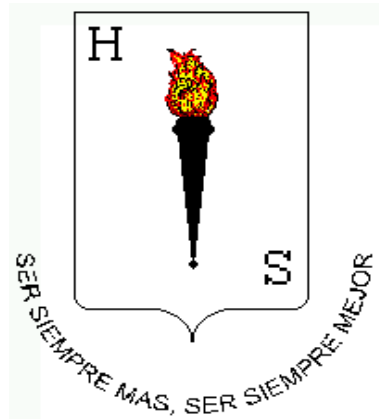


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS

APOYO EMOCIONAL EN EL TRABAJO DE PARTO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARÍA TERESA QUINTANAR OLMARES

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por hacer posible este proyecto, por acompañarme en cada momento, por iluminar mi camino y no dejarme vencer para seguir adelante.

A mi madre por darme esta hermosa oportunidad de crecer y salir adelante con mis estudios, por su nobleza, por su apoyo, confianza y por su gran amor.

A mi familia por el apoyo incondicional, por acompañarme a lo largo del camino apoyándome en lo que fuera posible.

A mis profesores por guiarme en el camino de esta profesión y por ayudarme a fortalecer mis conocimientos con sus enseñanzas.

DEDICATORIA

A mi madre principalmente por darme la vida, por creer en mí, por la fuerza y apoyo incondicional que me ha brindado, por su cariño y confianza, por darme la oportunidad de hacer realidad este sueño, por estar a mi lado en cada momento de mi vida, por esas noches de desvelo, por comprenderme en momentos difíciles, por ser mi consejera y aliada, porque siempre ha trabajado para darme lo mejor, por querer lo mejor para mí, por el gran amor que me brinda, en fin no tengo palabras para decir lo tan importante que es para mí, porque es mi mayor ejemplo a seguir y la mejor mamá del mundo.

A mi abuelito por ese esfuerzo para dar lo mejor a su familia, por estar siempre a mi lado, por ese gran apoyo que me brindo, por esos sabios consejos que me proporcionaba, por sus palabras de aliento que me ayudaron a crecer como persona, por los grandes valores que me transmitió, sé que le gustaría verme como una gran Licenciada en Enfermería pero sé que está en un lugar mejor orgulloso de mis logros, compartiendo mi alegría, enviándome su bendición para salir adelante e iluminándome mi camino para no perder el rumbo, siendo el mi ejemplo de fuerza e ingenio.

A mi hermana por el apoyo y fuerza que me proporciono a lo largo de mi carrera, por sus consejos tan especiales, por ser mi cómplice, por los momentos de alegría, por su compañía en momentos difíciles, por sus palabras de aliento cuando me daba por vencida, por ayudarme a salir adelante en mis problemas, por el amor que me brinda, por su cariño y confianza, por ser la mejor hermana del mundo.

A mi familia por ser la mejor y por ser tan unida, por compartir mis alegrías y tristezas, por apoyarme y darme las fuerzas para crecer como persona, los amo y quiero dedicarles este esfuerzo porque ellos forman parte de este gran capítulo de mi vida.

APOYO EMOCIONAL EN EL TRABAJO DE PARTO

ÍNDICE

RESUMEN.....	III
INTRODUCCIÓN.....	IV
CAPÍTULO I DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
1.3.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.4.- JUSTIFICACIÓN	3
1.5.- VIABILIDAD.....	4
CAPÍTULO II CIENCIAS DE LA SALUD	5
2.1.- CIENCIAS DE LA SALUD.....	6
2.1.1.- BIOLOGÍA.....	6
2.1.2.- MEDICINA.....	7
2.1.3.- GINECOLOGÍA	7
2.1.4.- OBSTETRICIA.....	7
2.2.- EMBARAZO	8
2.2.1.- DIAGNÓSTICO	8
2.3.- TRABAJO DE PARTO.....	11
2.3.1.- PRIMER PERIODO O DILATACIÓN	13
2.3.2.- SEGUNDO PERIODO O EXPULSIÓN	14
2.3.3.- TERCER PERIODO O ALUMBRAMIENTO.....	14
2.4.- SEÑALES QUE INDICAN TRABAJO DE PARTO.....	15
2.5.- METODOS PARA DISMINUIR EL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO..	16
2.6.- PSICOLOGÍA.....	17
2.6.1.- EMOCIONES.....	17
2.6.2.- ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA EMOCIÓN	22
2.7.- CAMBIOS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO	23
2.8.- CAMBIOS EMOCIONALES EN EL TRABAJO DE PARTO	24
2.9.- ESTRÉS EN EL PARTO	26
2.10.- ENFERMERÍA.....	26

2.10.1.- ENFERMERÍA OBSTÉTRICA	28
2.11.- MODELO TEORICO.....	29
2.12.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO.....	31
2.12.1.- PRIMERA ETAPA (DILATACIÓN).....	32
2.12.2.- SEGUNDA ETAPA (PERIODO EXPULSIVO)	39
2.12.3.- TERCERA ETAPA (ALUMBRAMIENTO)	42
2.13.- CUIDADOS DE APOYO EMOCIONAL	45
CAPÍTULO III ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.1.- ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
CAPÍTULO IV DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	49
4.1.- DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	50
4.2.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	50
4.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPOTESIS.....	50
4.4.- CONSTRUCCION DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	55
CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	58
5.1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	59
CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	61
6.1.- RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	62
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES.....	80
7.1.- CONCLUSIONES.....	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82

RESUMEN

El propósito de esta investigación Apoyo Emocional en el Trabajo de Parto es conocer el nivel de atención por parte del personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en los cuidados de apoyo emocional en la mujer en trabajo de parto.

El parto es un fenómeno en el que se desencadenan desequilibrios emocionales, se divide en distintas fases por lo cual la enfermera debe de estar atenta a las necesidades de la mujer, llegando más allá de cuidados técnicos.

El apoyo emocional durante el trabajo de parto es de gran importancia ya que la mujer se siente más tranquila y en confianza, mejorando así su cooperación a los procedimientos que se le realicen. Las mujeres buscan sentirse cómodas y acompañadas, la enfermera debe respetar los deseos de la mujer y proporcionar apoyo emocional, así también proporcionar apoyo físico usando técnicas para afrontar el dolor y el estrés.

El apoyo durante el trabajo de parto trae consigo beneficios ya que se sienten más satisfechas con su experiencia en el trabajo de parto. También se considera al apoyo emocional como una forma de promoción para un buen parto.

Siendo la investigación realizada en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud a una población determinada a la cual se encuesta obteniendo información sobre los cuidados de apoyo emocional que se proporcionan a la mujer en trabajo de parto.

Los resultados indican que la mayoría de las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud proporcionan apoyo emocional a la mujer en trabajo de parto

INTRODUCCIÓN

En el primer capítulo se hace el planteamiento del problema comenzando con una descripción sobre el tema a investigar, se menciona el objetivo a seguir para así obtener información necesaria para conocer el nivel de atención en cuidados de apoyo emocional por parte del personal de enfermería, así también se menciona la viabilidad que nos permitirá llevar a cabo esta investigación.

En el segundo capítulo se encuentra la información que ayudara a manejar el tema de investigación. Partiendo desde lo que son las ciencias de la salud hasta el cuidado en apoyo emocional. En esta investigación se estudiara lo que es el trabajo de parto y las emociones que este desencadena, conociendo los cuidados de apoyo emocional que deben proporcionarse para que la mujer se sienta tranquila, relajada y su parto sea bueno y le deje una buena experiencia.

En el tercer capítulo se menciona el alcance y diseño de la investigación, como es que se comenzó la estructura y como se fueron obteniendo las partes de la investigación.

En el cuarto capítulo se plantea la hipótesis, describiendo y definiendo variables para de ahí partir a la operacionalización y definir las ideas principales llegando a la construcción de los instrumentos de medición los cuales serán de importancia para llegar al resultado que se quiere conocer.

En el capítulo cinco encontramos el diseño de la investigación encaminada a determinar si la hipótesis que se ha planteado es falsa o verdadera, se menciona como fue construido el instrumento de medición y a quienes se les aplico para lograr la información acerca del tema establecido.

En el capítulo sexto se llevó a cabo la recolección y análisis de datos, los cuales se muestran en graficas redondas, dando los resultados de cada una de las

preguntas formuladas en la encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud con el propósito de conocer el nivel de atención en los cuidados de apoyo emocional en el trabajo de parto.

En el capítulo séptimo se dan a conocer las conclusiones obtenidas, analizando la investigación y valorando los resultados que fueron obtenidos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Se observa que el trabajo de parto es un proceso fisiológico que lo presenta toda mujer embarazada. En general el objetivo de esta la investigación es determinar el nivel de atención que tiene la enfermera del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre los cuidados de enfermería en apoyo emocional en el trabajo de parto. Proporcionándole así, alivio y confort para obtener resultados obstétricos más favorables.

Las mujer comienzan a experimentar desequilibrios emocionales en el momento de que tienen el resultado definitivo de que está embarazada, la futura madre debe de estar en contacto con personas que le proporcionen información, consejos y sugerencias ya que es fundamental que se mantenga informada, así como también debe de compartir sus experiencias y estar consciente de los desequilibrios que sufrirá durante su periodo de embarazo y en el trabajo de parto.

En ocasiones las madres se encuentran en un estado de ansiedad tras tener temores por lo cual deben de ser comprendidas, proporcionándoles atención y cuidados emocionales para así ayudarlas a sentirse seguras y con confianza.

La función que desempeña la enfermera durante el trabajo de parto es una experiencia que deja recuerdos en la madre, ya que es un periodo muy sensible, estos recuerdos quedan marcados por la atención y el apoyo que el personal ofrece en el acompañamiento durante los procedimientos.

En ocasiones se tiene una mala información sobre la atención, apoyo y cuidados que el personal de enfermería proporciona.

Por lo que el sujeto de investigación será el personal de enfermería, obteniendo información sobre el nivel de atención en cuidados de apoyo emocional que se proporciona a la mujer durante el trabajo de parto.

1.2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué nivel de atención tiene la enfermera del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre los cuidados de enfermería en apoyo emocional en el trabajo de parto?

1.3.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar el nivel de atención que tiene la enfermera del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre los Cuidados de Enfermería en apoyo emocional en el trabajo de parto.

1.4.- JUSTIFICACIÓN

La investigación presente se realiza con el fin de conocer el nivel de atención que tiene la enfermera del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre cuidados en el apoyo emocional en la mujer en trabajo de parto.

Ayudando así a que las enfermeras tomen conciencia de que el trabajo de parto es un proceso en el que la mujer desencadena desequilibrios emocionales y debe de proporcionar los cuidados adecuados para que la mujer se sienta tranquila y cooperadora.

1.5.- VIABILIDAD

Es viable el tema de la investigación ya que es necesario conocer la atención que se brinda en el apoyo emocional en la mujer que se encuentra en trabajo de parto, por parte del personal de enfermería que labora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

CAPÍTULO II
CIENCIAS DE LA SALUD

2.1.- CIENCIAS DE LA SALUD

De la medicina se ha dicho que es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades. No es una ciencia, pero se nutre de ella. No es una técnica, pero se apoya en muchas. No cuenta entre las humanidades, pero nada de lo humano debe serle ajeno. El sufrimiento propio de la enfermedad ha sido motor de indagaciones científicas, tema de creación artística y motivo de sublimación espiritual. Cada cultura ha aplicado lo mejor de su conocimiento a la satisfacción de sus necesidades de salud, y la lucha contra la enfermedad ha sido factor de progreso y de desarrollo intelectual.

La medicina continua siendo una parte fundamental de la trama social de nuestro tiempo, como lo fue en tiempos antiguos. Ahora su desarrollo se apoya en el conocimiento científico, al igual que el desarrollo de otros aspectos de la vida social, como son la industria o la economía, y conforme la ciencia toma raíz en la cultura moderna, la medicina viene nutriéndose de ella, a la vez que contribuye de manera importante a su desarrollo.

2.1.1.- BIOLOGÍA

Es la ciencia que tiene como objeto de estudio a los seres vivos y, más específicamente, su origen, su evolución y sus propiedades: génesis, nutrición, morfogénesis, reproducción, patogenicidad, etc. Se ocupa tanto de la descripción de las características y los comportamientos de los organismos individuales como de las especies en su conjunto, así como de la reproducción de los seres vivos y de las interacciones entre ellos y el entorno. De este modo, trata de estudiar la estructura y la dinámica funcional comunes a todos los seres vivos, con el fin de establecer las leyes generales que rigen la vida orgánica y los principios explicativos fundamentales de ésta.

La biología es una ciencia y sus principios y métodos son los de cualquier otra ciencia. De hecho, un principio básico de la biología moderna es que los seres vivos obedecen a las mismas leyes de la física y la química que rigen la materia inanimada.

2.1.2.- MEDICINA

Arte y ciencia del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y del mantenimiento de la salud. La medicina se divide en dos ramas principales: la medicina académica y la clínica.

2.1.3.- GINECOLOGÍA

Es una palabra que procede del griego. “Gineco” significa mujer y “logia” significa tratado, estudio, ciencia. Es la parte de la medicina y cirugía que trata de las enfermedades propias de la mujer. A esto debemos añadir el bienestar físico, psíquico y social de la mujer.

2.1.4.- OBSTETRICIA

Rama de la medicina que se encarga del estudio de la mujer embarazada y que incluye el embarazo, parto y puerperio.

Obstetricia y Ginecología en algunos países llamado ginecoobstetricia o tocoginecología son las dos especialidades quirúrgicas que se ocupan de los órganos reproductores femeninos, y, como tal, a menudo se combinan para formar una sola especialidad médica y un programa de formación de postgrado. Esta formación combinada convierte a los practicantes en expertos en el manejo quirúrgico de todo lo concerniente a las patologías clínicas de los órganos reproductores femeninos en especial atención a las embarazadas y las pacientes

no embarazadas. En pocas palabras son los que atienden los partos y siguen los embarazos de las mujeres.

2.2.- EMBARAZO

Es un estado fisiológico pasajero que se inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

La especie humana está programada genéticamente para tener un producto por cada embarazo.

2.2.1.- DIAGNÓSTICO

Es relativamente fácil hacer diagnóstico de embarazo, sin embargo, en ocasiones y en las primeras semanas del embarazo puede dificultarse el diagnóstico por lo que se hace necesario el uso de métodos auxiliares. Lo primero que debemos hacer es una buena historia clínica, la cual nos va a dar los datos de presunción de embarazo, datos probables de embarazo y finalmente los datos positivos de embarazo.

Diagnóstico de presunción de embarazo.

Síntomas:

Alteraciones digestivas: náuseas, vómitos (suelen presentarse a partir de la 6sm de amenorrea y persisten durante unas 6-12 sm), meteorismo.

Alteraciones de la micción: micción frecuente.

Fatiga, cansancio.

Tensión mamaria.

Percepción de movimientos fetales (suelen comenzar entre las 16-20 sm).

Signos:

Amenorrea: retraso menstrual mayor de 10 días en mujer con ciclos regulares.

Aumento de volumen mamario.

Cérvix:

Macroscópicamente, aparece más blando y cianótico.

El moco, que entre el 7° y 18° día del ciclo cristaliza en hoja de helecho, a partir del día 21° del ciclo lo hace en aspecto de cuentas (permanece durante el embarazo por el efecto de la progesterona).

Vagina: color azulado oscuro o rojo violáceo y congestionado (signo de Chadwick).

Piel: aumento de la pigmentación cutánea (principalmente, en la aréola y línea alba) y aparición de estrías abdominales.

Diagnostico probable de embarazo.

Aumento del perímetro abdominal.

Cambios en el tamaño, forma y consistencia del útero.

El cuerpo uterino se tacta pastoso, elástico y, en ocasiones, blando.

Signo de Hegar: entre las 6-8 sm de amenorrea aparece reblandecimiento del segmento inferior uterino. En el tacto abdomino-vaginal se toca el istmo uterino blando, separado del cérvix firme y el cuerpo uterino elástico y blando.

Cambios en el cuello uterino: a partir de las 6-8 sm de gestación se inicia el reblandecimiento del cérvix uterino; según avanza el embarazo, el canal cervical puede hacerse permeable al pulpejo del dedo.

Contracciones de Braxton Hicks: contracciones, irregulares y no dolorosas desde las primeras etapas de la gestación. Conforme avanza el embarazo aumentan en número, especialmente, por la noche.

Peloteo: hacia la mitad del embarazo y debido al tamaño pequeño del feto en relación a la cantidad de LA.

Percepción del feto a través de la pared abdominal: a partir de la 2° mitad del embarazo.

Pruebas hormonales de embarazo: la presencia de HGC en plasma u orina materna es, en principio, diagnóstica de embarazo; puede verse aumentada en tumores secretores de HGC (carcinoma broncogénico), autoinyección de HGC, lupus, etc.

La HGC es una Glucoproteína con dos subunidades, α y β (está es producida por el sincitiotrofoblasto). Puede detectarse en sangre materna 9-10 días después de la ovulación; con los test en orina se detecta en los primeros días de retraso menstrual.

Signos positivos de embarazo.

Identificación de actividad cardiaca fetal: la auscultación o la observación directa del LCF es diagnóstico de embarazo.

Percepción de movimientos fetales por parte del explorador: a partir de las 20 sm de gestación, y a intervalos irregulares, es posible detectar movimientos fetales al colocar la mano del explorador sobre el abdomen materno. Se deben

diferenciar de los movimientos intestinales o de las contracturas de los músculos abdominales.

Reconocimiento del embrión o feto en cualquier momento del embarazo:

Ecografía: en mujeres con ciclos regulares, un embarazo N puede ser demostrado por ecografía abdominal a partir de las 5-6 sm de amenorrea y por vía vaginal, a partir de las 4-5 sm. Aparecen cronológicamente:

Saco gestacional: desde 4^a sm (vaginal), 5^a sm (abdominal).

Vesícula vitelina: a partir de la 4^a-5^a sm (vaginal), 5^a-6^a sm (abdominal).

Embrión: desde la 5^a sm (vaginal), 7^a sm (abdominal).

LCF: desde la 5^a sm (vaginal), 7^a sm (abdominal).

Por vía abdominal, habitualmente, se retrasa 1-2 sm la visualización de las estructuras antes mencionadas.

Radiografía: distinción radiológica del esqueleto fetal, generalmente, a partir de las 16 sm de amenorrea; obviamente la Radiografía no debe utilizarse para este fin.

2.3.- TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto es la cadena de eventos fisiológicos que permiten al feto emprender su viaje del útero al mundo exterior.

El parto es un acontecimiento biológico que se produce al final del embarazo entre las semanas 37 y 40 (parto a término), sin embargo puede

instaurarse antes de la semana 37 (parto pretérmino o prematuro) o a partir de la semana 42 (parto postérmino).

Resulta, pues, que solamente podemos decir que un parto ha sido normal o eutócico cuando ha terminado por completo. Si durante él se presentan complicaciones se llama distócico.

El parto puede ser espontáneo, esto es, comenzar y transcurrir sin intervención alguna, o por el contrario puede ser inducido o provocado en su inicio, y/o ser dirigido con medicamentos durante su evolución.

El trabajo de parto es un diagnóstico clínico caracterizado por contracciones uterinas regulares, dolorosas, con la asociación de que el incremento en su frecuencia e intensidad produce modificaciones progresivas en el borramiento y dilatación cervical. Cuando las contracciones no producen cambios cervicales no se puede realizar el diagnóstico de trabajo de parto.

Las manchas sanguíneas o "tapón mucoso" que es expulsado vaginalmente puede preceder al comienzo de trabajo de parto, varios días antes pero no es un prerrequisito para el diagnóstico. Las membranas fetales frecuentemente se rompen durante el curso del trabajo de parto y ocasionalmente antes del comienzo de éste.

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. El parto puede verse asistido con medicamentos como ciertos anestésicos o la Oxitocina, utilizada ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento. Junto con la episiotomía (incisión quirúrgica en la zona del perineo), todo esto no debe hacerse nunca de manera rutinaria, ya que el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente.

2.3.1.- PRIMER PERIODO O DILATACIÓN

Es el de mayor duración y se prolonga desde el comienzo del parto hasta que se alcanza la dilatación completa. Friedman distingue entre periodo de latencia en el que la mujer empieza a sentir una serie de molestias abdominales y sacrolumbares en general de pequeña intensidad, que suelen coincidir con el endurecimiento del útero debido a contracciones uterinas irregulares y poco intensas; aparecen reacciones vasomotoras y se produce la expulsión del tapón mucoso cervical que suele estar manchado con sangre, fenómeno que se conoce como marcar.

Los dos orificios cervicales, interno y externo, se dilatan simultáneamente. Al principio de la dilatación simultáneamente. Al principio de la dilatación, ambos orificios están separados por el conducto cervical. Luego éste se va acortando y los orificios aproximándose, hasta que se confunden en uno solo.

Se subdivide en tres fases:

Fase latente: es el periodo entre el comienzo del trabajo de parto hasta el punto en el cual ocurre un cambio en la pendiente del progreso de la dilatación cervical; la dilatación cervical es lenta y de duración variable.

Fase activa: es cuando la dilatación cervical progresa con mayor rapidez y comienza aproximadamente cuando la paciente llega de 2 a 4 cm de dilatación, tiene una fase de aceleración, una de máxima pendiente y una de desaceleración.

Fase de descenso: coincide con la segunda etapa del trabajo de parto esta fase no es universalmente aceptada.

2.3.2.- SEGUNDO PERIODO O EXPULSIÓN

Al finalizar la dilatación cervical se produce la expulsión del feto mediante la fuerza de las contracciones uterinas incrementada con la presión de la musculatura abdominal ejercida de forma voluntaria por la propia gestante.

En pacientes primíparas la duración de este periodo es de 60 min y en multíparas de 30 min.

Las contracciones uterinas aumentan en intensidad, duración y frecuencia, además los pujos maternos aumentan la presión intrauterina que llega a superar los 120 mm/Hg lo que disminuye el intercambio materno-fetal.

Los dolores de expulsión son mucho más enérgicos que los de la dilatación, pero al mismo tiempo son más consoladores, porque la mujer percibe la impresión de la progresión del feto por sus propias fuerzas, es decir, se da cuenta de cómo desciende el feto y redobla su ayuda.

El número de contracciones es también algo más pequeño en este periodo que en el de dilatación, como expresión de la mayor energía de las mismas. Estas contracciones se repiten con intervalos más breves que en el periodo de dilatación, y en lugar de producirse cada cinco minutos, se producen cada tres, cada dos y a veces cada minuto.

2.3.3.- TERCER PERIODO O ALUMBRAMIENTO.

Después de parido, el feto queda unido a la madre por medio del cordón umbilical. En este momento termina el periodo expulsivo y da comienzo una serie de fenómenos cuyo final es la expulsión de la placenta al exterior.

El alumbramiento tiene por objeto la expulsión de la placenta y cordón umbilical, unidos a las membranas ovulares. Después de terminado el periodo

expulsivo hay una pausa de diez a veinte minutos, necesariamente para que el útero se readapte a su menor volumen antes de recomenzar las contracciones.

Cuando hay una buena tonicidad se producen luego una serie de contracciones no dolorosas que tienen como fin la expulsión de la placenta.

Su duración es de unos minutos y la pérdida de sangre no ha de ser superior a los 500 ml.

Cuando la placenta ha sido expulsada, termina el alumbramiento y entonces se ponen en marcha los mecanismos de que dispone el útero para cohibir la hemorragia.

Se debe de realizar una inspección del cordón umbilical, corroborar sus tres vasos (dos arterias y una vena), y de la placenta revisando su cara fetal y materna para evitar dejar restos intrauterinos. Se explora la vagina y el cérvix y se procede a suturar la episiotomía o desgarros vaginales que se hayan producido.

2.4.- SEÑALES QUE INDICAN TRABAJO DE PARTO

Los movimientos del feto son menor fuertes (aunque no menos frecuentes) porque el espacio uterino es menor. La mayoría permanece con la cabeza hacia abajo.

Las contracciones de Braxton Hicks podrán ser intensas pero conviene saber que las verdaderas son más uniformes.

Puede aparecer un moco gelatinoso y sanguinolento. Es el tapón que ha cerrado el cuello uterino durante el embarazo. Este puede desprenderse hasta dos semanas antes de que empiece propiamente el parto pero indica que se acerca el momento. Otros indicios son; la salida de líquido amniótico en forma de chorro o de goteo y contracciones en intervalos regulares.

Las contracciones deben ser cada vez más fuertes y frecuentes y debe de durar entre 30 y 60 segundos.

2.5.- METODOS PARA DISMINUIR EL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

El dolor en el parto es una de las mayores preocupaciones de la mujer, y hasta el punto de aquel puede estar muy condicionado al miedo. Y es que la contracción uterina conduce a una isquemia muscular, situación que despierta sensación dolorosa en todas las vísceras, como sucede en el corazón.

Analgesia y anestesia

El analgésico o anestésico perfecto sería aquel que hiciera desaparecer totalmente el dolor durante el periodo de dilatación y el expulsivo sin poner en peligro a la madre o al feto.

El médico moderno cuenta con una gran variedad de técnicas, la mayoría de las cuales son inocuas si se utilizan con cuidado y con las debidas precauciones para reducir al mínimo sus limitaciones.

El dolor del periodo expulsivo es difícil de cuantificar por muchas razones, entre las cuales podría citarse la variación en cuanto a tolerancia al dolor que se da entre las distintas pacientes y la falta de dispositivos de medición adecuados. Sin embargo, hay pruebas que indican que el dolor de la expulsión es el más intenso que puede experimentar el ser humano.

Analgesia:

Durante el parto puede combatirse el dolor mediante técnicas de sugestión, agentes farmacológicos administrados por vía sistémica y fármacos que bloqueen impulsos nerviosos a distintos niveles neurales.

Anestesia:

La anestesia para el expulsivo vaginal puede practicarse mediante técnicas de bloqueo nervioso o mediante anestesia general. Por lo general, cuanto más simple es la técnica menores son sus riesgos, pero también es menor su eficacia. No puede recomendarse una opción única para todos los casos y hay que considerar los factores propios de la paciente antes de hacer la elección.

2.6.- PSICOLOGÍA

El término “psicología” tiene su origen en dos palabras: psique y logos. La palabra “psique” procede de la palabra griega ψυχη, que significa “aliento vital”, en el sentido de “alma” o “espíritu”, y que se puede traducir libremente por mente.

Al principio, la psicología moderna se ocupó de la vida mental y después de las conductas. En la actualidad, los psicólogos estudian de manera científica tanto los procesos como las conductas, a medida que el alcance de la psicología se extiende por todo el mundo.

2.6.1.- EMOCIONES

Las emociones son la respuesta adaptativa de nuestro cuerpo. Cuando enfrentamos los desafíos, las emociones dirigen nuestra atención y activan nuestro accionar. Son una mezcla de la activación fisiológica (latidos fuertes del corazón), conductas expresivas (ritmo acelerado) y experiencia consciente que incluye los pensamientos y los sentimientos.

De todas las especies, la nuestra parece ser la más propensa a las emociones. Con más frecuencia que el resto de las criaturas, expresamos miedo, ira, tristeza, alegría y amor.

Las emociones también activan las neuronas, agitan nuestros recuerdos y producen nuevas ideas y fantasías. Todos estos procesos internos se funden con los datos sensoriales que recibimos de la realidad externa. Tienen una importante dimensión social y podemos utilizarlas para mejorar nuestra comunicación con las demás personas.

Las reacciones emocionales de distintas personas ante las mismas circunstancias pueden ser diferentes. Esto se debe a las diferencias genéticas individuales del temperamento.

Ansiedad

Es un estado de agitación, inquietud y zozobra, parecida a la producida por el miedo. La ansiedad es desproporcionalmente intensa con la relación a la supuesta peligrosidad del estímulo. La ansiedad, como todas las emociones, es un principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia de las personas. Hay dos tipos de ansiedad inespecífica, que no está asociada a estímulos determinados y la ansiedad específica, que esta suscitada por un estímulo concreto que puede ser real o simbólico.

La ansiedad produce efectos subjetivos de tensión, nerviosismo, malestar, preocupación, aprensión e incluso puede llegar a sentimientos de pavor o pánico. Asimismo, produce dificultades para el mantenimiento de la atención y la concentración.

La ansiedad puede aplicarse de forma creativa y constructiva, si bien es cierto que cuando la ansiedad es excesiva se vuelve un obstáculo para la persona, porque la confunde mentalmente, le roba energías y le sustrae cualquier sentimiento.

Además de algunos factores psíquicos que ya hemos señalado, la ansiedad también deviene por confrontaciones, a menudo subconscientes, entre el deber compulsivo y el deseo, la representación, la inseguridad, la ausencia de claridad para tomar determinaciones, las carencias emocionales y en general, el desorden interno o fragmentación psíquica. Asimismo, podemos asegurar que todas las emociones insanas provocan ansiedad. El odio, los celos, la envidia, la avaricia y tantas otras emociones insanas desencadenan agitación y frustran el sentimiento de sosiego y paz interior.

Estrés

Puede definirse como una reacción o cualquier estímulo o interferencia que produce un estado de tensión y que pide un estado adaptativo por parte del cuerpo que perturba el funcionamiento normal y altera la salud mental o física, transformando así el estrés en un mecanismo de defensa del cuerpo hacia la situación de tensión, para lo cual son necesarios algunos cambios fisiológicos, motores, emocionales y conductuales.

El estrés es un estado habitual en la vida diaria ya que cualquier cambio al que se adapta el cuerpo representa estrés, motivo por el cual no puede evitarse, pero sí controlarse.

El estrés es una palabra que también se utiliza para referirse al agobio que produce una excesiva cantidad de trabajo o alguna presión que altere la estabilidad de la vida cotidiana, aunque también existen otros calificativos de estrés poco conocidos:

Distrés: se refiere a las consecuencias perjudiciales de una excesiva activación psicofisiológica, causa mayor daño al organismo.

Eustrés: se refiere a la alusión de la adecuada activación necesaria para culminar con éxito una situación complicada, causa un menor daño.

La mayor parte del estrés es autogenerado de las experiencias estresoras las cuales provienen de tres fuentes básicas; el entorno, como los ruidos o las aglomeraciones; las respuestas fisiológicas del cuerpo, tales como: las enfermedades o accidentes, negativos o positivos, ante las demandas.

El miedo

El miedo puede ser una emoción perjudicial. Puede atormentarnos, robarnos el sueño y perturbar nuestro pensamiento. El miedo es adaptativo, es un sistema de alarma que prepara nuestro cuerpo para escapar del peligro.

La ira

Es una emoción primaria negativa que se desencadena ante situaciones que son valoradas como injustas o que atentan contra los valores morales y la libertad personal; situaciones que ejercen un control externo o coacción sobre nuestro comportamiento, personas que nos afectan con abusos verbales o físicos y situaciones en las cuales consideramos que se producen tratamientos injustos y el bloqueo de metas.

Los sabios dicen que la ira es una “locura pasajera” que “se lleva la mente” y que puede ser muchas veces más dañina, que el daño que la ha causado. Pero también han dicho que la “ira noble” convierte en valiente a cualquier cobarde y devuelve la fuerza.

Cuando la ira alimenta los actos agresivos físicos o verbales que más tarde lamentamos, se vuelven un acto de mala adaptación. Manifestar el enojo puede calmar momentáneamente.

La ira acelera el ritmo cardiaco y el respiratorio. Esto aumenta el abastecimiento de oxígeno al cerebro y a los músculos, mientras que los ritmos viscerales se alteran.

Es la emoción potencialmente más peligrosa ya que su propósito funcional es el de destruir las barreras que se perciben.

La tristeza

Es una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros. Los desencadenantes de la tristeza son la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso, la decepción, especialmente si se han desvanecido puestas en algo.

La felicidad

Un estado de ánimo bueno mejora la percepción que las personas tienen del mundo y las predispone a ayudar a los demás.

Las personas que son felices perciben el mundo más seguro, toman decisiones con más facilidad, los que solicitan un trabajo tienen resultados más favorables y son más cooperativos y viven más sanos y con más energía y satisfechos.

Los desencadenantes de la felicidad son los éxitos o los logros, la consecución de los objetivos que se pretenden.

La felicidad no es solo sentirse bien, es hacer el bien.

Amor

Es el afecto que sentimos por otra persona. La reacción de amor puede implicar dos tipos de reacción: el amor apasionado y el de compañero. El amor apasionado, llamado también “amor obsesivo” o “enamoramiento”, es una emoción intensa que se refiere a un estado de intenso anhelo por la unión con el otro. El amor de compañero, llamado “amor verdadero”, “cariño”, “amor conyugal”, es una emoción menos intensa que combina sentimientos de profundo cariño, compromiso e intimidad.

Sorpresa

Es la más breve de las emociones. Es una reacción causada por algo imprevisto o extraño como un trueno o una celebración no anunciada. Los acontecimientos cognitivos también provocan sorpresa. El significado funcional de la sorpresa es preparar al individuo para afrontar de forma eficaz los acontecimientos repentinos e inesperados y sus consecuencias. La sorpresa suele convertirse rápidamente en otra emoción.

2.6.2- ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA EMOCIÓN

En una emoción se dan los siguientes elementos:

Una situación o estímulo que reúne ciertas características, o cierto potencial, para generar tal emoción.

Un sujeto capaz de percibir esa situación, procesarla correctamente y reaccionar ante ella.

El significado que el sujeto concede a dicha situación, lo que permite etiquetar una emoción, en función del dominio del lenguaje con términos como alegría, tristeza, enfado, entre otros.

La experiencia emocional que le sujeto siente ante esa situación.

La reacción corporal o fisiológica: respuestas involuntarias: cambios en el ritmo cardíaco o respiratorio, aumento de sudoración, cambios en la tensión muscular, sudoración, sequedad en la boca, presión sanguínea.

La expresión motora-observable; expresiones faciales de alegría, ira, miedo, entre otras; tono y volumen de voz, movimientos del cuerpo, sonrisa, llanto y otros.

2.7.- CAMBIOS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO

La mujer embarazada es muy sensible a muy vulnerable desde el punto de vista emocional por lo que cualquier actitud hacia ella puede hacerla sentir mal o inclusive causarle depresión, más aún cuando proviene de un familiar cercano o de su pareja.

La mujer embarazada reclama cariño, amor, afecto, respeto y comprensión de parte del núcleo en donde se desenvuelve, pero principalmente de su pareja. En el caso de las mamás solteras este reclamo lo hacen con las personas con que convive.

La mujer embarazada tiene dos grandes temores:

¿Cómo estará su bebé anatómicamente?

¿Cómo le irá en el parto?

Estos temores le causan angustia, ansiedad e insomnio, sobre todo cuando no tienen conocimientos o experiencias o bien cuando existe una mala información.

El apetito caprichoso no es más que un reclamo psicológico de la embarazada hacia su pareja o hacia las personas con las que convive, es una manera o una forma que usa la embarazada para ver cuánto la quieren de manera inconsciente y cuanto puede esperar de esas personas en situaciones difíciles.

La mujer embarazada pierde su figura anatómica lo que le va a ocasionar ansiedad ya que se cree menos atractiva hacia el hombre y esto le traerá conflictos emocionales con su pareja.

Otros cambios emocionales son: mayor tendencia al llanto con mayor predisposición a la depresión, disminución de la libido, cefalea, fatiga, magnificación de los problemas.

2.8.- CAMBIOS EMOCIONALES EN EL TRABAJO DE PARTO

Las nuevas madres necesitan tiempo y libertad para explorar y apreciar el rango de emociones que están experimentando: nuevos pensamientos, sensaciones, viejos recuerdos (felices y tristes), así como la ansiedad y miedos.

Sus emociones son en extremos cambiantes; por lo tanto, la felicidad puede tornarse en lágrimas, el júbilo en depresión.

Al inicio del trabajo de parto la madre experimenta sensaciones de ansiedad y excitación ante la expectativa del desenlace final (cómo nacerá el bebé, será normal, seré capaz de resistir el dolor del parto), ahora se enfrenta a la realidad de ser madre, rol que cobra más importancia sobre el de esposa, puesto que el sueño de tener un hijo se hace real. El inevitable estrés que ocasiona el parto hace que la madre se encuentre en un estado de mayor dependencia.

Durante la primera etapa del trabajo de parto la madre se muestra colaboradora e interesada por todo lo que sucede a su alrededor y por los procedimientos que se le realizan.

La privacidad y el pudor son importantes para ella, por lo tanto deben respetarse en todo momento y la actividad de cuidado que realice el personal del área.

La mujer experimenta momentos en los cuales le es indispensable el apoyo y la compañía de sus familiares y/o pareja, preparadora o enfermera, para enfrentar el temor, la tensión y el dolor que se presentan como consecuencia de las contracciones uterinas; y otros momentos en los cuales quiere estar sola culpando a los demás ante el temor, cansancio e incomodidad que siente en las últimas etapas del trabajo de parto (fase de transición) como consecuencia del gran esfuerzo en respuesta a los cambios fisiológicos que se han realizado en su organismo durante varias horas.

A medida que avanza el trabajo de parto se siente más ansiosa y colabora menos, se preocupa solo por ella y por las sensaciones que experimenta, se siente incapaz de continuar, se descontrola y se manifiesta irritable, la intensificación del apoyo emocional y psicoprofiláctico ayudan a su recuperación, siendo necesaria en ocasiones la utilización de medidas terapéuticas como la analgesia epidural.

En la segunda etapa requiere asistencia para concentrar su energía en el pujo que conducirá a la expulsión de feto con éxito.

Una vez que nace el bebé, se encuentra muy cansada, sin embargo le es muy importante ver al niño, saber si está bien y sano. Manifiesta labilidad emocional que va desde euforia hasta llanto y depresión.

Puede llegar a sentirse relegada a un segundo plano, ya que todos le ponen atención al bebé y no a ella (posparto inmediato y mediato) y posteriormente modifica su comportamiento y rol hacia su hijo, concentrando toda su atención y actividades hacia él, dejando en un segundo plano su rol de esposa.

2.9.- ESTRÉS EN EL PARTO

Es frecuente que las mujeres hayan escuchado historias aterradoras o hayan visto a sus amigas o parientes pasar por experiencias de parto que han sido todo, menos fáciles; con frecuencia las multíparas basarán las expectativas del parto presente en sus experiencias anteriores.

En contraste, el nivel de ansiedad y temor de la mujer puede elevarse cuando no comprende lo que se le dice; si no está familiarizada con expresiones como “tapón mucoso, rotura de membranas, electrodo de cuero cabelludo” y que el bebé “está apretando el cordón” puede, y es comprensible, entrar en pánico. Muchas de estas expresiones suenan violentas y pueden traer a la mente pensamientos de lesión y dolor.

2.10.- ENFERMERÍA

Es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial y desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

El Modelo biopsicosocial es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos,

emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

De hecho, la salud se entiende mejor en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no puramente en términos biológicos.

Contrasta con el modelo reduccionista tradicional, únicamente biológico que sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anomalía del desarrollo o lesión.

El holismo es la idea de que todas las propiedades de un sistema dado, (por ejemplo, biológico, químico, social, económico, mental o lingüístico) no pueden ser determinados o explicados por las partes que los componen por sí solas. El sistema como un todo determina cómo se comportan las partes. Como adjetivo, holística significa una concepción basada en la integración total frente a un concepto o situación.

Se puede definir como el tratamiento de un tema que implica todos sus componentes, con sus relaciones invisibles por los cinco sentidos, pero evidentes igualmente. Se usa como una tercera vía o un nuevo enfoque a un problema. El holismo enfatiza la importancia del todo, que es más grande que la suma de las partes (propiedad de sinergia), y da importancia a la interdependencia de éstas.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras, la enfermería se define del siguiente modo:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y

personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Según la OMS "La Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de cuidar tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La Enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina"

2.10.1.- ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

Los profesionales de la salud especializados en atender los partos normales se llaman, dependiendo del país, matrona/matrón u obstetrix/obstetra.

La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad.

Además de la asistencia a la mujer embarazada, son personas también capacitadas para prestar atención ginecológica a mujeres en general (por ejemplo, en la realización de citologías), en la asesoría en planificación familiar y en la atención durante la menopausia.

La matrona está reconocida como el profesional del control, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona participa activamente en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.

2.11.- MODELO TEORICO

DOROTHY JOHNSON. “MODELO DE SISTEMAS CONDUCTUALES”.

Dorothy E. Johnson se graduó en Artes en la Armstrong Junior College, en Savannah, Georgia, en 1938. La mayor parte de su experiencia profesional es como docente en la Universidad de California, aunque también incluye puestos como enfermera y asesora en escuelas de enfermería.

Johnson publicó su 'Modelo de Sistemas Conductuales' en 1980. En 1968 ya hace una primera propuesta, promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad".

Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión.

Análisis interno.- metaparadigma:

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados.

Según el Modelo, los conceptos del metaparadigma enfermero:

Persona: Es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.

Entorno: Hace referencia a un entorno externo e interno de la persona, aunque no lo explica.

Salud: Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.

Enfermería: Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.

Análisis externo:

Epistemología.

“La constitución de cualquier profesión conlleva el desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos”.

Hasta hoy en día la profesión de enfermería ha adaptado teorías de otras disciplinas; Johnson desarrolló su modelo basándose en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas.

Johnson se basó también en las ideas de Florence Nightingale.

“La lógica, la semántica y la epistemología son la base de las disciplinas”

Los conceptos que maneja este modelo son “estrés” y “tensión”, (con el objetivo de reducirlos), en este sentido, se ha de entender la utilización de este concepto propio de la psicología como una ligadura o un vínculo.

2.12.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO

Valoración de la enfermera al ingreso en la unidad de trabajo de parto:

Toda paciente que ingresa en la unidad de trabajo de parto debe someterse a las siguientes valoraciones: historia clínica completa, que incluya antecedentes del embarazo actual, antecedentes obstétricos, antecedentes médicos y familiares y estado actual del trabajo de parto.

Estado psicosocial y emocional:

Edad, escolaridad y nivel socioeconómico.

Reacción al embarazo.

Experiencia obstétrica previa.

Antecedentes culturales.

Apoyo familiar y nivel socioeconómico del compañero.

Naturaleza del contacto con los profesionales de la salud. (¿Paciente de la clínica o de un profesional privado? ¿Cuidados prenatales continuos?)

¿Preferencia por un profesional particular y por ciertas <<opciones>> acerca del nacimiento?)

Grado y tipo de preparación para el parto y la maternidad.

2.12.1.- PRIMERA ETAPA (DILATACIÓN)

Fase latente (de 0 a 4 cm)

Vigilancia de los signos vitales maternos:

Al inicio del trabajo de parto, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria de la madre presentan pocos cambios. Los dos últimos signos pueden manifestar incrementos ligeros por reacción a las demandas cardiovasculares del trabajo de parto activo. Durante éste deben vigilarse los signos vitales, como sigue.

Cada hora durante las fases latente y activa.

Cada 10 a 15 minutos durante la tercera etapa.

Cada 15 minutos durante una hora, y a continuación cada 30 minutos durante dos a cuatro horas, en la cuarta etapa.

La temperatura materna deberá vigilarse cada cuatro horas mientras están intactas las membranas y la temperatura sea normal. Si la temperatura pasa de 37.5°C o se han roto las membranas, debe valorarse cada dos horas.

Vigilancia del bienestar materno y fetal durante el trabajo de parto:

Si la presión arterial es mayor de 140/190 mm Hg o manifiesta una elevación de 10 a 15 mm Hg sobre los niveles de referencia, deberá avisarse al

médico o a la enfermera obstétrica a cargo de la mujer: la elevación puede indicar el desarrollo de pre-eclampsia.

Si la frecuencia cardíaca pasa de 100 latidos por minuto o la frecuencia respiratoria es mayor de 20 por minuto, se avisara al médico o a la enfermera obstétrica a cargo de la parturienta: esta elevación puede ser índice de deshidratación materna, proceso infeccioso o hemorragia. La elevación de la frecuencia cardíaca suele ser el primer signo de hemorragia materna inminente, y precede a toda disminución de la presión arterial después de la pérdida rápida de sangre.

Instrucciones para la mujer en el inicio del trabajo de parto:

Reposar, relajarse y conservar la energía.

Mantener la mente ocupada en algo agradable.

Recurrir a medidas que brinden comodidad, como una ducha caliente, caminar o recibir masaje.

Orinar con frecuencia y comer algún alimento pequeño y en pequeña cantidad (a menos que el profesional encargado de su salud le haya ordenado otra cosa).

Seguir tomando líquidos, como agua, jugos o infusiones.

Cronometrar las contracciones y no recurrir a técnicas de apoyo al trabajo de parto (como las respiratorias) hasta que en realidad se requieran para conservar la comodidad.

Fase activa (de 4 a 7 cm)

Valoración de enfermería: Fase activa (de 4 a 7 cm)

Normalmente, las mujeres ingresan a la unidad en trabajo de parto activo. Las características de esta fase son: aumento de la actividad uterina, con descenso del feto hacia la pelvis ósea.

En esta fase se debe:

Medir la presión arterial cada hora.

Verificar el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura cada dos a cuatro horas (cada hora cuando se han roto las membranas).

Examinar la orina en cada micción y emplear tiras de papel colorimétrico en busca de proteínas y cetonas.

Palpar con regularidad la vejiga para valorar si presenta sobredistensión. En caso de distensión vesical y si la mujer lleva anestesia regional, colocar una sonda; emplear una técnica aséptica estricta para evitar infección de vías urinarias.

Vigilar los siguientes aspectos de la evolución del trabajo de parto:

Dilatación y borramiento cervicales.

Estado de las membranas

Posición y estación de la parte de presentación.

Amoldamiento y formación de caput en el feto.

Patrón e intensidad de las contracciones uterinas.

Valorar la evolución del trabajo de parto antes de administrar analgésicos.

Registrar la evolución del trabajo de parto en la gráfica correspondiente basándose en la exploración (tacto) vaginal periódica.

Observar la conducta de la mujer en el trabajo de parto: seriedad, temor creciente, sensación de que se persigue una finalidad, introspección, miedo a quedarse sola y deseo de compañía, cambios desde la relajación hacia la tensión, conflictos internos caracterizados por confianza contra temor, dudas y temores mal definidos.

Vigilancia por parte de enfermera

Signos de relajación uterina insuficiente

El riego sanguíneo placentario disminuye durante las contracciones uterinas. Los fetos sanos pueden tolerar este fenómeno durante la evolución de parto en las siguientes circunstancias:

Si el útero se relaja bien entre las contracciones y durante un tiempo suficiente (más de 30 segundos) para permitir que entre una y otra haya una irrigación normal.

Si las contracciones no son demasiado prolongadas (menor de 90 segundos).

Pueden presentarse contracciones anormalmente intensas y prolongadas – que se llaman tetánicas- después de la administración de Oxitocina para estimular

o intensificar el trabajo de parto. Si las contracciones uterinas duran más de 90 segundos u ocurren con frecuencia mayor de 30 segundos:

Suspender la administración de Oxitocina.

Colocar a la madre en decúbito lateral izquierdo.

Administrar oxígeno mediante mascarilla facial bien ajustada a dosis de 8 a 12 l/min.

Valorar la frecuencia cardiaca fetal.

Informar al médico.

Evaluación de bienestar fetal

Es necesario auscultar los tonos cardiacos fetales durante la fase activa del trabajo de parto después de:

Ruptura de membranas espontánea o artificial.

Cambios súbitos en el patrón del trabajo de parto o de las contracciones:

Contracciones tetánicas o prolongadas.

Trabajo de parto precipitado (acelerado)

Cualquier complicación obstétrica o médica durante el trabajo de parto.

Cualquier procedimiento obstétrico, por ejemplo la exploración vaginal o la rotación manual.

Petición de la madre.

Administración de Oxitocina sintética a la mujer.

Intervenciones de enfermería

Alivio del dolor: analgesia durante el trabajo de parto

Los tipos de analgesia empleados más a menudo en la asistencia del trabajo de parto normal son técnicas psicoprofilácticas y analgesia parenteral.

Administración de fármacos: La administración de medicamentos y la vigilancia de sus efectos durante el trabajo de parto son responsabilidades del personal de enfermería, que debe conocer bien el estado de la mujer y del producto y de las bases del empleo seguro de cada fármaco durante la asistencia del trabajo de parto. Las siguientes implicaciones de enfermería se relacionan con la administración de cualquiera de estas medicaciones a la mujer durante el trabajo de parto.

La administración de medicamentos durante el trabajo de parto suele efectuarse por vía intramuscular o intravenosa. La dosis se conserva al nivel mínimo eficaz, de modo que se pueda predecir mejor la duración del efecto y se reduzcan los efectos dañinos.

La administración intramuscular debe hacerse con una aguja de longitud suficiente para garantizar que el medicamento se deposita en el músculo y no en la grasa subcutánea, puesto que aquél brinda la absorción óptima.

La administración intravenosa debe efectuarse con lentitud –a velocidad de 1 ml/min o menos- para evitar una reacción fisiológica demasiado rápida al fármaco. La medicación intravenosa puede darse al principio de una contracción para disminuir la cantidad de fármaco que se transfiere al feto, puesto que durante las contracciones uterinas se reduce de manera notable la circulación placentaria.

Antes de la administración es necesario vigilar y anotar signos vitales maternos, frecuencia cardíaca fetal y condiciones del cuello uterino. Se verificarán estos aspectos de nuevo 10 a 15 minutos después de la administración intramuscular y tres a cinco minutos después de la administración intravenosa para valorar los posibles efectos.

Los efectos de cualquier agente administrado por vía parenteral se intensifican y pueden ser más peligrosos en el feto o el neonato prematuros o enfermos.

Deben tomarse una serie de precauciones necesarias al administrar los medicamentos, entre ellas; verificar el fármaco y la posología, comprobar los posibles antecedentes de alergias maternas, elevar los barandales de la cama y vigilar estrechamente es estado de la paciente.

La sugestión positiva potenciará los efectos de los analgésicos administrados a las mujeres en el trabajo de parto.

Debe programarse con tiempo el apoyo de enfermería y la administración de analgésicos y anestésicos durante el trabajo de parto, teniendo en cuenta los puntos que se resumen en el cuadro.

Fase de transición (de 7 a 10 cm)

Valoración de enfermería

Durante esta fase, la valoración de enfermería tiene como finalidad vigilar cuidadosamente el estado de la madre y del producto. A causa de la intensidad de esta fase, la mujer requiere apoyo adicional para conservar el control, porque puede presentar alguno de los siguientes fenómenos: sensibilidad e irritabilidad agudas, dificultad para controlar su conducta, conducta desinhibida, fatiga, insomnio y amnesia, temor a quedarse sola pero pocos deseos de entrar en interacción con los demás, desánimo y miedo, frustración, introspección pronunciada, y muchos otros síntomas físicos, como calambres en las piernas, sacudidas y escalofríos, diaforesis, hipo, eructos, flatulencia, náuseas y vómitos, abundante flujo sanguinolento por la vagina, sensaciones de tracción y estiramiento en la parte baja de la pelvis y dorsalgia intensa.

2.12.2.- SEGUNDA ETAPA (PERIODO EXPULSIVO)

Valoración de enfermería vigilancia materna y fetal

Vigilar la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria de la parturienta cada 5 a 15 minutos a lo largo de toda la segunda etapa.

Vigilar los efectos del aumento de la actividad física y la fatiga, que se manifiestan como bochornos, incremento de la sudoración, debilidad muscular y temblores.

Animar a la madre a que orine, y valorar a menudo la distensión vesical, en especial si se estuvieron administrando líquidos por vía intravenosa u oral.

Vigilar la frecuencia cardiaca fetal continuamente o después de cada contracción.

Observar los esfuerzos de expulsión de la mujer y ayudarla a colocarse y a efectuarlos de modo que faciliten el trabajo de parto.

Permitir que la madre adopte la posición que prefiera, y animarla a emplear el diafragma y los músculos abdominales para ayudarse en sus esfuerzos, mientras mantiene los otros grupos musculares tan relajados como sea posible para disminuir la fatiga.

Observar que la cabeza fetal avance con los esfuerzos de expulsión y continúe dirigiéndose hacia el periné.

Determinar la frecuencia cardiaca fetal entre contracciones y después de cada una de ellas, para valorar los cambios con respecto al nivel de referencia y las variaciones en relación a las contracciones y a los esfuerzos maternos de expulsión. La frecuencia cardiaca fetal se detectara mejor en la parte baja del abdomen, sobre la línea media, conforme desciende el feto.

Intervenciones de enfermería

Preparación para el parto

El personal de enfermería tiene una función clave en la preparación para el parto. Debe de estar listo para poner en práctica aquellos procedimientos que tengan como finalidad:

Mantener la asepsia durante el nacimiento.

Reunir el equipo, artículos y el personal necesarios.

Ayudar al anestesiólogo en la preparación de la paciente para la anestesia, cuando proceda.

Vigilar continuamente el estado materno y fetal.

Ayudar al padre en los preparativos para el nacimiento.

Responsabilidades de enfermería en el momento del parto

A menudo la atmósfera que rodea el nacimiento parece caótica, puesto que en ese momento las tareas de enfermería son variadas y urgentes. Las siguientes son intervenciones comunes:

Vigilar los signos vitales maternos a intervalos de 5 a 10 minutos durante la segunda etapa.

Vigilar la frecuencia cardiaca fetal después de cada contracción.

Ayudar a la madre y al padre en los cambios de posición y la observación del suceso del nacimiento.

Ayudar al encargado de atender el parto con el equipo que se requiera (si no es el personal especializado de enfermería quien se ocupa del parto).

Apoyar los esfuerzos de expulsión de la madre y darle las instrucciones necesarias.

2.12.3.- TERCERA ETAPA (ALUMBRAMIENTO)

Valoración de enfermería

La valoración de enfermería se centra en la vigilancia del estado materno y fetal durante la expulsión de la placenta, la valoración de las reacciones de la familia ante el neonato, y el examen de la placenta y el cordón umbilical en busca de anomalías importantes.

Vigilancia del estado materno

Vigilar la frecuencia y el ritmo del pulso cada 15 minutos durante la primera hora del puerperio.

Valorar la presión arterial cada 15 minutos hasta que se estabilice.

Valorar temperatura materna.

Palpar la consistencia y posición del útero cada 10 a 15 minutos para valorar la involución uterina.

Valorar la hemorragia.

Valorar el efecto de la madre y su reacción ante el lactante.

Revisión de la placenta, membranas y cordón umbilical

La enfermera o la persona que asiste el parto deben revisar la placenta y las membranas para saber si están completas y verificar la existencia de cualquier anomalía. Una técnica para examinar la placenta y las membranas es la siguiente:

Inspeccionar la superficie fetal:

Verificar el sitio en que se inserta el cordón umbilical (central, marginal o velamentoso).

Seguir la trayectoria de los vasos sanguíneos hacia la periferia a fin de identificar cualquier desgarro vascular, lo que podría indicar la presencia de un lóbulo de más en la placenta (conocido como placenta succenturiada).

Inspeccionar la superficie materna de la placenta:

Revisar los cotiledones para comprobar si están completos.

Observar si hay áreas de desprendimiento, infarto o calcificación.

Inspeccionar el cordón umbilical:

Verificar el número de vasos sanguíneos (dos arterias y una vena).

Cerciorarse de la longitud adecuada del cordón (54 a 61 cm), o si es demasiado largo o excesivo corto.

Verificar la presencia de nudo verdadero, varicosidades u otras anomalías.

La enfermera tiene que anotar los resultados de la revisión de la placenta, señalando en particular cualquier anomalía, ya que estos datos pueden ser de gran importancia para el neonato.

En muchos de los centros de asistencia al parto, se realiza de forma protocolaria una extracción de sangre de cordón (una arterial y otra venosa) para

determinar el pH fetal, prueba indicativa del estado del recién nacido al nacimiento.

Intervenciones de enfermería

Permitir que, inmediatamente después del parto, la madre y el padre estén en contacto continuo con su hijo.

Garantizar a la pareja que su bebé es normal y está en buenas condiciones.

Palpar el útero y darle masaje cada 15 minutos hasta lograr que involucione, con objeto de prevenir el sangrado excesivo.

Anotar la presión arterial y el pulso cada 15 minutos durante una hora.

Verificar la magnitud de la hemorragia; se considera excesiva una pérdida estimada de 500 ml de sangre o más, por lo que en esa contingencia se requerirá intervención médica.

Iniciar venoclisis con oxitócicos según se haya ordenado.

Informar a la mujer que orine con frecuencia a fin de prevenir la distensión vesical.

Tranquilizar al padre si manifiesta ansiedad.

Comprobar movilidad de las extremidades inferiores si la mujer ha recibido anestesia regional.

Comprobar la normalidad en suturos de desgarrros o episiotomía si los hubiese.

2.13.- CUIDADOS DE APOYO EMOCIONAL

Apoyo emocional consiste en la asistencia continuada presencial en el parto, es decir, mantener una actitud empática, amable y paciente, cuidar el lenguaje verbal y no verbal, potenciar la autoconfianza, reforzando y premiando verbalmente la conducta de la mujer, y animarla y tranquilizarla si es necesario.

El apoyo físico y emocional efectivo que se brinda a las mujeres durante la dilatación puede tener como resultado procesos más cortos, tasas reducidas de complicaciones y de intervenciones quirúrgicas y obstétricas (por ejemplo cesáreas, refuerzos e inducciones de parto, episiotomía, parto asistido con fórceps) y un aumento de la autoestima y la satisfacción.

La enfermera puede aliviar la ansiedad de la mujer explicando los términos que no le son familiares, brindándole datos y explicaciones y preparándola para las sensaciones que experimentará y los procedimientos que siguen.

Los cuidados de enfermería de apoyo para una mujer de parto incluyen: 1) ayudarle a mantener el control y participar en el parto de su bebé tanto como ella lo desee, 2) satisfacer los resultados esperados por la mujer para su parto, 3) actuar como defensora, apoyando sus decisiones según sea apropiado y expresado sus deseos a otros proveedores de salud; según se requiera, 4) ayudar a la mujer a conservar su energía, 5) ayudar a controlar las molestias de la mujer, y 6) reconocer los esfuerzos de la mujer durante el parto y brindarle esfuerzo positivo.

La enfermera debe desempeñar un papel de apoyo y mantener a estas parejas informadas del progreso del parto.

Contacto físico: La mayor parte de las mujeres en dilatación responden positivamente al contacto. Aprecian el contacto suave a los integrantes del personal. Pueden ofrecérseles masajes de espalda si están experimentando dolor.

Relajación: las técnicas de relajación que pueden utilizarse durante la dilatación con frecuencia se aprenden en las clases e incluyen la imaginación guiada, la música y el masaje suave; estas técnicas pueden ofrecer comodidad, prevenir fatiga y ayudar a la mujer a conservar energía para el expulsivo del segundo período de parto.

Apoyar al padre y a la mujer en el parto eleva el papel de la enfermera. Constituye un paso delante de la enfermera desde el mero suministro del cuidado de custodia hasta la participación en un papel terapéutico. El apoyo al padre refleja la orientación de la enfermera y del compromiso para con cada persona, la familia y la comunidad.

El apoyo de enfermería debe reflejar el respeto y la aceptación por la individualidad y el comportamiento de la mujer; deben determinarse los puntos de vista y las expectativas de la mujer concernientes al papel de enfermera-paciente se volverán cada vez más importante a medida que progresa el parto.

CAPÍTULO III

ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir el nivel de conocimiento que tiene la enfermera del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre los cuidados de enfermería en el apoyo emocional en el trabajo de parto.

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar al apoyo emocional en el trabajo de parto.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS

4.1.- DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS

El nivel de atención que tiene la enfermera del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre los cuidados de enfermería en el apoyo emocional en el trabajo de parto es de un 70%.

4.2.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Nivel de atención: acciones que emplea la enfermera en la proporción de cuidados de apoyo emocional en la mujer en trabajo de parto, adquiridos con la experiencia

Cuidados en apoyo emocional: es el apoyo físico y emocional efectivo que se brinda a las mujeres durante el trabajo de parto.

4.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPOTESIS

Transformación de la hipótesis en instrumentos de medición

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Nivel de atención	Acciones que emplea la enfermera en la proporción de cuidados de apoyo emocional en la mujer en trabajo de parto, adquiridos con la experiencia.	Cuestionario	Aplicar solamente a personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Cuidados de Apoyo Emocional.	<p>Es el apoyo físico y emocional efectivo que se brinda a las mujeres durante el trabajo de parto.</p> <p>Presentación enfermera-paciente, valoración de enfermería, reflejar respeto, brindar datos y explicaciones, estimular a la mujer y a la pareja a que realicen preguntas, realizar procedimientos, aliviar la ansiedad, ayudar a mantener el control, satisfacer necesidades de aprendizaje, actuar como defensora, ayudar a controlar las molestias de la mujer, sacar provecho de las medidas de control, reconocer esfuerzos de la mujer, brindarle refuerzo positivo, informar a los familiares el estado, apoyo al padre y a la mujer.</p>	Cuestionario	<p>Presentación enfermera-paciente.</p> <p>Reflejar respeto.</p> <p>Aliviar la ansiedad.</p> <p>Ayudar a mantener el control.</p> <p>Actuar como defensora.</p> <p>Ayudar a controlar las molestias de la mujer.</p> <p>Reconocer esfuerzos de la mujer.</p> <p>Informar a los familiares el estado.</p> <p>Apoyo al padre y a la mujer.</p>
Presentación enfermera-paciente.	<p>Es la interacción que existe entre la enfermera y paciente al ingresar a la unidad hospitalaria, en esta comunicación la enfermera se presenta dando su nombre, el paciente proporciona datos, antecedentes, realiza preguntas sobre las dudas que tiene, con esto la enfermera realiza una valoración, inspecciona al paciente y realiza técnica para tomar signos vitales.</p>	Cuestionario	<p>Presentación de la enfermera hacia el paciente.</p> <p>Valoración de enfermería.</p>

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Reflejar respeto.	El respeto es el valor en el que se valoran los intereses y necesidades, la enfermera debe de ser consiente y brindarle a la mujer un espacio donde se respete su individualidad, así también debe respetar sus ideas y si la paciente se encuentra con desequilibrios emocionales respetar su comportamiento.	Cuestionario	Respetar su individualidad. Respetar el comportamiento de la mujer.
Aliviar la ansiedad.	Es un estado de agitación e inquietud producida por el miedo. La mujer en trabajo de parto no está familiarizada con los términos por lo cual debe de explicársele, se debe de preparar para las sensaciones que experimentara durante el trabajo de parto, la enfermera debe brindar cuidados si presenta estrés, se le brindaran datos, así como también se le explicaran los procedimientos que se realizaran.	Cuestionario	Explicar términos. Prepararla para las sensaciones que experimentara. Explicar los procedimientos a realizar.

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Ayudarle a mantener el control emocional.	Control emocional es el equilibrio que hay entre las acciones emocionales, la mujer en trabajo de parto comienza a sentirse ansiosa, desesperada, inquieta, comienza a tener preguntas por el temor al proceso, sus necesidades aumentan, ya que se siente agitada, con aumento en las respiraciones, en ocasiones sensaciones de ahogo e incomodidad en las posturas.	Cuestionario	Observar conducta de la mujer. Responder preguntas sobre sus temores. Conocer técnica de respiración y relajación.
Actuar como defensora.	La enfermera debe conocer el estado en el que se encuentra la mujer, proporcionarle apoyo, darle ánimo, palabras de aliento, acompañarla durante el proceso, escuchándola y apoyando sus decisiones, así también ofreciéndole respaldo.	Cuestionario	Apoyar decisiones. Acompañarla durante el proceso.
Ayudar a controlar las molestias de la mujer.	Se deben de brindar medidas de comodidad mediante contacto físico, relajación, cambios de postura, baños de agua tibia, ejercicios respiratorios.	Cuestionario	Contacto físico.

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Reconocer esfuerzos de la mujer.	La mujer emplea una fuerza importante, lo hace por el bien de su hijo y por proporcionarle una ayuda en el trayecto del canal de parto, se le debe de brindar a la mujer sensación de libertad, hacerle sentir el apoyo en los esfuerzos de expulsión y permitir que después del parto este en contacto con su hijo	Cuestionario	Permitir que después del parto la mujer este en contacto con su hijo. Apoyar en los esfuerzos de expulsión.
Informar a los familiares del estado de la mujer.	La familia son la parte fundamental para el apoyo de la mujer, la familia en ocasiones se siente ansiosa, inquieta, tiene dudas, temores, y presentan emociones, valorando la enfermera las reacciones de cada persona.	Cuestionario	Tranquilizar si hay ansiedad Valorar reacciones de la familia.
Apoyo al padre y a la mujer.	El apoyo al padre es una característica importante que la enfermera debe de tener ya que refleja la orientación de la enfermera y el compromiso para con cada persona, la familia y la comunidad.	Cuestionario	Brindar orientación.

4.4.- CONSTRUCCION DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8722

Objetivo: El presente cuestionario es con la finalidad para una investigación del tema Apoyo Emocional en el Trabajo de Parto.

INSTRUCCIONES: Sea tan amable de subrayar la respuesta correcta según sus aplicaciones.

1. ¿Lleva a cabo usted la presentación enfermera-paciente al ingresar a la mujer a la sala de trabajo de parto?
Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

2. ¿Realiza usted en la mujer la valoración de enfermería analizando su comportamiento?
Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

3. ¿Usted pone en práctica el principio fundamental de enfermería: “Mantener la individualidad del paciente”?
Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

4. ¿Si la paciente se encuentra inquieta, ansiosa, desesperada usted respeta su comportamiento?
Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

5. ¿Explica usted los términos médicos con los cuales la mujer no está familiarizada y le provocan temor?
Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

6. ¿Proporciona información sobre las posibles sensaciones que presentara durante el trabajo de parto?
- Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
7. ¿Explica a la mujer las técnicas y procedimientos que se le realizaran, preparándola emocionalmente?
- Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
8. ¿Usted valora la conducta de la mujer desde el trabajo de parto hasta el término del procedimiento?
- Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
9. ¿Si la mujer hace constantes preguntas sobre los temores que le causa el trabajo de parto, usted responde a cada una honestamente?
- Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
10. ¿Usted utiliza la técnica psicoprofiláctica en la mujer en trabajo de parto?
- Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
11. ¿Apoya las decisiones de la mujer cuando se encuentra en trabajo de parto presentando ansiedad?
- Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
12. ¿Si la mujer refiere sentirse triste y sola, usted la acompaña brindándole ánimo y palabras de aliento?
- Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
13. ¿Usted proporciona cuidados físicos como masajes, para relajación?
- Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

14. ¿Si la mujer necesita de un apoyo para poder ejercer sus esfuerzos de expulsión usted se lo proporciona?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

15. ¿Si la mujer insiste en ver a su hijo usted permite el contacto con su hijo inmediatamente después del parto?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

16. ¿Al dar información sobre el procedimiento y mostrar el bebé a la mujer, valora sus reacciones?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

17. ¿Si la familia de la mujer comienza a mostrarse ansiosa usted trata de tranquilizarlos?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

18. ¿Brinda orientación emocional a la madre y padre?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

CAPÍTULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

5.1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis el nivel de atención que tiene la enfermera del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre cuidados de enfermería en apoyo emocional en trabajo de parto es falsa o verdadera,

Para fines de esta investigación se tomó como población a las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 18 preguntas cerradas.

En la Operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario.

Se realizó la prueba piloto a 3 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a enfermeras que laboran en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, se les pidió de la manera más atenta el poder responder amablemente y honestamente cada una de las preguntas.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para

después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su Operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

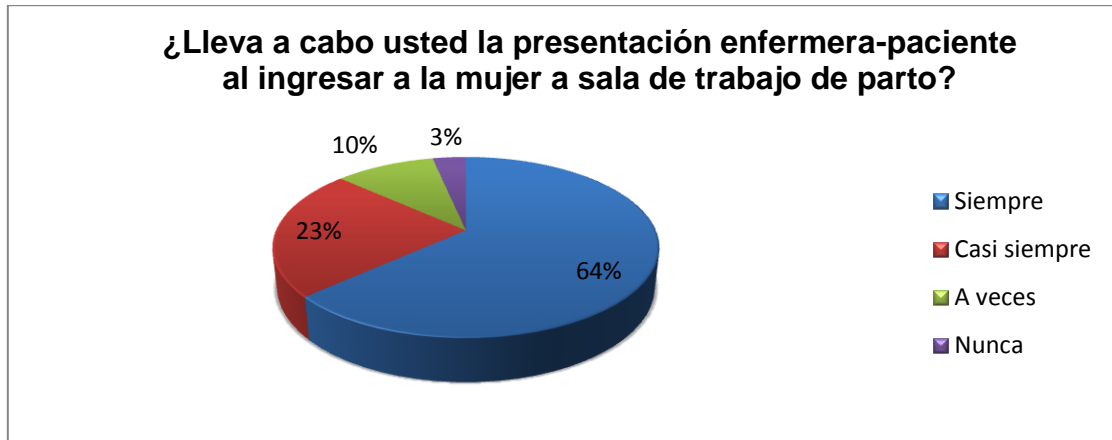
Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

CAPÍTULO VI

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

6.1.- RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

FIGURA 1.



El 64% de las enfermeras encuestadas respondieron que siempre llevan a cabo la presentación enfermera-paciente al momento en que la mujer embarazada ingresa a la sala de parto.

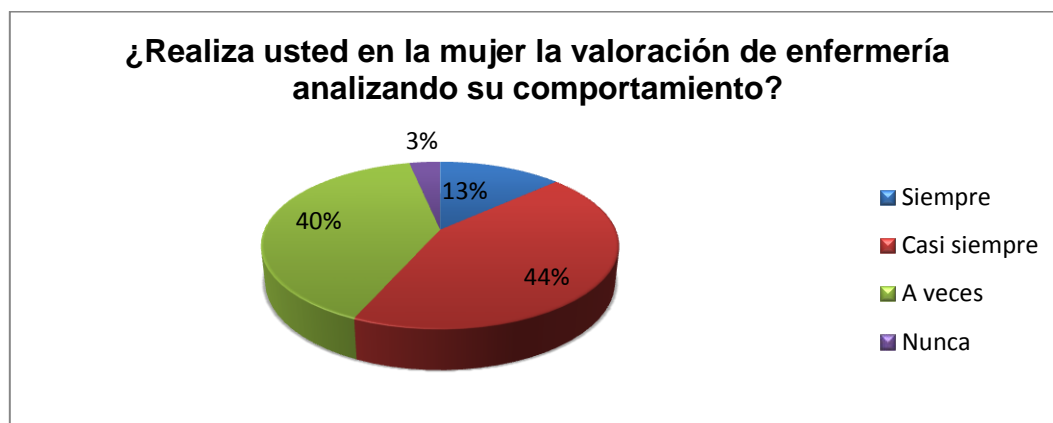
El 23% de las enfermeras encuestadas respondieron que casi siempre llevan a cabo la presentación enfermera-paciente al momento de ingresar la mujer embarazada a la sala de parto.

El 10% de las enfermeras encuestadas respondieron que solo a veces llevan a cabo la presentación enfermera-paciente al momento de ingresar la mujer embarazada a la sala de parto.

El 3% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca llevan a cabo la presentación enfermera-paciente al momento de ingresar la mujer embarazada a la sala de parto.

Con este resultado obtenido se muestra que la gran mayoría de las enfermeras llevan a cabo la presentación enfermera-paciente, para que la mujer embarazada se sienta cómoda y en confianza.

FIGURA 2.



El 13% de las enfermeras respondió que siempre realiza la valoración incluyendo el análisis del comportamiento de la mujer embarazada en el momento del trabajo de parto.

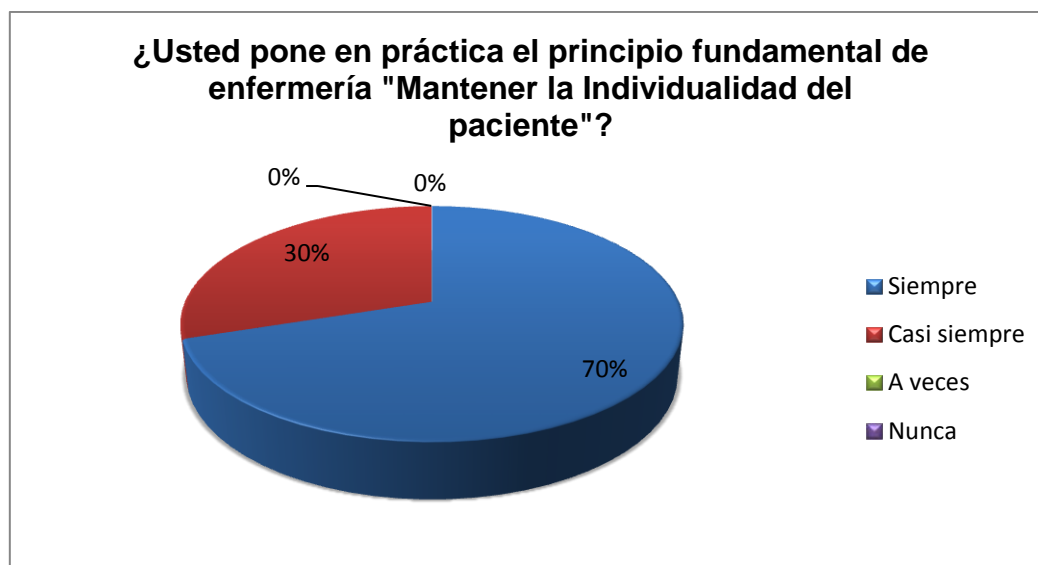
El 44% de las enfermeras respondió que casi siempre realiza la valoración incluyendo el análisis del comportamiento de la mujer embarazada en el momento del trabajo de parto.

El 40% de las enfermeras respondió que a veces realiza la valoración incluyendo el análisis del comportamiento de la mujer embarazada en el momento del trabajo de parto.

El 3% de las enfermeras respondió que nunca realiza la valoración incluyendo el análisis del comportamiento de la mujer embarazada en el momento del trabajo de parto.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras casi siempre realizan la valoración analizando el comportamiento de la mujer en trabajo de parto. La mínima cantidad de enfermeras llevan a cabo este procedimiento.

FIGURA 3.



El 70% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre ponen en práctica el principio fundamental "Mantener la individualidad del paciente".

El 30% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre ponen en práctica el principio fundamental “Mantener la individualidad del paciente”.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras ponen en práctica el principio fundamental “mantener la individualidad del paciente”. Así como también se demuestra que no hay cantidad de porcentaje en las respuestas –a veces- y –nunca-. Las enfermeras mantienen el respeto ante la mujer.

FIGURA 4.



El 44% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre respetan el comportamiento de la mujer si se encuentra inquieta, ansiosa y desesperada.

El 23% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre respetan el comportamiento de la mujer si se encuentra inquieta, ansiosa y desesperada.

El 33% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces respetan el comportamiento de la mujer si se encuentra inquieta, ansiosa y desesperada.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras respetan el comportamiento de la mujer en trabajo de parto si esta se encuentra inquieta, ansiosa y desesperada.

FIGURA 5.



El 36% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre explican términos con los cuales no se encuentra familiarizada la mujer y le causan temor.

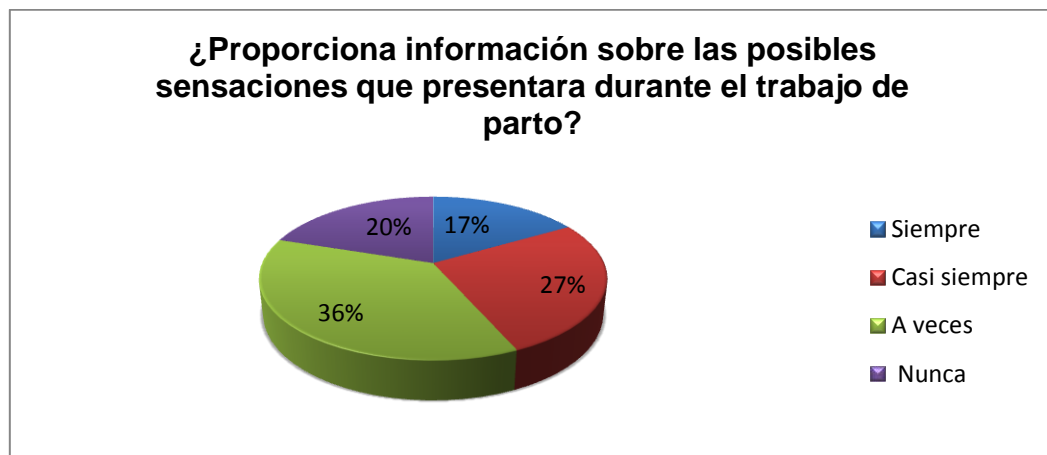
El 30% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre explican términos con los cuales no se encuentra familiarizada la mujer y le causan temor.

El 27% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces explican términos con los cuales no se encuentra familiarizada la mujer y le causan temor.

El 7% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca explican términos con los cuales no se encuentra familiarizada la mujer y le causan temor.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras explican términos con los cuales no se encuentra familiarizada la mujer y que le causan temor.

FIGURA 6.



El 17% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre proporcionan información a la mujer sobre las posibles sensaciones que presentara durante el trabajo de parto.

El 27% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre proporcionan información a la mujer sobre las posibles sensaciones que presentara durante el trabajo de parto.

El 37% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces proporcionan información a la mujer sobre las posibles sensaciones que presentara durante el trabajo de parto.

El 20% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca proporcionan información a la mujer sobre las posibles sensaciones que presentara durante el trabajo de parto.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras solo a veces proporcionan información a la mujer sobre las posibles sensaciones que presentara durante el trabajo de parto.

FIGURA 7.



El 53% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre explican a la mujer la técnica y procedimientos que se le realizarán, preparándola emocionalmente.

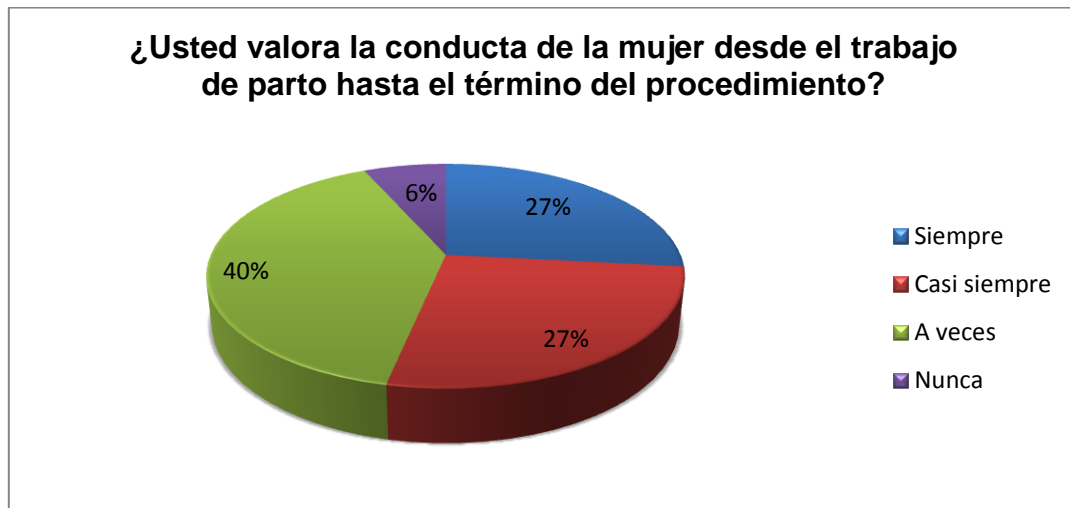
El 20% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre explican a la mujer la técnica y procedimientos que se le realizarán, preparándola emocionalmente.

El 10% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces explican a la mujer la técnica y procedimientos que se le realizaran, preparándola emocionalmente.

El 17% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca explican a la mujer la técnica y procedimientos que se le realizaran, preparándola emocionalmente.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras explican a la mujer la técnica y procedimientos que se le realizaran, preparándola emocionalmente.

FIGURA 8.



El 27% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre valoran la conducta de la mujer desde el trabajo de parto hasta el término del procedimiento.

El 27% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre valoran la conducta de la mujer desde el trabajo de parto hasta el término del procedimiento.

El 40% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces valoran la conducta de la mujer desde el trabajo de parto hasta el término del procedimiento.

El 6% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca valoran la conducta de la mujer desde el trabajo de parto hasta el término del procedimiento.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras solo a veces valoran la conducta de la mujer desde el trabajo de parto hasta el término del procedimiento.

FIGURA 9.



El 33% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre responden honestamente a cada una de las constantes preguntas que hace la mujer sobre los temores que le causa el trabajo de parto.

El 37% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre responden honestamente a cada una de las constantes preguntas que hace la mujer sobre los temores que le causa el trabajo de parto.

El 30% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces responden honestamente a cada una de las constantes preguntas que hace la mujer sobre los temores que le causa el trabajo de parto.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras casi siempre responden honestamente a las constantes preguntas que hace la mujer sobre los temores que le causa el trabajo de parto.

FIGURA 10.



El 17% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre utilizan técnicas psicoprofilácticas en la mujer en trabajo de parto.

El 17% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre utilizan técnicas psicoprofilácticas en la mujer en trabajo de parto.

El 28% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces utilizan técnicas psicoprofilácticas en la mujer en trabajo de parto.

El 38% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca utilizan técnicas psicoprofilácticas en la mujer en trabajo de parto.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras nunca utilizan técnicas psicoprofilácticas.

FIGURA 11.



El 17% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre apoyan las decisiones de la mujer en trabajo de parto presentando ansiedad.

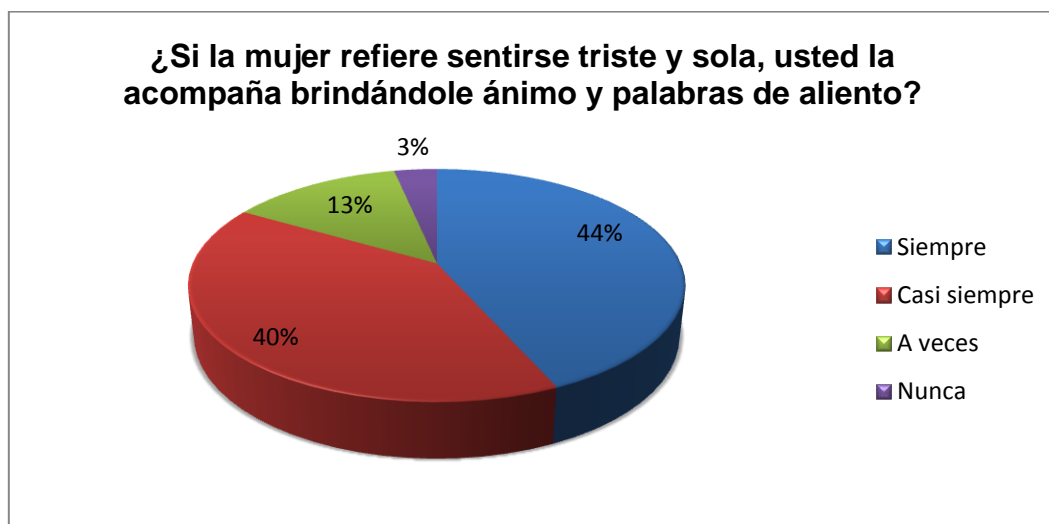
El 30% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre apoyan las decisiones de la mujer en trabajo de parto presentando ansiedad.

El 23% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces apoyan las decisiones de la mujer en trabajo de parto presentando ansiedad.

El 30% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca apoyan las decisiones de la mujer en trabajo de parto presentando ansiedad.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras casi siempre y a veces apoyan las decisiones de la mujer cuando se encuentra en trabajo de parto presentando ansiedad.

FIGURA 12.



El 44% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre acompañan a la mujer si se siente triste y sola brindándole ánimo y palabras de aliento.

El 40% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre acompañan a la mujer si se siente triste y sola brindándole ánimo y palabras de aliento.

El 13% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces acompañan a la mujer si se siente triste y sola brindándole ánimo y palabras de aliento.

El 3% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca acompañan a la mujer si se siente triste y sola brindándole ánimo y palabras de aliento.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras siempre acompañan a la mujer si se siente triste y sola brindándole ánimo y palabras de aliento.

FIGURA 13.



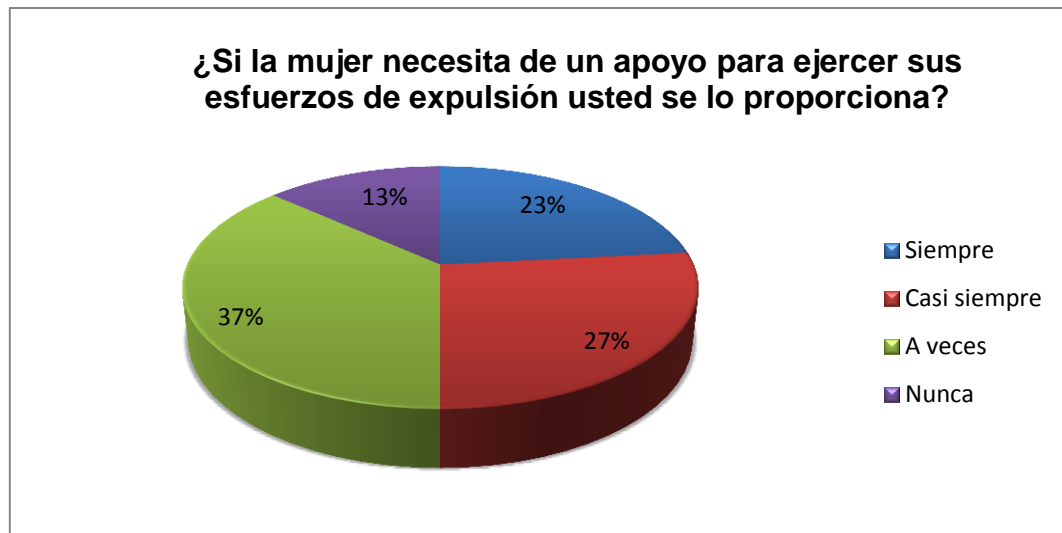
El 10% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre proporcionan cuidados físicos como masajes, para relajación.

El 33% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre proporcionan cuidados físicos como masajes, para relajación.

El 57% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca proporcionan cuidados físicos como masajes, para relajación.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras nunca proporcionan cuidados físicos para relajación

FIGURA 14.



El 23% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre proporcionan apoyo a la mujer para ejercer sus esfuerzos de expulsión.

El 27% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre proporcionan apoyo a la mujer para ejercer sus esfuerzos de expulsión.

El 37% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces proporcionan apoyo a la mujer para ejercer sus esfuerzos de expulsión.

El 13% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca proporcionan apoyo a la mujer para ejercer sus esfuerzos de expulsión.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras a veces proporcionan apoyo a la mujer para ejercer sus esfuerzos de expulsión.

FIGURA 15.



El 40% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre permiten inmediatamente después del parto el contacto del hijo con la mujer si ella insiste.

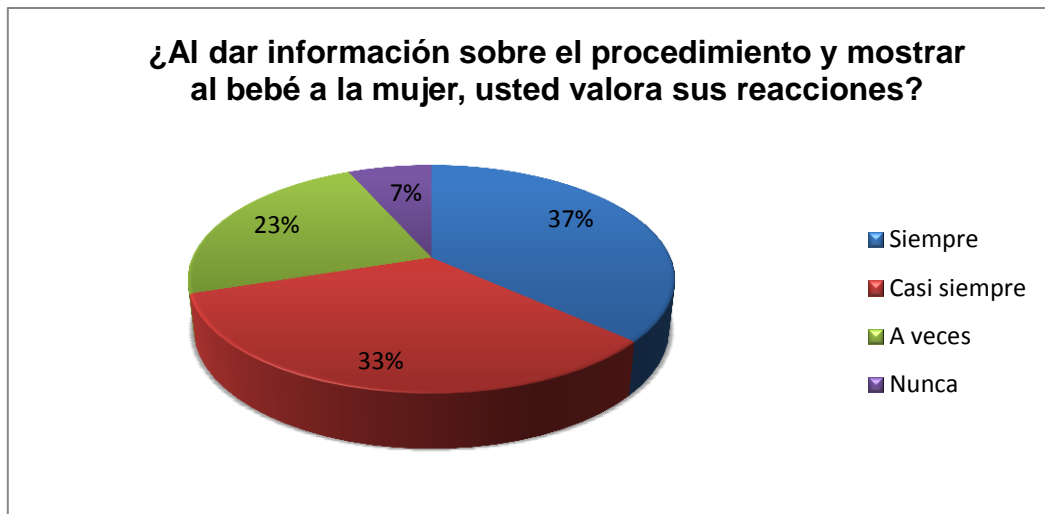
El 17% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre permiten inmediatamente después del parto el contacto del hijo con la mujer si ella insiste.

El 36% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces permiten inmediatamente después del parto el contacto del hijo con la mujer si ella insiste.

El 7% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca permiten inmediatamente después del parto el contacto del hijo con la mujer si ella insiste.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras siempre permiten inmediatamente después del parto el contacto del hijo con la mujer si ella insiste

FIGURA 16.



El 37% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre al dar información sobre el procedimiento y mostrar el bebé a la mujer valora sus reacciones.

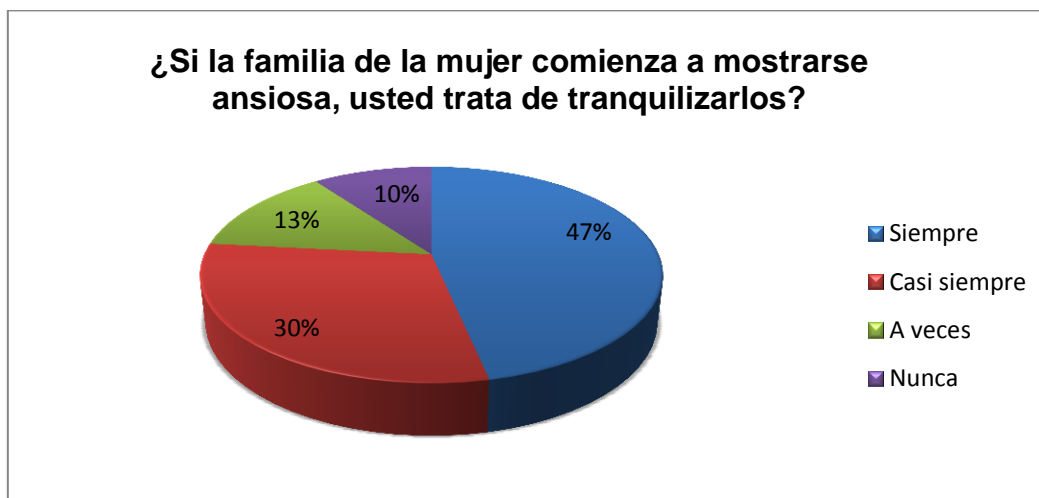
El 33% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre al dar información sobre el procedimiento y mostrar el bebé a la mujer valora sus reacciones.

El 23% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces al dar información sobre el procedimiento y mostrar el bebé a la mujer valora sus reacciones.

El 7% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca al dar información sobre el procedimiento y mostrar el bebé a la mujer valora sus reacciones.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras siempre al dar información sobre el procedimiento y mostrar el bebé a la mujer valora sus reacciones,

FIGURA 17.



El 47% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre trata de tranquilizar a los familiares si comienzan a mostrarse ansiosos.

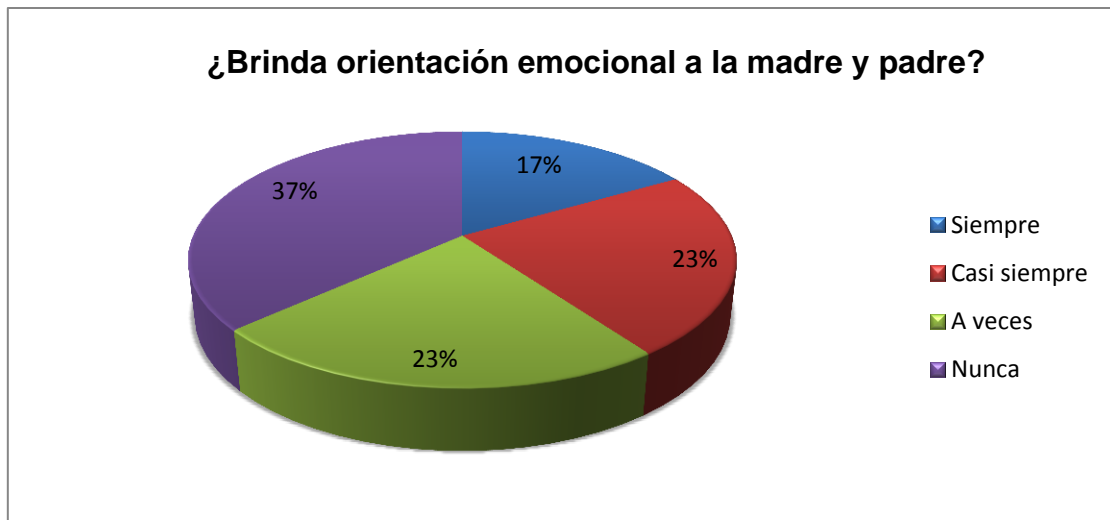
El 30% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre trata de tranquilizar a los familiares si comienzan a mostrarse ansiosos.

El 13% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces trata de tranquilizar a los familiares si comienzan a mostrarse ansiosos.

El 10% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre trata de tranquilizar a los familiares si comienzan a mostrarse ansiosos.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras siempre tratan de tranquilizar a la familia si se muestra ansiosa.

FIGURA 18.



El 17% de las enfermeras encuestadas respondió que siempre brinda orientación emocional a la madre y padre.

El 23% de las enfermeras encuestadas respondió que casi siempre brinda orientación emocional a la madre y padre.

El 23% de las enfermeras encuestadas respondió que a veces brinda orientación emocional a la madre y padre.

El 37% de las enfermeras encuestadas respondió que nunca brinda orientación emocional a la madre y padre.

Se demuestra que la mayoría de las enfermeras nunca brindan orientación emocional a la madre y al padre.

CAPÍTULO VII
CONCLUSIONES

7.1.- CONCLUSIONES

El apoyo emocional en el trabajo de parto es de gran importancia siendo responsabilidad del personal de enfermería, ya que dependerá de esto que la mujer tenga una buena experiencia en el trabajo de parto y ayudar a que la mujer y su familia se sientan satisfechos con la atención que se les proporcione.

La enfermera debe de conocer los desequilibrios emocionales que desencadena la mujer en trabajo de parto para en el momento proporcionar el apoyo emocional requerido, ofreciendo así a la mujer, confort y confianza.

La hipótesis de la investigación fue positiva al arrojar un resultado en el que se observa que la mayoría de las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud proporcionan apoyo emocional a la mujer en el trabajo de parto.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Aviva Jill Romm (2002).Salud Natural Después del Parto (pp.70-71). México, D.F.
2. Aplicación del Modelo de Adaptación en el Ciclo Vital Humano (pp.76-78). Universidad de la sabana.
3. Biología (en español). Enciclopedia Hispánica. EE. UU.: Encyclopedia Britannica Publishers, Inc. 1995-1996. p. 27.).
4. Bower, Amanda, (2003)(pp.58)."Today's Lesson: Switch Specialty." Vol. 161, Issue 23.
5. David G. Myers (7° Edición) (2005). Psicología (pp.499-522). Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana.
6. D.E. Johnson, The behavioral system model for nursing. In J. P. Riehl and C. Roy, Conceptual models for nursing practice 2d ed.(New York: Appleton-Century-Crofts, 1980) .
7. Definición de enfermería del ICN.
8. Diccionario de Medicina Océano Mosby (pp.852). Barcelona, España: Editorial Océano.
9. Dr. Abel Cruz (Primera Edición) (2002). Nervios, Estrés e Insomnio (pp.31-36). México, D.F. SELECTOR.
10. Dr. Alfonso Zamudio Pedraza. Notas de la materia de obstetricia.

11. Hugo Aréchiga (coordinador), Jesús Kumate, Roberto R. Kretschmer, Ramón de la Fuente (1997) Ciencias de la salud, siglo veintiuno editores.
12. José Botella Llusía y José A. Clavero Núñez (14ª Edición) (1993). Tratado de Ginecología. (pp.201-209). Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
13. José Lombardía Prieto y Marisa Hernández Pérez (2ª Edición) (2007). Ginecología y Obstetricia: Manual de Consulta Rápida (pp.283 -285): Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
14. K Niswander (1987). Obstetricia: Práctica Clínica (pp. 205- 212). Barcelona: Editorial Reverté.
15. Lorenzo Abad Martínez, Rafael Comino Delgado, Guillermo López García, (2004). Obstetricia y Ginecología (pp. 172): Editorial Ariel.
16. Lowdermilk Perry Bobak. Enfermería Materno-Infantil (pp.374-402). Barcelona, España: Editorial Océano.
17. Luis Cabero Roura, D. Saldivar Rodríguez (2007). Obstetricia y Medicina Materno-Fetal (pp. 56) (448-450), Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana.
18. Mireya Vivas, Domingo J. Gallego, Belkis González (2006). Educar las emociones (pp.19-28). Madrid: Editorial Dykinson.
19. Miriam Stoppard (2002). Nuevo Libro Del Embarazo y Nacimiento (pp. 30). Bogotá, Colombia: Editorial Norma S.A.

20. Nigel C. Benson y Richard Appignanesi (1999). *Psicología para todos* (pp. 3). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
21. *Nuevo Manual de la Enfermería* (pp.744-754). Barcelona España: Editorial Océano.
22. Programa oficial de la especialidad de enfermería obstétrico ginecológica (matrona).
23. Ramiro Calle (1998). *Guía práctica de la Salud Emocional* (pp. 93-97). Editorial EDAF, S.A.
24. Roberto Navarro Arias (1999). *Las emociones en el cuerpo* (pp.22-25). México; Editorial Pax México.
25. Santrock, J. W. (2007). *A Topical Approach to Human Life-span Development* (3rd Ed.). St. Louis, MO: McGraw-Hill.
26. Teresa Audesirk, Gerald Audesirk, Bruce E. Byers (2003). *Biología "la vida en la Tierra"*: Pearson Educación.