



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA**

TEMA

**BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DE LA
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN GESTANTES
A TERMINO DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE MAYO 2014 A ABRIL
2015**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO
REQUISITO PARA OPTAR POR EL TITULO DE
OBSTETRA**

**TUTORA
OBSTA. YAZMIN GRANDA BARBA MSC.**

**AUTORES
NINFA YANETH INDACOCHEA HOLGUIN
ANGGI NATHALY LAMILLA ARELLANO**

**2015
ECUADOR - GUAYAQUIL**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA**

CERTIFICADO DE APROBACION

Este trabajo de titulación cuya autoría corresponde a la **Srta. NINFA YANETH INDACOCHEA HOLGUIN** y la **Srta. ANGGI NATHALY LAMILLA ARELLANO**, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal examinador de grado nominado por la **CARRERA DE OBSTETRICIA**, como requisito parcial para la obtención del título de **OBSTETRA**.

**OBSTA. MARIA PAULINA TORRES MSC.
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**

**DR. NOE TORRES MSC.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**DR. JORGE SALAMEA MSC.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

CERTIFICADO DEL TUTOR

Obsta. Yazmin Granda Barba MSC en mi calidad de Directora del trabajo de titulación para optar por el título de Obstetra de la Universidad De Guayaquil.

Certifico que: He dirigido y revisado el presente trabajo de titulación por la **Srta. Ninfa Janeth Indacochea Holguín** con **C.I. 0921857116** y el de la **Srta. Anggi Nathaly Lamilla Arellano** con **C.I. 0930330923**.

Cuyo tema de trabajo de titulación es: “**Beneficios de la práctica de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes a término del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de mayo 2014 a abril 2015**”. El mismo que se encuentra apto para la presentación y sustentación respectiva.

LO CERTIFICO.

OBSTA. YAZMIN GRANDA BARBA MSC.

TUTORA

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE PROYECTO DE INVESTIGACION		
Título y subtítulo:		
Beneficios de la práctica de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes a término del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de mayo 2014 a abril 2015.		
Autores: Ninfa Yaneth Indacochea Holguín. Anggi Nathaly Lamilla Arellano.	Tutor: Obsta. Yazmin Granda Barba MSC.	
Institución: Universidad Estatal de Guayaquil.	Facultad: Facultad de Ciencias Médicas.	
Carrera: Obstetricia		
Fecha de Publicación:	No. De págs.:	
Áreas Temáticas: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.		
Palabras Clave: Psicoprofilaxis obstétrica, gestante a término, parto a término.		
Resumen: De un universo de 200 pacientes se tomó una muestra de 80 de las cuales con la ayuda de los ejercicios de psicoprofilaxis el 61% aseguró controlar el dolor moderadamente , mientras que en un porcentaje de 28% logro controlarlo totalmente , 38% de las pacientes prefirieron realizar balance pélvico con balón asegurando sentirse más relajadas y con más capacidad para controlar el dolor , un 69% de las pacientes aseguró que la compañía de las Doulas les sirvió de apoyo emocional el Apgar del Recién Nacido en el grupo de gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica fue de 8 al minuto con un porcentaje de 53% y de 9 al minuto en un 25% lo cual refleja un buen resultado neonatal.		
No. De Registro:	No. De Clasificación:	
Dirección Url:		
Adjunto Pdf:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Contacto con Autor: Anggi Lamilla Arellano	Teléfono: 0995813469	E-mail: Heart_anla89@hotmail.com
Contacto en la Institución:	Nombre: Obsta. Delia Crespo Antepara. MSC.	
	Teléfono:	
	E-mail:	

INDICE

Certificación de Aprobación.....	I
Certificación de Tutor.....	II
Ficha de Registro de Proyecto de Investigación.....	III
Declaración de Autoría.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice.....	VII
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX

CAPITULO I

1.INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 El Problema.....	3
1.1.2. Preguntas de investigación.....	4
1.2. Formulación de objetivos.....	4
1.2.1. Objetivo general.....	4
1.2.2 .Objetivos específicos.....	4
1.3. Hipótesis.....	5
1.4. Variables.....	5
1.4.1. Variables dependientes.....	5
1.4.2. Variables independientes.....	5

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO.....	6
2.1. Psicoprofilaxis obstétrica.....	7
2.1.1. Consideraciones generales.....	8
2.1.2. Fase de instrucción.....	11
2.1.3. Exploración motriz postural.....	12
2.1.4. Respiración (ventilación y oxigenación).....	12
2.1.5. Relajación y autoconcentración.....	13
2.1.6. Preparación en pareja.....	14
2.2. Aparición de la escuela de psicoprofilaxis obstétrica.....	15
2.3. Objetivos de la psicoprofilaxis obstétrica.....	16
2.4. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica.....	17
2.4.1. Reflejos absolutos.....	19
2.4.2. Reflejos temporales adquiridos.....	20
2.5. Ventajas.....	21
2.5.1. Ventajas de la madre.....	23
2.5.2. Ventajas perinatales.....	24
2.6. Métodos y técnicas.....	25
2.7. Vínculo afectivo.....	26
2.8. Posición del cuerpo en el parto.....	27
2.9. Posición del parto y hecho social.....	28
2.10. Perspectiva ética y deontológica.....	32
2.11. El parto natural como alternativa necesaria.....	34
2.12. Hacia una humanización del parto.....	38

2.13. Las Doulas.....	43
2.14. Derechos de la madre.....	45
2.15. Apego precoz.....	47
2.15.1. Beneficios del apego precoz.....	47
2.15.2. ¿Por qué es significativo el apego precoz?.....	48
2.15.3. Tipos de apego precoz.....	49
2.15.4. Importancia de la primera hora de vida del RN.....	49
2.15.5. Técnicas de apego precoz.....	50
2.16. Lactancia materna.....	51
CAPITULO III	
3. MATERIALES Y METODOS.....	54
3.1. Materiales.....	54
3.1.1. Localización.....	54
3.1.2. Caracterización de la zona de trabajo.....	54
3.1.3. Periodo de investigación.....	54
3.1.4. Recursos a emplear.....	55
3.1.4.1. Recursos Humanos.....	55
3.1.4.2. Recursos Físicos.....	55
3.1.4.3. Recursos Económicos.....	55
3.1.5. Universo y Muestra.....	56
3.1.5.1. Universo.....	56
3.1.5.2. Muestra.....	56
3.2. Métodos.....	56

3.2.1. Tipo de investigación.....	56
3.2.2. Diseño de la investigación.....	56
3.2.3. Área de estudio.....	57
3.2.4. Procedimiento de investigación.....	57
3.2.4.1. Operacionalización de equipos e instrumentos.....	57
3.2.5. Criterios de Inclusión/Exclusión.....	58
3.2.5.1. Criterios de Inclusión.....	58
3.2.5.2. Criterios de Exclusión.....	58
3.2.6. Análisis de la información.....	58
3.2.7. Aspectos éticos y legales.....	59
CAPITULO IV	
4. RESULTADOS Y DISCUSION.....	61
CAPITULO V	
5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES.....	77
5.1. Conclusiones.....	77
5.2. Recomendaciones.....	80
6. BIBLIOGRAFIA.....	81
7. ANEXOS.....	83

DECLARACION DE AUTORÍA

Yo, la Srta. Ninfa Yaneth Indacochea Holguín y la Srta. Anggi Nathaly Lamilla Arellano, autoras del presente trabajo de titulación, cuyo tema es **“Beneficios de la práctica de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes a término del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de mayo 2014 a abril 2015”**, declaramos que esta investigación es de nuestra responsabilidad y autoría.

Ninfa Yaneth Indacochea Holguín

Anggi Nathaly Lamilla Arellano

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación se los dedico a Dios principalmente, a mi familia que gracias a su apoyo puedo concluir mi carrera.

A mis hijos por estar presentes, acompañándome y motivándome día a día en seguir adelante para tener un buen futuro.

A todo el resto de mi familia y amigos que de una u otra manera me han llenado de sabiduría para terminar mi trabajo de titulación.

YANETH INDACOCHEA HOLGUÍN

Este trabajo de titulación es dedicado principalmente a Dios, a mis padres que con su esfuerzo me brindaron la mejor herencia que pude recibir, mis estudios, a mi hija que es el motor de mi vida y a mi esposo por ser mi compañero de la vida y mi apoyo incondicional.

ANGGI NATHALY LAMILLA ARELLANO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para haber logrado mis objetivos, y además de su infinito amor y bondad.

Agradezco al Hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor por abrirnos las puertas y brindarnos su ayuda para llevar a cabo nuestro trabajo de titulación. A mis hijos por su apoyo incondicional que cada día me dan las fuerzas en poder seguir adelante en mi vida profesional.

A la Obsta. Yazmín Granda Barba MSC tutora de trabajo de titulación quien me brindo asesoría y apoyo incondicional para realizar este trabajo.

YANETH INDACOCHEA HOLGUÍN

Agradezco a mi Dios en gran manera por el éxito alcanzado, a mis padres por su apoyo para lograr obtener mi título, a mi hija, esposo y hermanos que me acompañan en cada paso que doy en la vida.

Agradezco al Hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor por permitir realizar nuestro trabajo de investigación, así como a las pacientes que colaboraron con nosotras para realizar este estudio.

A la Obsta. Yazmín Granda Barba MSC tutora de mi trabajo de titulación quien me brindo asesoría y apoyo incondicional para realizar este trabajo.

ANGGI LAMILLA ARELLANO

RESUMEN

La Psicoprofilaxis Obstétrica es el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y postparto sin temor y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbilidad materno perinatal. La falta de conocimiento y de práctica de la Psicoprofilaxis Obstétrica ha provocado que las mujeres gestantes a término desconozcan sus beneficios teniendo miedo de experimentar un parto natural y vean a este como un proceso patológico.

OBJETIVO: Determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes a término (en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor durante el periodo de Mayo del 2014 hasta Abril 2015).

METODOLOGIA: Este proyecto es un estudio descriptivo, analítico, prospectivo y no experimental, porque describió los beneficios de la psicoprofilaxis obstétricas aplicadas a mujeres con embarazo a término, asistidas por los obstetras y Doulas de la institución, desde el 5 de mayo del 2014 al 30 de abril del 2015.

RESULTADOS: De un universo de 200 pacientes se tomó una muestra de 80 de las cuales con la ayuda de los ejercicios de psicoprofilaxis el 61% aseguró controlar el dolor moderadamente, mientras que en un porcentaje de 28% logro controlarlo totalmente, 38% de las pacientes prefirieron realizar balance pélvico con balón asegurando sentirse más relajadas y con más capacidad para controlar el dolor , un 69% de las pacientes aseguró que la compañía de las Doulas les sirvió de apoyo emocional el Apgar del Recién Nacido en el grupo de gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica fue de 8 al minuto con un porcentaje de 53% y de 9 al minuto en un 25% lo cual refleja un buen resultado neonatal.

Palabras clave: Psicoprofilaxis obstétrica, gestante a término.

ABSTRACT

The Psicoprofilaxis Obstetrics is the set of activities to provide comprehensive preparation (theoretical, physical and psychological) to pregnant women to achieve pregnancy, childbirth and postpartum without fear and reduce its complications and thus contribute to the reduction of maternal and perinatal morbidity and mortality activities. Lack of knowledge and practice of Obstetrics Psicoprofilaxis has caused pregnant women to term unaware of their benefits fearing a natural birth experience and see this as a pathological process, where the main factor is the pain and despair.

OBJECTIVE: To determine the benefits of obstetrical psycho in pregnant women at term (in the Obstetrics and Gynecology Hospital Enrique C. Sotomayor during the period May 2014 to April 2015).

METHODOLOGY: This project is a descriptive, analytical, prospective and non-experimental study, described as the benefits of obstetrical psycho applied to women with term pregnancy, assisted by obstetricians and Doulas of the institution, from the May 5, 2014 to April 30, 2015.

RESULTS: From a universe of 200 patients a sample of 80 of them with the help of exercises psicoprofilaxis 61% said controlling moderate pain was taken, while a percentage of 28% achieving control completely, 38% of patients preferred perform pelvic balance ensuring balloon feel more relaxed and better able to control the pain, 69% of patients said the company Doulas served them emotional support the Apgar Newborn in the group of pregnant women who carried to term obstetrical psycho was 8 per minute with a percentage of 53% and 9 at minute 25% reflecting a good neonatal outcome.

Keywords: Obstetrical psycho, term pregnant women

CAPITULO I

1.- INTRODUCCION

La Psicoprofilaxis Obstétrica es el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y postparto sin temor y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbilidad materno perinatal.

La Psicoprofilaxis Obstétrica en los últimos tiempos se ha convertido en un tema de mucho interés para las futuras madres y para las que ya fueron también. Anteriormente se pensaba que toda mujer si quería tener un parto normal o vaginal tenía que realizar un curso de Psicoprofilaxis. Hoy en día ese pensamiento quedó atrás, porque la Psicoprofilaxis Obstétrica no es una exclusividad de un Parto Normal, también las gestantes que son programadas para un Parto por Cesárea lo pueden realizar. La respuesta del porqué es simplemente sencilla, el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica no sólo abarca temas relacionados al embarazo normal si no también es conocer a cerca de las señales de peligro, complicaciones que pueden darse durante el proceso del Trabajo de Parto Normal que conllevaría a un Parto por Cesárea de Emergencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la Psicoprofilaxis Obstétrica, por sus efectos positivos y beneficiosos.

La madre gestante tiene que estar preparada para afrontar todos esos momentos de incertidumbre, temor por no saber que le pasará, cómo debe controlar las contracciones, la respiración, que posiciones adoptar para aminorar la tensión del trabajo de parto, etc.

En el Hospital Enrique C. Sotomayor se ha diseñado una propuesta innovadora en relación a la Psicoprofilaxis Obstétrica brindando a las mamás las herramientas necesarias para adquirir una actitud positiva

frente al embarazo, parto y post-parto, contribuyendo así a una maternidad saludable.

Esta preparación se realiza educando a la gestante a través de sesiones educativas, preparación física y técnicas de relajación que te liberará de tensiones y miedos permitiendo disfrutar mejor de su embarazo y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso de la gestación.

Para realizar nuestro estudio, recolectamos datos de todas las pacientes gestantes a término, que ingresaban con labor de parto y que colaboraron con nuestro estudio, haciendo los ejercicios psicoprofilácticos.

Los datos recolectados son: número de controles prenatales, antecedentes Gineco obstétricos, instrucción académica, etnia, zona en que habita, nivel de conocimiento de trabajo de parto, experiencia del parto humanizado, aceptación de los ejercicios de psicoprofilaxis entre otros datos. Para lo cual utilizamos la encuesta formada por 16 preguntas; 6 abiertas, y 14 cerradas.

Obteniendo resultados beneficiosos para las pacientes, como mejorar su bienestar durante el trabajo de parto con la ayuda de las Doulas y de los ejercicios de psicoprofilaxis. Contribuyendo a que la paciente pueda controlar el dolor, el temor y mejorar su confianza para obtener un parto sin temor.

1.1.- EL PROBLEMA.

La psicoprofilaxis obstétrica, es un programa de educación fundamental, porque a través de ella se busca crear una actitud mental positiva de la madre, hacia la experiencia del parto natural, procurando que tenga una participación activa y consiente en este evento.

La falta de participación activa de la gestantes dentro de su trabajo de parto constituye un problema, que afecta a ella y al recién nacido. Debido a que se presenta mayor grado de ansiedad, por mayor tiempo de trabajo de parto, limitando la participación activa de la madre y aumentando los riesgos del recién nacido.

El presente proyecto se realizó en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el cual realizamos una observación directa a las gestantes a término, multíparas y primigestas que acudieron a la institución presentando trabajo de parto, planteando así el siguiente problema.

La falta de conocimiento y de práctica de la Psicoprofilaxis Obstétrica ha provocado que las gestantes a término desconozcan sus beneficios, teniendo miedo de experimentar un parto natural y vean a este como un proceso patológico.

Ante la problemática que se presenta en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor debido a que no todas las gestantes que acuden a la institución conocen los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica, queremos lograr que las gestantes se involucren en el programa de psicoprofilaxis obstétrica y así llegar a conocer el porcentaje de gestantes beneficiadas desde mayo del 2014 a abril del 2015.

1.1.2.- PREGUNTAS DE INVESTIGACION.

¿Cuáles son los beneficios asociados a la práctica de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes a término?

¿Cuáles de los ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica benefician más a las pacientes durante el trabajo de parto?

¿Disminuiría el índice de cesáreas electivas si ponemos en práctica la psicoprofilaxis obstétrica?

1.2 FORMULACION DE OBJETIVOS

1.2.1.- OBJETIVO GENERAL.

Determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes a término (en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor durante el periodo de Mayo del 2014 hasta Abril 2015).

1.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar el número de controles prenatales que se realizaron las pacientes.
- Determinar el nivel de conocimiento de las pacientes acerca del trabajo de parto.
- Evaluar si la psicoprofilaxis obstétrica contribuye a controlar el dolor de trabajo de parto.
- Indagar qué ejercicio psicoprofiláctico tuvo más aceptación de las pacientes.
- Evaluar si la Psicoprofilaxis obstétrica y el parto humanizado contribuyen a controlar el temor de las pacientes.
- Verificar el grado de satisfacción de las pacientes a quienes se les practico la psicoprofilaxis obstétrica en el trabajo de parto.

1.3. HIPOTESIS

Las pacientes que realizaron los ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica presentan menor nivel de ansiedad en el momento de su trabajo de parto y parto, obteniendo mejores resultados obstétricos y neonatales.

1.4.- VARIABLES.

1.4.1.- VARIABLE DEPENDIENTE.

- Psicoprofilaxis Obstétrica.

1.4.2.- VARIABLES INDEPENDIENTES.

- Edad Materna.
- Etnia.
- Instrucción Académica.
- Zona Habitacional.
- Antecedentes Gineco obstétricos.

CAPITULO II

2.- MARCO TEORICO.

La actual Constitución del Ecuador vigente reconoce a nuestro país como multiétnico, plurinacional e intercultural, lo que permite aceptar e impulsar la práctica y desarrollo de la medicina tradicional existente en el Ecuador.

Por ello, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Dirección Provincial de Salud de Pichincha, a través del Subproceso de Salud Intercultural, lleva a cabo la operativización del Parto Culturalmente Adecuado (PCA) con un importante reconocimiento, revaloración, y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral, impulsando la capacitación y acreditación a los sabios de la medicina ancestral reconocidos desde la comunidad.

El parto culturalmente adecuado es una estrategia que nos permite cumplir con los objetivos del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV), cuyas metas son: disminuir en un 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, y aumentar al 70% la cobertura de parto institucional. (10)

Luego de un proceso de adecuación de la infraestructura física, adquisición de mobiliario y visitas a experiencias de parto culturalmente adecuado (2008 al 2009), se inicia desde agosto del año 2010 la fase de implementación de este modelo en el Hospital Raúl Maldonado Mejía del Cantón Cayambe con el apoyo técnico de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, CARE Ecuador y la decisión política de la Jefatura del Área No. 12, incluyéndose acciones de fortalecimiento de capacidades, adecuación de ambientes para psicoprofilaxis y parto y complementación de equipamiento médico.

En este sentido, el presente documento recopila y visibiliza los aprendizajes y avances en la atención de parto con pertinencia cultural y enfoque de derechos, de agosto 2010 a diciembre 2011, donde las mujeres y sus parejas son protagonistas del nacimiento de sus hijos/as con el acompañamiento de personal de salud institucional y comunitario calificado. Aspiramos que nuestra experiencia contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la población y al ejercicio de los derechos de las mujeres embarazadas y recién nacidos en el marco de la interculturalidad. (9)

Los logros alcanzados hasta el momento han sido posibles gracias al compromiso humano y profesional de nuestros funcionarios quienes merecen nuestro mayor reconocimiento y gratitud.

La sensibilización sobre parto intercultural topó varias temáticas de gran importancia, nos humanizó en la atención. Ahora trabajamos en conjunto con la comunidad y las parteras.

La experiencia se desarrolla en el Área de Salud No. 12 Hospital Raúl Maldonado Mejía ubicado en el cantón Cayambe de la provincia de Pichincha que reporta una población de 79.847 habitantes. El 69% de la población es Kichwa del pueblo Kayampi, en su gran mayoría pobre y de zonas rurales con limitado acceso geográfico. (10)

2.1. PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

La Psicoprofilaxis Obstétrica en los últimos tiempos se ha convertido en un tema de mucho interés para las futuras madres y para las que ya fueron también. Anteriormente se pensaba que toda mujer si quería tener un parto normal o vaginal tenía que realizar un curso de Psicoprofilaxis. Hoy en día ese pensamiento quedó atrás, porque la Psicoprofilaxis Obstétrica no es una exclusividad de un Parto Normal, también las

gestantes que son programadas para un Parto por Cesárea lo pueden realizar. La respuesta del porqué es simplemente sencilla, el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica no sólo abarca temas relacionados al embarazo normal si no también es conocer a cerca de las señales de peligro, complicaciones que pueden darse durante el proceso del Trabajo de Parto Normal que conllevaría a un Parto por Cesárea de Emergencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la Psicoprofilaxis Obstétrica, por sus efectos positivos y beneficiosos (15)

Según el Ministerio de Salud define la psicoprofilaxis obstétrica como el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y postparto sin temor y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno perinatal"

2.1.1. Consideraciones generales

El curso de preparación a la maternidad y paternidad se orienta por los siguientes conceptos básicos:

- Carácter dinámico y enriquecedor de cada grupo que participa.
- Carácter dinámico y enriquecedor de cada grupo que permite el desarrollo fluido, armónico y permite resaltar las particularidades de las madres, los padres y de los profesionales que participan en él.
- La reflexión central es sobre el significado de la vida y la calidad de la misma que la pareja se ofrece, así como sobre el significado de la familia para la sociedad y para ella misma.
- La condición natural del ser humano es ser sano y por medio de la gestación encontramos la máxima expresión de salud del feto,

además de la capacidad paterna de concebir y la materna de gestar, que se conjuga en el momento del nacimiento.

- Cada individuo es único e irrepetible, y cada pareja interactúa de igual manera, es decir que su relación con el hijo no admite duplicidad.
- El cuerpo de la mujer gestando es armónico, rítmico, especialmente ubicado, lleno de cambios y adaptaciones continuas que comprometen su ser totalmente; este cúmulo de experiencias cambiantes brindan a la mujer y su ambiente la oportunidad exquisita de reencuentro con su ser, presente en su cuerpo, reasegurándose e integrándose en su yo.
- La formación del personal de salud hace énfasis en el desarrollo de capacidades terapéuticas de relación dando la opción de reconocer en cada sujeto su situación única.
- El aprendizaje relacional se inicia tempranamente. De esta manera los padres aprenden sobre su hijo antes de nacer y crean el apego (base del proceso relacional) hacia él o ella.
- El programa se inscribe dentro del enfoque gestáltico y pretende mediante el darse cuenta ampliar el conocimiento consciente de sí mismo, favorecer la presencia total centrando a la persona (madre-padre) en el aquí y ahora, todo ello con el fin de reconocer la existencia propia como algo irrepetible e inaplazable, que dejará la huella en el nuevo ser que va a nacer.
- La utilización de la música como elemento inductor o facilitador en la movilización de sensaciones aumenta la calidad de las expresiones humanas, enriquece la vivencia perceptual de cada

participante y da a la experiencia corporal un ritmo y armonía dentro de los cuales la pareja fluye emotivamente hacia su apropiación y adquisición de seguridad y confianza. (2)

- Las siguientes son algunas claves de pertenencia y apropiación de la experiencia colectiva a fin de facilitar la conducción del grupo:
- Cada persona del grupo es digna de respeto, de ser escuchada y dueña de la palabra hasta que termine lo que desea decir sobre sí misma.
- Tenemos tanto derecho a la palabra como al silencio.

Toda participación es importante y busca ampliar o aclarar significados.

- Cada persona tiene su propio espacio y momento para señalar sus cambios corporales y psicológicos de la gestación y observar los de sus compañeras según la significación interna de cada uno.
- La vivencia de cada participante pertenece al aquí y al ahora del grupo y es en este espacio y tiempo en el que se vive y cierra la experiencia.
- El escuchar activo de cada participante descarta las interpretaciones y juicios de valor sobre la verbalización de las experiencias de otros.
- Cada participante tiene el derecho de tomar asesoría individual o de pareja si su vivencia no es clara o conmueve su relación con el compañero.
- Cada pareja o mujer gestante tiene el derecho de apropiar para la vida cotidiana el lenguaje, la expresión, el conocimiento y el derecho a buscar para sí mismo el mejor sentir, el mejor estar y la calidad de vida que merece. (2)

2.1.2. Fase de instrucción

La finalidad de esta fase es facilitar la comprensión del proceso fisiológico de la gestación, el nacimiento y el posparto.

Los tópicos básicos en la información teórica son orientación al programa, información acerca de anatomía y fisiología de los genitales masculinos y femeninos, sexualidad humana y fecundación, embriología, cambios durante los tres trimestres de la preñez y sus cuidados, cambios en la relación de pareja, respuestas anatómicas, fisiológicas y psicológicas al parto, puerperio y lactancia materna.

La información se prepara con anterioridad, aprovechando la disposición e interés de las gestantes y sus compañeros para conocer su situación de preñez; en ocasiones se requiere modificar un tema, posponerlo o adelantarlos atendiendo a la necesidad de información que busque el grupo. Sin embargo, en lo posible, se mantiene una secuencia. Durante esta parte de la sesión se hace énfasis en la importancia de participar en la gestación, el parto y el puerperio.

El material empleado para cada sesión consiste en carteleras en las que se destaca el dibujo, empleo de libros y revistas, diapositivas, películas, material en vivo, material manipulable y equipos de examen obstétrico; las técnicas empleadas son demostraciones, orientación en el consultorio o salas de nacimiento y puerperio, presentaciones de testimonios y sesiones de preguntas, haciendo énfasis en la participación en grupo.

Debe darse especial importancia a las expresiones y manifestaciones de las gestantes y sus compañeros para modificar o ampliar el tema propuesto de cada sesión. (8)

2.1.3. Exploración motriz postural

Se refiere a la exploración de movimientos cotidianos, ritmo individual, apariencia corporal de la gestante, movimientos dirigidos trabajados en pareja que facilitan el retorno venoso, relajación de músculos de región lumbar, auto reconocimiento, auto masaje y masaje en pareja, exploración de posiciones y movimientos para el momento del nacimiento, lactancia, adecuación para los primeros días posparto, ajuste hemodinámico e involución uterina.

Todos estos elementos se trabajan dentro de un contexto que promueva la apropiación y el gusto por el mantenimiento de la higiene postural de las formas, volúmenes, movimientos, sensaciones y cambios que reajustan el esquema corporal cambiante durante y después del periodo gestacional.

La pretensión básica es favorecer el despertar corporal o descongelamiento de las formas y movimientos que han llegado a constituirse como únicos posibles, para dar paso a una versión de sí misma más amplia y auténtica.

La exploración motriz postural propone también el darse cuenta de contracturas y posiciones poco funcionales, así como adquirir conciencia de la afectación de áreas especialmente sensibles sobre las cuales cada persona tiene preferencia para sentir o bloquear sus emociones. (8)

2.1.4. Respiración (ventilación y oxigenación)

En la práctica respiratoria el trabajo tiene en cuenta, sobre todo, el ritmo individual, pues esta es una de las manifestaciones más finas de la particularidad corporal que cada quien vive.

Se enfatiza en la mecánica respiratoria (ventilación) donde el trabajo muscular de tórax y diafragma crean las presiones que permiten ingresar o expulsar el aire; resalta el elemento de oxigenación por estar ligado íntimamente con la disminución de tensiones, permitiendo utilizar económicamente la cantidad de oxígeno ingresado y disponible para el útero y el feto durante la gestación y el nacimiento, así como para otras zonas en momentos distintos de estrés o de mayor actividad.

Se inicia con la exploración de la respiración cotidiana, que generalmente compromete las zonas superiores del tórax; luego se sugiere la participación de las últimas costillas y el diafragma y finalmente jugamos con la disponibilidad del flujo de aire hasta la base pulmonar en tal forma que se compromete tórax alto, bajo, diafragma y abdomen. Se aplican los tipos de respiración lenta y profunda, lenta y profunda con soplo y/o jadeo y rastrillo; se hace libertad en duración y frecuencia para que la mujer ajuste la propuesta a su ritmo (8)

2.1.5. Relajación y auto concentración.

La relajación se utiliza como estrategia para el descanso, el auto conocimiento y la introducción de vivencias; consiste fundamentalmente en toma de posiciones en decúbito, que favorecen la distensión muscular facilitada por la inducción verbal y musical.

Cada indicación con tonalidad de voz normal guía al grupo hacia el reconocimiento corporal ascendente y progresivo llevando a la distensión céfalo caudal; en la medida en que se asciende se hace énfasis en cada parte a fin que la persona tome el tiempo necesario para reconocer y darse cuenta de su integridad corporal. Intencionalmente se hace más tenue la música y la voz de quien da las indicaciones para favorecer la auto concentración, el reposo y el descanso.

Se sugiere darse cuenta de la participación corporal en todas las situaciones de la vida diaria y, por tanto, la necesidad de auto observación de las respuestas corporales ante situaciones tristes, difíciles, dolorosas, de estrés, de alegría y de descanso. Una vez localizadas las áreas se pide tensar con más conciencia y esfuerzo y luego de unos segundos relajar la parte tensada, con lo cual cada persona se dará cuenta de la sensación de reposo y alivio, es decir, sentirse en su cuerpo por completo distensionado y armónico.

Durante toda la experiencia de relajación es importante observar el ritmo de respuesta de las gestantes, y en caso de detectar dificultades, así sea en una sola de ellas, enviar mensajes a manera de sugerencias para su corrección y continuar con lo planeado para la sesión; la expresión y participación descansada de quien guía favorece y ayuda al grupo.

Para lograr un nivel de relajación alto es necesario considerar aspectos de dotación del medio ambiente físico que aseguren el reposo y la concentración, tales como: salón libre de muebles dotado de tapete o colchonetas, con aislamiento del exterior, luz indirecta y tenue a fin de favorecer la privacidad, el reposo y la relajación. (8)

2.1.6 Preparación en pareja

La preparación debe ser en pareja o con la participación de un familiar o amigo/a que brinde apoyo. La participación de los padres se ha vuelto muy importante y popular, pues el hacer que el compañero asista a las clases con la madre, ayude en los ejercicios, se involucre en todo el proceso de la gestación y participe en el parto, aumenta en la futura mamá sentimientos de aprecio, apoyo y compañía, disminuyendo sus temores, y en el bebé sentimientos de seguridad y confianza.

2.2. APARICIÓN DE LA ESCUELA DE PSICOPROFILAXIS

Alrededor de 1940 el Dr. Lamaze (Francia), aprende de Nicolaiev y sus colegas, que la mujer que había sido convertida por el sistema hospitalario en sujeto pasivo, puede aprender a parir activamente y sin dolor. De esta experiencia regresa a Francia con un solo pensamiento: beneficiar a la mujer francesa para que pueda parir, sin dolor y por su propio esfuerzo. Su colaborador el Dr. Vellay, generaliza el método a todos los países y niveles sociales; escribe varios libros. Para, él la palabra es un agente terapéutico, que logra, en base a una educación, la analgesia del parto. La preparación debe, para él centrarse en quitar trabas sobre el cuerpo y la sexualidad y eliminar pensamientos negativos. Favorece la actividad física de mujer en trabajo de parto y la participación del hombre en el proceso. Su paradigma: parto = trabajo.

En 1957 la Dra. Eglé Stoopen regresa a México (donde trabaja por más de 20 años), después de haber aprendido en Francia, el método de parto sin dolor, y empieza a difundirlo entre las mujeres y los médicos. Su mensaje a las mujeres era: “Cuento con ustedes para demostrar a los médicos que la mujer puede dar a luz sin dolor y que este acto les pertenece”

Sheila Kitzinger, antropóloga Inglesa rescata desde los 70's, la sabiduría del cuerpo de la mujer para parir. Propone que la mujer, se sintonice con las contracciones como ella siente que logra armonía y ritmo; que adquiera el conocimiento, para tomar sus propias decisiones respecto al embarazo, lactancia y maternidad. Se apoya en el movimiento del Dr. Vellay, pero preconiza que la mujer puede elegir la postura en la que dará a luz. Su paradigma es: “sentir o no el dolor, no es la meta; sino no sufrirlo”.

La presencia del esposo, la instructora y la partera, crean, para ella, el ambiente favorable para el parto fisiológico. Su mensaje a las mujeres es: “No debemos seguir ignorando lo que los médicos hacen de nuestros cuerpos... Dar a luz y cuidar a tu bebé, es un acto de amor”. Es la escritora que más ha escrito en el mundo, sobre embarazo y nacimiento, desde el punto de vista humanista. Entre sus colaboradoras, Janet Balaskas, crea la corriente del “Active Birth Movement” que desde esa época, propone la práctica de yoga especial, durante el embarazo.

Michel Odent (1970), orienta su trabajo a ayudar a que cada mujer, pueda escoger el modo en que dará a luz, y bajo sus propios instintos. Respetando en todo momento el proceso fisiológico del parto. Descubrió que si las contracciones se vuelven poco eficaces y difíciles de controlar; el descansar en el agua caliente suele proporcionarles alivio. Así fue como colateralmente, empezó a atender partos en el agua.

En EU, Robert Bradley, describe en su libro “La Participación del Hombre en el Parto Natural”: que las mujeres deben agradecer, no al doctor por su parto, sino a su marido por haberles dado la “semilla” y que como un campesino, haberla cuidado de las “malas hierbas”. Asegura que él es quien debe asegurarse que la mujer este en un ambiente seguro, tranquilo y conocerla bien para poder ayudarla en este proceso.

Desde hace 10 años a la experiencia de parto natural, se ha unido el parto en agua, en EU, la principal promotora es Bárbara Harper; otro médico muy entusiasta con esta opción es el Dr. Rosenthal (3)

2.3. OBJETIVOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

- Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológica, acerca de los cambios fisiológicos del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones.

- Motivar que el mayor número de gestantes acuden a la atención prenatal y promover el parto institucional.
- Desarrollar actividades específicas por grupos de gestantes, considerando factores como edad, paridad y situaciones especiales.
- Estimular la participación activa de la gestante durante el trabajo de parto y parto.
- Fomentar y comprometer la participación y acompañamiento de la pareja durante la gestación, parto y postparto.
- Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde con los hallazgos clínicos.
- Capacitar a los gestantes para el cuidado del recién nacido.
- Promover la lactancia materna
- Promover la elección de un método de planificación familiar postparto.
- Apoyar en la elaboración del plan para la atención del parto o en caso de una emergencia obstétrica. (7)

2.4 BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Los beneficios que obtienen las embarazadas que realizan una preparación psicoprofiláctica a lo largo de su gestación en especial en su último mes de embarazo han sido puestos de manifiesto por muchos estudios. Se ha comprobado que la sensación dolorosa a lo largo del parto es menor en aquellas mujeres que han recibido una preparación psicoprofiláctica de la gestación con respecto a las que no han recibido ningún tipo de preparación.

Se estudió el efecto sobre la ansiedad y la actitud ante el parto de un curso de psicoprofilaxis obstétricas en primigestas y multigestas. Las embarazadas no preparadas incrementaron su ansiedad final en el último mes de embarazo, la primigestas preparadas habían reducido su ansiedad final del embarazo, su temor ante el parto y presentaban una

mayor autoconfianza y deseo de participación en él y las multigestas preparadas mantenían, los mismo niveles de ansiedad de antes del inicio del curso pero habían incremento de su confianza en saber controlar su parto. (5)

La psicoprofilaxis perinatal es una analgesia verbal, que está basada en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de otros métodos de analgesia obstétrica. Se basa en el uso de los reflejos condicionados que estudian Ivan Petrovich Pavlov y sus discípulos y que fueron aplicados a la obstetricia por algunos médicos rusos como Velvoski y Nicolaiev. El propósito principal de este método es el de equilibrar la corteza cerebral de la mujer embarazada creando durante esta etapa cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicables durante el alumbramiento. La mujer embarazada aprende a dar a luz. Al completar esta educación, comprende el mecanismo del parto y puede adaptarse cuando llegue el momento.

Gracias a este tipo de educación, las mujeres pierden la actitud pasiva que adoptan cuando llega el parto, saben lo que va a suceder y aprenden adaptarse y a controlar las modificaciones que ocurren en su organismo durante el alumbramiento.

Desde mucho tiempo atrás los dolores de parto se han aliviado con anestesia, en un principio utilizando cloroformo y posteriormente usando diversos medicamentos siguiendo los progresos de la bioquímica y la farmacología. (14)

Los modos de atacar el dolor han sido cuatro y son:

- Reducir la sensibilidad local del útero.

- Interrumpir la transmisión de las sensaciones dolorosas entre el útero y cerebro (epidural, caudal continua, infiltración de ganglios o nervios que ingresan al útero).
- Disminuir o suprimir la conciencia del dolor (escopolamina, etc.).
- Actuar sobre los tres factores locales de transmisión de la sensación por medio de la anestesia total o parcial.

Todos estos métodos fueron útiles y han soportado la prueba del tiempo, pero el uso de medicamentos no carece de peligros tanto para la madre como para el niño, se necesitaba de un método que tuviera en cuenta dos principios fundamentales:

- Falta de toxicidad para la madre y el niño.
- Participación activa y completa de la mujer que vive uno de los momentos más importantes de su vida.

En los casos normales el método psicoprofiláctico satisface ambas condiciones de una gran manera.

El método no es una farsa como muchos piensan y no existe ninguna fórmula rígida, tiene reglas y disciplinas, y debe aplicarse consciente e inteligentemente. De ninguna manera es un método fácil para la mujer, ayudante o médico.

Exige un esfuerzo colectivo, pero éste enriquece a todos los que participan en él. Ivan Petrovich Pavlov dice “el reflejo no es un fenómeno no elemental o simple, ya que depende de la actividad de procesos nerviosos tales como una excitación o inhibición y corresponde a reacciones variadas y complejas”. Pavlov describió dos tipos de reflejo:

2.4.1. Reflejos absolutos

Como el reflejo de defensa o el reflejo salival, que son hereditarios, su centro nervioso se encuentra en el mesencéfalo bulbo o médula espinal. Estos reflejos aseguran las primeras reacciones del ser humano al mundo exterior, pero no pueden mantener el equilibrio entre el individuo y el medio en el que vive.

2.4.2. Reflejos temporales adquiridos

Dependen del efecto del medio y constituyen los reflejos condicionales. El más conocido es el reflejo salival.

Los reflejos condicionados simples o complejos no son independientes, contribuyen a crear estructuras nerviosas funcionales a las cuales ha dado Ivan Petrovich Pavlov el nombre de estereotipos dinámicos. Son una especie de fórmula de acondicionamiento, diferente de la suma de simples conexiones. Durante el alumbramiento, no son los pequeños estímulos aislados los que actúan, sino las señales agrupadas en estereotipos dinámicos

Existen diversas fórmulas complicadas que corresponden a las situaciones múltiples de nuestra vida diaria, a las que podemos enfrentarnos y como consecuencia nos adaptamos de manera constante a nuestro medio. Nuestro sistema nervioso debe seleccionar los estímulos que recibe, la selección se realiza mediante una especie de equilibrio entre dos procesos nerviosos fundamentales: excitación positiva y negativa (inhibición y frenado).

Cualquier excitación positiva en la corteza tiende a difundirse, pero esta difusión induce el proceso opuesto: la inhibición. Se entabla una lucha entre la actividad positiva (excitación) y la actividad negativa, que termina

con una concentración y selección en los centros de actividad, eliminando cualquier otra actividad secundaria, la actividad negativa puede ser condicionada, lo mismo que la actividad positiva, a partir de un estímulo, puede crearse un estímulo condicionado inhibitorio.

De los experimentos de Pavlov cuidadosos y detallados surge la posibilidad de que exista una relación entre la participación activa de la mujer en el alumbramiento y la inhibición de estímulos provenientes del útero: la eliminación del dolor.

A la corteza llegan dos tipos de estímulos:

- Los que provienen del mundo exterior y son transmitidos por los órganos de los sentidos, que constituyen la exterocepción.
- Los que provienen de nuestras vísceras y constituyen la enterocepción.

En los estereotipos dinámicos hay una estrecha asociación de señales internas y externas. En el hombre hay una forma especial de señales: el lenguaje. Para adaptar a una mujer al parto no hay mejor instrumento que el lenguaje.

Antes del parto sin dolor la mujer estaba sometida a la influencia de factores desfavorables como: postración, aumentado por temores y emociones causados por ignorancia ante una mala educación, producido por una relación condicionada entre el parto y el dolor imaginado y desorganización cortical completa consecuencia de estereotipos dinámicos apropiados que sumado a la participación pasiva, impedía la creación de una inhibición adecuada. (14)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras importantes instituciones internacionales, recomiendan la psicoprofilaxis obstétrica por sus efectos positivos y beneficios.

2.5 VENTAJAS

- Lograr el parto con menos complicaciones, sufrimiento fetal, distocias, retenciones de placenta y hemorragias.
- Promover, asegurar y preparar para la lactancia materna.
- Favorecer la responsabilidad paterna y participación del padre durante el proceso de la gestación y el parto.
- Facilitar el trabajo del personal de salud, al procurar un comportamiento tranquilo de la futura mamá.
- Reducir el uso de anestésicos.
- Promover y fortalecer técnicas de auto cuidado y auto control.
- Humanizar la atención médica al tener en cuenta la preparación de la pareja, sus relaciones interpersonales con el cuerpo médico y la presencia del padre en la sala de partos.
- Recibir información sobre conocimientos básicos de la puericultura (procesos relacionados con gestación, parto, puerperio y cuidados del recién nacido), que permiten a los padres estar preparados para afrontar con tranquilidad su nueva situación y actuar adecuadamente ante ella.
- Promover la atención del parto institucional.
- Disminuir temores y ansiedad mediante el conocimiento de cambios anátomo-fisiológicos durante la gestación, promoviendo actitudes positivas ante su estado gestacional y obtener mayor auto control en el parto.
- Orientar con enfoque de riesgo a la pareja, para que conozcan factores de riesgo y signos de alarma; ello favorecerá la asistencia oportuna de la gestante a servicios de salud en caso de

presentarse complicaciones o alteraciones durante la gestación, parto, puerperio o en el recién nacido.

- Sensibilizar y orientar a la mujer y a la pareja, después del parto, a servicios de regulación de la fecundidad, tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino o de próstata, o para la detección de otras patologías propias de personas en edad fértil.
- Canalizar al bebé al programa de vacunación y de crecimiento, desarrollo, así como fomentar su lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad como mínimo. (2)

Estas ventajas se resumen en los siguientes:

2.5.1. Ventajas de la madre

- Menor grado de ansiedad, permitiendo adquirir y manifestar una actitud positivas.
- Adecuada respuestas durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás.
- Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en trabajo de parto con una dilatación más avanzada.
- Evitar innecesaria y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención al parto.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación a un promedio normal
- Menor duración en la fase expulsiva.
- Menor duración en trabajo de parto.
- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder la atención al objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos en general
- Menor uso de analgésicos
- Menor riesgo en poder presentar complicaciones obstétricas.

- Menor malestar, y o dolor durante el trabajo de parto el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental, capacidad de concentración en miras de controlar la situación.
- Tendrá amplias posibilidades éxito en la evaluación final de sí mismo.
- Aprenderá a disfrutar de su embarazo y parto mejorando su calidad de vida, y percepción respecto a todo el proceso.
- Ampliará las posibilidades de gozar de la participación de su pareja, incluso durante todo el trabajo de parto, lo cual tiene una importante contribución en su actitud emocional.
- Menor incidencia de parto por cesáreas
- Menor incidencias de parto instrumentados
- Recuperación más rápido y cómoda
- Aptitud para una mejor lactancia natural

2.5.2. Ventajas perinatales

Y en relación con las ventajas perinatales la podíamos dividir en tres etapas:

Prenatal

- Mejor estimulación intrauterinas, sobre lo cual hay muchas investigación científicas a través de la biopsicología prenatal.
- Una curva de crecimiento intrauterino en promedio ideal.
- Menor presentación de sufrimiento fetal agudo o crónico

Interanual

- Una fase expulsiva más rápida y menos traumáticas
- Menor nacimiento con instrumentación
- Menor presentación de sufrimiento fetal agudo

Postnatal

- Mejor puntaje del apgar al minuto y a los cinco minutos
- Menor presentación de problemas neonatales como: apnea, disneas, displacia de cadera, y bajo peso.
- Mejor lactancia natural
- Mejor estimulación temprana. (12)

2.6. MÉTODOS Y TÉCNICAS

Técnicas de relajación.- Son las diferentes modalidades de lograr un estado de reposo tanto físico como mental en la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr alivio de tensiones o molestias y mejorar su capacidad de concentración. Las técnicas de relajación pueden ser de manera profunda o progresiva (técnica de Jacobson y Shultz), utilizadas como técnicas básicas en sofrología, para un mejor autocontrol de las molestias.

Técnicas de respiración.- Son las diferentes modalidades de efectuar la oxigenación pulmonar, la que a su vez mejora la oxigenación celular en la madre y el bebé, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante o parturienta, con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto.

Esferodinamia.- Es una modalidad de entrenamiento físico con el uso de una esfera o pelota de plástico inflada con aire, con la finalidad de facilitar algunos movimientos y posturas que faciliten la preparación física prenatal y postnatal en la madre.

Masoterapia.- Es un método alternativo mediante el uso de manipulaciones de los tejidos blandos del cuerpo ejercida especialmente

con las manos, como modo más eficaz, cuya finalidad es lograr principalmente el alivio de molestias, relajación, mejorar la circulación y oxigenación, además de favorecer un descanso adecuado, el estado emocional y la disminución de la fatiga tanto física como emocional en la gestante o puérpera (13)

2.7. VÍNCULO AFECTIVO Y ESTIMULACION PRENATAL

Estimulación.- Es la transferencia de una acción que logra una respuesta a partir de los órganos de los sentidos.

Estímulo.- Agente o causa que provoca una reacción o una respuesta en el organismo o en una parte de él.

Estimulación intrauterina.- Es el uso de procesos, métodos, instrumentos y/o técnicas diversas con la finalidad de lograr una respuesta real y objetiva en el embrión/feto. Clínicamente la estimulación intrauterina es empleada con fines diagnósticos. Ej. Estimulación vibro acústica para facilitar pruebas de bienestar fetal.

Patrones de reactividad fetal.- Es la observación de la respuesta objetiva de las reacciones del feto intraútero mediante el uso de la tecnología como equipos ecográficos, para apreciar su respuesta frente a algún estímulo intrauterino.

Estimulación Prenatal.- Acciones que promueven y motivan en la madre el vínculo afectivo durante la gestación, propiciando sentimientos de acogida, afecto y bienestar respecto de la llegada del hijo o hija. El vínculo afectivo prenatal comprende un contacto activo con su entorno inmediato, en particular con la pareja, hijos y personas más allegadas. La Estimulación Prenatal es parte de la preparación psicoafectiva de la Psicoprofilaxis Obstétrica. Se han descrito en algunas fuentes, ciertas

técnicas de intervención a manera de estímulo intrauterino” (visual, táctil, motora, auditiva), sin embargo, por carecer de suficiente sustento científico no se consideran ni se incluyen en el componente educativo ni en otra área de la preparación prenatal.

Vínculo prenatal.- Lazo afectivo que se propicia en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo o hija, para que su llegada sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto.

Apego.- Es la relación y vínculo afectivo estrecho que desarrolla el niño o niña con sus padres, lo cual influirá en su seguridad emocional, necesarios para un buen desarrollo de su personalidad. (8)

2.8. POSICIÓN DEL CUERPO EN EL PARTO.

En las maternidades del mundo y del país concientizan sobre los beneficios del parto natural y los derechos de las parturientas. “Dar a luz plenamente es posible si le devolvemos a la mujer la seguridad perdida, le permitimos asumir la tarea de acuerdo a sus creencias y necesidades y respetamos el proceso natural de parto”, sostiene la red latinoamericana que defiende el parto natural (8)

En realidad no hay “una” mejor posición. De hecho, la mayoría de las mujeres cambian de posición frecuentemente durante la labor de parto. Deja que tu cuerpo sea tu guía.

Un estudio reciente recomendó que las mujeres estén en trabajo de parto en la posición que ellas encuentren más cómoda, e indicó que no es necesario que estén acostadas por largos períodos de tiempo. Ese estudio, encontró que las mujeres que caminaron o estuvieron de pie durante la fase temprana y la parte activa del trabajo de parto lo redujeron en una hora aproximadamente.

En la etapa temprana de la labor, tus contracciones probablemente no requerirán la misma atención que más adelante. Podrías caminar y tomar un poco de aire fresco. O si estás cansada podrías tomar un baño o recostarte y tratar de descansar entre las contracciones.

Cuando empiece la parte activa del parto, puedes tratar diferentes posiciones que te ayuden a manejar el dolor mientras las contracciones se van haciendo más intensas. De nuevo, escucha tu cuerpo, algunas veces querrás estar levantada y otras reclinada.

Pero no te acuestes totalmente sobre tu espalda, esa posición comprime la vena cava (la vena larga que regresa la sangre de las piernas al corazón), y puede hacer que tus contracciones sean menos efectivas.

Esta es una lista de posiciones que podrías tratar en su momento. Si no has asistido a una clase de preparación para el parto, es buena idea que las revises de antemano con la persona que te acompañará en el nacimiento (5)

La posición de la mujer es materia opinable, si bien las prácticas aceptadas que se realizan en los ámbitos de los partos estándar surgen a partir de un consenso desarrollado por una mayoría de profesionales en un determinado período y no siempre verificado por un método científico (8)

2.9. POSICIÓN DE PARTO Y HECHO SOCIAL.

Hemos de resaltar, si tenemos que resumir la historia de la obstetricia dos puntos generales por un lado, la aparición de los instrumentos que se usan y, por otro, el cambio de posición de parto que le fue impuesto a la mujer en los comienzos de la obstetricia científica. La utilización de esta

práctica es un elemento paradigmático de un modelo de atención que dirige su mirada hacia la mujer como “objeto” del trabajo médico.

La posición de litotomía define todo el carácter del vínculo asistencial: una mujer acostada en decúbito dorsal con sus muslos y piernas flexionados y sostenidos por encima de ella, atados, y en manifiesta inmovilidad. Podemos decir que dicha posición responde a criterios precisos de organización sujetos a la ideología que rige no sólo el espacio médico, sino aspectos sociales más amplios, en los que la mujer es considerada como objeto inmóvil no sólo en términos físicos, sino culturales e intelectuales (8)

Desde una perspectiva fisiológica la tradicional posición dorsal es, de hecho, la peor alternativa posible, tanto para la madre como para el niño, ya que cuando una mujer yace sobre su espalda, el útero agrandado comprime los vasos sanguíneos más importantes, lo cual disminuye la cantidad de sangre oxigenada que entra en la placenta y sale de ella. Además, semejante posición hace imposible que la mujer aproveche la gravedad para facilitar el alumbramiento.

Sin ninguna reflexión sobre lo que vive y siente cada mujer, la inmensa mayoría de los obstetras insisten hoy en día en la imposición de la litotomía como posición excluyente de la madre para parir. Para los especialistas de la ciencia la litotomía (Es la posición característica del parto medicalizado, la mujer acostada sobre la espalda y con las rodillas flexionadas y separadas. (11)

Su origen etimológico refiere a la operación mediante la cual se extrae un cálculo de la vejiga a través de la uretra), es la posición más satisfactoria porque la mujer acostada con sus piernas colgadas está en la posición ideal que favorece, para quien la atiende, resolver cualquier complicación, efectuar intervenciones obstétricas y conservar pautas de esterilidad.

En realidad, la mujer puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. Esta movilidad de ninguna manera compromete el bienestar fetal. La biología no ha previsto que durante su trabajo de parto permanezca acostada. Sin embargo, ésta es la condición de la mayoría de las mujeres, que usando los códigos médicos, se encuentran en situación de “bajo riesgo”. La posición mencionada es un procedimiento médico, una intervención médica.

Varios estudios demuestran que la posición supina no es la más indicada que pueda concebirse para el trabajo de parto y el parto. Los puntos, entendidos como problemas desde el punto de vista fisiológico, podemos subrayar. Primero que la compresión de los vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación, disminuyendo la presión sanguínea, lo que produce una considerable disminución de la oxigenación fetal. En segundo lugar que, de esta manera, la actividad contráctil se vuelve más débil y menos frecuente, tornándose la necesidad de pujar más dificultosa. El descenso más lento del bebe incrementa el uso del fórceps. En tercer lugar que el cóccix es comprimido contra la cama de parto, lo que lo fuerza hacia delante y estrecha la salida pélvica, generando mayor dificultad para la expulsión

En cuarto lugar que, por la presión ejercida sobre las piernas colgadas en los estribos, se produce una considerable compresión nerviosa. En quinto lugar que la falta de una efectiva presión por parte de la cabeza fetal sobre el periné, no permite una eficaz y pausada distensión del mismo, lo que genera una necesidad compulsiva de realizar una episiotomía que, de lo contrario, sería innecesaria. Por último que el carácter de procedimiento de intervención de la posición de litotomía se completa con anestésicos e infusiones de carácter rutinario que agregan dificultades inherentes a esos procedimientos.

El modelo basado en sostener la práctica de la litotomía discrepa con conceptos basados en la evidencia. Esta posición, sustento básico de un modelo tecnocrático en la atención de un parto de bajo riesgo, es la expresión simbólica de la despersonalización de una mujer. En contraposición, la posición vertical, utilizada en diversas culturas y numerosos grupos étnicos, ha sido difundida en distintos países: Estados Unidos (Howar 1958), Uruguay (Caldeyro Barcia y Sabatini, 1992), (Paciornik, 1994) y más recientemente por la OMS (WHO, 1996), a partir de la consideración de sus ventajas, que son las siguientes.

Ventajas

Acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.

Ausencia de compresión de grandes vasos de la madre. Como se sabe la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de sufrimiento fetal si el período expulsivo se prolonga.

Aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 en transversal y moldeamiento de la articulación coxo femoral.

Mejor ángulo de encaje. La posición vertical determina que este ángulo ("diveangle" para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.

Mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período de dilatación, como en el expulsivo; facilitando la transición feto-neonatal.

Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.

Menores presiones intravaginales, lo que disminuye la resistencia al pasaje del feto por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.

Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente.

Beneficios psicoafectivos que incluyen la búsqueda de métodos alternativos, menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.

2.10. Perspectiva ética y deontológica desde la medicina

Desde este estudio, y ante las diversas situaciones de salud y enfermedad que se asocian a la situación de parto, y con sus propias vicisitudes, se plantea la cuestión de la ética y la deontología dentro de la medicina. Una práctica médica en la que hay una ausencia de saber escuchar, contener, apoyar, comprender, denuncia la ausencia de ética. Si la ética para el psicoanálisis es la ética del buen decir, para la medicina es saber practicar con normas deontológicas aceptables el proceso del embarazo y el parto

Esta va más allá de una habilidad o una función dirigida a establecer un diagnóstico o a marcar un tratamiento que ignore al sujeto. La técnica no

alimenta desde el discurso médico el interrogante sobre su impacto subjetivo. Y, por lo tanto, no da lugar al saber de sí mismo de quien es asistido. Este obstáculo no es incluido en la práctica médica y el quehacer profesional se transforma en una cuestión ética. De esta manera, un acontecimiento de la salud, como es el parir y el nacer, se convierte a menudo en un profundo malestar para la subjetividad y por ende para la salud.

El andamiaje médico-institucional ingresa a este terreno en el siglo XVII, que comenzó a tratar la situación de parto como si se tratara de una situación patológica. Hasta entonces, las mujeres habían atravesado sus partos rodeadas de mujeres con experiencia. Hoy en día esta forma de práctica y evaluación sobre la situación de parto se encuentra tan incorporada en la cultura occidental, que se torna difícil imaginar un parto más allá de una institución médica.

Aunque nadie disputa que las cesáreas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, las investigaciones recientes han empezado a concentrarse en los riesgos del procedimiento. Aparte de los peligros obvios para la madre, asociados con una operación de cirugía mayor, hay suficiente evidencia de que los bebés que nacen por cesárea tienen un riesgo más alto de complicaciones (tales como dificultades respiratorias) que los que nacen por parto vaginal. Un estudio realizado en 25 hospitales de Ciudad de México y publicado en el American Journal of Obstetrics y Gynecology mostró que los bebés de peso normal nacidos por cesárea tenían 2,5 veces más probabilidades de morir en el período neonatal temprano que aquellos nacidos por parto vaginal (11)

El estudio calcula que “más de 850.000 cesáreas innecesarias son realizadas cada año” en los países de América Latina y el Caribe, si se usa como medida la tasa del 15 por ciento. Si se toma como base un cálculo conservador de que una cesárea cuesta 500 dólares más que un

parto vaginal, los países de la región están derrochando unos 425 millones de dólares por año.

Para tener una idea de la dimensión de la gravedad del problema de la recurrencia a cesáreas innecesarias, de acuerdo con cifras oficiales de la OMS (2005), en el ámbito de las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Río Negro las operaciones cesáreas realizadas, sobre el total de nacimientos registrados, en hospitales públicos fue de un 29%, por Obra Social un 45% y por Medicina Prepaga de un 57%. En nuestro país, y sólo si se consideran los datos del ámbito público, se realizan al menos 70.000 cesáreas innecesarias por año. Esto representa el 25,4% de los cerca de 700.000 partos anuales, cuando la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que no superen el 15%.(11)

2.11. El parto natural como alternativa necesaria

Como respuesta, no sólo a las complicaciones físicas, sino también a las implicancias sociales negativas respecto a la mujer que presenta el parto institucionalizado es que comienzan a ser estudiadas nuevamente antiguas modalidades a la luz del devenir presente. Así empieza a observarse con detenimiento, sobre todo en los países industrializados a partir de los años 60, lo que conocemos como parto vertical. Se entiende por “Parto Vertical” aquel en el que el torso y el canal pelviano se mantienen dentro de un ángulo de 45° a 90° con respecto al plano horizontal.

Parto Normal Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2008) se considera parto normal aquel parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a- 42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina.

El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido. Realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal (SEGO, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) se denomina parto normal aquel de comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

Después de dar a luz, tanto la madre como el feto se encuentran en buenas condiciones. Vamos a señalar los tipos de partos que más nos interesan para una mayor comprensión del trabajo. Estos serían: tipos de parto según la edad gestacional y según su evolución. Antes de pasar a definir tales términos, vamos a definir los que en obstetricia se define como primípara, secundípara y multípara. Pues bien, el sufijo “para” hace alusión a parir, y si le añadimos el prefijo “primi”, “secundi” y “multi”, nos podemos hacer una idea de a qué mujeres alude, siendo pues una primípara, aquella mujer que pare por primera vez, secundípara, la que pare por segunda vez y multípara, la que lo hace por tercera y sucesivas veces (14)

En la posición horizontal el útero gestante, por compresión de los grandes vasos puede afectar la ventilación pulmonar de la madre y bloquear el pasaje de oxígeno al bebé, con la posibilidad de daños neurológicos. Se disminuyen la intensidad de las contracciones, aumenta las frecuencias de las mismas y mantiene estacionada la dilatación del cuello uterino.

El parto vertical es un parto activo, pues al caminar estimula las contracciones naturales, que asociadas a la posición vertical, disminuye el dolor lumbosacro y acortan el período de dilatación, tal como lo postulan Caldeyro Barcia & otros (1991).

En un parto natural, se procura evitar el uso de medicamentos, anestésicos, tranquilizantes u oxitócicos, a excepción de alguna alteración en la progresión del parto o en los indicadores de salud de la madre o de su hijo que justifique su corrección. (8)

El parto vertical es natural y es un parto en penumbras. Se disminuyen los estímulos sensoriales como la luz intensa y los ruidos, y se adecua la temperatura ambiente a la temperatura del bebé. De esta manera se facilita su adaptación a la vida extrauterina y la relación con su madre. La participación del varón es activa y no se limita a ser un espectador o a dejarse excluir.

Mediante la formación recibida en el curso de preparación para el embarazo, parto, puerperio y lactancia, puede comprender la importancia de su participación, para sí mismo, para su mujer y su hijo.

La conducción innecesaria e intervencionista de un trabajo de parto normal, con el uso de goteos, anestesia epidural de rutina, tranquilizantes, enemas y episiotomía puede desencadenar alteraciones en la normal evolución del mismo, y aumentar de este modo la terminación del parto con fórceps o cesárea por sufrimiento fetal, por falta de progresión y descenso del bebé, o por una distocia de dilatación del cuello uterino.

Los pioneros del parto humanizado, como Eva Giberti, Tucho Perrusi, Rosenvasser, en nuestro país basaron gran parte de su trabajo en datos obtenidos en distintos viajes realizados en países limítrofes como el Paraguay, dónde se comprobó que la totalidad de las mujeres adopta la

verticalidad en el momento del parto. Los estudios sobre el parto vertical se iniciaron a partir de la certeza científica de que la anatomía y la fisiología de la mujer están preparada y estructuralmente adecuada a la función expulsiva vertical.

En este sentido, ha sido introducida la técnica y práctica del “sillón de parto”, diseñado por Tucho Perrusi. Dicho sillón es elevado a través de un mecanismo hidráulico que permite que la parturienta quede por encima de quienes la atienden (8).

En lo que a acompañamiento respecta, la participación del padre en el parto es un aspecto del nacimiento industrializado, indudablemente.

Hace un siglo, cuando la mayoría de las mujeres daban a luz en su casa, semejante idea hubiera resultado totalmente fuera de lugar. Por entonces, todo el mundo entendía que el parto era un asunto de mujeres. Las ocupaciones del padre se limitaban a acondicionar cuestiones prácticas, por ejemplo, haciendo hervir agua, pero no estaba involucrado en el nacimiento mismo.

Hoy, en el comienzo del siglo XXI, es conocimiento de la mayoría la importancia del rol activo del padre en, lo que podemos llamar, el nacimiento de una familia. Es más, muchas mujeres no pueden concebir el hecho de dar a luz sin la participación de sus compañeros. Actualmente, como un paso importante hacia una situación de parto humanizada, los padres son bien recibidos en las más convencionales salas de parto.

En ese sistema las parteras profesionales se encargan de las mujeres con embarazos y partos normales y el personal médico obstetra atiende solamente las complicaciones. Se basa en el principio de que el embarazo y el parto son procesos normales de la vida. El modelo de la partería incluye entre otro.

Los siguientes lineamientos de acción:

- Supervisar el bienestar físico, psicológico y social durante el ciclo del embarazo.
- Proporcionar a las madres educación, consejería y atención prenatal individualizada, y asistencia en el parto y posparto.
- Reducir las intervenciones tecnológicas.
- Identificar a las mujeres que requieren atención médica y remitirlas a los servicios correspondientes.

Este tipo de atención brinda mayor satisfacción, porque se centra en las necesidades y deseos de la mujer; se han demostrado sus beneficios en cuanto a menores complicaciones, menor dolor y sufrimiento en el parto y nacimiento. También, en el Primer Mundo existen maternidades concebidas bajo la filosofía del parto humanizado, que contemplan los siguientes aspectos

Atención integral desde el embarazo, parto y postparto, con un enfoque de esos procesos como ciclos vitales y no como enfermedades.

Ayuda a la mujer para descubrir la capacidad de sus propios cuerpos para dar a luz, a su manera y a su tiempo.

Evitar riesgos asociados con muchas técnicas médicas y normas hospitalarias.

Exigir que no se realicen tratamientos de rutina o se impongan fechas arbitrarias que pueden interferir en el proceso natural del embarazo y parto. Atención, privacidad y un parto natural individualizado.

Apoyo para hacer el trabajo del parto con técnicas naturales que permitan sobre llevar el dolor e incomodidad. Por ejemplo: masaje, relajamiento, uso de agua, cambiar posiciones y lograr formas alternativas efectivas. (7)

2.12. HACIA UNA HUMANIZACIÓN DEL PARTO

Michel Odent tiene muy claro que "el parto es amor y lo ideal es dejar que madre e hijo disfruten de este sentimiento desde el primer momento, sin intervención alguna de instrumental ni medicinas". Este obstetra francés es un reputado y reconocido experto en la defensa del parto natural, alejando este proceso de la artificialidad que supone hacerlo en el interior de un quirófano clínico.

Este doctor en medicina de origen francés explica sus teorías del parto natural en el marco de las I Jornada Nacimiento y Salud Perinatal en el contexto científico de 2013, que lleva a cabo la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria desde ayer en la Facultad de Ciencias de la Salud.

El amor, según el doctor, es la emoción que mueve a muchas personas para traer niños al mundo, afirma desde el primer momento. Por ello, hay que hacer que los mismos se encuentren con él nada más nacer. Y no hay nada "menos amoroso que el interior de un quirófano, higiénico sí, pero la actitud es de rapidez, seriedad, nada que ver con un ambiente ideado por una madre en el que da a luz un hijo con dolor, sí pero también con mucho sentimiento".

Odent destaca un dato del proceso del parto, sobre a la importancia del cordón umbilical. No está de acuerdo con la actual prisa que hay en muchos hospitales e incluso por parte de muchas comadronas, de cortar este enlace entre la madre y el niño. "Hay que esperar para cortar el cordón, en el interior del mismo se acumula una sangre que puede ser vital para la salud del menor. Son 40 milímetros de fluido en el que se acumulan células madre, nutrientes, y múltiples sustancias beneficiosas para el futuro desarrollo del niño".

La rapidez en este proceso está provocando algunos casos de tétanos neonatal', enfermedad que puede producir el fallecimiento del recién nacido. Michel Odent afirma que "si se mantiene el cordón más tiempo, puede erradicarse para siempre esta patología. Existe la vacuna que se le suministra a la madre durante el embarazo para controlar este riesgo, pero científicamente se ha demostrado que se desconocen los efectos secundarios que ésta vacunación puede acarrearle al bebé en el futuro".

A raíz de esta cuestión, el médico explica lo que se conoce como el nacimiento Lotus, la práctica de dejar el cordón sin cortar, dejando el bebé unido a la placenta hasta que se desprenda de manera natural, que se realiza en algunos puntos de Australia. Y que Odent conoce aunque considera que puede ser algo extremo, aunque sí beneficioso para el bebé, en su justa medida. (11)

Odent explica que dentro del ambiente hospitalario los profesionales defienden lo que él denomina "paradigma de ayudar", que se impone sobre los deseos de la madre. Sin embargo, el obstetra francés aboga por "el paradigma de proteger" a la madre y al bebé de interferencias ajenas a la interrelación que ambos crean desde que se inicia el parto. Un proceso de amor pleno entre ambos seres y que culmina en el momento que el recién nacido reposa sobre el vientre de la mamá.

Sus claves son "proteger y observar". Las mujeres llevan siglos dando a luz en lugares inhóspitos, remotos sin que hayan sufrido daño alguno, y se ha perdido la naturalidad del proceso de parir. Por ello, este defensor del parto natural aboga por retomar el hábito de "sentarnos en un rincón y dejar que todo siga su curso, y sólo intervenir si fuese necesario. Lo que en muchas ocasiones no lo es".

Rememora una anécdota durante un parto en el Reino Unido, en el que le pidieron que acudiera al domicilio de una pareja que iba a dar a luz,

"estuve todo el tiempo sentado en un rincón mirando, sin hacer nada. La comadrona y la madre hicieron todo el trabajo, yo sólo me limité a estar allí".

El obstetra dice que "desde que la ciencia ha desembocado en la toma de conciencia ecológica, muchos se preguntan qué podemos hacer para dejar de destruir el planeta. Unos han puesto todas sus esperanzas en la tecnología, otros confían en el humanismo ecológico. Yo sostengo que lo prioritario debería ser la génesis de un ser diferente, de un ser humano ecológico, con una actitud positiva hacia la vida."(11)

Este médico experto en nacimientos destaca que "no hay que perturbar la fisiología, y hay que dejar que todo se desarrolle según el curso natural de la vida, si es preciso hacer que intervenga la medicina se utiliza. Más que hablar de humanizar me gusta emplear la palabra 'mamiferizar'. Somos mamíferos y de esta manera se naturaliza el parto. Más que controlarlo hay que guiar a las gestantes hacia la conclusión de un fin, que es traer un niño al mundo".(11)

El nacimiento, como la muerte, es concebido como una experiencia universal, y puede ser la experiencia creativa más poderosa en la vida de muchas mujeres. Implica una interrupción en el correr de la existencia humana, un fragmento que tiene muy poco o nada que ver con el sentimiento apasionado que creó al bebé, y que puede ser vivido con belleza y dignidad.

Al ser una experiencia intensa, íntima y envolvente, donde los protagonistas exclusivos son la madre y el padre, debe contemplarse como una experiencia sexual y emocional. En este contexto, en la clínica de Pithiviers que conduce Odent, los profesionales actúan como simples facilitadores, una especie de equipo de apoyo, cuya tarea es crear un

clima en el cual las mujeres puedan, en ese sentido, “olvidarse” de sí mismas, procurando intervenir lo menos posible en el proceso.

Odent plantea que cada mujer embarazada llega a la Clínica con una historia personal única, una familia y una cultura que influyen decisivamente en el trabajo de parto. En algunas sociedades éste parece ser más fácil que en otras. En algunas familias, también hay virtualmente una tradición de nacimientos fáciles. Durante el alumbramiento, una mujer trae consigo la experiencia de su vida, remontándose hasta su propia infancia y nacimiento.

Se toma en cuenta también lo que cada mujer sabe sobre su propio nacimiento, porque a menudo hay una conexión entre cómo fue su nacimiento y cómo ella misma va a comportarse durante el parto.

Otra práctica asociada a la humanización del parto que se realiza en Pithiviers es evitar la implementación de técnicas de respiración. Según Odent es imposible prescribir un método de respiración para el trabajo de parto sin indicar una posición particular para dar a luz; la gente respira en forma diferente mientras camina, mientras se encuentra parada, mientras está cuclillada, de rodillas, sentada, acostada o apoyada en algo, o flotando en el agua. La postura de la clínica es totalmente adversa a cualquier mecanismo de psicoprofilaxis convencional, como el método Lamaze, que entrena a las mujeres a controlar su respiración, sus pensamientos y la expresión de sus emociones.

En Pithiviers se hace exactamente todo lo contrario. En el día del nacimiento, alientan a las mujeres que están en trabajo de parto para que se entreguen a la experiencia, para que pierdan el control y olviden todo lo que han aprendido, todas las imágenes culturales y los modelos de comportamiento. (11)

¿Por qué es mejor estar acompañada durante el parto?

Seguimos analizando la guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal tratando el tema del acompañamiento de la mujer durante el parto. Hoy en día es bastante frecuente que se permita la presencia de algún familiar escogido por la partera, pero hace un tiempo esto era impensable (aún en algunos hospitales hay bastantes restricciones) y por ello fue preciso valorar la evidencia al respecto.

Parece bastante penoso (hablando mal y pronto) que tengan que hacerse estudios acerca de un tema que cae por su propio peso (ante una situación estresante una persona estará mejor cuando tenga a alguien de confianza a su lado ofreciéndole soporte), pero así ha tenido que ser y, por suerte, esta guía recoge este tema para recomendar que las mujeres estén acompañadas durante el parto por la persona que hayan elegido.

En algunos países, la persona que atiende y acompaña a la mujer es una matrona, que no se separa de ella hasta que da a luz, en lo que se conoce como cuidado una a una.

Este modelo de atención tiene muy buenos resultados, ya que se ha evidenciado que las mujeres tienen así mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo, menos probabilidades de utilizar anestesia epidural, de tener un parto vaginal instrumental o cesárea y un mayor nivel de satisfacción con la experiencia vivida. (11)

2.13. Las Doulas

La doula típica es una madre o una abuela que tiene una experiencia personal del parto "natural". Es la figura maternal con la cual una joven mujer puede contar durante todo el período cercano al nacimiento. El "fenómeno doula" puede ser presentado como un aspecto del

redescubrimiento de la partera auténtica. A partir de los años 70' esta palabra griega fue utilizada por John Kennel y Marshall Klaus en sus estudios sobre la presencia femenina de una acompañante durante el parto.

A la comunidad griega no le gusta esta palabra que de hecho significa "esclava" en la Grecia Antigua. Una partera de Atenas me dijo que prefería la palabra "paramana" que significa "con la madre". A pesar de eso seguiremos utilizando la palabra "doula" porque ha sido usada en numerosos estudios publicados y actualmente es muy conocida. John Kennel y Marshall Klaus comenzaron sus estudios durante los años 70', en dos hospitales muy activos de Guatemala, donde nacen 50 ó 60 bebés por día y donde los métodos de trabajo habían sido establecidos por médicos y enfermeras americanos. Pudieron demostrar que la presencia de una doula reducía significativamente toda clase de intervenciones y el uso de medicamentos, mejorando las estadísticas. Repitieron sus estudios en Houston, Texas, en un hospital que asiste a una población mayoritariamente pobre de lengua española.

Ahí también los "guardapolvos blancos" eran de lengua inglesa. Las doulas hablaban inglés y español. Como había sucedido en Guatemala, la presencia de una doula tuvo efectos positivos. Aunque estos estudios fueron realizados en una población de lengua española de bajos recursos, los resultados estadísticos mostraban sin ambigüedad los efectos positivos de la presencia de una doula.

Una doula ideal debe estar al tanto de todo lo que corresponde al embarazo; el parto y el amamantamiento, aún si sus conocimientos son superficiales. Imaginemos a una mujer embarazada que escuchó a su médico nombrar la posibilidad de una placenta previa, es preferible que la doula comprenda lo que eso quiere decir. Las sesiones de información para doulas deben ser focalizadas en los primeros auxilios obstétricos, de

manera que las verdaderas urgencias, que son excepcionales, puedan ser inmediatamente detectadas. (1)

Por ejemplo, si después de una repentina ruptura de la bolsa, el cordón aparece en la vulva, la doula sabrá que será necesario llegar al hospital sin perder tiempo y en el camino tratará de comunicarse con el equipo médico utilizando la expresión "prolapso de cordón". Si una mujer embarazada tiene repentinamente un terrible dolor de vientre, sin ninguna remisión y al mismo tiempo está en estado de shock, débil y pálida, la doula inmediatamente contactará al equipo médico evocando la probabilidad de "un hematoma retro-placentario". Si un bebé nace en un momento inesperado y en un lugar no previsto para ello en un auto, por ejemplo- la doula sabrá que en el caso de nacimientos tan rápidos y tan fáciles, habitualmente no hay nada especial que hacer.

La única preocupación será asegurar que el lugar esté bien cálido y que la madre y el bebé no corran riesgo de tener frío. Cortar el cordón no es una necesidad fisiológica. Sin embargo el ritual está tan bien establecido que en muchos cursos de primeros auxilios enseñan a cortarlo. El futuro del "fenómeno doula" dependerá de la manera como se interprete esta palabra. Si la doula es una persona más en el lugar del nacimiento además de la partera, el médico y el padre- su presencia será contraproducente. Si el acento está puesto en su entrenamiento y no en su forma de ser y su personalidad, el fenómeno doula será una oportunidad perdida. (1)

2.10.2. Derechos de la madre.

Se promueve que se respete a la familia en sus particularidades raza, religión, nacionalidad y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas.

La madre tiene derecho:

- A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto y participar activamente en las decisiones que acerca de las alternativas distintas si es que existen.
- A ser considerada como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- A un parto respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A elegir quién la acompañe durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Toda persona recién nacida tiene derecho:

- A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- A su inequívoca identificación.
- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia.

- A la internación conjunta con su madre en sala
- A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- A un consentimiento informado sobre cualquier práctica médica que se le realice al niño o niña
- A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña. (4)

2.15. ¿QUÉ ES EL APEGO PRECOZ?

El apego precoz significa que a mamá, tan pronto como salga del trabajo de parto, le colocarán a bebé en su regazo para amamantarlo. Esta práctica, además de brindarle seguridad y bienestar al pequeño, asegura una lactancia exitosa. Se sabe que aún en Venezuela la costumbre es separar a la mamá del hijo para que la recién parida “descanse”. En ese ínterin, las enfermeras atienden al bebé y suelen proporcionarle un tetero con solución glucosada. El apego precoz implica sustituir esta rutina por el establecimiento de un vínculo mucho más familiar y cálido. (6)

2.15.1. LOS BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ

Marielly Herrera, médico pediatra e inmunóloga, integrante del equipo de especialistas de Embarazarte, señala que un buen apego precoz le brinda bienestar al bebé porque es como extenderle la seguridad del vientre materno después del nacimiento.

Si se une papá a ese momento especial, pues maravilloso, porque según Herrera: “lo importante no sólo es brindarle calor al recién nacido, sino manifestarle amor”. “El apego precoz garantiza que cualquier enfermedad que pueda tener el niño se minimice”, indica la doctora, quien prosigue: “además, lo ayuda a adaptarse al exterior de una manera menos traumática”. Para Herrera, la lactancia también desempeña un rol protagónico en el apego precoz: “la lactancia es la continuidad del embarazo, porque mantiene la estrechez del vínculo madre-hijo. La leche materna previene las alergias y enfermedades como el autismo, cuyos casos desgraciadamente han ido aumentando durante los últimos años.

Las más recientes investigaciones apuntan hacia la alimentación y la madurez del intestino en el caso del autismo. Pues resulta que el intestino es el único órgano que se halla en estado `embrionario` cuando el bebé nace y por ello la `teta` es importante, porque lo ayuda a terminar de formarse”.

Resalta la especialista que desafortunadamente la medicina aún tiende a ser intervencionista, aunque cada vez más “nos estamos dando cuenta que al fin de cuentas somos mamíferos, es decir, pertenecemos al reino animal, y por lo tanto, la vuelta a la naturaleza más que verse como atraso, es un paso al frente”. Justamente ese es el planteamiento de Embarazarte como organización dedicada al bienestar de mamá, papá y bebé. (6)

2.15.2. ¿Por qué es significativo el apego seguro?

El apego seguro es fundamental para el buen desenvolvimiento durante la vida de cada persona. Un apego responsable y sólido determina el molde biológico y emocional para todas las relaciones futuras del hijo. Además, proporciona seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer en el niño. Se siente aceptado y protegido incondicionalmente.

Las personas con apego seguro tienden a ser más cálidas, positivas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias.

Más que la cantidad de interacción que realicen los padres con su hijo, es importante la calidad de ella y en esto, las instituciones de salud juegan un papel fundamental, ya que son las encargadas de instalar y facilitar las condiciones necesarias para que este apego se haga realidad desde el inicio de la vida de una persona.

El mejor regalo que pueden entregar los padres a su hijo para un buen inicio de la vida como ser humano, es el apego precoz, explica el Dr. Kurt Kirsten, Jefe del Servicio de Neonatología del HMS.

El apego enfocado en la familia conducirá a la estructuración de figuras parentales sólidas en el niño, que serán la base de una alta autoestima y seguridad en sí mismo. Esto lleva, en el largo plazo, a una interacción basada en la confianza con sus padres y educadores.

2.15.3. Tipos de apego

Apego Cognitivo: Es el apego por medio del aprendizaje, en el que uno aprende por cognición cómo desarrollar las herramientas para lograr un desarrollo completo de todas sus capacidades y ser un aporte para la sociedad. También puede lograrse un vínculo afectivo no cognitivo, a través de mecanismos instintivos de contacto sensorial precoz.

Apego Sensitivo o Sensorial: Es el vínculo afectivo no cognitivo entre la madre y el recién nacido. Este vínculo incluye el contacto físico positivo, como por ejemplo, abrazar, besar, mecer, poner el bebé al hombro, cantar, alimentar, mirar, etc. (6)

2.15.4. Importancia de la primera hora de vida del recién nacido

En este periodo específicamente, la madre se encuentra con una sensibilidad especial en forma innata. A su vez, el recién nacido está en condiciones de lograr ese apego instintivo. Puede mirar la cara de su madre, aunque borrosamente. Puede sentir su piel y su olor. Si a esto se suma una succión precoz del pecho materno, favorece la instalación de una lactancia materna exitosa.

Lo importante además, es que este apego precoz de la primera hora produce un enriquecimiento mutuo (madre-hijo) que va a marcar de por vida.

Además de los beneficios directos que trae para la lactancia, el apego precoz sensorial afecta positivamente todo el desarrollo futuro del niño.

De esta manera, por ejemplo, un padre que por maltratos recibidos en su infancia tenga disposición a repetir este modelo de conducta, con el apego precoz y la atención directa de su hijo, esta posibilidad de maltrato se reduce dramáticamente, afirma el Dr. Kirsten.

2.15.5. Técnicas de apego

Si el niño está en condiciones fisiológicas, inmediatamente después de nacido, se seca la piel y se pone en contacto con la piel de la madre, quien lo acoge sobre su pecho. Entonces, el recién nacido entra en una

etapa de tranquilidad y relajación inicial, donde la madre mira al niño y el niño mira a la madre.

A los 30 minutos aproximadamente, el niño ya es capaz de succionar efectivamente el pezón de la madre. Todo esto, en medio de un clima de intimidad y de conocimiento mutuo (madre-padre-hijo), en que el equipo de salud pasa a tener sólo un rol de supervisión de un proceso natural de gran significado. (6)

2.16. Lactancia materna exclusiva como un buen resultado de la psicoprofilaxis.

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses, la OMS, y el UNICEF.

Recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida
- Que el lactante solo reciba leche materna sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche.
- Que no utilice biberones, tetinas ni chuponas.

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente. (6)

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna.

La base de la iniciativa son los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. Las pruebas de la eficacia de los Diez pasos se han resumido en una revisión científica.

La iniciativa Hospitales amigos de los niños se ha aplicado en aproximadamente 16 000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el inicio de la lactancia materna exclusiva, para que las madres no la abandonen es necesario un apoyo de todo el sistema de salud.

La OMS y el UNICEF elaboraron un curso de 40 horas sobre asesoramiento en materia de lactancia materna destinado a formar a profesionales sanitarios para que puedan prestar un apoyo especializado a las madres lactantes y ayudarlas a superar los problemas que puedan presentarse. Ambas instituciones han elaborado también un curso de 5 días sobre asesoramiento en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño, cuya finalidad es capacitar a los profesionales para que puedan fomentar la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH.

Las aptitudes básicas de apoyo a la lactancia materna también forman parte del curso de capacitación para trabajadores sanitarios del primer nivel en materia de AIEPI, en el que se combinan aspectos preventivos y asistenciales. La evaluación del asesoramiento de los profesionales sanitarios capacitados y los agentes de salud comunitarios en materia de lactancia materna ha demostrado que se trata de una intervención eficaz para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño describe las intervenciones esenciales para fomentar, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva (6)

CAPITULO III

3.- MATERIALES Y METODOS.

3.1.- MATERIALES

3.1.1.- LOCALIZACION

El presente estudio se realizara en el área tocoquirúrgica del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, ubicado en la calle Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo, Pedro Pablo Gómez Teresa, Guayaquil 090315. Teléfono:(04) 241-3300.

3.1.2. CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO.

El servicio del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor consta de una amplia sala de pre-parto con sus respectivas camillas y esferas para la realización de los ejercicios psicoprofilácticos y la sala de parto dotada de cinco cubículos, conformado por el encargado Gineco Obstetra tratante, dos Obstetras, dos internos de Obstetricia, personal de enfermería y de limpieza por turnos.

3.1.3. PERIODO DE INVESTIGACION.

La presente investigación realizada en la institución, comprende el periodo desde el 5 de mayo del 2014 al 30 de abril del 2015.

3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR.

3.1.4.1. RECURSOS HUMANOS

- Autores.
- Tutor de Tesis.

3.1.4.2. RECURSOS FISICOS

- Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.
- Computadora.
- Historias Clínicas.
- Programas Word, Point, Excel.
- Servicio de Impresora.
- Tinta de impresora.
- Dispositivo USB.
- Hojas, bolígrafos.
- Otros.

3.1.4.3. RECURSOS ECONOMICOS.

El presente estudio fue financiado por los autores, se usó la suma de \$300 (ver anexo 4 pág.92).

3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1 Universo.

El universo está constituido por 200 pacientes embarazadas a término que realizaron el curso de psicoprofilaxis obstétrica en el periodo de mayo del 2014 a abril del 2015 en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

3.1.5.2. Muestra.

La muestra se redujo de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión a 80 pacientes con embarazo a término que realizaron encuestas durante el periodo de mayo del 2014 a abril del 2015.

3.2. METODOS

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACION.

Descriptivo, analítico, prospectivo y no experimental.

3.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Este proyecto es un estudio descriptivo, analítico, prospectivo y no experimental, porque describió los beneficios de la psicoprofilaxis obstétricas aplicadas a mujeres con embarazo a término, asistidas por los obstetras y doulas de la institución, desde el 5 de mayo del 2014 al 30 de abril del 2015.

3.2.3. AREA DE ESTUDIO.

Comprende el área tocoquirúrgica de la sala de pre-parto y parto del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

3.2.4. PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACION.

Utilizaremos las encuestas realizadas a las paciente embarazadas a término que asisten a Psicoprofilaxis Obstétricas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor , y en ellas encontraremos los datos de interés para la realización de este estudios de investigación y posteriormente sacar las conclusiones necesarias para una buena elaboración del trabajo de titulación.

3.2.4.1. OPERACIONALIZACION DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS.

Los instrumentos a utilizar son las encuestas realizadas a las pacientes embarazadas a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto y parto atendidas por los obstetras y doulas en la fecha que fueron atendidas.

3.2.5. CRITERIOS DE INCLUSION/EXCLUSION.

3.2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes con embarazos a términos
- Pacientes que estén en trabajo de parto
- Pacientes con Historias Clínicas completas
- Pacientes que realicen el curso de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de Mayo 2014 hasta abril 2015

3.2.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Pacientes con embarazos pre términos o inmaduros
- Pacientes con diagnóstico clínico de distocia
- Pacientes con antecedentes de Cesárea anterior
- Pacientes con Historias clínicas incompletas
- Pacientes que no realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica.

3.2.6. ANALISIS DE LA INFORMACION

Previo a la obtención de datos de las pacientes encuestadas, se procedió a tabular los resultados, los cuales nos sirvieron para elaborar las tablas y los gráficos con su respectivo análisis e interpretación.

3.2.7. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES.

La autonomía ha dado lugar a un nuevo modelo de relación asistencial, de toma de decisiones y de definición de la salud, en el que el respeto de los derechos de las pacientes y usuarias, en particular la facultad de tomar y realizar decisiones en relación con su vida y su salud y sobre la atención que desean recibir, ocupa un lugar preferente.

Este nuevo modelo reemplaza al modelo predominante a lo largo de la historia, el paternalismo, cuya esencia es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía apoyándose en el principio de beneficencia: el médico, la matrona u otros profesionales deciden unilateralmente qué es beneficioso para la paciente de acuerdo con sus propios criterios. Ahora se abandona este modelo vertical y jerárquico por un modelo horizontal, que considera la autonomía de la paciente como un bien o valor básico.

El principio de no maleficencia implica ante todo no dañar (*primum non nocere*): no hacer daño físico, psíquico o moral a los pacientes, y asistir y no abandonar al paciente, así como respetar su dignidad, igualdad y autonomía.

El principio de beneficencia exige hacer y promover el bien de los pacientes desde su autonomía, procurando que realicen su propio proyecto de vida. El principio de justicia requiere tratar del mismo modo lo igual y de modo distinto lo desigual. Gestionar y distribuir equitativamente los recursos socios sanitarios de acuerdo.

La autonomía de la mujer embarazada y la toma de decisiones Un elemento ético nuclear del nuevo modelo de relación clínica es la autonomía, que presenta tres dimensiones estrechamente relacionadas.

- 1) La autonomía decisoria, referida a la libertad de elección, esto es, a la capacidad de la paciente o usuaria para deliberar y decidir (se) por un curso de acción. Es la dimensión ética y jurídicamente más desarrollada, a partir de la teoría del consentimiento informado.
- 2) La autonomía informativa, que se ocupa de la definición, la protección y el control de la información de carácter personal y de la documentación asistencial, bien con mecanismos tradicionales como el secreto profesional, la confidencialidad y el derecho a la intimidad, bien con otros más recientes como el derecho fundamental a la protección de datos personales.
- 3) La autonomía funcional, que alude a la libertad de acción (actuación o abstención) de la paciente o usuaria y la capacidad de realizar por sí misma las decisiones adoptadas.

Conocer, atender y respetar las decisiones personales de las pacientes y usuarias es una obligación básica de los profesionales asistenciales. Como regla general se presume que toda mujer mayor de edad es capaz de actuar y ejercer de forma autónoma sus derechos. Por consiguiente, puede tomar decisiones sobre su embarazo por sí misma, autorizando los cuidados o tratamientos a través del consentimiento informado, que es la manifestación de la conformidad libre, voluntaria, consciente e informada de una persona capaz en relación con una intervención o actuación que afecta a su salud, así como denegar dicha autorización; y puede también negarse o renunciar a un tratamiento propuesto, o revocar la autorización para que deje de aplicarse, si previamente lo ha autorizado con su consentimiento.

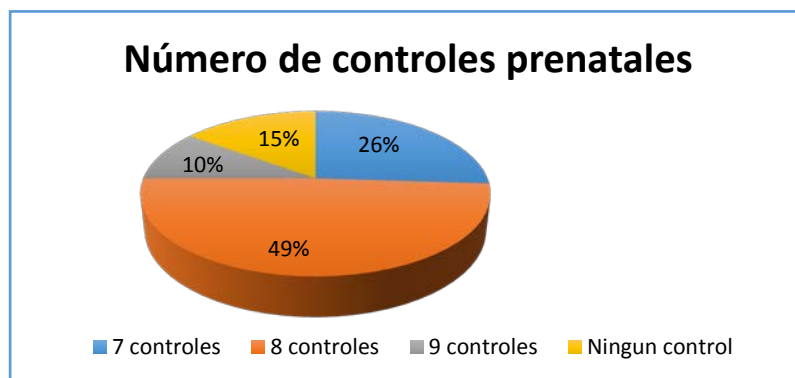
CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSION.

TABLA N° 1.- CONTROL PRENATAL

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
7 CONTROLES	21	26%
8 CONTROLES	39	49%
9 CONTROLES	8	10%
NINGÚN CONTROL	12	15%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



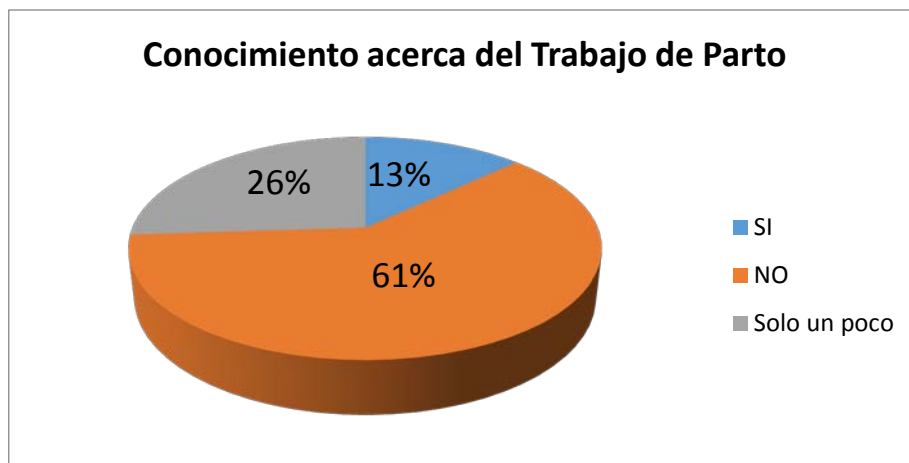
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes con embarazo a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica el 49% realizaron 8 controles durante su embarazo, el 26% se realizó 7 controles, mientras que el 15% dijeron que NO realizaron sus controles prenatales por que viven en zonas rurales.

TABLA N° 2.- CONOCIMIENTO ACERCA DEL TRABAJO DE PARTO

CONOCIMIENTO ACERCA DEL TRABAJO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	10	13%
NO	49	61%
Solo un poco	21	26%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



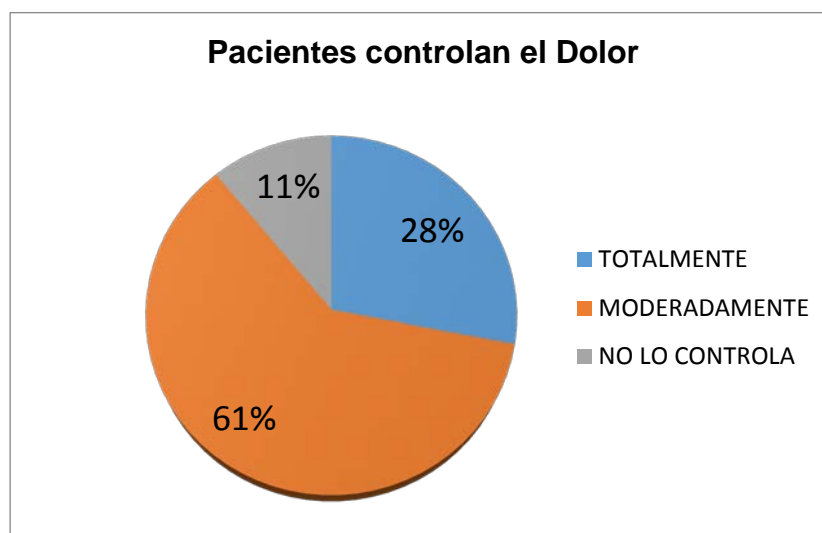
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes que realizaron psicoprofilaxis Obstétrica vemos que el 61% de las pacientes NO tenían conocimiento acerca del trabajo de parto reflejando la falta de información que tienen las pacientes sobre el trabajo de parto; mientras el 13% si tenía conocimiento debido a que eran multíparas.

TABLA N° 3.- CONTROL DEL DOLOR DE TRABAJO DE PARTO

PACIENTES CONTROLAN EL DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJES
TOTALMENTE	22	28%
MODERADAMENTE	49	61%
NO LO CONTROLA	9	11%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



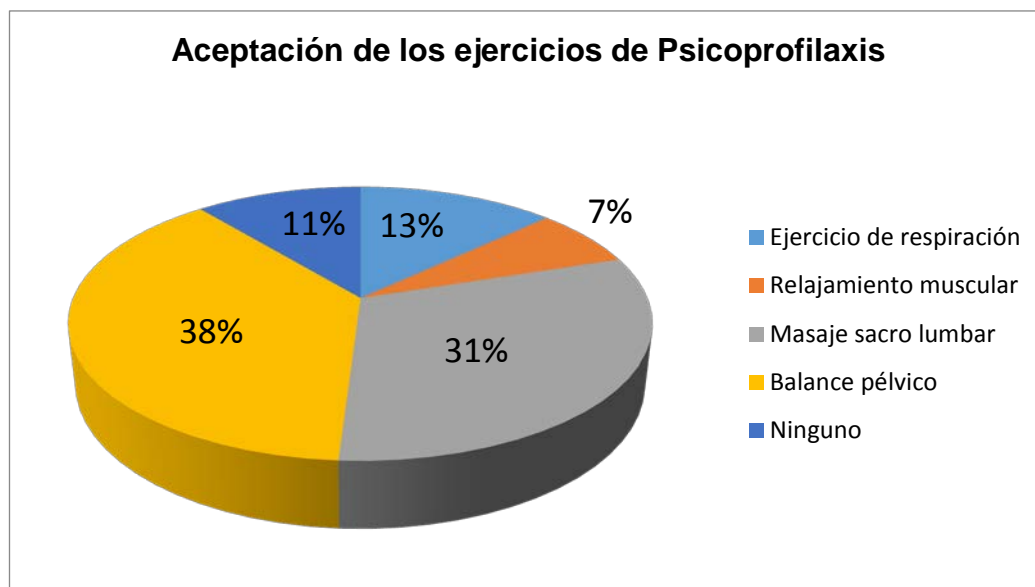
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes con embarazo a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica el 61% de las pacientes aseguraron controlar el dolor de trabajo de parto en forma moderada el 28% lo controló totalmente y solo el 11% no lo pudo controlar. Lo que refleja que los ejercicios de psicoprofilaxis si contribuyen a que la paciente controle sus dolores durante su trabajo de parto.

TABLA N° 4.- EJERCICIOS DE PSICOPROFILAXIS CON MÁS ACEPTACIÓN

EJERCICIOS DE PSICOPROFILAXIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EJERCICIO DE RESPIRACIÓN	10	13%
RELAJAMIENTO MUSCULAR	6	7%
MASAJE SACROLUMBAR	25	31%
BALANCE PÉLVICO	30	38%
NINGUNO	9	11%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término.



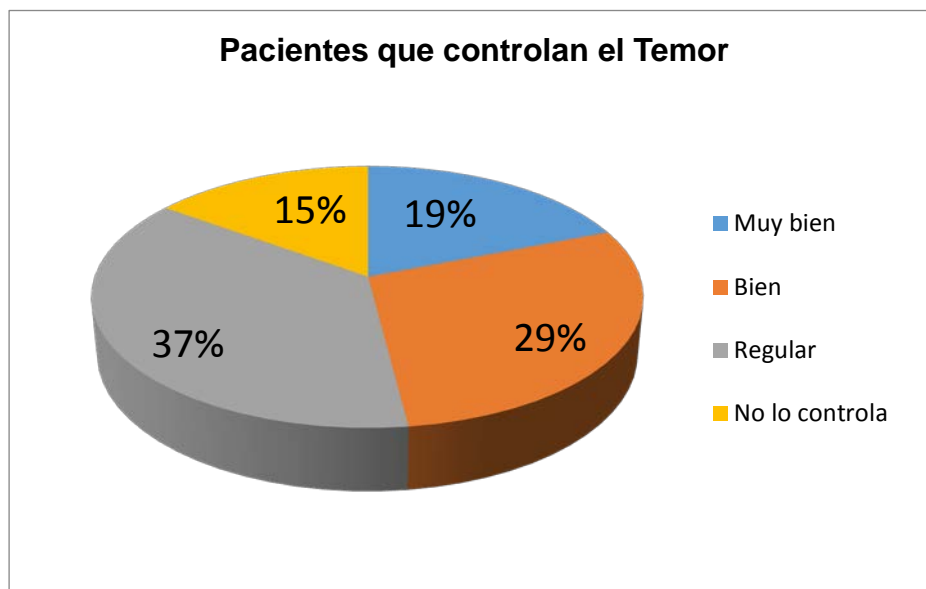
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica vemos que el 38 % de ellas aseguraron haber sentido más alivio del dolor al realizar el ejercicio de balanceamiento pélvico con balón ya que este ayuda a relajar los músculos del suelo perineal, obteniendo mayor flexibilidad al momento de su parto.

TABLA N° 5.- CONTROL DE TEMOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

PACIENTES QUE CONTROLARON EL TEMOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BIEN	15	19%
BIEN	23	29%
REGULAR	30	37%
NO LO CONTROLA	12	15%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



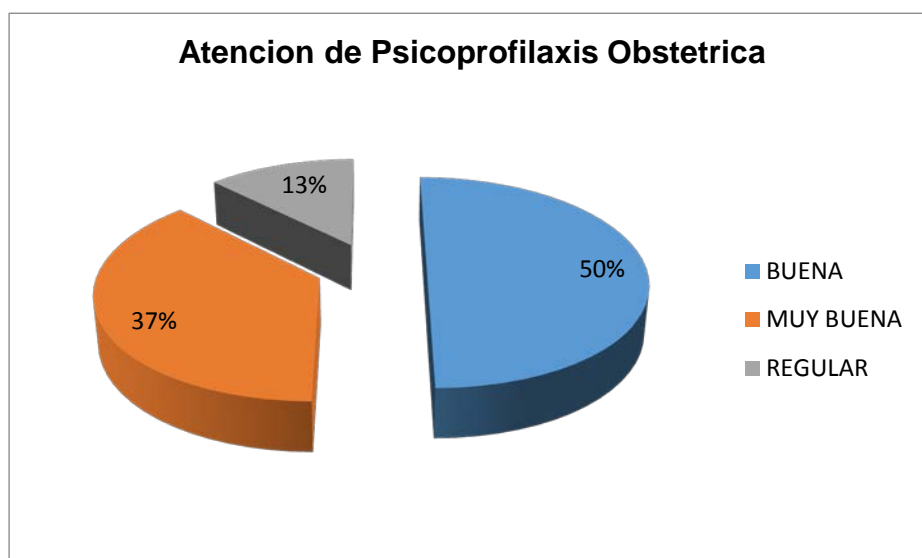
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica vemos que el 37 % de ellas aseguraron poder controlar el dolor de forma regular, el 19% muy bien mientras que solo el 15% no lo pudo controlar, lo que demuestra que con la psicoprofilaxis obstétrica podemos mejorar la confianza de la paciente.

TABLA N° 6.- CALIFICACIÓN DE PRÁCTICA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.

PRÁCTICA DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	40	50 %
MUY BUENA	30	37 %
REGULAR	10	13 %
TOTAL	80	100 %

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



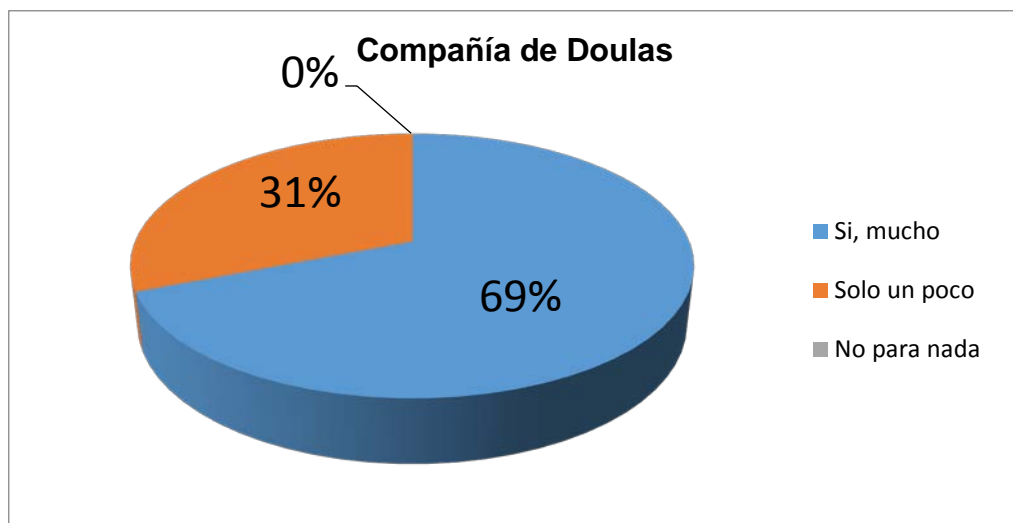
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétricas obtuvieron un porcentaje de 50 % calificaron la práctica como Buena y un 37% la calificaron como muy buena mientras que el 10% calificó la atención como regular. Este cuadro refleja la satisfacción que tuvieron las pacientes como resultado de los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica.

TABLA N° 7.- APOYO EMOCIONAL DE LAS DOULAS

COMPañÍA DE DOULAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI, MUCHO	55	69%
SOLO UN POCO	25	31%
NO PARA NADA	0	0%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



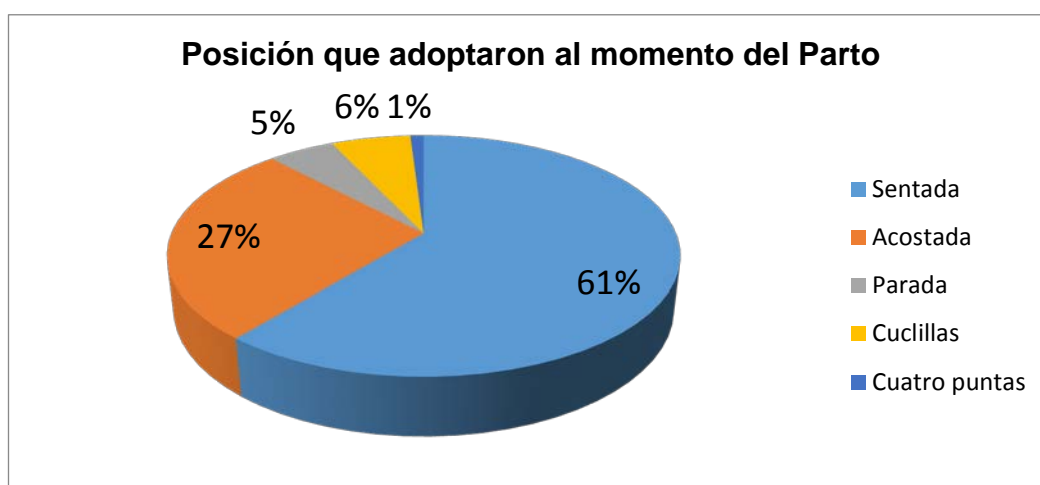
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétricas el 69% aseguraron que la compañía permanente de las Doulas les sirvió de apoyo emocional mientras que el 31% dijeron que solo un poco encontrando que ninguna de las pacientes rechazó la presencia de las Doulas, este cuadro evidencia la necesidad que existe de que una persona acompañe a las pacientes durante su trabajo de parto y parto.

TABLA N° 8.- POSICIÓN DE PARTO

POSICIÓN DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SENTADA	49	61%
ACOSTADA	21	27%
PARADA	4	5%
CUCLILLAS	5	6%
CUATRO PUNTAS	1	1%
TOTAL	80	100 %

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



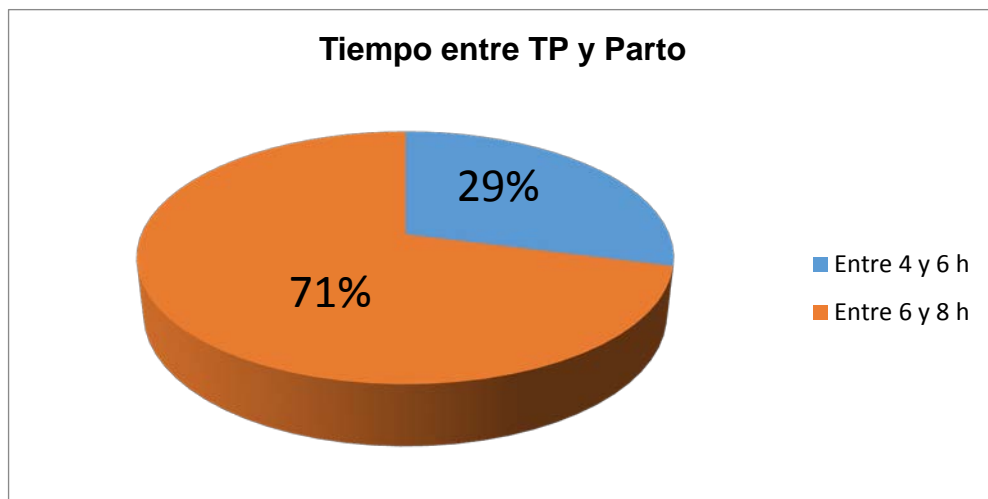
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes en trabajo de parto vemos que el 61% parió en posición sentada mientras que la posición habitual solo tuvo un 27%. Quedando claro que la paciente puede cambiar de posición cuantas veces quiera siempre y cuando, esta refleje comodidad y bienestar para la paciente.

TABLA N° 9.- TIEMPO ENTRE EL TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA Y PARTO

TIEMPO ENTRE TRABAJO DE PARTO Y PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENTRE 4 Y 6 HORAS	23	29 %
ENTRE 6 Y 8 HORAS	57	71%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



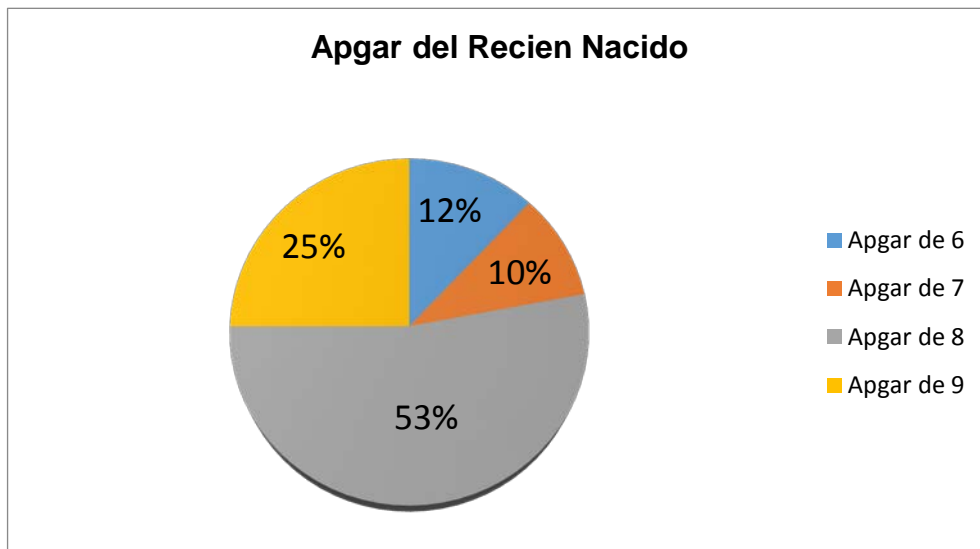
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica el 71% tardó entre 6 y 8 horas desde el trabajo de parto en fase activa y el parto y el 29 % entre 4 y 6 horas, esto demuestra que la psicoprofilaxis obstétrica no contribuye de manera significativa a reducir el tiempo entre el Trabajo de parto y Parto.

TABLA N° 10.- APGAR DE RECIEN NACIDOS

APGAR DEL RECIÉN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
APGAR DE 6	10	12%
APGAR DE 7	8	10%
APGAR DE 8	42	53%
APGAR DE 9	20	25%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De un muestra de 80 pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica obtuvimos los resultados del apgar de los recién nacidos vivos el 53% tuvieron un Apgar de 8 al minuto mientras que el 25% tuvieron un apgar de 9, lo cual refleja que la práctica de psicoprofilaxis obstétrica contribuye con el bienestar del recién nacido, mientras el 12% tuvieron un apgar de 6 y por ultimo obtuvimos los apgar de 7 con un 10%.

TABLA N° 11.- OBSERVACIONES DURANTE EL PARTO

OBSERVACIONES EN EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LACERACIONES	35	44 %
DESGARROS	11	14 %
HIPOTONÍA UTERINA TRANSITORIA	15	19 %
NINGUNA	19	23 %
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica.



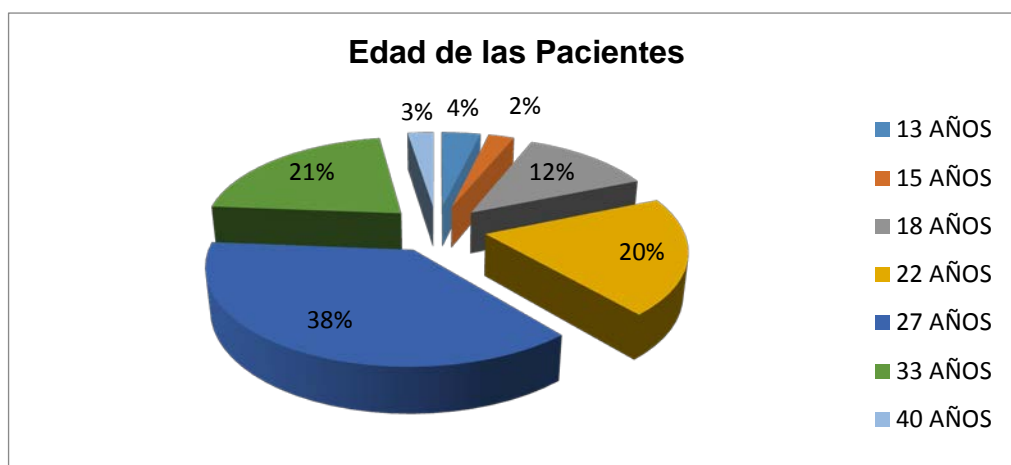
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica el 44% solo presentó laceraciones y un 14% desgarros de primer grado, evidenciando que no se requirió episiotomía para estas pacientes, debido a que los ejercicios psicoprofilácticos contribuyen a relajar los músculos del suelo perineal brindando flexibilidad al momento del parto.

TABLA N° 12.- EDAD DE LAS GESTANTES A TÉRMINO QUE REALIZARON PSICOPROFILAXIS

EDAD DE LAS PACIENTES	FRECUENCIA	TOTAL
13 años	3	4%
15 años	2	2%
18 años	10	12%
22 años	16	20%
27 años	30	38%
33 años	17	21%
40 años	2	3%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



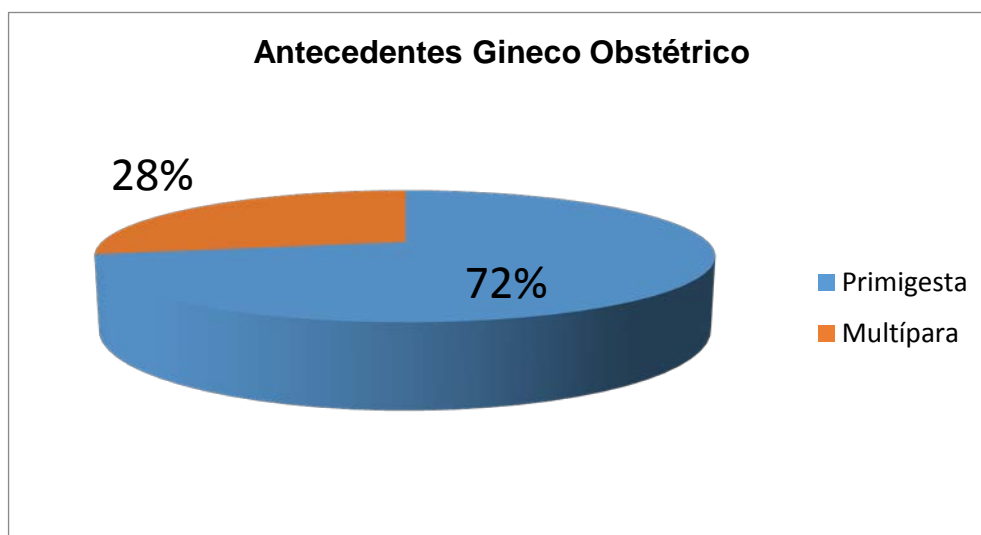
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes con embarazo a término que realizaron psicoprofilaxis Obstétricas según sus edades la mayoría fueron de 21 a 28 años de edad con un 39%, mientras las edades de 13 a 20 años obtuvieron un 31%, las edades de 29 a 36 años obtuvieron un 22% y las de mayor de 37 años obtuvieron un 8%.

TABLA N° 13.- ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

ANT. GINECO OBSTETRICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	58	72%
MULTIPARA	22	28%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



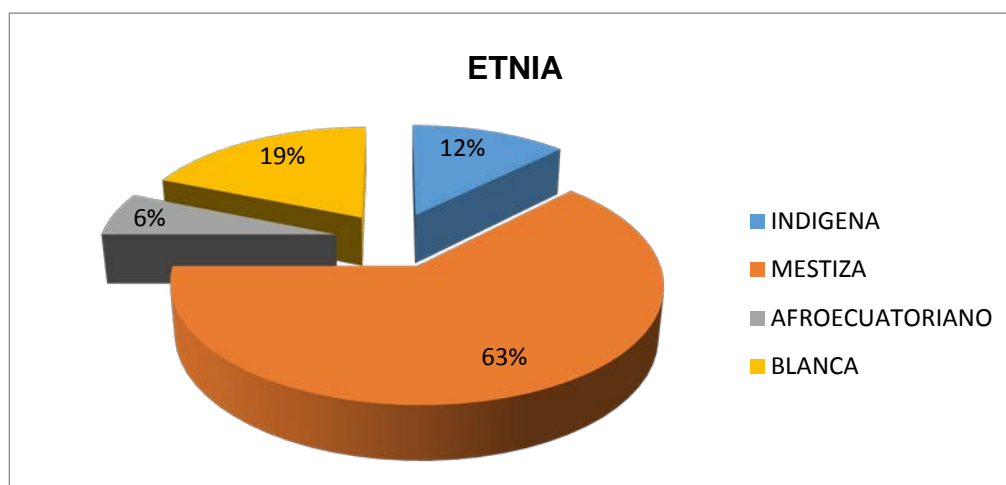
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes embarazadas que realizaron psicoprofilaxis Obstétrica obtuvimos según los antecedentes Gineco Obstétricos que un 72% fueron primigestas, mientras que un 28% fueron multíparas. Lo que es beneficioso para gestantes primigestas, ya que son estas las que necesitan mejor asesoramiento.

TABLA N° 14.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ÉTNICO

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Indígena	10	12 %
Mestiza	50	63 %
Afro ecuatoriano	5	6 %
Blanca	15	19 %
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



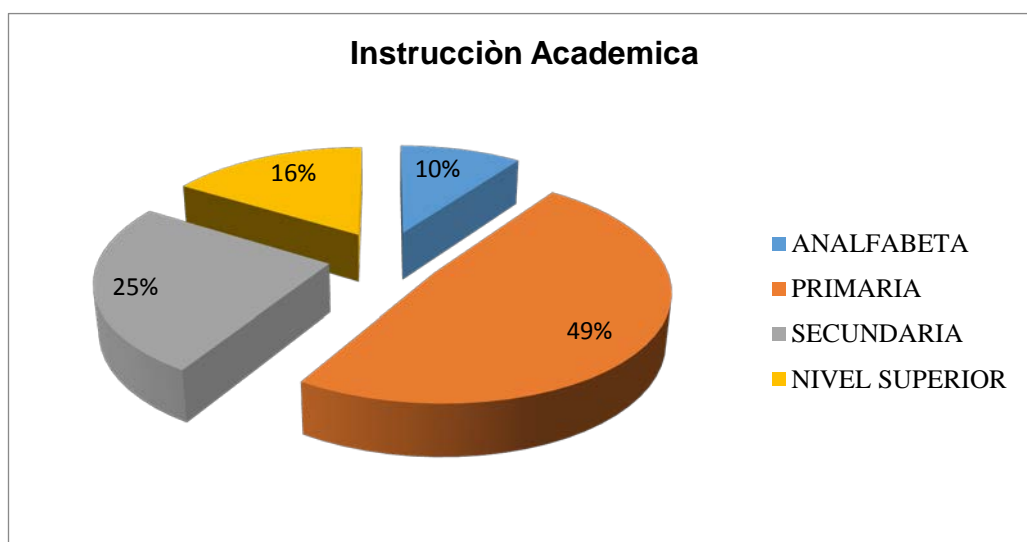
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes con embarazos a término que realizaron psicoprofilaxis Obstétrica vemos que según su etnia el 63% era de raza mestiza y en un porcentaje más bajo la raza negra con un 6%. La etnia de las pacientes es de mucha importancia al momento del trabajo de parto y parto, debido a las costumbres que estas pueden tener.

TABLA N° 15.- INSTRUCCIÓN ACADÉMICA

INSTRUCCIÓN ACADÉMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	8	10 %
Primaria	39	49 %
Secundaria	20	25 %
Nivel superior	13	16%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



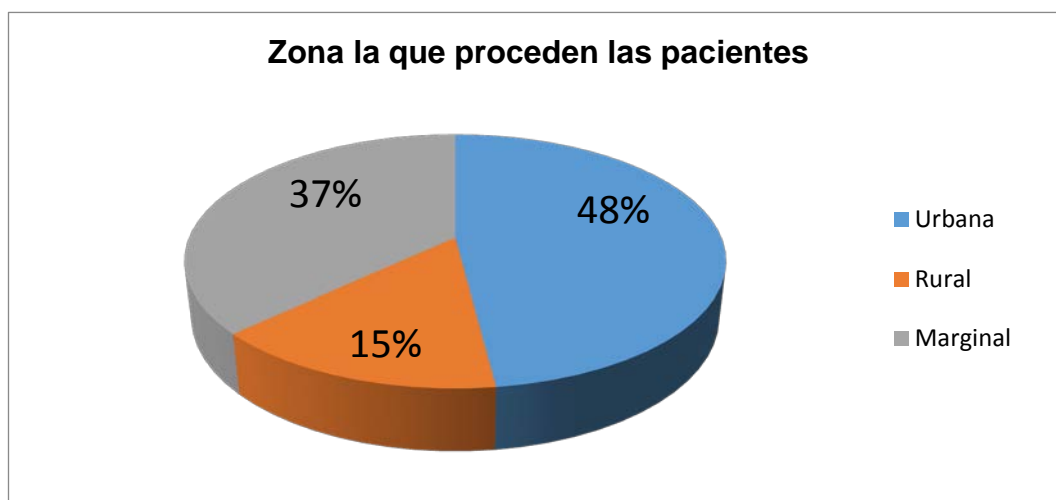
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica vemos que la mayor parte de ellas tenían estudios de primaria con un 49%, mientras que con un 25% tenían estudios secundarios y en menor porcentaje pero no menos importante el 10% eran analfabetas. La instrucción académica nos permite conocer el nivel de entendimiento que posee la paciente, la cual es importante al momento de tomar decisiones.

TABLA N° 16.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ZONA HABITACIONAL

ZONA HABITACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	38	48%
RURAL	12	15%
MARGINAL	30	37%
TOTAL	80	100 %

Fuente: Encuestas realizadas a las gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De una muestra de 80 pacientes con embarazo a término que realizaron psicoprofilaxis obstétricas según su zona habitacional de la que proceden la mayoría de embarazadas viven en lugares urbanos con un 48%. En la zona marginal el 37% mientras que en la zona rural el 15%. Con esto conocemos el acceso que tenían estas pacientes al centro hospitalario.

CAPÍTULO V

5.- CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES .

5.1. CONCLUSIONES

El presente estudio investigativo abarco la revisión de 80 historias clínicas.

Estudios anteriores han demostrado de manera descriptiva los beneficios tanto maternos como perinatales. En el presente estudio se demostró la significativa asociación de dichos beneficios.

Se observó que de las 80 pacientes encuestadas el **49%** realizó 8 controles prenatales el **26%** 7 controles, el **10%** 9 controles y el **15%** no se realizó ningún control prenatal debido a que estas pertenecían a zonas rurales. En la actualidad nuestro país cuenta con centros de salud en las zonas rurales los cuales se encuentran en puntos estratégicos, sin embargo existe un pequeño porcentaje de la población que no acude a estos centros de salud, por lo cual deberían intensificarse las visitas médicas a domicilio con el fin de promover salud prenatal a las pacientes que no tienen acceso fácil a los centros de salud.

De todas las pacientes el **61%** aseguró **no conocer acerca del trabajo de parto**, lo que refleja la falta de información que existe por parte de los profesionales hacia las pacientes, no obstante el **13%** dijo **si** conocer sobre el trabajo de parto, lo cual lo relacionamos con las pacientes multíparas, las cuales obtuvieron su conocimiento con sus experiencias anteriores.

La educación maternal tal y como se desprende de nuestro resultados no es una realidad ya que son muchas las paciente que aseguran desconocer acerca del trabajo de parto, lo que implica confundirlos con un

falso trabajo de parto o con los signos de alarma, contribuyendo a la utilidad innecesaria de las urgencias obstétricas.

Los ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica en estudios anteriores han demostrado su beneficio disminuyendo los dolores, contribuyendo a no emplear analgesia.

En nuestras pacientes se pudo observar que estas tomaban control sobre el dolor más no su disminución, el **61%** aseguró **controlar el dolor moderadamente**, mientras que en un porcentaje de **28%** **logro controlarlo totalmente**, contribuyendo a disminuir también la ansiedad.

Al realizar los ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica, las pacientes desarrollaron cierta preferencia sobre alguno de los ejercicios realizados, el **38%** de las pacientes prefirieron realizar **balance pélvico con balón** asegurando sentirse más relajadas y con más capacidad para controlar el dolor, otro ejercicio que tuvo más aceptación de las pacientes fue el **masaje sacro lumbar** con un **31%**de aceptación.

Así mismo los ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica, ayudo a las pacientes de una manera significativa a controlar su temor ante el trabajo de parto, en un **37%** lo controlaron de forma **regular**, mientras que el **29%** pudo **controlarlo bien**, lo cual nos demuestra que **sí es posible mejorar la confianza** de la paciente durante su trabajo de parto ayudando a que controle los dolores reduciendo el temor durante el trabajo de parto y parto.

Gracias a los ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica que tuvieron las pacientes, estas calificaron a estos procedimientos como **muy buenos resultados en un 37% bueno en un 50% y regular en un 13%** lo que nos permite conocer el grado de satisfacción de las pacientes al haber realizado los ejercicios de psicoprofilaxis resaltando de esta manera sus beneficios para un resultado satisfactorio.

Las Doulas son un personal de enfermería del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, que están calificadas con conocimientos acerca de los beneficios de la psicoprofilaxis para ayudar a las pacientes a realizar los ejercicios psicoprofilácticos, además de brindarles compañía y apoyo emocional ante la ausencia de un familiar , esto contribuye a que las pacientes sientan tranquilidad y confianza hacia ellas y así obtienen un parto tranquilo y satisfactorio, un **69%** de las pacientes aseguró que la **compañía de las Doulas les sirvió de apoyo emocional**, mientras que el **31%** dijo sentir **solo un poco** de apoyo emocional, por parte de ellas, lo relevante es que ninguna paciente rechazó su compañía.

Nuestro estudio reflejo que el **Apgar del Recién Nacido** en el grupo de gestantes a término que realizaron psicoprofilaxis obstétrica fue de **8 al minuto con un porcentaje de 53%** y de 9 al minuto en un 25% lo cual refleja un buen resultado neonatal. Podríamos decir que la tranquilidad y la confianza que obtienen las pacientes durante su trabajo de parto contribuyen a disminuir su ansiedad por ende aumentan el bienestar del recién nacido.

Al haber analizado todos estos parámetros antes mencionados, podremos observar que los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica permiten que las pacientes mejoren sus condiciones tanto físicas como mentales para una mejor experiencia de su parto

En general la mujer valoró positivamente la psicoprofilaxis obstétrica considerándola útil y beneficiosa también se detectó que la psicoprofilaxis obstétrica fue considerada más sutil y beneficiosa cuando fue impartida por los profesionales de la salud (OBSTETRAS).

Las pacientes que participaron estaban satisfechas con esa actividad coincidiendo con otros estudios.

En conclusión los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes que se pudieron observar son: capacidad para controlar el dolor de trabajo de parto, aumento de la confianza, mayor colaboración, menor grado de ansiedad, mayor aceptación del parto, mejor resultante neonatal, menor utilización de episiotomía y bienestar materno

5.2. RECOMENDACIONES.

1.- Es necesario la sensibilidad del profesional de salud que realiza atención integral, de las gestantes a término. Al fin de que se le brinde información a la paciente acerca de estos beneficios promoviendo más aceptación del parto natural identificando su valor e importancia así como su naturaleza, dado que esto puede contribuir a disminuir las tasas de cesárea electiva mejorando el bienestar de la madre y el recién nacido.

2.- Se recomienda al profesional de obstetricia que realice y promueva, investigaciones que impulsen programas preventivos promocionales como el caso de psicoprofilaxis obstétricas, para así poder mejorar la atención de las gestantes.

3.- Dado que la psicoprofilaxis obstétrica contribuye en la reducción de la tasa de morbi mortalidad materna y perinatal, entonces debería tener mayor difusión en hospitales y centros de salud, cuyos usuarios en su mayoría tienen un bajo nivel educativo y cuentan con poco recursos económicos.

4.- Se recomienda satisfacer en la medida de la posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

5.- Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto de ser posible por la persona de su elección.

6. BIBLIOGRAFIA (Norma APA)

1. (s.f.). ¿por qué es mejor estar acompañada durante el parto? (1 de febrero de 2011). Obtenido de Por qué es mejor estar acompañada durante el parto?(25 mayo 2015)
2. Ambulodegui, E. S. (8 de septiembre de 2013). manual de psicoprofilaxis. Obtenido de <http://es.slideshare.net/edisambul/manual-de-psicoprofilaxis-obstetrica>(19 junio 2015)
3. aparicion de la escuela de psicoprofilaxis. (10 de noviembre de 2011). Obtenido de <http://www.cepar.org.mx/aparicion-de-la-escuela-de-psicoprofilaxis/>(19 junio 2015)
4. Argentina, M. (s.f.). parto respetado. Obtenido de <http://www.msal.gov.ar/index.php/0-800-salud-responde/354-parto-respetado>(25 mayo 2015)
5. Babycenter. (marzo de 2015). posiciones que puedes usar durante el parto. Obtenido de <http://espanol.babycenter.com/a700436/posiciones-que-puedes-usar-durante-el-parto>(31 mayo 2015)
6. embarazarte.com. (s.f.). apego precoz como extension del vientre materno. Obtenido de <http://www.embarazarte.com/articulos/EL-APEGO-PRECOZ-COMO-EXTENSION-DEL-VIENTRE-MATERNO.asp>(19 junio 2015)
7. gaceta, L. (25 de junio de 2015). la mujer tiene derecho a parir en la posicion que elija. Obtenido de <http://www.lagaceta.com.ar/nota/591314/sociedad/mujer-tiene-derecho-parir-posicion-elija-sin-ayuda-nadie.html>(28 junio 2015)
8. Giberti, L. E. (2006). Camino hacia una maternidad diferente. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000267.pdf>(28 junio 2015)
9. heras, D. I. (1 de junio de 2013). el parto respetado. Obtenido de <http://www.drlopezheras.com/2014/05/nosotras-parimos-nosotras-decidimoscomo.html>(25 mayo 2015)
10. MSP. (diciembre de 2011). sistematización de parto culturalmente adecuado. Obtenido de <http://www.care.org.ec/wp>

content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.(19 junio 2015)

11. Odent. (2003). parto humanizado. Obtenido de file:///D:/Documents/Downloads/1267200481PartoHumanizado.pdf2 (5 mayo 2015)
12. OMS. (13 de julio de 2013). ventajas dela psicoprofilaxis. Obtenido de <http://www.wawakumara.com.pe/ventajas-de-la-psicoprofilaxis-obstetrica-oms/>(25 mayo 2015)
13. scielo. (s.f.). psicoprofilaxis obstétrica como herramienta. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf>(19junio 2015)
14. Segura, R. G. (2013). Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas. Obtenido de <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2363/1/Trabajo.pdf>(19 junio 2015)
15. wakumara. (s.f.). psicoprofilaxis obstétrica. Obtenido de <http://www.wawakumara.com.pe/psicoprofilaxis-obstetrica/>(19 junio 2015)

7. ANEXOS.

ANEXO 1. HISTORIA CLINICAS DE LAS GESTANTES.

20757734	20776616
20774181	20767584
20469175	20792528
20756323	20792519
20760856	20774190
20761229	20769020
20298527	20699805
20574348	20775114
20757559	20757453
20777388	20776270
11149142	20777412
20689509	20776163
20778283	20779879
20788956	20785741
20742417	20555755
20722431	30393537
20636944	20569232
20776010	2077874
11469687	20781643
20788980	20788956
20792530	20754893
20737431	20779690
20777199	20793521
20751328	20417890
20308925	20798142
20555755	30393537
20795446	10887914

20776616	20776616
20767584	20792194
10978761	20319991
20798096	20593664
29792528	20792519
20796903	20395585
20685764	20775728
20777576	20438646
20732710	20687463
20776983	20782532
20583843	11268450
20473932	20625622
20362771	20777374

6.- ¿Cuántos controles prenatales se realizó usted durante su embarazo actual?

- a) 7 controles b) 8 controles c) 9 controles d) ningún control

7.- ¿Conoce usted lo que es el trabajo de parto?

- a) Si b) No c) solo un poco

8.- ¿Con qué ejercicios psicoprofilácticos que realizó, sintió más alivio del dolor durante su trabajo de parto?

- a) Ejercicios respiratorios
b) Relajamiento muscular
c) Masaje sacro lumbar
d) balance pélvico

9.- ¿Con la ayuda de los ejercicios psicoprofilácticos cree poder controlar el dolor de trabajo de parto?

- a) Totalmente b) Moderadamente c) No lo controla

10.- ¿Al momento como controla el temor durante su trabajo de parto?

- a) Muy bien b) Bien c) Regular d) No lo controla

11.- ¿Cree usted que la compañía permanente de la Doula durante su trabajo de parto le sirvió de apoyo emocional?

- a) si, mucho b) no, para nada c) solo un poco

12.- Posición que adoptó la paciente al momento del parto

- a) Sentada b) Acostada c) Cuclillas d) Cuatro puntas e) parada

13.- Tiempo que se llevó la paciente entre el trabajo de parto y parto

14.- Resultante neonatal

Apgar _____

15.- Observaciones durante el parto.

16.- Después de su parto ¿Cómo calificaría su experiencia con la psicoprofilaxis obstétrica?

a) Muy buena

b) Buena

c) Regular

ANEXO 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION.

	ACTIVIDADES	MAY	JUN	JUL	AGOST	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENER	FEB	MARZ	ABR	JUN
1	Elaboración y presentación del protocolo para aprobación asignación de tutor													
2	Revisión bibliográficas													
3	Presentación del anteproyecto al tutor.													
4	Desarrollo del proyecto													
5	Recolección de datos													
6	Procesamiento y análisis de datos.													
7	Elaboración de informe final.													
8	Entrega del informe final													
9	Sustentación													

ANEXO 4. TABLA DE RECURSOS ECONOMICOS UTILIZADOS.

ACTIVIDADES	TIEMPO	RECUERSOS		COSTOS
		Humano	Económico	Costos
Entrega de oficio a la escuela de obstetricia.	3 meses	Autoras	1. Cyber 2. Impresión 3. Pasaje	\$20,00
Impresión de anteproyecto	1 mes	Autoras	1. Cyber 2. Impresión 3. Encuadernado 4. Pasaje	\$30,00
Recolección de datos	4 meses	Autoras	1. Pasaje 2. Lunch 3. Impresiones 4. Computadora	\$50, 00
Arreglos de la información recolectada	2 meses	1. Autoras 2. Tutora	1. Computadora 2. Cyber 3. Impresiones 4. Pasaje	\$40,00
Entrega del proyecto final (tesis)	1 mes	1. Autoras 2. Tutora 3. Directora 4. Miembros del jurado	1. Computadora 2. Cyber 3. Impresiones 4. Empastados 5. Pasajes	\$160,00
				TOTAL \$ 300

ANEXO 5. PROPUESTA



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**PROPUESTA
PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS
OBSTETRICA DIRIGIDO A LAS GESTANTES A
PARTIR DEL 2do TRIMESTRE DE EMBARAZO
DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR.**

**TUTORA
OBSTA. YAZMIN GRANDA BARBA MSC.**

**AUTORES
NINFA YANETH INDACOCHEA HOLGUIN
ANGGI NATHALY LAMILLA ARELLANO**

**2015
ECUADOR – GUAYAQUIL**

PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA DIRIGIDO A LAS GESTANTES A PARTIR DEL 2do TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR.

INTRODUCCIÓN

El presente grupo de trabajo pretende beneficiar a las pacientes con embarazos a término que asistan a los diferentes centros de salud. Con la ejecución de esta propuesta se estima preparar a las pacientes física y mentalmente para un parto natural

OBJETIVO GENERAL

Capacitar a las pacientes a partir de la segunda etapa de embarazo sobre los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica mediante charlas educativas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover la psicoprofilaxis obstétrica.
- Brindar información a la paciente mediante charlas educativas acerca del trabajo de parto y parto.
- Reducir los índices de cesárea electiva.

TEMAS A TRATAR EN EL PROGRAMA.

- Importancia de los controles prenatales
- Conocimiento de la fecha probable de parto
- Nutrición e higiene durante el embarazo
- Que es el trabajo de parto
- Que es la psicoprofilaxis obstétrica.
- Apego precoz
- Importancia de la lactancia materna.

EJECUCIÓN DE EJERCICIOS PSICOPROFILÁCTICOS

- Estiramiento
- Balanceamiento pélvico (esferodinamia)
- Masaje sacrolumbar
- Ejercicios de respiración

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

Tres veces a la semana distribuidos en 2 horas

- 1 hora de ejercicios psicoprofilácticos
- 1 hora de charlas educativas

MATERIALES A UTILIZAR EN EL PROGRAMA.

- Papelógrafos
- Gigantografías
- Marcadores
- Papeles

MATERIALES A UTILIZAR EN LOS EJERCICIOS DE PSICOPROFILAXIS.

- Colchonetas
- Esferas
- Masajeadores