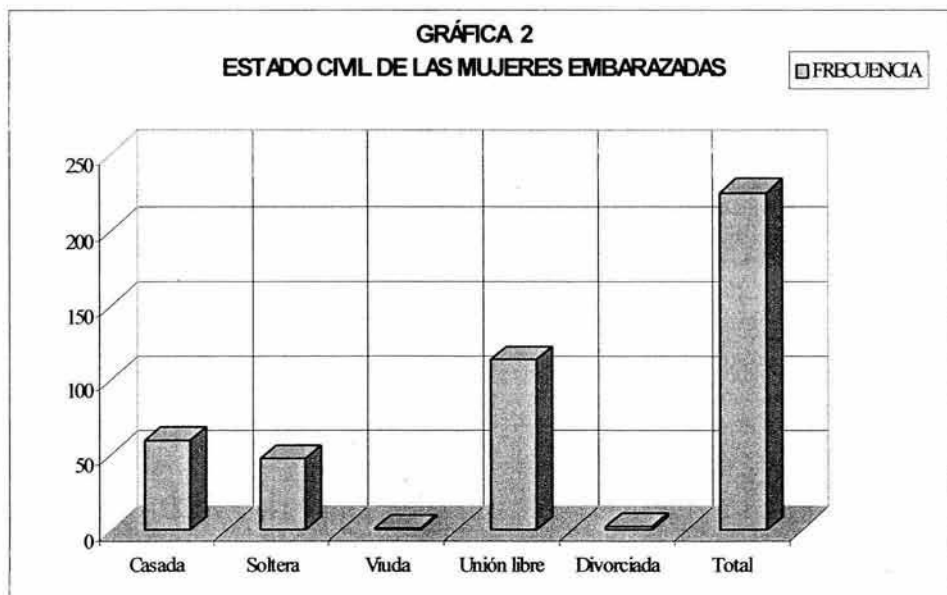
CUADRO 2

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL
IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Casada	60	26.67
Soltera	48	21.33
Viuda	1	0.44
Unión libre	114	50.67
Divorciada	2	0.89
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 2

En el cuadro No. 2, se observa que el estado civil de las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa es: las casadas tienen una frecuencia de 60 con un porcentaje del 26.67 %, las solteras tienen una frecuencia de 48 con un porcentaje del 21.33%, las viudas tienen una frecuencia de 1, con un porcentaje del 0.44%, las mujeres que están en unión libre tienen una frecuencia de 114 con un porcentaje del 50.67% y las divorciadas tienen una frecuencia de 2 con un porcentaje del 0.89% dando como resultado que la mayoría de las mujeres embarazadas están en unión libre y que solo una minoría son viudas y divorciadas.

CUADRO 3

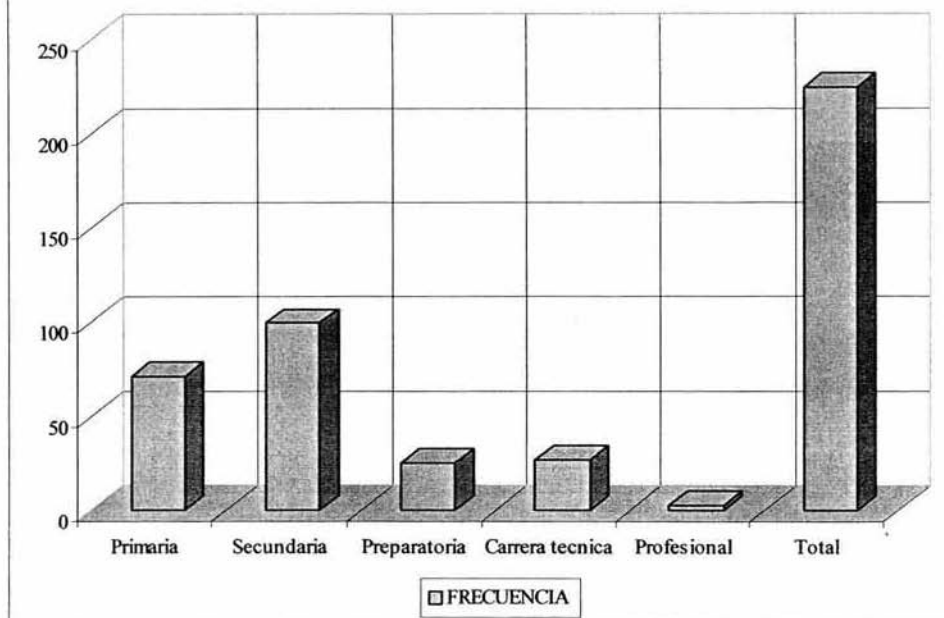
GRADO DE ESTUDIOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL
IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

GRADO DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	%
Primaria	71	31.56
Secundaria	99	44
Preparatoria	25	11.11
Carrera tecnica	27	12
Profesional	3	1.33
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 3
GRADO DE ESTUDIOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 3

En el cuadro No. 3, se presenta el grado de estudios de las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que las mujeres con estudios de primaria tienen una frecuencia de 71 con un porcentaje de 31.56%, las mujeres embarazadas con estudios de secundaria tienen una frecuencia de 99 con un porcentaje de 44.00%, las mujeres con estudios de preparatoria tienen una frecuencia de 25 con un porcentaje de 11.11%, las mujeres con carrera tecnica tienen una frecuencia de 27 con un porcentaje de 12.00%, las mujeres con nivel profesional tienen una frecuencia de 3 con un porcentaje de 1.33%, se observa que la mayoría de las mujeres tiene un nivel de estudios de secundaria y que solamente la minoría tiene un nivel profesional.

CUADRO 4

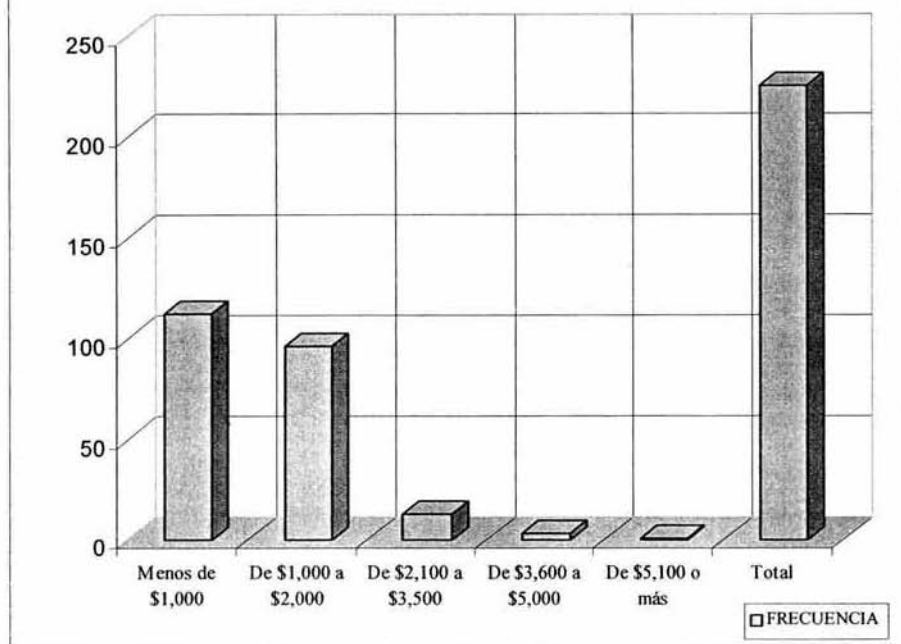
INGRESO MENSUAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL
IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

INGRESO MENSUAL	FRECUENCIA	%
Menos de \$1,000	112	49.78
De \$1,000 a \$2,000	96	42.67
De \$2,100 a \$3,500	13	5.78
De \$3,600 a \$5,000	3	1.33
De \$5,100 o más	1	0.44
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 4
INGRESO MENSUAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 4

En el cuadro No. 4, se da a conocer el ingreso mensual de las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que las mujeres con ingreso mensual menos de \$1,000 tienen una frecuencia de 112 con un porcentaje del 49.78%, las mujeres con ingreso mensual de \$1,000 a \$2,000 tienen una frecuencia de 96 con un porcentaje del 42.67%, las mujeres con ingreso mensual de \$2,100 a \$3,500 tienen una frecuencia de 13 con un porcentaje del 5.78%, las mujeres con ingreso mensual de \$3,600 a \$5,000 tienen una frecuencia de 3 con un porcentaje del 1.33% , y las mujeres con un ingreso mensual de \$5,100 o más tienen una frecuencia de 1 con un porcentaje del 0.44%. Además se demuestra que el ingreso mensual de la mayoría de las mujeres embarazadas es de menos de \$1,000 y que solamente una tiene un ingreso mensual de \$5,000 o más.

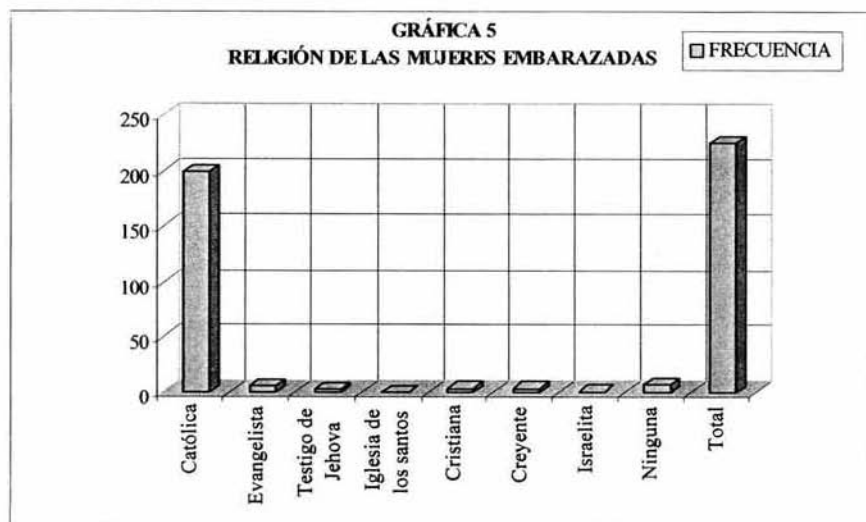
CUADRO 5

RELIGIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL
IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

RELIGIÓN	FRECUENCIA	%
Católica	199	88.44
Evangelista	6	2.67
Testigo de Jehova	3	1.33
Iglesia de los santos de los últimos días	0	0
Cristiana	4	1.78
Creyente	4	1.78
Israelita	1	0.44
Ninguna	8	3.56
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 5

En el cuadro No. 5 , se da a conocer la religión de las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que el 88.44% de las mujeres tienen una religión católica con una frecuencia de 199, el 2.67% tiene una religión evangelista con una frecuencia de 6, el 1.33% tiene una religión testigo de jehova con una frecuencia de 3, el 1.78% tiene una religión cristiana con una frecuencia de 4 al igual que la religión creyente, el 0.44% tiene una religión israelita con una frecuencia de 1 y el 3.56% no tiene ninguna religión con una frecuencia de 8. También se observa que la mayoría tiene una religión católica, la religión cristiana y creyente tienen la misma frecuencia.

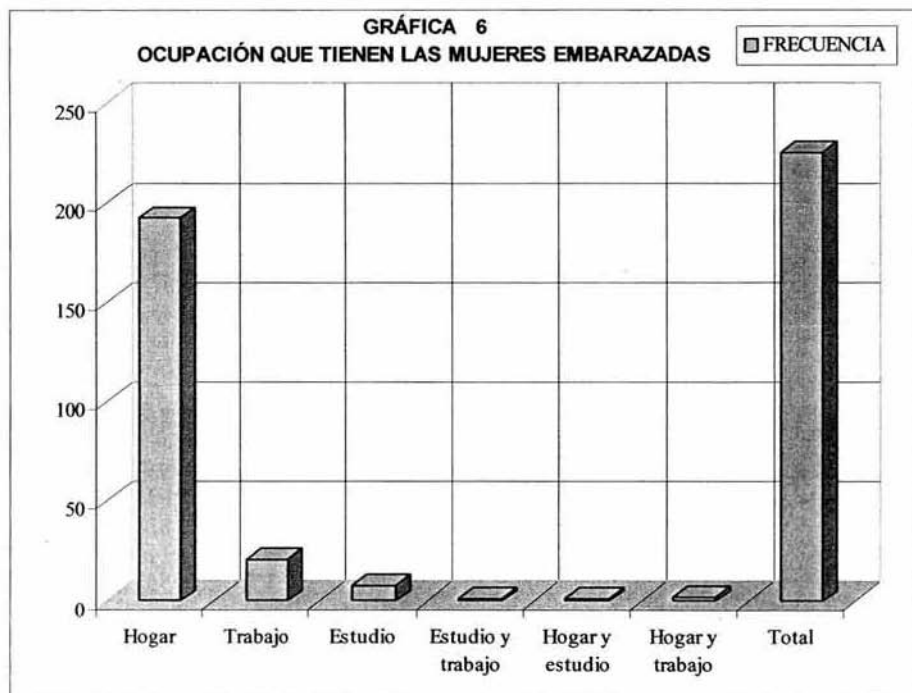
CUADRO 6

OCUPACIÓN QUE TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL
IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Hogar	192	85.33
Trabajo	21	9.34
Estudio	8	3.56
Estudio y trabajo	1	0.44
Hogar y estudio	1	0.44
Hogar y trabajo	2	0.89
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 6

En el cuadro No. 6, se da a conocer la ocupación que tienen las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que el 85.33% de las mujeres se dedican al hogar con una frecuencia de 192, el 9.34% trabaja con una frecuencia de 21, el 3.56% estudia con una frecuencia de 8, el 0.44% estudia y trabaja con una frecuencia de 1, el 0.44% se dedican al hogar y estudio con una frecuencia de 1, el 0.89% se dedican al hogar y trabajo con una frecuencia de 2. Además se observa que la mayoría de las mujeres embarazadas se dedican al hogar, las que estudian y trabajan tienen el mismo porcentaje de las que se dedican al hogar y estudio.

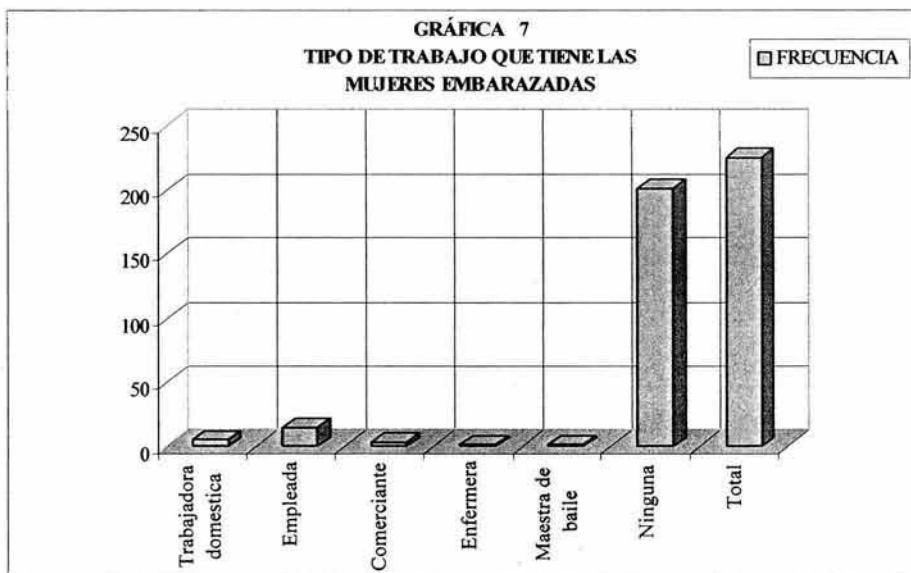
CUADRO 7

TIPO DE TRABAJO QUE TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

TIPO DE TRABAJO	FRECUENCIA	%
Trabajadora domestica	5	2.23
Empleada	14	6.23
Comerciante	3	1.34
Enfermera	1	0.45
Maestra de baile	1	0.45
Ninguno	201	89.3
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 7

En el cuadro No. 7 se da a conocer el tipo de trabajo que tienen las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que el 2.23% de las mujeres embarazadas son trabajadoras domesticas con una frecuencia de 5, el 6.23% son empleadas con una frecuencia de 14, el 1.34% son comerciantes con una frecuencia de 3, el 0.45% es enfermera con una frecuencia de 1, el 0.45% es maestra de baile con una frecuencia de 1, el 89.3% ningun tipo de trabajo tiene con una frecuencia de 201. La mayoría de las mujeres embarazadas se encuentran dentro de ningun tipo de trabajo, solamente un 6.23% son empleadas y solo una minoría es enfermera y maestra de baile, ambas tienen la misma frecuencia.

CUADRO 8

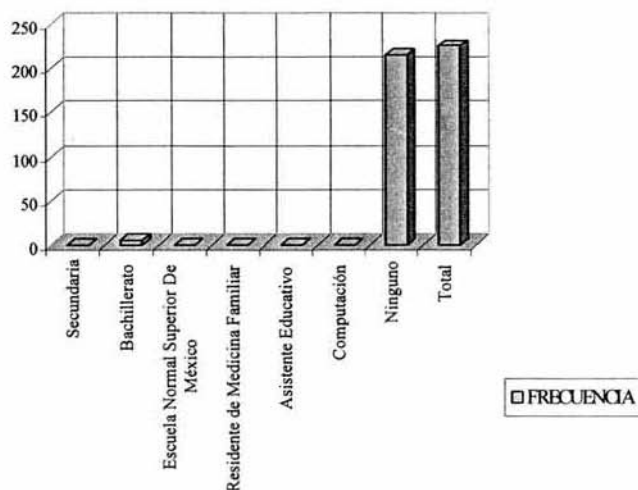
TIPO DE ESTUDIOS AL QUE SE DEDICAN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

TIPO DE ESTUDIO	FRECUENCIA	%
Secundaria	1	0.45
Bachillerato	5	2.25
Escuela Normal Superior De México	1	0.45
Residente de Medicina Familiar	1	0.45
Asistente Educativo	1	0.45
Computación	1	0.45
Ninguno	215	95.5
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 8
TIPO DE ESTUDIO AL QUE SE DEDICAN
LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 8

En el cuadro No. 8, se encuentra el tipo de estudio al que se dedican las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que el 0.45% se dedica a estudiar la Secundaria con una frecuencia de 1, el 2.25% se dedica a estudiar el Bachillerato con una frecuencia de 5, el 0.45% se dedica a estudiar en la Escuela Normal Superior de México con una frecuencia de 1, el 0.45% se dedica a estudiar la Residencia de Medicina Familiar, el 0.45% se dedica a estudiar Asistente Educativo con una frecuencia de 1, el 0.45% se dedica a estudiar Computación con una frecuencia de 1, el 95.5% a ningún tipo de estudio se dedica con una frecuencia de 215. Lo que nos indica que la mayoría de las mujeres embarazadas no estudia, solamente un 2.25% se dedica a estudiar el bachillerato y solo una minoría se dedica a los demás tipos de estudios teniendo el mismo porcentaje al igual que la misma frecuencia.

CUADRO 9

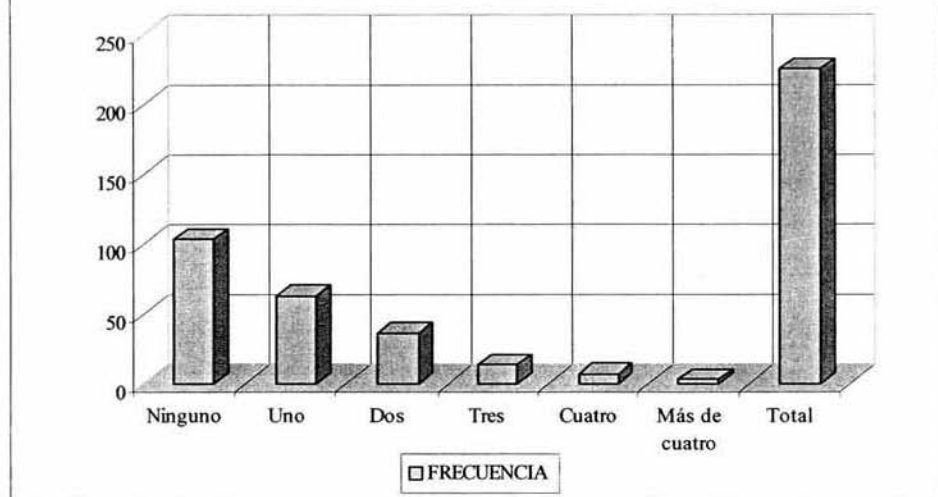
NÚMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

No. DE HIJOS	FRECUENCIA	%
Ninguno	103	45.78
Uno	63	28
Dos	36	16
Tres	13	5.78
Cuatro	7	3.11
Más de cuatro	3	1.33
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 9
NÚMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 9

En el cuadro No. 9, se da a conocer el número de hijos que tienen las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que el 45.78% de las mujeres embarazadas no tiene ningún hijo con una frecuencia de 103, el 28.00% tiene un hijo con una frecuencia de 63, el 16.00% tiene dos hijos con una frecuencia de 36, el 5.78% tiene tres hijos con una frecuencia de 13, el 3.11% tiene cuatro hijos con una frecuencia de 7, el 1.33% tiene más de cuatro hijos con una frecuencia de 3. La mayoría de las mujeres embarazadas no tiene ningún hijo y solamente 3 mujeres embarazadas tienen más de cuatro hijos.

CUADRO 10

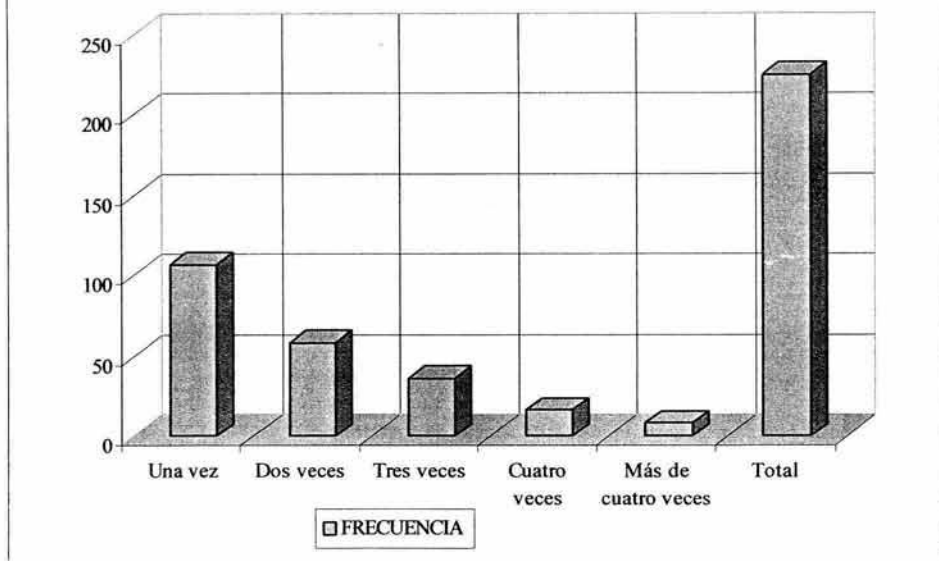
NÚMERO DE EMBARAZOS QUE TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

No. DE EMBARAZOS	FRECUENCIA	%
Una vez	107	47.55
Dos veces	58	25.78
Tres veces	36	16
Cuatro veces	16	7.11
Más de cuatro veces	8	3.56
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 10
NÚMERO DE EMBARAZOS QUE TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 10

En el cuadro No. 10, se da a conocer el número de embarazos que tienen las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que el 47.55% se ha embarazado una vez con una frecuencia de 107, el 25.78% se ha embarazado dos veces con una frecuencia de 58, el 16.00% se ha embarazado tres veces con una frecuencia de 36, el 7.11% se ha embarazado cuatro veces con una frecuencia de 16 y el 3.56% se ha embarazado más de cuatro veces. La mayoría de las mujeres embarazadas son primigestas ya que se han embarazado solo una vez y solamente un 3.56% se ha embarazado más de cuatro veces.

CUADRO 11

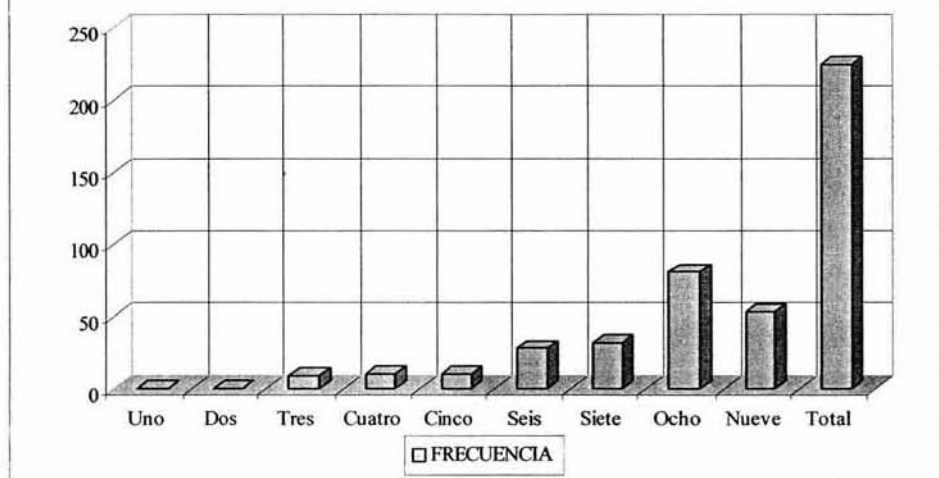
MESES DE EMBARAZO QUE TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

MESES	FRECUENCIA	%
Uno	0	0
Dos	0	0
Tres	9	4
Cuatro	11	4.89
Cinco	11	4.89
Seis	28	12.44
Siete	32	14.22
Ocho	81	36
Nueve	53	23.56
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 11
MESES DE EMBARAZO QUE TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 11

En el cuadro No. 11, se da a conocer los meses de embarazo que tienen las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. Encontrándose que el 4.00% de ellas tienen 3 meses de embarazo con una frecuencia de 9, el 4.89% tiene cuatro meses con una frecuencia de 11, el 4.89% tiene cinco meses con una frecuencia de 11, el 12.44% tiene seis meses con una frecuencia de 28, el 14.22% tiene siete meses con una frecuencia de 32, el 36.00% tiene ocho meses con una frecuencia de 81 y el 23.56% tiene nueve meses con una frecuencia de 53. La mayoría de las mujeres embarazadas tiene ocho meses de embarazo, no se encontró ninguna mujer embarazada con uno y dos meses y solamente una minoría tiene tres meses de embarazo.

CUADRO 12

COMPLICACIONES QUE PRESENTAN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA
DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

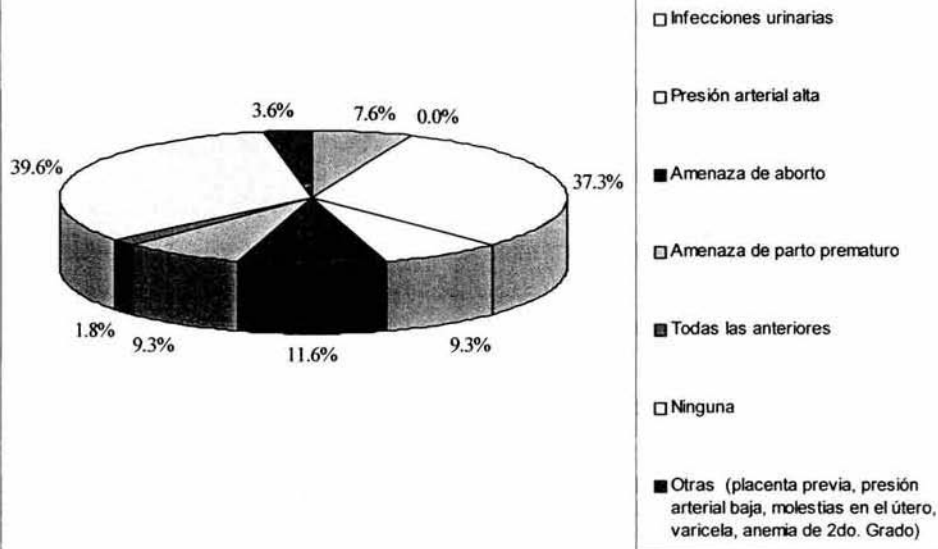
COMPLICACIONES	PRESENTO	%	NO PRESENTO	%	TOTAL %
Sangrado vaginal	17	7.6	208	92.4	100
Ruptura de membranas	0	0	225	100	100
Infecciones urinarias	84	37.3	141	62.7	100
Presión arterial alta	21	9.3	204	90.7	100
Amenaza de aborto	26	11.6	199	88.4	100
Amenaza de parto prematuro	21	9.3	204	90.7	100
Todas las anteriores	4	1.8	221	98.2	100
Ninguna	89	39.6	136	60.4	100
Otras (placenta previa, presión arterial baja, molestias en el útero, varicela, anemia de 2do. Grado)	8	3.6	217	96.4	100

Total de casos

225 = 100%

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 12
COMPLICACIONES QUE PRESENTAN
LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 12

En el cuadro No. 12, se da a conocer las complicaciones que presentaron las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 92.4% no presentó sangrado vaginal, solamente el 7.6%, el 100% no presentó ruptura de membranas, el 62.7% no presentó infecciones urinarias, solamente el 37.3%, el 90.7% no presentó presión arterial alta, solamente el 9.3%, el 88.4% no presentó amenaza de aborto, solamente el 11.6%, el 90.7% no presentó amenaza de parto prematuro, solamente el 9.3%, el 98.2% no presentó todas las complicaciones anteriores, solamente el 1.8% presentó todas las complicaciones anteriores, el 60.4% presentó alguna complicación, solamente el 39.6% presentó ninguna complicación, el 96.4% no presentó otra complicación, solamente el 3.6% presentó otra complicación (placenta previa parcial, presión arterial baja, molestias en el útero, varicela, anemia de 2do. Grado). La mayoría de las mujeres embarazadas presentó infecciones urinarias y solamente la minoría presentó todas las complicaciones anteriores.

CUADRO 13

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA QUE PRESENTAN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL
IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

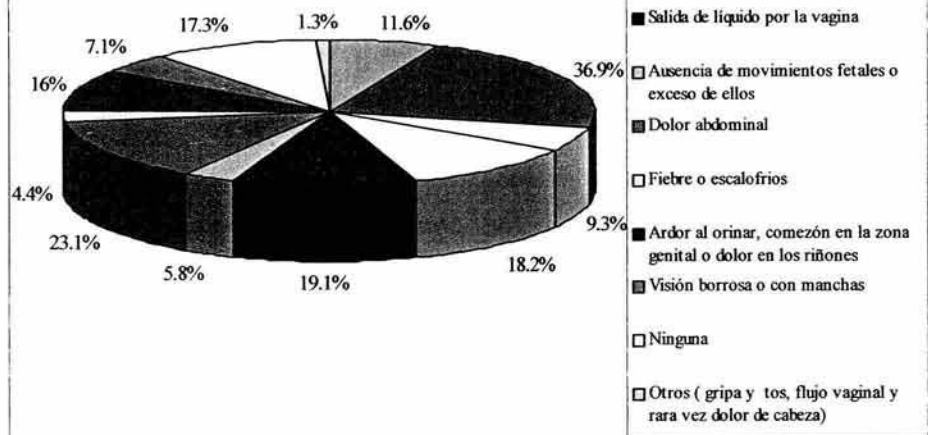
SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRESENTO	%	NO PRESENTO	%	TOTAL %
Sangrado, aunque sea muy ligero	26	11.6	199	88.4	100
Hinchazón de los pies, tobillos, manos o cara	83	36.9	142	63.1	100
Contracciones uterinas	21	9.3	204	90.7	100
Dolor de cabeza repetitivo y frecuente	41	18.2	184	81.8	100
Salida de líquido por la vagina	43	19.1	182	80.9	100
Ausencia de movimientos fetales o exceso de ellos	13	5.8	212	94.2	100
Dolor abdominal	52	23.1	173	76.9	100
Fiebre o escalofríos	10	4.4	215	95.6	100
Ardor al orinar, comezón en la zona genital o dolor en los riñones	36	16	189	84	100
Visión borrosa o con manchas	16	7.1	209	92.9	100
Ninguna	39	17.3	186	82.7	100
Otros (gripa y tos, flujo vaginal y rara vez dolor de cabeza)	3	1.3	222	98.7	100

Total de casos

225 = 100%

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 13
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA QUE
PRESENTAN LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 13

En el cuadro No. 13, se da a conocer los signos y síntomas de alarma que han presentado las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 88.4% de las mujeres embarazadas no presentaron sangrado, aunque sea muy ligero, solamente el 11.6% presentó, el 63.0% no presentó hinchazón de los pies, tobillos, manos o cara, solamente el 36.9% presentó, el 90.7% no presentó contracciones uterinas, solamente el 9.3% presentó, el 81.8% no presentó dolor de cabeza repetitivo y frecuente, solamente el 18.2% presentó, el 80.9% no presentó salida de líquido por la vagina, solamente el 19.1% presentó, el 94.2% no presentó ausencia de movimientos fetales o exceso de ellos, solamente el 5.8% presentó, el 76.9% no presentó dolor abdominal, solamente el 23.1% presentó, el 95.6% no presentó fiebre o escalofríos, solamente el 4.4% presentó, el 84% no presentó ardor al orinar, comezón en la zona genital o dolor en los riñones, solamente el 16% presentó, el 92.9% no presentó visión borrosa o con manchas, solamente el 7.1% presentó, el 82.7% presentó algún signo y síntoma de alarma, solamente el 17.3% presentó ningún signo y síntoma de alarma, el 98.7% no presentó otro signo y síntoma de alarma, solamente el 1.3% presentó otro signo y síntoma de alarma (gripa y tos, flujo vaginal, y rara vez dolor de cabeza). La mayoría de las mujeres embarazadas presentó hinchazón de los pies, tobillos, manos o cara y solamente una minoría presentó fiebre o escalofríos.

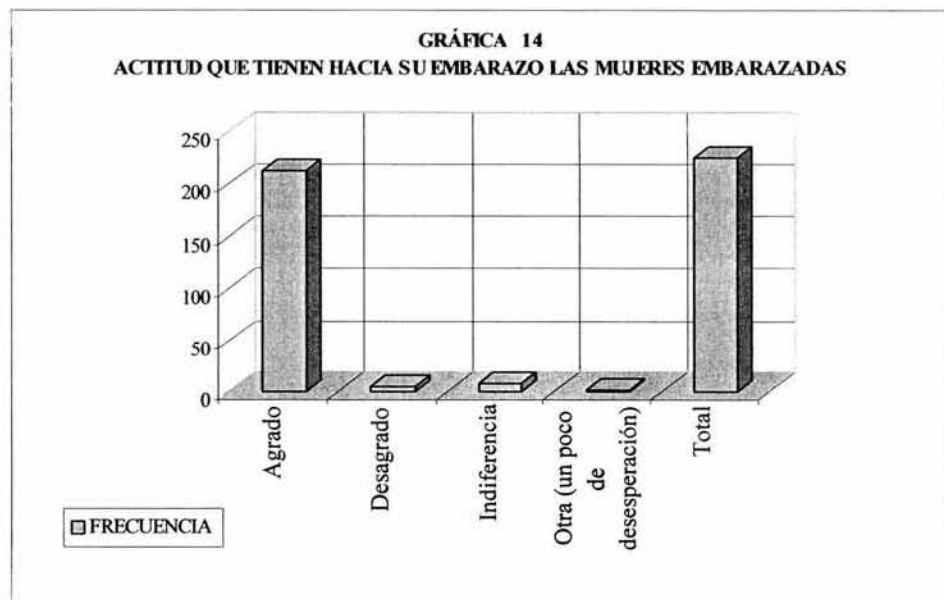
CUADRO 14

ACTITUD QUE TIENEN HACIA SU EMBARAZO LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

ACTITUD	FRECUENCIA	%
Agrado	213	94.67
Desagrado	4	1.78
Indiferencia	7	3.11
Otra (un poco de desesperación)	1	0.44
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 14

En el cuadro No. 14, se da a conocer la actitud que tienen hacia su embarazo las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 94.67% de las mujeres embarazadas tiene una actitud de agrado con una frecuencia de 213, el 1.78% tiene una actitud de desagrado con una frecuencia de 4, el 3.11% tiene una actitud de indiferencia con una frecuencia de 7 y el 0.44% se ubica en otra, que es la actitud de desesperación con una frecuencia de 1. Esto demuestra que la mayoría de las mujeres embarazadas tienen una actitud de agrado hacia su embarazo y que solamente una minoría tiene una actitud de desagrado.

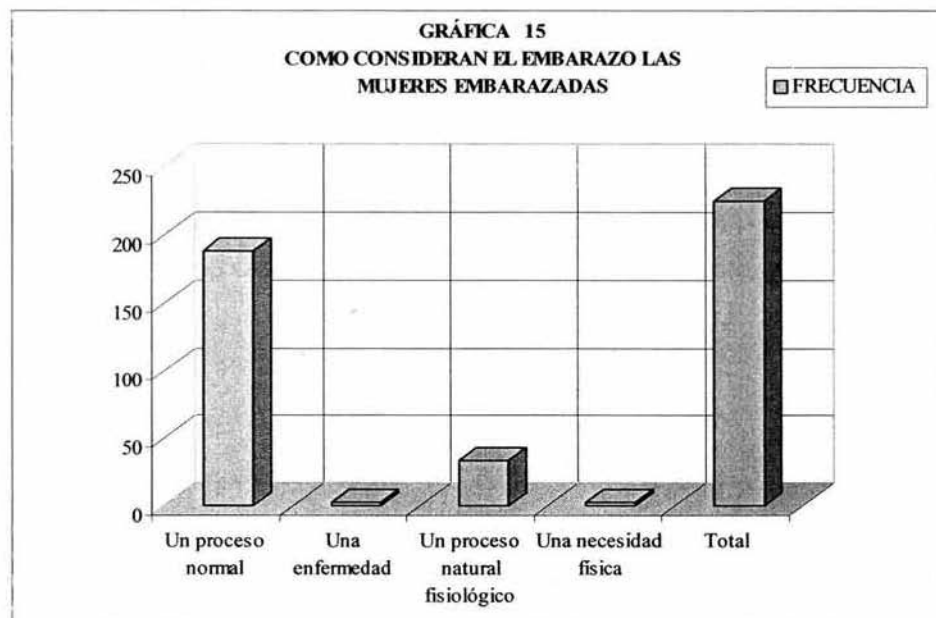
CUADRO 15

COMO CONSIDERAN EL EMBARAZO LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

EMBARAZO	FRECUENCIA	%
Un proceso normal	188	83.55
Una enfermedad	2	0.89
Un proceso natural fisiológico	33	14.67
Una necesidad física	2	0.89
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 15

En el cuadro No. 15, se da a conocer como consideran el embarazo las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 83.55% de las mujeres embarazadas lo considera como un proceso normal con una frecuencia de 188, el 0.89% lo considera como una enfermedad con una frecuencia de 2, el 14.67% lo considera como un proceso natural fisiológico con una frecuencia de 33, el 0.89% lo considera como una necesidad física con una frecuencia de 2. La mayoría de las mujeres embarazadas considera el embarazo como un proceso normal y solamente una minoría lo considera como una enfermedad y una necesidad física.

CUADRO 16

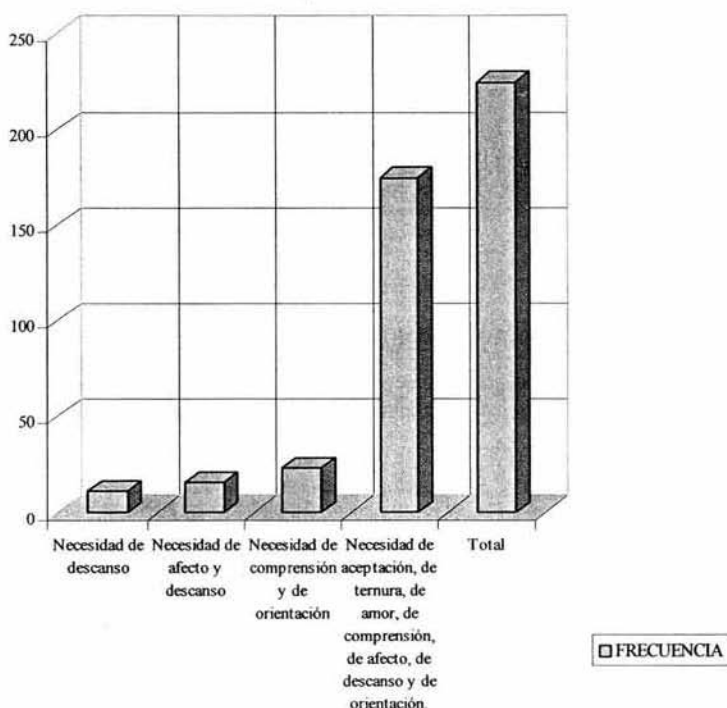
NECESIDADES QUE TIENEN DURANTE EL EMBARAZO LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

NECESIDADES	FRECUENCIA	%
Necesidad de descanso	11	4.89
Necesidad de afecto y descanso	16	7.11
Necesidad de comprensión y de orientación	23	10.22
Necesidad de aceptación, de ternura, de amor, de comprensión, de afecto, de descanso y de orientación.	175	77.78
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 16
NECESIDADES QUE TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 16

En el cuadro No. 16, se da a conocer las necesidades que tienen durante el embarazo las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 4.89% de las mujeres embarazadas tiene necesidad de descanso con una frecuencia de 11, el 7.11% tiene necesidad de afecto y descanso con una frecuencia de 16, el 10.22% tiene necesidad de comprensión y de orientación con una frecuencia de 23, el 77.78% tiene necesidad de aceptación, de ternura, de amor, de comprensión, de afecto, de descanso y de orientación con una frecuencia de 175, la mayoría de las mujeres embarazadas tiene estas necesidades y solamente una minoría tiene necesidad de descanso.

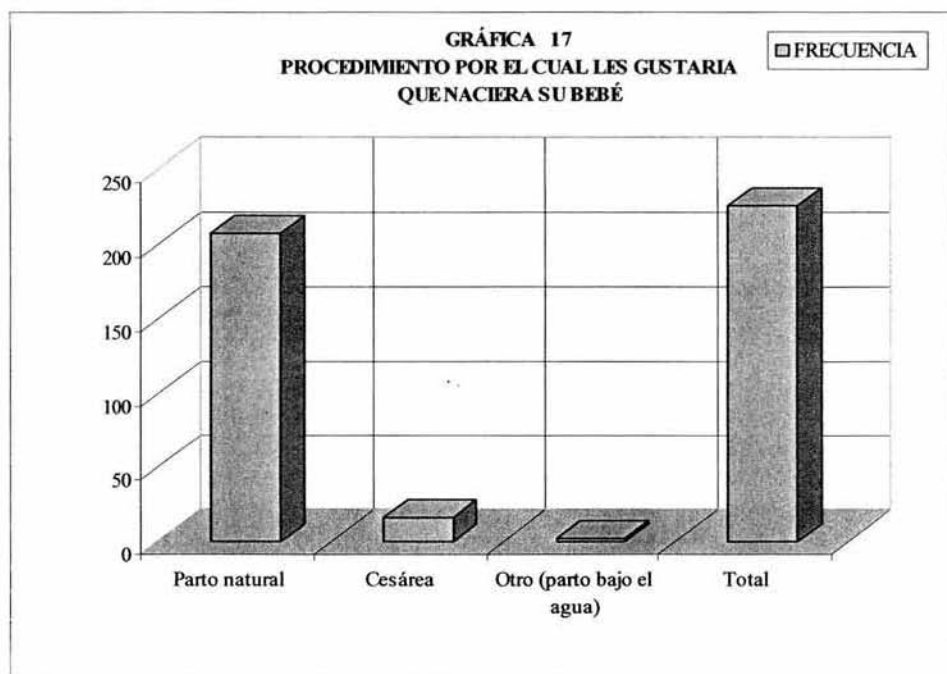
CUADRO 17

PROCEDIMIENTO POR EL CUAL LES GUSTARIA QUE NACIERA SU BEBÉ A LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	%
Parto natural	207	92
Cesárea	16	7.11
Otro (parto bajo el agua)	2	0.89
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 17

En el cuadro No. 17, se da a conocer el procedimiento por el cual les gustaría que naciera su bebé a las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 92.00% de las mujeres embarazadas les gustaría que naciera su bebé por parto natural con una frecuencia de 207, el 7.11% les gustaría que naciera su bebé por cesárea con una frecuencia de 16 y el 0.89% les gustaría que naciera su bebé por otro procedimiento (parto bajo el agua), con una frecuencia de 2. La mayoría de las mujeres embarazadas prefieren que su bebé nazca por parto natural y solamente una minoría le gustaría que naciera por cesárea.

CUADRO 18

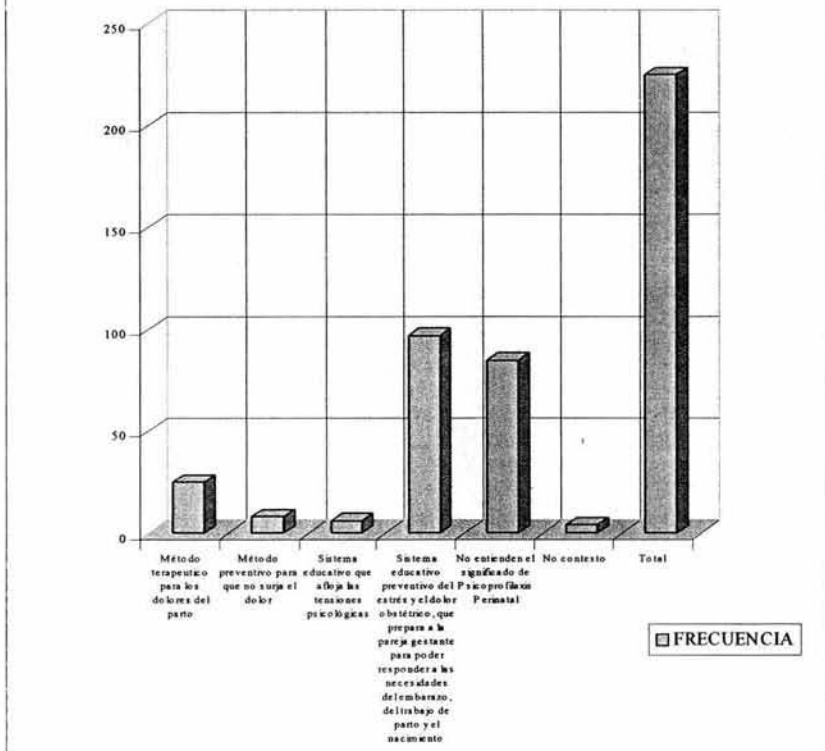
QUE ENTIENDEN POR PSICOPROFILAXIS PERINATAL LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

PSICOPROFILAXIS PERINATAL	FRECUENCIA	%
Método terapéutico para los dolores del parto	25	11.11
Método preventivo para que no surja el dolor	8	3.55
Sistema educativo que afloja las tensiones psicológicas	6	2.67
Sistema educativo preventivo del estrés y el dolor obstétrico, que prepara a la pareja gestante para poder responder a las necesidades del embarazo, del trabajo de parto y el nacimiento	97	43.11
No entienden el significado de Psicoprofilaxis Perinatal	85	37.78
No contestó	4	1.78
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 18
QUE ENTIENDEN POR PSICOPROFILAXIS PERINATAL
LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 18

En el cuadro No. 18, se da a conocer lo que entienden por Psicoprofilaxis Perinatal las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 11.11% de las mujeres embarazadas entienden por Psicoprofilaxis Perinatal (Método terapéutico para los dolores del parto), el 3.55% entienden (Método preventivo para que no surja el dolor), el 2.67% entiende (Sistema educativo que afloja las tensiones psicológicas), el 43.11% entiende (Sistema educativo preventivo del estrés y el dolor obstétrico, que prepara a la pareja gestante para poder responder a las necesidades del embarazo, del trabajo de parto y el nacimiento), el 37.78% no entiende el significado de Psicoprofilaxis Perinatal y el 1.78% no contestó. La mayoría de las mujeres embarazadas si entienden el significado de Psicoprofilaxis Perinatal y solamente una minoría no contestó quizás porque no entienden el significado.

CUADRO 19

CAMBIOS EMOCIONALES QUE PRESENTAN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

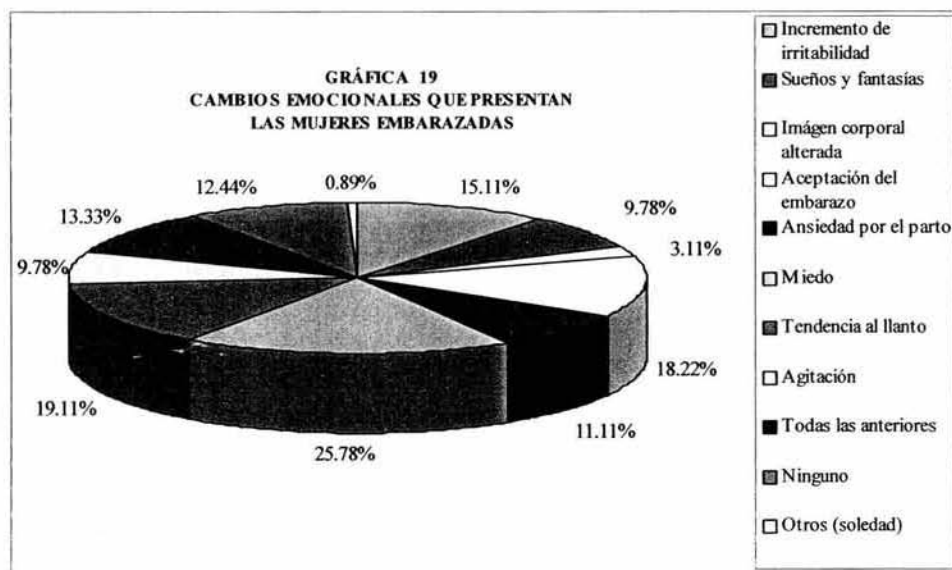
MÉXICO D.F., MAYO 2003

CAMBIOS EMOCIONALES	PRESENTO	%	NO PRESENTO	%	TOTAL %
Incremento de irritabilidad	34	15.11	191	84.89	100
Sueños y fantasías	22	9.78	203	90.22	100
Imágen corporal alterada	7	3.11	218	96.89	100
Aceptación del embarazo	41	18.22	184	81.78	100
Ansiedad por el parto	25	11.11	200	88.89	100
Miedo	58	25.78	167	74.22	100
Tendencia al llanto	43	19.11	182	80.89	100
Agitación	22	9.78	203	90.22	100
Todas las anteriores	30	13.33	195	86.67	100
Ninguno	28	12.44	197	87.56	100
Otros (soledad)	2	0.89	223	99.11	100

Total de casos

225 = 100%

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 19

En el cuadro No. 19, se da a conocer los cambios emocionales que presentan las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 84.89% de las mujeres embarazadas no presento incremento de irritabilidad solamente el 15.11% presento, el 90.22% no presento sueños y fantasías solamente el 9.78% presento, el 96.89% no presento imagen corporal alterada solamente el 3.11% presento, el 81.78% no presento aceptación del embarazo solamente el 18.22% presento, el 88.89% no presento ansiedad por el parto solamente el 11.11% presento, el 74.22% no presento miedo solamente el 25.78% presento, el 80.89% no presento tendencia al llanto solamente el 19.11% presento, el 90.22% no presento agitación solamente el 9.78% presento, el 86.67% no presento todos los cambios emocionales anteriores solamente el 13.33% presento todos los cambios emocionales anteriores, el 87.56% presento algún cambio emocional solamente el 12.44% presento ningún cambio emocional, el 99.11% no presento otro cambio emocional solamente el 0.89% presento otro cambio emocional (soledad). La mayoría de las mujeres embarazadas presento miedo y solamente una minoría presento imagen corporal alterada.

CUADRO 20

MÉTODOS "NATURALES" DE CONTROL DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO QUE CONOCEN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

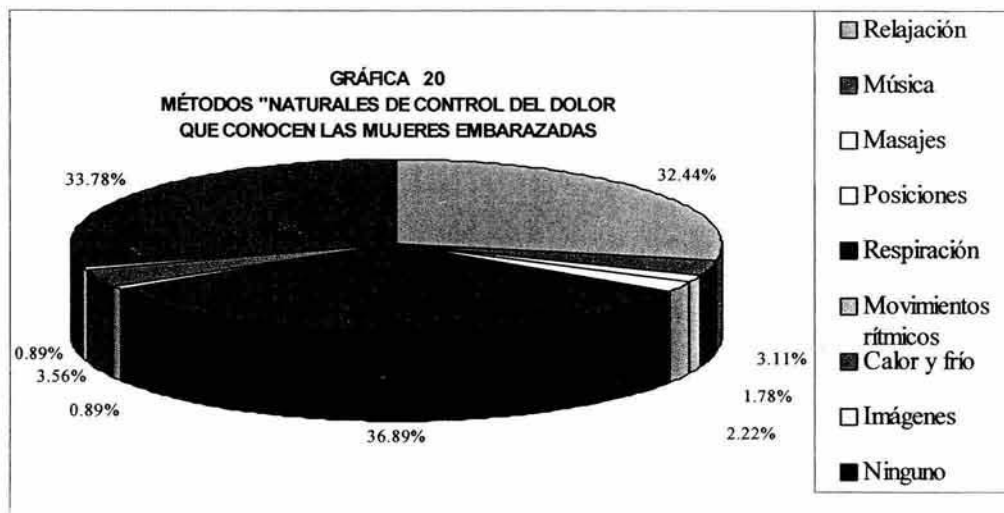
MÉXICO D.F., MAYO 2003

MÉTODOS	CONOCE	%	NO CONOCE	%	TOTAL %
Relajación	73	32.44	152	67.56	100
Música	7	3.11	218	96.89	100
Masajes	4	1.78	221	98.22	100
Posiciones	5	2.22	220	97.78	100
Respiración	83	36.89	142	63.11	100
Movimientos rítmicos	2	0.89	223	99.11	100
Calor y frío	8	3.56	217	96.44	100
Imágenes	2	0.89	223	99.11	100
Ninguno	76	33.78	149	66.22	100

Total de casos

225 = 100%

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 20

En el cuadro No. 20, se da a conocer los métodos “naturales” de control del dolor en el trabajo de parto que conocen las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 67.56% de las mujeres embarazadas no conoce el método de relajación solamente el 32.44% lo conoce, el 63.11% no conoce el método de respiración solamente el 36.89% lo conoce, el 98.22% no conoce el método de masajes solamente el 1.78% lo conoce, el 97.78% no conoce el método de posiciones solamente el 2.22% lo conoce, el 96.89% no conoce el método de música solamente el 3.11% lo conoce, el 99.11% no conoce el método de movimientos rítmicos solamente el 0.89% lo conoce, el 96.44% no conoce el método de calor y frío solamente el 3.56% lo conoce, el 99.11% no conoce el método de imágenes solamente el 0.89% lo conoce, el 66.22% conoce algún método y el 33.78% conoce ningún método. La mayoría de las mujeres embarazadas conoce el método de respiración solamente una minoría conoce el método de movimientos rítmicos e imágenes.

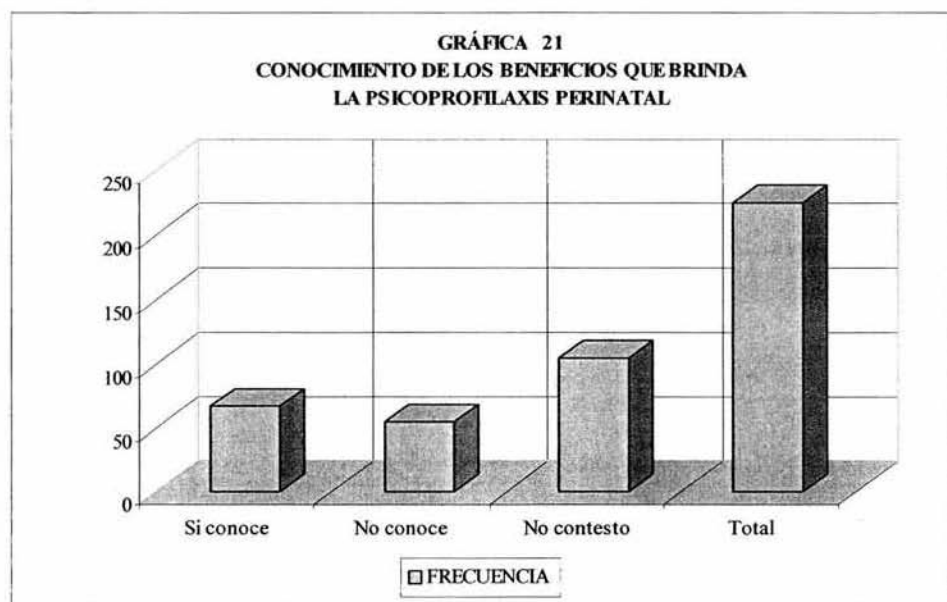
CUADRO 21

CONOCIMIENTO DE LOS BENEFICIOS QUE BRINDA LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL A LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL	FRECUENCIA	%
Si conoce	67	29.78
No conoce	54	24
No contesto	104	46.22
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 21

En el cuadro No. 21, se da a conocer el conocimiento de los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis Perinatal a las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 29.78% de las mujeres embarazadas si conoce los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis Perinatal, el 24.00% no conoce los beneficios, el 46.22% no contesto. La mayoría de las mujeres embarazadas no contesto quizas porque no tienen conocimiento de los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis Perinatal.

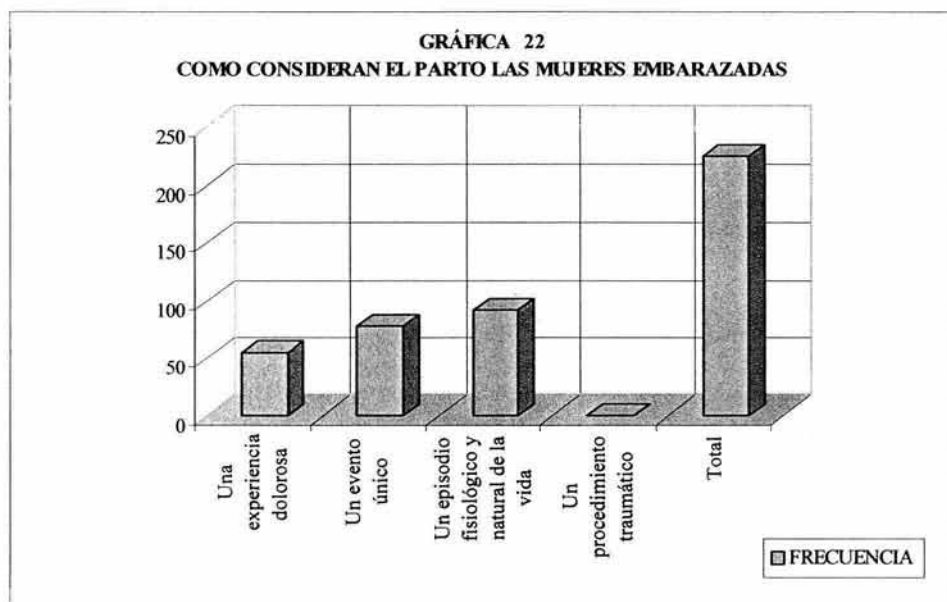
CUADRO 22

COMO CONSIDERAN EL PARTO LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

PARTO	FRECUENCIA	%
Una experiencia dolorosa	55	24.44
Un evento único	78	34.67
Un episodio fisiológico y natural de la vida	92	40.89
Un procedimiento traumático	0	0
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 22

En el cuadro No. 22, se da a conocer como consideran el parto las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 24.44% de las mujeres embarazadas considera el parto como una experiencia dolorosa con una frecuencia de 55, el 34.67% considera el parto como un evento único con una frecuencia de 78, el 40.89% considera el parto como un episodio fisiológico y natural de la vida con una frecuencia de 92, y como un procedimiento traumático ninguna lo considero. La mayoría de las mujeres embarazadas considera el parto como un episodio fisiológico y natural de la vida y solamente una minoría lo considera como una experiencia dolorosa.

CUADRO 23

EJERCICIOS QUE LES GUSTARIA REALIZAR A LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL
IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

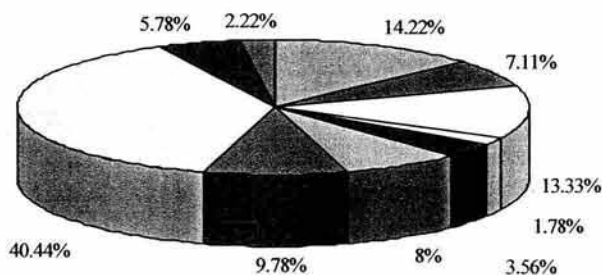
EJERCICIOS	REALIZARIA	%	NO REALIZARIA	%	TOTAL %
Ejercicios de los músculos de la espalda	32	14.22	193	85.78	100
Ejercicios de los músculos abdominales	16	7.11	209	92.89	100
Ejercicios de la zona de la cadera	30	13.33	195	86.67	100
Ejercicios del piso de la pelvis	4	1.78	221	98.22	100
Ejercicios de estiramiento	8	3.56	217	96.44	100
Ejercicios de fortalecimiento	18	8	207	92	100
Ejercicios de flexibilidad	22	9.78	203	90.22	100
Todos los anteriores	91	40.44	134	59.56	100
Ninguno	13	5.78	212	94.22	100
Otro (ballet, danza, yoga)	5	2.22	220	97.78	100

Total de casos

250 = 100%

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 23
EJERCICIOS QUE LES GUSTARÍA REALIZAR A LAS
MUJERES EMBARAZADAS



- Ejercicios de los músculos de la espalda
- Ejercicios de los músculos abdominales
- Ejercicios de la zona de la cadera
- Ejercicios del piso de la pelvis
- Ejercicios de estiramiento
- Ejercicios de fortalecimiento
- Ejercicios de flexibilidad
- Todos los anteriores
- Ninguno
- Otro (ballet, danza, yoga)

ANÁLISIS DEL CUADRO 23

En el cuadro No. 23, se da a conocer los ejercicios que les gustaría realizar a las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 85.78% de las mujeres embarazadas no realizaría ejercicios de los músculos de la espalda solamente el 14.22% los realizaría, el 92.89% no realizaría ejercicios de los músculos abdominales solamente el 7.11% los realizaría, el 86.67% no realizaría ejercicios de la zona de la cadera solamente el 13.33% los realizaría, el 98.22% no realizaría ejercicios del piso de la pelvis solamente el 1.78% los realizaría, el 96.44% no realizaría ejercicios de estiramiento solamente el 3.56% los realizaría, el 92.00% no realizaría ejercicios de fortalecimiento solamente el 8.00% los realizaría, el 90.22% no realizaría ejercicios de flexibilidad solamente el 9.78% los realizaría, el 59.56% no realizaría todos los ejercicios anteriores solamente el 40.44% los realizaría, el 94.22% realizaría algún ejercicio solamente el 5.78% realizaría ningún ejercicio, el 97.78% no realizaría otro ejercicio solamente el 2.22% realizaría otro ejercicio (ballet, danza, yoga). La mayoría de las mujeres embarazadas les gustaría realizar todos los ejercicios anteriores y solamente una minoría realizaría ningún ejercicio.

CUADRO 24

EN QUE LES AYUDA REALIZAR EJERCICIO DURANTE EL EMBARAZO A LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

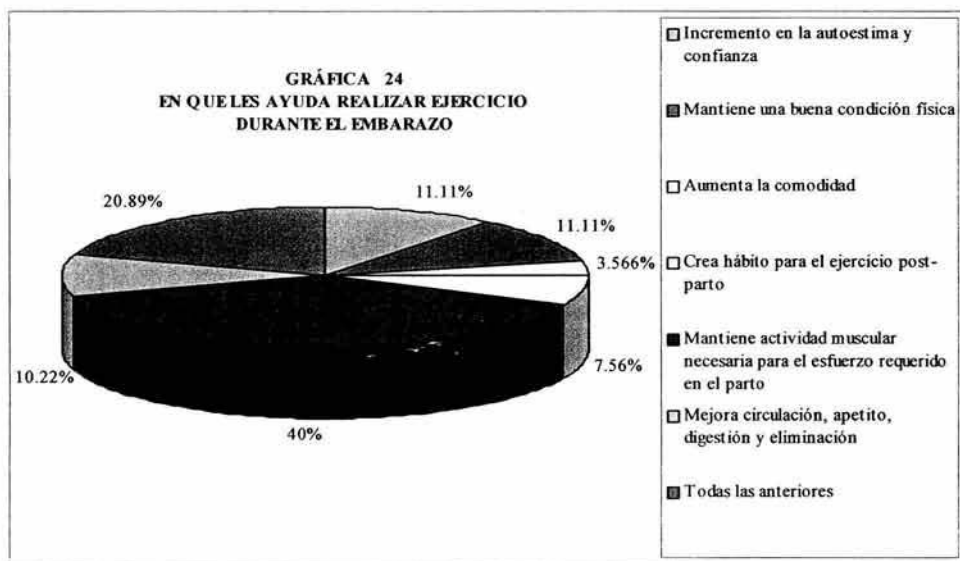
MÉXICO D.F., MAYO 2003

EJERCICIO	AYUDA	%	NO AYUDA	%	TOTAL %
Incremento en la autoestima y confianza	25	11.11	200	88.89	100
Mantiene una buena condición física	25	11.11	200	88.89	100
Aumenta la comodidad	8	3.56	217	96.44	100
Crea hábito para el ejercicio post-parto	17	7.56	208	92.44	100
Mantiene actividad muscular necesaria para el esfuerzo requerido en el parto	90	40	135	60	100
Mejora circulación, apetito, digestión y eliminación	23	10.22	202	89.78	100
Todas las anteriores	47	20.89	178	79.11	100

Total de casos

225 = 100%

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 24

En el cuadro No. 24, se da a conocer como les ayuda realizar ejercicio durante el embarazo a las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 88.89% de las mujeres embarazadas no les ayuda el realizar ejercicio al incremento en la autoestima y confianza solamente al 11.11% les ayuda, el 88.89% no les ayuda el ejercicio a mantener una buena condición física, solamente al 11.11% si les ayuda, el 96.44% no les ayuda el realizar ejercicio para aumentar la comodidad, solamente al 3.56% refiere que si les ayuda, el 92.44% no les ayuda a crear hábito para el ejercicio post-parto solamente al 7.56% si lo considera, el 60.00% no les ayuda a mantener una actividad muscular necesaria para el esfuerzo requerido en el parto, solamente al 40.00% refiere que les ayuda, el 89.78% no les ayuda a mejorar la circulación, el apetito, la digestión y eliminación solamente al 10.22% considera que si les ayuda, el 79.11% no les ayuda el realizar ejercicio, solamente al 20.89% les ayuda el realizar ejercicio toda. La mayoría de las mujeres embarazadas les ayuda el realizar ejercicio a mantener una actividad muscular necesaria para el esfuerzo requerido en el parto y solamente una minoría considera que ayudaría el ejercicio para aumentar la comodidad.

CUADRO 25

QUE REDUCE LA RELAJACIÓN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO A LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

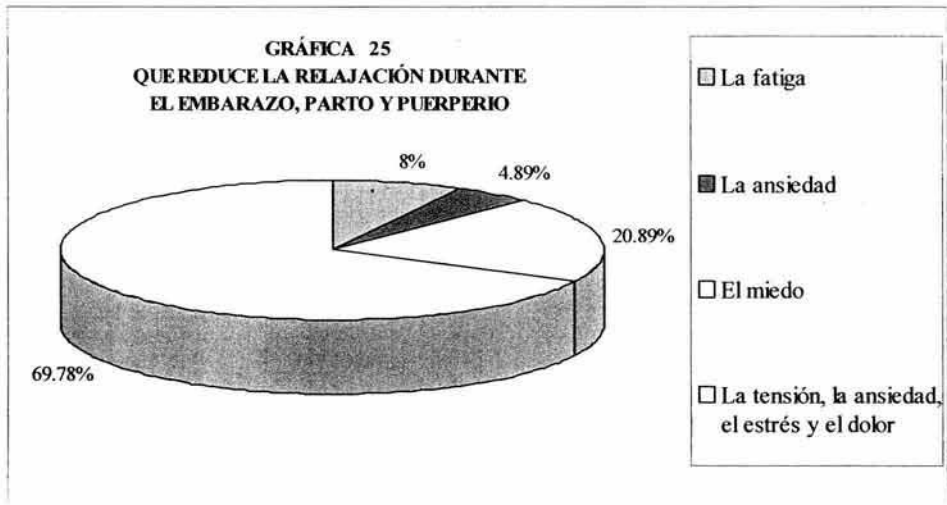
MÉXICO D.F., MAYO 2003

RELAJACIÓN	REDUCE	%	NO REDUCE	%	TOTAL %
La fatiga	18	8	207	92	100
La ansiedad	11	4.89	214	95.11	100
El miedo	47	20.89	178	79.11	100
La tensión, la ansiedad, el estrés y el dolor	157	69.78	68	30.22	100

Total de casos

225 = 100%

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 25

En el cuadro No. 25, se da a conocer lo que reduce la relajación durante el embarazo parto y puerperio a las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalap. El 92.00% de las mujeres embarazadas la fatiga no se las reduce la relajación, solamente al 8.00% se las reduce, el 95.11% la ansiedad no se las reduce la relajación, solamente al 4.89% se las reduce, el 79.11% el miedo no se los reduce la relajación, solamente al 20.89% se los reduce, el 30.22% la tensión, la ansiedad, el estrés y el dolor no se los reduce la relajación, solamente el 69.78% se los reduce. Para la mayoría de las mujeres embarazadas la relajación reduce la tensión, la ansiedad, el estrés y el dolor y solamente una minoría la relajación reduce la ansiedad.

CUADRO 26

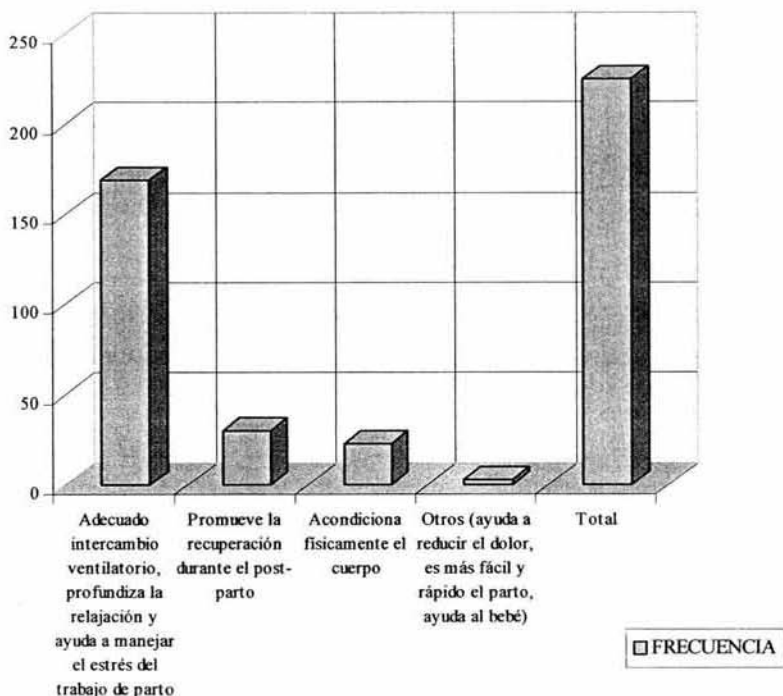
BENEFICIOS QUE BRINDA LA RESPIRACIÓN DURANTE EL PARTO A LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

BENEFICIOS QUE BRINDA LA RESPIRACIÓN	FRECUENCIA	%
Adecuado intercambio ventilatorio, profundiza la relajación y ayuda a manejar el estrés del trabajo de parto	169	75.11
Promueve la recuperación durante el post-parto	30	75.11
Acondiciona físicamente el cuerpo	23	10.22
Otros (ayuda a reducir el dolor, es más fácil y rápido el parto, ayuda al bebé)	3	1.33
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 26
BENEFICIOS QUE BRINDA LA RESPIRACIÓN DURANTE EL PARTO



ANÁLISIS DEL CUADRO 26

En el cuadro No. 26, se da a conocer los beneficios que brinda la respiración durante el parto a las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 75.11% de las mujeres embarazadas considera que la respiración brinda un adecuado intercambio ventilatorio, profundiza la relajación y ayuda a manejar el estrés del trabajo de parto, el 13.34% opina que la respiración promueve la recuperación durante el post-parto, el 10.22% menciona que la respiración acondiciona físicamente el cuerpo y el 1.33% refiere que la respiración brinda otros beneficios (ayuda a reducir el dolor, es más fácil y rápido el parto, ayuda al bebé). Para la mayoría de las mujeres embarazadas los beneficios que brinda la respiración son adecuado intercambio ventilatorio, profundiza la relajación y ayuda a manejar el estrés del trabajo de parto y solamente para una minoría la respiración acondiciona físicamente el cuerpo.

CUADRO 27

QUE LES FAVORECE EL PODER RECIBIR UN MASAJE DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO A LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

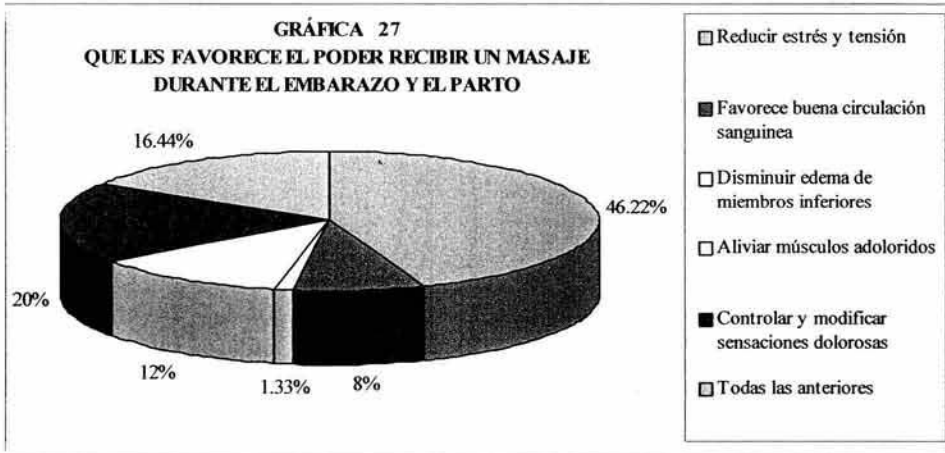
MÉXICO D.F., MAYO 2003

MASAJE	FAVORECE	%	NO FAVORECE	%	TOTAL %
Reducir estrés y tensión	104	46.22	121	53.78	100
Favorece buena circulación sanguínea	18	8	207	92	100
Disminuir edema de miembros inferiores	3	1.33	222	98.67	100
Aliviar músculos adoloridos	27	12	198	88	100
Controlar y modificar sensaciones dolorosas	45	20	180	80	100
Todas las anteriores	37	16.44	188	83.56	100

Total de casos

225 = 100%

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 27

En el cuadro No. 27, se da a conocer lo que les favorece el poder recibir un masaje durante el embarazo y el parto a las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 53.78% de las mujeres embarazadas considera que el masaje no favorece la reducción del estrés y tensión, solamente el 46.22% opina que el masaje favorece la reducción del estrés y tensión, el 92.00% menciona que el masaje no favorece la buena circulación sanguínea, solamente el 8.00% si lo considera, el 98.67% refiere que el masaje no favorece la disminución de edema de miembros inferiores, solamente el 1.3% el masaje si le favorece, al 88.00% el masaje no le favorece el alivio de músculos adoloridos, solamente al 12.00% el masaje si le favorece, para el 80.00% el masaje no favorece el control y modificación de sensaciones dolorosas, solamente al 20% el masaje le favorece en controlar y modificar sensaciones dolorosas, el 83.56% no les favorece el masaje, solamente al 16.44% les favorece el masaje. Para la mayoría de las mujeres embarazadas el masaje les favorece para reducir el estrés y tensión y solamente a una minoría les favorece en la disminución de edema de miembros inferiores.

CUADRO 28

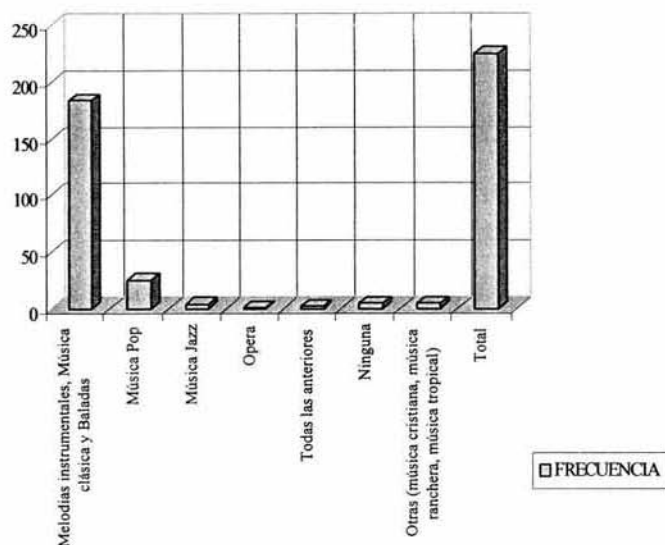
TIPO DE MÚSICA QUE ESCOGIERÓN PARA PODER RELAJARSE LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

TIPO DE MÚSICA	FRECUENCIA	%
Melodías instrumentales, Música clásica y Baladas	183	81.33
Música Pop	25	11.11
Música Jazz	4	1.78
Opera	1	0.45
Todas las anteriores	2	0.89
Ninguna	5	2.22
Otras (música cristiana, música ranchera, música tropical)	5	2.22
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 28
MÚSICA QUE ESCOGIERÓN PARA PODER RELAJARSE
LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 28

En el cuadro No. 28 se da a conocer el tipo de música que escogieron para poder relajarse las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 81.33% de las mujeres embarazadas escogio para poder relajarse melodias instrumentales, música clásica, baladas, el 11.11% escogio música Pop, el 1.78% escogio música Jazz, el 0.45% escogio Opera, el 0.89% escogio todos los tipos de música, el 2.22% no escogio ningún tipo de música, el 2.22% escogio otro tipo de música(música tropical, música ranchera, música criatiana). La mayoría de las mujeres embarazadas escogio melodias instrumentales, música clásica y baladas para poder relajarse y solamente una minoría escogio Opera.

CUADRO 29

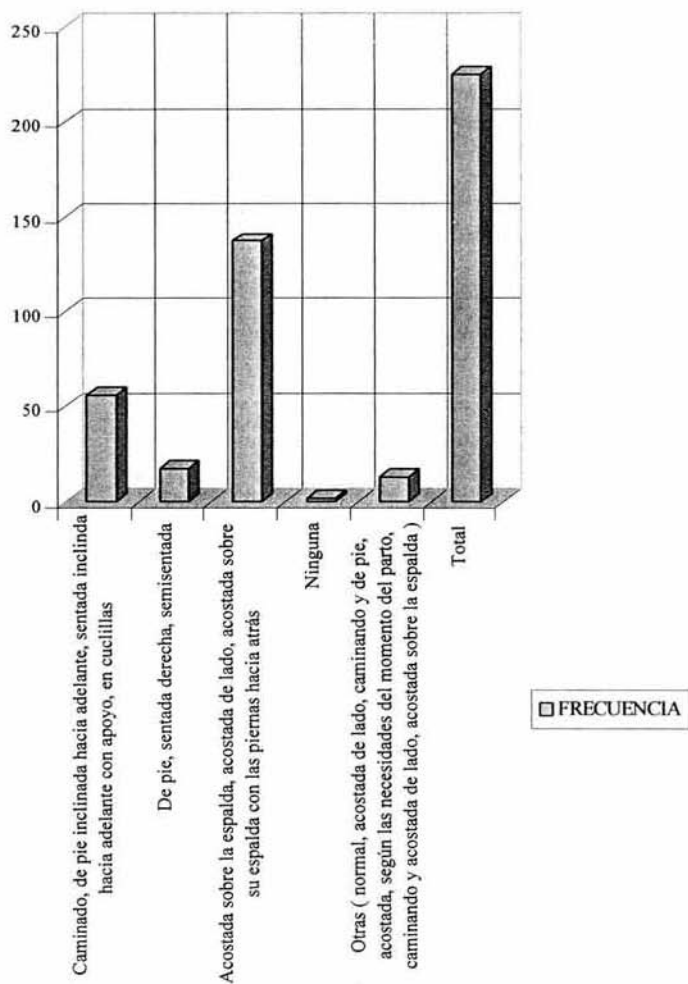
POSICIONES QUE ESCOGERÓN PARA SU TRABAJO DE PARTO LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

POSICIONES	FRECUENCIA	%
Caminado, de pie inclinada hacia adelante, sentada inclinada hacia adelante con apoyo, en cuclillas	56	24.89
De pie, sentada derecha, semisentada	17	7.55
Acostada sobre la espalda, acostada de lado, acostada sobre su espalda con las piernas hacia atrás	137	60.89
Ninguna	2	0.89
Otras (normal, acostada de lado, caminando y de pie, acostada, según las necesidades del momento del parto, caminando y acostada de lado, acostada sobre la espalda)	13	5.78
Total	225	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 29
POSICIONES QUE ESCOJERÓN PARA SU TRABAJO DE PARTO
LAS MUJERES EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 29

En el cuadro No. 29, se da a conocer las posiciones que escogieron para su trabajo de parto las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 24.89% de las mujeres embarazadas escogio para su trabajo de parto las posiciones caminando, de pie inclinada hacia adelanter, sentada inclinada hacia adelante con apoyo en cuclillas, el 7.55% escogio de pie, sentada derecha, semisentada, el 60.89% escogio acostada sobre la espalda, acostada de lado, acostada sobre su espalda con las piernas hacia atrás, el 0.89% no escogio ninguna posición, el 5.78% escogio otra posición (normal, acostada de lado, caminando y de pie, acostada, segun las necesidades del momento del parto, caminando, acostada sobre la espalda). La mayoría de las mujeres embarazadas escogio para su trabajo de parto las posiciones acostada sobre la espalda, acostada de lado, acostada sobre su espalda con las piernas hacia atrás.

CUADRO 30

CURSO QUE RECIBIERÓN PARA LA PREPARACIÓN DE SU EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

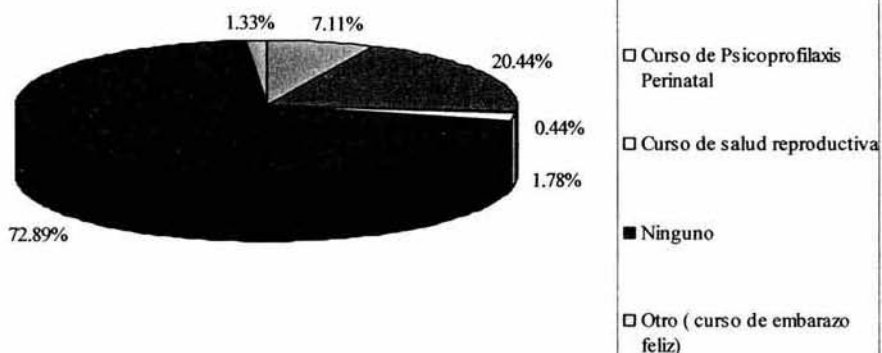
CURSO	RECIBIO	%	NO RECIBIO	%	TOTAL %
Curso de cuidados prenatales	16	7.11	209	92.89	100
Curso de lactancia materna	46	20.44	179	79.56	100
Curso de Psicoprofilaxis Perinatal	1	0.44	224	99.56	100
Curso de salud reproductiva	4	1.78	221	98.22	100
Ninguno	164	72.89	61	27.11	100
Otro (curso de embarazo feliz)	3	1.33	222	98.67	100

Total de casos

225 = 100%

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 30
CURSO QUE RECIBIERÓN LAS MUJERES
EMBARAZADAS



ANÁLISIS DEL CUADRO 30

En el cuadro No. 30, se da a conocer el curso que recibieron para la preparación de su embarazo, parto y puerperio las mujeres embarazadas del Hospital General Iztapalapa. El 92.89% de las mujeres embarazadas no recibió ningún curso de cuidados prenatales solamente el 7.11% lo recibió, el 79.56% no recibió curso de lactancia materna, solamente el 20.44% lo recibió, el 99.56% no recibió curso de Psicoprofilaxis perinatal solamente el 0.44% lo recibió, el 98.22% no recibió curso de salud reproductiva, solamente el 1.78% lo recibió, el 27.11% recibió algún curso y solamente el 72.89% recibió ningún curso, el 98.67% no recibió otro curso solamente el 1.33% recibió otro curso (curso de embarazo feliz). La mayoría de las mujeres embarazadas recibió ningún curso.

6.2 Resultados obtenidos con el personal de enfermería

CUADRO 1

QUE ENTIENDE POR PSICOPROFILAXIS PERINATAL EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

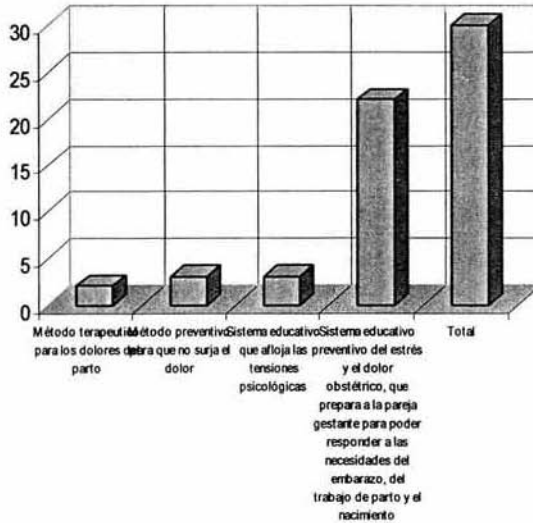
MÉXICO D.F., MAYO 2003

PSICOPROFILAXIS PERINATAL	FRECUENCIA	%
Método terapéutico para los dolores del parto	2	6.67
Método preventivo para que no surja el dolor	3	10
Sistema educativo que afloja las tensiones psicológicas	3	10
Sistema educativo preventivo del estrés y el dolor obstétrico, que prepara a la pareja gestante para poder responder a las necesidades del embarazo, del trabajo de parto y el nacimiento	22	73.33
Total	30	100

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de enfermería del Hospital General Iztapalapa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

GRÁFICA 1
QUE ENTIENDE POR PSICOPROFILAXIS PERINATAL
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

□ FRECUENCIA



ANÁLISIS DEL CUADRO 1

En el cuadro No. 1, se da a conocer lo que entiende por Psicoprofilaxis perinatal el personal de enfermería del Hospital General Iztapalapa. El 6.67% del personal de enfermería entiende por Psicoprofilaxis perinatal método terapéutico para los dolores de parto, el 10% método preventivo para que no surja el dolor, el 10% sistema educativo que alivia las tensiones psicológicas y el 22% entiende que es un Sistema educativo preventivo del estrés y el dolor obstétrico, que prepara a la pareja gestante para poder responder a las necesidades del embarazo, trabajo de parto y el nacimiento. La mayoría del personal de enfermería si entiende el significado de Psicoprofilaxis perinatal.

CUADRO 2

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS ENFERMERAS SOBRE LOS BENEFICIOS QUE BRINDA LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL	FRECUENCIA	%
Si conoce	13	43.33
No conoce	7	23.33
No contesto	10	33.34
Total	30	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 2

En el cuadro No. 2, se da a conocer el conocimiento que tiene enfermería sobre los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis perinatal del Hospital General Iztapalapa. El 43.33% si conoce los beneficios que brinda, el 23.33% no conoce los beneficios y el 33.34% no contesto. La mayoría del personal de enfermería no conoce los beneficios de la Psicoprofilaxis perinatal ya que los que no contestaron es quizas porque no conocen los beneficios y solamente una minoría los conoce.

CUADRO 3

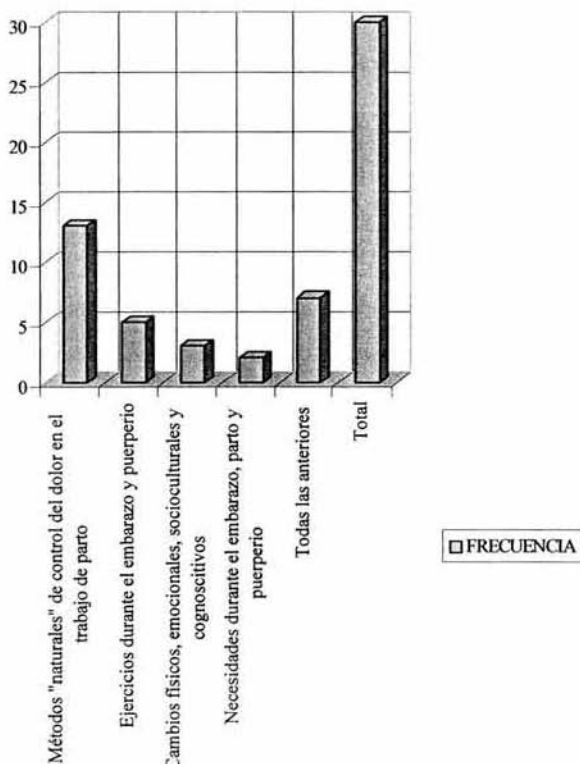
QUE MÉTODOS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS QUE CREE ENFERMERÍA QUE ENSEÑA LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

MÉTODOS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	FRECUENCIA	%
Métodos "naturales" de control del dolor en el trabajo de parto	13	43.34
Ejercicios durante el embarazo y puerperio	5	16.66
Cambios físicos, emocionales, socioculturales y cognoscitivos	3	10
Necesidades durante el embarazo, parto y puerperio	2	6.66
Todas las anteriores	7	23.34
Total	30	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

GRÁFICA 3
MÉTODOS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS QUE ENSEÑA
LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL



ANÁLISIS DEL CUADRO 3

En el cuadro No. 3, se da a conocer los métodos, recursos y estrategias que cree enfermería que brinda la Psicoprofilaxis perinatal del Hospital General Iztapalapa. Para el 43.34% del personal de enfermería la Psicoprofilaxis perinatal brinda métodos "naturales" de control del dolor en el trabajo de parto y el período expulsivo, para el 16.66% ejercicios durante el embarazo y puerperio, para el 10% cambios físicos, emocionales, socioculturales y cognoscitivos, para el 6.66% necesidades durante el embarazo, parto y puerperio y para el 23.34% todas las anteriores. La mayoría opina que la Psicoprofilaxis perinatal brinda métodos "naturales" de control del dolor en el trabajo de parto y período expulsivo y solamente una minoría opina que necesidades durante el embarazo, parto y puerperio.

CUADRO 4

CONOCIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PSICOPROFILAXIS PERINATAL DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

MÉXICO D.F., MAYO 2003

CONOCIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA	FRECUENCIA	%
Si conoce	8	26.6
No conoce	12	40
No contesto	10	33.4
Total	30	100

FUENTE: Misma del cuadro 1



ANÁLISIS DEL CUADRO 4

En el cuadro No. 4, se da a conocer el conocimiento de la participación de enfermería en la Psicoprofilaxis perinatal del Hospital General Iztapalapa. El 26.6% del personal de enfermería si conoce la participación de enfermería, el 40% no conoce la participación, el 33.4% no contesto. La mayoría no conoce la participación de enfermería en la Psicoprofilaxis perinatal, solamente una minoría la conoce.

7. PROPUESTA

Tomando cuenta los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario, la ubicación del Hospital General Iztapalapa, el nivel socioeconómico y cultural de la población usuaria, se realiza el siguiente programa con el fin de impartir, educación en Psicoprofilaxis perinatal, para cubrir las necesidades y expectativas de las mujeres embarazadas, este programa ayudara a reforzar al Hospital ya que es considerado "Hospital amigo del niño y la madre". La participación de enfermería es esencial pues es la que esta en mayor contacto con las mujeres embarazadas durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio.

PROGRAMA:

Población.

El programa va dirigido a las mujeres embarazadas que cursan con 15 semanas de gestación cumplidas, que asistan al Hospital General Iztapalapa C.E.E., ubicado el Av. Ermita Iztapalapa No. 3018 Col. Citlalli, Delegación Iztapalapa México, D.F. C.P. 09660. Telefonos 54-29-34-60, 54-29-30-85.

Objetivo general del programa.

Facilitar a las parejas la preparación física, emocional, sociocultural y cognoscitiva; promoviendo el desarrollo humano durante el embarazo, parto y puerperio.

Metodología.

- a) Organización: Este programa va dirigido a las parejas una vez cumplidas las 15 semanas de gestación y en casos especiales después de la semana 20, con autorización médica.
- b) Espacio: Hospital General Iztapalapa.
- c) Lugar: Auditorio dela unidad.
- d) Tiempo: Horario de 11:00 a 14:00 hrs.
- e) Duración: El curso comprende de 13 clases y se impartiran los días Martes y Jueves, durante aproximadamente 3 horas, la serie de clases se terminara a partir de las 37-38 semanas de gestación.
- f) Recursos humanos:
 - Enfermeras (Preparadas en Psicoprofilaxis perinatal).
 - Médicos Gineco-Obstetras.
 - Médicos Pediatras.
 - Psicologo (a).

Recursos materiales: Salón, estacionamiento (area verde); baño, garrafón de agua y tazas; pizarrón, plumones y borrador; colchonetas, almohadas, sillas apilables; espejo, báscula, pelotas de playa; posters y gráficas; muñeco y modelos de pelvis, útero, seno; grabadora, cassettes y Cd's de diferentes tipos de música; videocasetera, televisión y

videos; gafetes y plumones; formas de registro, hojas blancas, plumas, lapices, copias del material para distribuir.

Desarrollo del programa.

- Clase # 1.- Introducción a la Psicoprofilaxis Perinatal.
- Clase # 2.- Embarazo y salud.
- Clase # 3.- Cambios físicos y emocionales durante el embarazo.
- Clase # 4.- Duelo y pérdida.
- Clase # 5.- Nutrición y ejercicio prenatal.
- Clase # 6.- Recursos básicos para el manejo del trabajo de parto.
- Clase # 7.- Etapas del trabajo de parto.
- Clase # 8.- Inicio del trabajo de parto.
- Clase # 9.- Período expulsivo.
- Clase # 10.- Las rutinas y las variaciones en la atención del trabajo de parto.
- Clase # 11.- Lactancia materna.
- Clase # 12.- Puerperio fisiológico y quirúrgico.
- Clase # 13.- Cuidados y necesidades del recién nacido.

Todas las clases impartidas mencionaran:

- a) Objetivo particular.
- b) Objetivos específicos.
- c) Contenidos.
- d) Actividades de enseñanza.
- e) Actividades de aprendizaje.

CONCLUSIONES

La elaboración de esta investigación me permitió darme cuenta que la psicoprofilaxis perinatal brinda diversos beneficios a la mujer embarazada, proporcionando todos aquellos elementos necesarios para prepararlas y educarlas mediante clases, lecturas y práctica, todo ello con la finalidad de que las mujeres embarazadas puedan responder a las necesidades del embarazo, del trabajo de parto y el nacimiento.

Por otra parte compruebo que la mayoría de las mujeres embarazadas tiene una actitud de agrado hacia el embarazo; considerándolo como un proceso normal más que como un proceso de enfermedad en donde reconocen que existen diversas necesidades y que les gustaría tener un parto natural; saben además que es importante hacer ejercicio durante el embarazo y también conocen algún método y posición para el trabajo de parto y período expulsivo; todo esto me indica que las mujeres embarazadas tienen conocimiento de la psicoprofilaxis perinatal y que son capaces de reconocer los atributos de su naturaleza como mujer capaz de parir y criar un hijo, aunque quizás para ellas sea nuevo el significado.

Las mujeres también pueden decidir cuantos hijos desean tener, y si desean prepararse para este evento; debido a la gran relación que de por vida mantienen con su descendencia son identificadas más estrechamente con la reproducción y con el cuidado de los niños. Las ventajas que la educación de la madre tiene para la salud de los hijos, comienza incluso antes del nacimiento. Las mujeres instruidas suelen también recurrir a la atención prenatal y a la asistencia obstétrica institucional, lo que indudablemente reduce los riesgos perinatales.

En cuestión a la participación de enfermería en la psicoprofilaxis perinatal, es esencial ya que es una base importante de la salud, por tener un contacto más directo con la paciente y así poder identificar las necesidades que está tiene; y no solo poderlas identificar si no también poderlas cubrir. La enfermera es una educadora de la salud, pues proporciona educación continua al paciente en diferentes aspectos y porque no decirlo en diferentes aspectos de la vida cotidiana. Enfermería puede hacer mucho en el campo de la investigación; porque somos capaces de realizar diferentes tipos de investigaciones con la ayuda de gente capacitada para asesorarnos, pero quizás la mayor parte de las veces nos rehusamos a hacerlo, por falta de conocimiento, de tiempo, de motivación, de iniciativa, por flojera o porque simplemente no nos interesa.

De manera personal en cuanto a aprendizaje; la presente investigación me permitió ampliar y reforzar los conocimientos adquiridos de mi trayectoria, además de darme cuenta de lo importante e interesante que es la investigación y también de lo difícil que es poder realizarla, porque en realidad me ha costado mucho trabajo poder concluirla. Un contratiempo que tuve en lo referente al registro del protocolo de investigación en el Hospital, es que han pasado siete meses de haberlo entregado para su registro y aún no se ha registrado, porque quizás no se le da la importancia que debiera darsele, siendo que con este tipo de investigaciones el Hospital pueda crecer y así poder brindar una mejor

atención al paciente; a veces este tipo de contratiempos nos puede quitar el interés por realizar investigaciones.

Por último de manera muy personal, la psicoprofilaxis es un tema que me gusta mucho y quizás en un tiempo no muy lejano me pueda dedicar a impartir un programa de Psicoprofilaxis perinatal y poder atender partos utilizando este método psicoprofiláctico; así mismo me gustaría estimular a mis compañeras enfermeras, en especial a las que se encuentran en las áreas de Consulta externa, Gineco-obstetricia y Toco-cirugía; ya que ellas tienen un contacto más directo con las mujeres embarazadas, todo esto con la finalidad de poderles brindar una atención adecuada a sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

ANNIP. *Acercandose a la Psicoprofilaxis perinatal: de los orígenes a nuestros días*. Editorial Publingenio. S.A. de C.V. México.1999. Pag. 25-29.

ANIPP. *Diez razones para promover el parto Psicoprofiláctico*. Editorial Abbott. S.A. de C.V. México. 1999. Pag. 20-23.

ANIPP. *Factores de riesgo nutricio propios del embarazo*. Editorial Publingenio. S.A. de C.V. México. 1999. Pag. 19-21.

DEITRA, Leonard Lowdermilk. *Factores y procesos esenciales del parto normal*. Washington cap.14. Pag. 304-320.

ELISABETH, Bingy y Lybby Colman. *El amor durante el embarazo*. Editorial Pax-México. México. 1990. Pag. 11-20.

ENEO/UNAM/CIMIGEN. *Manual de apoyo, métodos y recursos utilizados en Psicoprofilaxis Perinatal*. México. 1999. Pag. 5- 80.

FELIX, Ramírez. *Obstetricia básica para la enfermera profesional*. Editorial manual moderno. México. 2002. Pag. 35-61.

FORO Silanes. *Salud reproductiva*. Editorial comarketing. S.A. de C.V. México. 1999 Pag. 8-20.

I, Pávlov. *Desarrollo de las concepciones neurodinamicas del sistema de psicoprofilaxis de los dolores del parto*. Edición en ruso. Moscú. 1951. Pag. 123-126.

JEAN, Cohen., Kahn-Nathan Jacqueline. *Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología*. Editorial argos vergara, S.A. Barcelona España. 1998. Pag. 174-178.

KITZINGER, Sheila. *El embarazo y parto*. Editorial diana. México. 1996. Pag. 82-98.

LYNNE, B. Pirie Dra. *El deporte durante el embarazo*. Editorial medica panamericana. Buenos aires. Pag. 67-184.

MARJORIE, A. England. *Gran atlas de la vida antes de nacer*. Editorial oceano/centrum. Barcelona España. 2002. Pag. 4-9.

NICHOLS, Francine H. y Sharrom Smith Humenick. *La experiencia del embarazo*. Phipadelphia. 1998. Pag. 52-68.

NIKOLAIEV, P.A. *El parto sin dolor*. Edición primera. Traducción del ruso. Editorial cartago. Buenos aires. 1997. Pag. 90-110.

READ, G.D. *Parto sin dolor*. Tercera edición. Argentina. Pag. 206-220.

SANTIBAÑEZ, Moreno Guillermo. *La Psicoprofilaxis Perinatal. sistema educativo para la reproducción humana*. México. 1998. Pag. 67-177.

SIMKIN P., Whalley J. y Keppler A. *Embarazo, nacimiento y el recién nacido*. Editorial atlántida. Buenos aires. 1993. Pag. 80-93.

SUA/ENEO/UNAM. *Investigación clínica en enfermería*. Antología. México. 1996. Pag. 131-143.

SUA/ENEO/UNAM. *Obstetricia I*. Antología. México. Octubre 2001. Pag. 262-267.

SUA/ENEO/UNAM. *Obstetricia I*. Antología. México. Julio 1996. Pag. 557-583.

SUA/ENEO/UNAM. *Obstetricia I*. Antología. México. Septiembre 2002. Pag. 131-149.

VELVOVSKY, I, Platonov K, Ploticher V, Shugón E. *Psicoprofilaxis de los dolores del parto*. Ediciones en lenguas extranjeras. Moscú. 1998. Pag. 89-126.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Meyer Magarici. *Métodos "naturales" de control del dolor*. Consultado el día 28 de Marzo del 2003 en <http://www.tupediatra.com/embarazo/masaje-perineal.htm>

Guillermo Lopez escobar. *Educación para el parto*. Consultado el día 28 de Marzo del 2003 en http://www.encolombia.com/siglo%20xx10_ginecobstetricia.htm

ANEXOS

ANEXO 1 Cuestionario aplicado a las mujeres embarazadas

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

OBJETIVO: El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recabar datos para conocer la importancia que le dan las mujeres embarazadas a la Psicoprofilaxis Perinatal.

INSTRUCCIONES: Encierre con un círculo la letra que corresponda a la respuesta de cada pregunta.

1.- Su edad se encuentra entre:

- A) 15 a 25 años.
- B) 26 a 35 años.
- C) 36 a 45 años.
- D) más de 46 años. cuantos _____

2.- ¿Cuál es su estado civil?

- A) Casada.
- B) Soltera.
- C) Viuda.
- D) Unión libre.
- E) Divorciada.

3.- ¿Qué grado de estudios tiene?

- A) Primaria.
- B) Secundaria.
- C) Preparatoria.
- D) Carrera técnica.
- Otros _____

4.- Su ingreso mensual se encuentra entre:

- A) Menos de \$1,000 mensual.
- B) De \$1,000 a \$2,000 mensual.
- C) De \$2,100 a \$3,500 mensual.
- D) De \$3,600 a \$5,000 mensual.
- E) De \$5,100 o más

5.- ¿Cuál es su religión?

- A) Católica.
- B) Evangelista.
- C) Testigo de jehova.
- D) Iglesia de los santos de los últimos días.
- Otra _____

6.- ¿A que se dedica?

- A) Hogar.
- B) Trabajo.
- C) Estudio.
- D) Estudio y Trabajo.
- Otro _____

7.- En caso de trabajar ¿En que trabaja?

8.- En caso de estudiar ¿Qué estudia?

9.- ¿Cuántos hijos tiene?

- A) Ninguno.
- B) Uno.
- C) Dos.
- D) Tres.
- E) Cuatro.
- F) Más de cuatro cuantos _____

10.-¿Cuántas veces se ha embarazado?

- A) Una vez.
- B) Dos veces.
- C) Tres veces.
- D) Cuatro veces.
- E) Más de cuatro veces cuantas_____

11.- ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

- A) Uno.
- B) Dos.
- C) Tres.
- D) Cuatro.
- E) Cinco.
- F) Seis.
- G) Siete.
- H) Ocho.
- I) Nueve.

12.- ¿Durante su embarazo ha presentado alguna de estas complicaciones?

- A) Sangrado vaginal.
- B) Ruptura de membranas.
- C) Infecciones urinarias.
- D) Presión arterial alta.
- E) Amenaza de aborto.
- F) Amenaza de parto prematuro.
- G) Todas las anteriores.
- H) Ninguna.

Otras _____

13.- De los signos y síntomas de alarma que se pueden presentar durante el embarazo ¿Diga cuáles a presentado?

- A) Sangrado, aunque sea muy ligero.
- B) Hinchazón de los pies, tobillos, manos o cara.
- C) Contracciones uterinas.
- D) Dolor de cabeza repetitivo y frecuente.
- E) Salida de líquido por la vagina.
- F) Ausencia de movimientos fetales o exceso de ellos.
- G) Dolor abdominal.
- H) Fiebre o escalofríos.
- I) Ardor al orinar, comezón en la zona genital o dolor en los riñones.
- J) Visión borrosa o con manchas.
- K) Ninguna.

Otros _____

14.- ¿Su actitud hacia su embarazo es?

- A) Agrado.
- B) Desagrado.
- C) Indiferencia.

Otra _____

15.- ¿Cómo considera usted al embarazo?

- A) Un proceso normal.
- B) Una enfermedad.
- C) Un proceso natural fisiológico.
- D) Una necesidad física.

16.- ¿Qué necesidades cree usted que existen durante el embarazo?

- A) Necesidad de descanso.
- B) Necesidad de afecto y descanso.
- C) Necesidad de comprensión y de orientación.
- D) Necesidad de aceptación, de ternura, de amor, de comprensión, de afecto, de descanso y de orientación.

17.- Si pudiera escoger ¿Por medio de que procedimiento le gustaría que naciera su bebé?

- A) Parto natural.
- B) Cesárea.

Otro _____

18.- ¿Qué entiende usted por Psicoprofilaxis Perinatal?

- A) Método terapéutico para los dolores del parto.
- B) Método preventivo para que no surja el dolor.
- C) Sistema educativo que afloja las tensiones psicológicas.
- D) Sistema educativo preventivo del estrés y el dolor obstétrico, que prepara a la pareja gestante para poder responder a las necesidades del embarazo, del trabajo de parto, y el nacimiento.

19.- ¿Qué cambios emocionales ha presentado usted durante su embarazo?

- A) Incremento de irritabilidad.
- B) Sueños y fantasías.
- C) Imágen corporal alterada.
- D) Aceptación del embarazo.
- E) Ansiedad por el parto.
- F) Miedo.
- G) Tendencia al llanto.
- H) Agitación.
- I) Todas las anteriores.
- J) Ninguno.

Otros _____

20.- Dentro de los métodos “Naturales”, de control del dolor en el trabajo de parto. ¿Diga cuál conoce usted?

- A) Relajación.
- B) Respiración.
- C) Masajes.
- D) Posiciones.
- E) Música.
- F) Movimientos rítmicos.
- G) Calor y frío.
- H) Imágenes.
- I) Ninguno.

Otros _____

21.- ¿Conoce los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis Perinatal? en caso de conocerlos explíquelos.

22.- ¿Cómo considera usted al parto?

- A) Una experiencia dolorosa.
- B) Un evento único.
- C) Un episodio fisiológico y natural de la vida.
- D) Un procedimiento traumático.

23.- Si pudiera realizar algún ejercicio, ¿Qué ejercicio le gustaría?

- A) Ejercicios de los músculos de la espalda.
- B) Ejercicios de los músculos abdominales.
- C) Ejercicios de la zona de la cadera.
- D) Ejercicios del piso de la pelvis.
- E) Ejercicios de estiramiento.
- F) Ejercicios de fortalecimiento.
- G) Ejercicios de flexibilidad.
- H) Todos los anteriores.
- I) Ninguno.

Otros _____

24.- ¿En que cree usted que le ayude, el realizar ejercicio durante su embarazo?

- A) Incremento en la autoestima y confianza.
- B) Mantiene una buena condición física.
- C) Aumenta la comodidad.
- D) Crea hábito para el ejercicio post-parto.
- E) Mantiene actividad muscular necesaria para el esfuerzo requerido en el parto.
- F) Mejora circulación, apetito, digestión y eliminación.
- G) Todas las anteriores.

Otros _____

25.- La relajación ¿Qué cree usted que reduzca durante el embarazo, parto y puerperio?

- A) Reduce la fatiga.
- B) Reduce la ansiedad.
- C) Reduce el miedo.
- D) Reduce la tensión, la ansiedad, el estrés y el dolor.

Otros _____

26.-¿Qué beneficios cree usted que brinde la respiración durante el parto?

- A) Adecuado intercambio ventilatorio, profundiza la relajación y ayuda a manejar el estrés del trabajo de parto.
- B) Promueve la recuperación durante el post-parto.
- C) Acondiciona físicamente el cuerpo.

Otros _____

27.- ¿En que cree usted que le favorezca el poder recibir un masaje durante el embarazo y el parto?

- A) Reducir estrés y tensión.
- B) Favorecer buena circulación sanguínea.
- C) Disminuir edema de miembros inferiores.
- D) Aliviar músculos adoloridos.
- E) Controlar y modificar sensaciones dolorosas.
- F) Todas las anteriores.

Otros _____

28.- Si pudiera escoger algún tipo de música para poder relajarse, ¿Qué tipo de música escogería?

- A) Melodias instrumentales, música clásica, baladas.
- B) Música Pop.
- C) Música Jazz.
- D) Opera.

Otras _____

29.- Si pudiera escoger, ¿Qué posiciones escogería usted durante su trabajo de parto?

- A) Caminando, De pie inclinada hacia adelante, Sentada inclinada hacia adelante con apoyo, en cuclillas.
- B) De pie, Sentada derecha, Semisentada.
- C) Acostada sobre la espalda, Acostada de lado, Acostada sobre su espalda con las piernas hacia atrás.

D) Otras _____

30.- ¿Qué curso ha recibido para la preparación de su embarazo, parto y puerperio?

- A) Curso de cuidados prenatales.
- B) Curso de lactancia materna.
- C) Curso de Psicoprofilaxis Perinatal.
- D) Curso de salud reproductiva.
- E) Ninguno.

Otro _____

ANEXO 2 Cuestionario aplicado a las enfermeras

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

OBJETIVO: El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recabar datos para identificar el conocimiento que tiene enfermería sobre la Psicoprofilaxis Perinatal.

INSTRUCCIONES: Encierre con un círculo la letra que corresponda a la respuesta de cada pregunta.

1.- ¿Qué entiende usted por Psicoprofilaxis Perinatal?

- a) Método terapéutico para los dolores de parto.
- b) Sistema educativo del proceso de la reproducción humana, que nos permite trabajar con familias en una etapa cuyas necesidades de adaptación los predispone al aprendizaje de nuevos recursos y estrategias, para integrar a sus vidas comportamientos responsables de salud que les permitan la preservación de su integridad física y emocional y el nacimiento de niños sanos.
- c) Método preventivo para que no surja el dolor.
- d) Sistema educativo que afloja las tensiones psicológicas.
- e) Sistema educativo preventivo del estrés y el dolor obstétrico, que prepara a la pareja gestante para poder responder a las necesidades del embarazo, trabajo de parto y el nacimiento.

2.- ¿Conoce los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis Perinatal? en caso de conocerlos explíquelos.

3.- ¿Qué métodos, recursos y estrategias cree usted que enseñe la Psicoprofilaxis Perinatal?

- a) Métodos “naturales” de control del dolor en el trabajo de parto y período expulsivo.
- b) Ejercicios durante el embarazo y puerperio.
- c) Cambios físicos, emocionales, socioculturales y cognoscitivos.
- d) Necesidades durante el embarazo, parto y período inicial de la paternidad.
- e) Todas las anteriores.
- f) Ninguno.

Otros

4.- ¿Conoce cuál es la participación de enfermería en la Psicoprofilaxis Perinatal? en caso de conocerla explíquela.

ANEXO 3

Hoja de control de contracciones en el parto psicoprofiláctico

INICIO	DURACIÓN	INTENSIDAD	INICIO	DURACIÓN	INTENSIDAD

ANEXO 4

Lo que se puede hacer para ayudar a la pareja

Para ella:

Emocionalmente

- a.-) Investigar las necesidades y dudas que tiene él.
- b.-) Tratar de entender estas necesidades.
- c.-) Abrir canales de comunicación.
- d.-) Interesarte acerca de lo que él está sintiendo.
- e.-) Ser honesta acerca de los propios sentimientos.
- f.-) Hablar acerca de lo que le causa placer y preguntarle a él que le es placentero.
- g.-) Retroalimenta esta comunicación.
- h.-) Hablar usando “yo”, “a mi”.

Físicamente

- a.-) Cuidar de la apariencia personal. Usar ropa atractiva, un buen brasiere, cuidar el pelo.
- b.-) Corregir la postura.
- c.-) Ejercitarse para divertirse y sentirse mejor.
- d.-) Hacer diariamente la rutina de relajación:
 - » Elimina la tensión acumulada durante el día.
 - » Favorece el equilibrio hormonal.
 - » Capacita para el manejo de contracciones durante el trabajo de parto.
 - » Eleva el umbral al dolor.
- e.-) Preparar los senos para la lactancia (incluir a la pareja).
- f.-) Concientizarse de los músculos perineales. Hacer ejercicios de Kegel, darse masajes perineales.
- g.-) Incluir a la pareja en las actividades.
- h.-) Descansar.

Para él:

Emocionalmente

- a.-) Investigar los intereses y dudas que tiene ella.
- b.-) Tratar de entender estas necesidades.
- c.-) Abrir canales de comunicación.
- d.-) Comprometerse con el embarazo, acompañarla al doctor.
- e.-) Comprender que ambos están esperando al bebé, tomar decisiones juntos.
- f.-) Ser honesto con los propios sentimientos.⁴³

Juntos como pareja

- a.-) Tener en cuenta que las buenas relaciones sexuales aportan un 10% a favor el matrimonio. La incompatibilidad sexual un 90% en contra.
- b.-) Escucharse uno al otro.
- c.-) Comunicarse los deseos, necesidades, falta de deseo, temores.
- d.-) Explorar formas diferentes de hacer el amor.
- e.-) Variar las posiciones para hacer el amor.
- f.-) Practicar relajación juntos, masaje uno al otro (espalda, cara, pies, vientre, pezones, peiné).
- g.-) Hacer juntos los ejercicios de Kegel.
- h.-) Prepararse para recibir al bebé y hacer frente a los cambios de vida que trae consigo la paternidad.

⁴³ Elisabeth Bingy y Lybby Colman. El amor durante el embarazo. Editorial PaxMéxico. México. 1990. Pag. 15.