

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"PSICOPROFILAXIS Y COMPLICACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO

(Estudio realizado con mujeres que asistieron al Centro de Preparación Psicoprofiláctica de Aída Castillo de Mazariegos de la Cabecera de Quetzaltenango)".

TESIS DE GRADO

MARÍA DEL ROSARIO MÉNDEZ GARCÍA SALAS
CARNET 15403-10

QUETZALTENANGO, AGOSTO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"PSICOPROFILAXIS Y COMPLICACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO

(Estudio realizado con mujeres que asistieron al Centro de Preparación Psicoprofiláctica de Aída Castillo de Mazariegos de la Cabecera de Quetzaltenango)".

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

MARÍA DEL ROSARIO MÉNDEZ GARCÍA SALAS

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, AGOSTO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR:	P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA:	DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN:	ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:	LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL:	LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA:	MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO:	MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA:	MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA:	MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
MGTR. GERALDINE GABRIELA QUIÑONEZ JUÁREZ DE LÓPEZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
LIC. JORGE ARMANDO PÉREZ ORELLANA

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

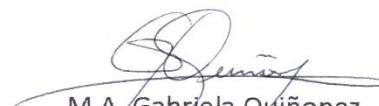
Quetzaltenango, 18 de mayo de 2015.

Ingeniero
Jorge Derik Lima Par
Subdirector Académico
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango
Ciudad

Estimado Ingeniero:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que he seguido el desarrollo de la tesis titulada: **“Psicoprofilaxis y complicaciones durante el trabajo de parto”**, realizada por la estudiante María del Rosario Méndez García Salas, quien se identifica con el carné número 15403-10, alumna de la carrera de Psicología Clínica, Facultad de Humanidades, trabajo que a mi criterio llena todos los requisitos de una investigación científica-académica. Razón por la cual solicito, respetuosamente, sea nombrado el revisor de fondo correspondiente.

Atentamente,



M.A. Gabriela Quiñonez
Asesora de Tesis
Código docente 18373



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 05955-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARÍA DEL ROSARIO MÉNDEZ GARCÍA SALAS, Carnet 15403-10 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 05334-2015 de fecha 30 de julio de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"PSICOPROFILAXIS Y COMPLICACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO
(Estudio realizado con mujeres que asistieron al Centro de Preparación Psicoprofiláctica de Aída Castillo de Mazariegos de la Cabecera de Quetzaltenango)"**.

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 19 días del mes de agosto del año 2015.



Irene Ruiz Godoy

**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**

Agradecimiento

A Dios: Por permitirme tener vida, llenarla de tanta bendición y guiarme a lo largo de este camino que hoy culmina con éxito.

Al Centro de Preparación

Psicoprofiláctica de

Aída de Mazariegos:

Por facilitarme la realización del trabajo de investigación con las mujeres que asistieron a dicho Centro.

A mis Padres:

Por apoyarme hasta el último momento de mi carrera universitaria, alentarme a seguir adelante a pesar de los obstáculos y sobre todo por ser mi ejemplo a seguir.

A Licda. Joy Gómez:

Por compartir sus conocimientos con mi persona y su disponibilidad en todo momento.

A Licda. Gabriela Quiñonez:

Por su apoyo, asesoramiento y compartir sus conocimientos con mi persona.

A Lic. Jorge Pérez Orellana:

Por compartir sus conocimientos y sobre todo ser un ejemplo de excelencia como profesional.

Al Dr. Francisco Alvarado

y Esposa la Licda. Rosario

Aparicio:

Por su tiempo y por compartir su gran conocimiento en el ámbito médico y psicológico.

A Docentes:

Por sus enseñanzas no solo en el ámbito académico sino también para la vida personal de cada estudiante.

Dedicatoria

- A Dios:** Por ser un eje primordial en mi vida y llenarme de fortaleza y perseverancia en todo momento.
- A mi Hijo:** Diego Andrés por ser una bendición en mi vida y el principal motivo para quererme superar y ser cada día una mejor persona.
- A mi Mamá:** Por ser esa mujer especial que me trajo al mundo, por apoyarme, por darme consejos y en ocasiones reprimendas para seguir adelante, por siempre tener fe en mí y en mi capacidad, por nunca abandonarme y estar cuando lo necesite, y sobre todo por ser un ejemplo de lo que es ser una mamá. “Mi Todo”.
- A mi Papá:** Por ser un profesional exitoso, motivarme a ser mejor persona y recordarme que los límites se encuentran solo en la mente y que puedo lograr todo lo que me proponga.
- A mis Hermanos:** Gustavo y Marco por compartir momentos importantes, por protegerme y darme cariño.
- A mis Abuelitas:** Zoila y Hortencia Maldonado gracias por darme consejos, cuidarme y protegerme como lo haría una mamá, y hacerme ver la vida de una manera distinta, así como por acompañarme en todo momento. Tía Zoila gracias por darme su cariño y comprensión.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Psicoprofilaxis	9
1.1.1 Definición.....	9
1.1.2 Historia.....	10
1.1.3 Ventajas de la Psicoprofilaxis	11
1.1.4 Preparación de los Padres para el Parto.....	12
1.1.5 Inteligencia Emocional para los Padres Durante la Gestación.....	13
1.1.6 Cambios Físicos en la Madre	13
1.1.7 Cambios Psicológicos en la Madre	14
1.1.8 Relajación y Respiración como Parte de la Psicoprofilaxis.....	15
1.1.9 Psicología del Embarazo	16
1.1.10 Los Reflejos Condicionados de Pavlov Adaptados a la Psicoprofilaxis.....	18
1.1.11 Factores Socioculturales y Dolor	19
1.1.12 Cambios Físicos y Emocionales Posparto.....	19
1.1.13 Estimulación Prenatal.....	20
1.2 Trabajo de Parto	22
1.2.1 Definición.....	22
1.2.2 Parto Normal	23
1.2.3 Período del Trabajo de Parto.....	26
1.2.4 Involución del Útero Tras el Parto	28
1.2.5 Alumbramiento.....	29
1.2.6 Factores Psicosociales del Puerperio.....	29
1.2.7 Creencias Erróneas Acerca del Parto	30
1.2.8 Complicaciones	31
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	36
2.1 Objetivos	37
2.1.1 Objetivo General	37

2.1.2	Objetivos Específicos	37
2.2	Hipótesis	38
2.3	Variables	38
2.4	Definición de Variables	38
2.4.1	Definición Conceptual	38
2.4.2	Definición Operacional	39
2.5	Alcances y Límites	39
2.6	Aporte	40
III.	MÉTODO	41
3.1	Sujetos	41
3.2	Instrumento	41
3.3	Procedimiento	41
3.5	Tipos de Investigación, Diseño y Metodología	43
IV.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	44
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
VI.	CONCLUSIONES	59
VII.	RECOMENDACIONES	60
VIII.	REFERENCIAS	61
IX.	ANEXOS	66

Resumen

La psicoprofilaxis actualmente engloba lo que es la prevención de factores de riesgo durante el estado gestacional, al momento del parto y el período posparto, también llamado puerperio. Es un método que prepara a la gestante de forma integral. Sus conocimientos se manejan desde el campo obstétrico, fisiológico y psicológico, basados en la información y educación, se acompaña de una serie de ejercicios de relajación y respiraciones, encaminados a mejorar el estado físico y mental de la mujer y la calidad de vida del feto, y posteriormente los cuidados correspondientes al período posparto. Todo esto con el objetivo de que ellas puedan tener un parto normal sin complicaciones.

Este estudio de investigación de tipo descriptivo de correlación se llevó a cabo para demostrar como este método ayuda a reducir la probabilidad de sufrir algún tipo de complicación durante el trabajo de parto. Se realizó con mujeres que asistieron al centro de Preparación Psicoprofiláctica de Aída Castillo de Mazariégo. Se utilizó como instrumento un cuestionario para recolección de datos mediante el cual se estableció que las complicaciones que se presentaron no muestran un valor estadísticamente significativo con el curso de psicoprofilaxis debido a que un mínimo porcentaje de mujeres que presentaron algunas complicaciones tenían antecedentes patológicos los cuales son propiamente médicos y estos repercutieron de cierta manera en el proceso del parto lo que nos indica el carácter preventivo que puede tener el curso de psicoprofilaxis durante el trabajo de parto.

I. INTRODUCCIÓN

La psicoprofilaxis en su inicio fue utilizada como método para prevenir “los dolores” durante el trabajo de parto, actualmente está comprobado que neurofisiológicamente las contracciones uterinas (mal llamadas dolores de parto) son sensaciones normales en este proceso, por lo tanto lo que busca el curso es ver estos fenómenos como algo normal y no como sucesos traumáticos. Galarza (2014), indica que el curso hace énfasis en una preparación teórica enfocada en brindar la información necesaria del desarrollo de cada etapa y eliminar las creencias erróneas e ideas negativas acerca del parto, así como también un entrenamiento físico, que consiste en una serie de técnicas de relajación y respiraciones con el objetivo de establecer reflejos condicionados que la mujer debe realizar durante este proceso para favorecer un trabajo de parto natural, mejorar el desempeño y la colaboración, sobre todo en el período de expulsión para evitar complicaciones, paralelo a una preparación mental en la cual se desarrollará autoconfianza y mayor seguridad en ella.

En la actualidad la psicoprofilaxis busca la salud de la madre, el feto y el recién nacido mediante una evolución y culminación del embarazo con trabajo de parto natural y sin complicaciones.

Ramos (2005), explica que esta técnica tuvo sus grandes avances entre 1950- 1970 y luego de su auge en Europa pasó a América, ya que los médicos se vieron en la necesidad de reducir el uso de medicamentos debido al dolor que manifestaban las mujeres y las complicaciones que presentaban al momento del parto.

Posteriormente alrededor de los años 90, la psicoprofilaxis comenzó a introducirse en los servicios de los hospitales en Centro América, luego también se fue capacitando personal para impartir dicho curso.

Amaya (2004) indica que a pesar de los esfuerzos que realiza el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), la tasa de mortalidad materna ha ascendido los últimos cinco años según muestra la encuesta nacional de salud familiar. El mismo caso sucede con las cifras de mortalidad

materna ya que se tiene un registro de 173 muertes por cada cien mil nacidos vivos cuando años atrás era de 120. Esto se podría prevenir si se tuvieran los cuidados necesarios como lo son los controles prenatales, los cursos de parto, y la adecuada atención posparto, como lo manifestó el director de programas sociales de la Asociación demográfica salvadoreña (ADS), el licenciado José Mario Cáceres.

El principal indicador de esto es la falta de controles prenatales, ya que es poca la cantidad de mujeres que los reciben o le dan seguimiento, lo que quiere decir que están en riesgo de alguna complicación durante el embarazo. El estudio también indica que la mitad de las mujeres tienen a sus hijos fuera del sistema de salud por lo que también ponen en peligro su vida al momento de dar a luz.

En Guatemala, específicamente en Quetzaltenango los programas de atención integral a la mujer embarazada han dejado de funcionar o han tenido poca afluencia por parte de la población. Desde la perspectiva de la salud el hecho de que las mujeres a una temprana edad empiecen a ser madres las priva de información acerca del peligro y los riesgos que sufren al no tener los cuidados necesarios y lo que es en sí el proceso del parto, en los cuales hace énfasis la psicoprofilaxis. Este curso aún no es un requerimiento indispensable para las mujeres embarazadas a diferencia de otros países, en los cuales es obligatorio asistir a ese curso, por lo tanto hace falta dar a conocer los beneficios y la importancia que este les brinda, en cuanto a la prevención de complicaciones y muertes, así mismo se necesita personal capacitado para poder impartirlo, determinar el contexto en el que se encuentra la mujer, y facilitar los medios que se tienen para que ellas se beneficien con este método.

La psicoprofilaxis es impartida en algunos centros de asistencia al parto, pero con un costo que no es accesible a toda la población gestante además no se le da el seguimiento necesario por diversas razones como: el tiempo, la educación, la falta de personal capacitado y sobre todo el desconocimiento de las mujeres y todo el personal de salud acerca del tema. Por lo que el objetivo de esta investigación se enfoca en demostrar la relación entre el curso de psicoprofilaxis y las complicaciones durante el trabajo de parto. El estudio se realizó con mujeres que asistieron

al Centro de atención Psicoprofiláctica de la profesora y preparadora, Aída Castillo de Mazariegos la cabecera de Quetzaltenango.

A continuación se establecen algunos criterios de varios autores sobre la temática a tratar:

Reyes (2004), en su tesis titulada Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado, Materno Perinatal en Lima, Perú, hace énfasis en que los objetivos de esta investigación son los de estudiar la relación que existe entre los beneficios materno perinatales de las primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal y la Psicoprofilaxis Obstétrica. Se trabajó con un grupo de primigestas de entre 20 a 34 años, cuyo parto fue atendido en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2002. Se utilizó una ficha de recolección de datos, la cual consta de cuatro partes, datos de filiación, asistenciales, datos del parto y datos del recién nacido, la cual contiene veintisiete ítems, cinco de las cuales fueron de opción abierta y veintidós de opción cerrada, la validación de la ficha de recolección se llevó a cabo mediante juicio de expertos. Esta investigación es de tipo analítica comparativa, correlacional, retrospectiva. La conclusión a la que se llegó fue que entre los beneficios materno perinatales, las primigestas con preparación Psicoprofiláctica tienen mayor asistencia a su control prenatal y puerperal a lo que presentaron menos complicaciones durante el parto. Se recomienda la sensibilización del profesional de la salud que realiza atención integral a la gestante, así como la promoción de programas para mejorar la atención a las gestantes.

García (2005), en su tesis titulada Preparación Psicoprofiláctica y su influencia en la estabilidad emocional de mujeres gestantes, menciona que dentro de los objetivos de dicha investigación se encuentra el establecer la relación existente entre la preparación Psicoprofiláctica y su influencia en la estabilidad emocional de las mujeres gestantes en el municipio de Cantel en Quetzaltenango. Se contó con una muestra de 50 mujeres gestantes entre las edades de 18 a 28 años de edad, multíparas, con 5 meses de gestación, e indígenas, quienes fueron referidas por médicos y comadronas de diferentes comunidades del municipio de Cantel. Se empleó el cuestionario psicológico CEP, Control, extroversión y paranoidismo, sus tres criterios de evaluación permiten conocer tres aspectos importantes de la personalidad, la escala de control se

refiere a variaciones de emotividad y cambios que ocurren o dejan de ocurrir en el sujeto. También se utilizó una boleta de entrevista, de diez preguntas, con el objeto de obtener información precisa sobre factores que influyen en la estabilidad emocional de las mujeres gestantes. Esta investigación descriptiva es de tipo social ya que analiza la conducta humana, personal y social en condiciones naturales y en los distintos ámbitos. Por lo tanto, la conclusión a la cual se llegó es que mediante los conocimientos y la preparación que el curso psicoprofiláctico le brinda a las madres, ellas se sienten más estables emocionalmente y muestran una actitud más segura ya que se sienten preparadas, para enfrentar el momento del parto. Se recomienda que las gestantes busquen información y se preparen para tener un adecuado clima psicológico satisfactorio durante la etapa de embarazo, y que se sientan apoyadas por la familia o la pareja y así que compartan responsabilidades.

Aguayo y Carrasco (2008), en su tesis titulada Técnicas Psicoprofiláctica de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco, Chile, entre septiembre del 2007 y febrero del 2008, indica que dentro de sus objetivos está el de explorar la percepción del parto de las puérperas que durante el proceso de gestación hayan participado de talleres educativos propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo para la atención prenatal y que durante su estadía en la maternidad del Hospital Paillaco utilizaron técnicas Psicoprofiláctica en su trabajo de parto. La población con la que se trabajó fueron mujeres multíparas que tuvieron un parto fisiológico, sin patologías asociadas atendidas en el hospital y que participaron en dichos talleres. Esta investigación es de tipo cualitativo ya que se basa en las percepciones opiniones, relatos y observaciones que hacen posibles rescatar la subjetividad de las personas. También es de tipo exploratorio, fenomenológico con corte transversal ya que se desarrollará en un período de tiempo limitado dónde las variables se estudiarán simultáneamente en un determinado momento. La técnica de recolección de información es la entrevista en profundidad, ya que se tiene por objetivo motivar a las mujeres a que participen de la investigación y proporcionen información que permita respecto a la aplicación de estas técnicas. En conclusión la percepción en torno al parto de las mujeres entrevistadas es positiva y creen que es importante que ellas se eduquen respecto a este tema y que el recibir estos talleres les da el valor para enfrentar el trabajo de parto.

López (2010), en su tesis titulada Aplicación del método psicoprofiláctico para disminuir la ansiedad en el parto, indica que dentro de los objetivos de dicha investigación se quiere comprobar como disminuye la ansiedad, ayudando al desempeño de las mujeres que por primera vez están embarazadas. Se contó con una muestra de 20 mujeres en edad reproductiva de 13 a 31 años, de cualquier tipo de nivel académico, social y económico, este estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional Dr. José Felipe Flores del departamento de Totonicapán. Se utilizó el inventario auto evaluativo, STAI 82, el cual mide ansiedad, el diseño de la investigación es de tipo descriptivo, ya que examina sistemáticamente y analiza la conducta humana personal y social en condiciones naturales, y en los ámbitos sociales, económicos, políticos, religiosos; así como la familia, la comunidad, el sistema educativo formal, el trabajo u otros. También es de tipo experimental, ya que la comprobación de datos estadísticos se hace después de llevar un control y se estudia la influencia de variables dependientes e independientes. La conclusión a la que se llego es que el método psicoprofiláctico si redujo significativamente los niveles de ansiedad en las primigestas durante el trabajo de parto y que las mujeres que tenían pareja, a diferencia de las madres solteras también se mostraban menos ansiosas. Se recomienda brindar la información necesaria a las mujeres embarazadas, así como también que el método se adecúe a las necesidades de cada una, también prestarles la atención y el apoyo psicológico necesarios y que ellas reciban este método.

Oria (2007), en su tesis titulada Influencia del apoyo del acompañante en el proceso de trabajo de parto en el instituto nacional Materno perinatal, indica que dentro de sus objetivos está el determinar la influencia del apoyo del acompañante en el proceso de trabajo de parto, identificar la relación con algunas características sociodemográficas de las pacientes en estudio, analizar el proceso de trabajo de parto en gestantes acompañadas y no acompañadas, identificar la finalización del mismo y determinar la influencia del acompañamiento en el recién nacido. El tipo de estudio es transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y apareamiento. El método utilizado fue el causal comparativo y la técnica consistió en la observación documentada, la muestra estuvo constituida por treinta casos y noventa controles que fueron identificados por medio de historias clínicas el universo total fue de ciento veinte gestantes, la recolección de datos consiste de una ficha de recolección

que constó de diecinueve ítems los primeros cuatro sobre datos del paciente, los segundos cinco ítems a datos obstétricos, y a tercera y cuarta área datos del parto y del recién nacido. A la conclusión que se llegó es que el acompañamiento durante el trabajo de parto constituye una opción saludable particularmente beneficiosa para la madre y el niño. Entre las recomendaciones está que en el proceso de formación del feto y durante el parto la madre tenga el acompañamiento adecuado para sentirse más segura y tranquila.

González (2012), en el artículo titulado Un modelo informático simula las contracciones del parto, que se publicó en la revista electrónica Muy Interesante, en su edición del mes de febrero, expone que las contracciones que se dan en el trabajo de parto son creadas por células del útero que poseen conexiones eléctricas, para otro tipo de funciones en el cuerpo como lo son los latidos del corazón ocurren las mismas conexiones con células, a diferencia que estas ya se conocen por su ritmo llamado de marcapasos, para esto hay dos tipos de células, las musculares y las de tipo pasivo. Por lo tanto, el conocer el funcionamiento mecánico del útero es de gran importancia para evitar nacimientos prematuros ya que muchos de ellos se producen porque las contracciones son tempranas.

Vásquez y Reyes (2012), en el artículo que se titula Luz y oscuridad en la sala de partos, publicado en la Revista electrónica Amiga, de Prensa Libre, en su edición del mes de junio, explica que el dar vida a otro ser es un proceso muy bonito, pero que para algunas mujeres es su último deseo ya que lo ven como algo riesgoso. En Guatemala los índices de mortalidad materna son bastante altos pero esto se da debido a que las mujeres no reciben la atención necesaria y también por la falta de educación acerca de este tema y la poca comunicación con la pareja, por lo tanto para reforzar la salud materna se ha creado una ley de la maternidad saludable, también se están creando seminarios y capacitaciones para que ellas se informen, ya que la mayoría de mujeres en riesgo lamentablemente son adolescentes que desconocen el tema de sexualidad.

Galán (2005), en su tesis titulada Complicaciones materno perinatales por el uso de misoprostol (medicamento utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales), en la maduración cervical en gestantes de 41 semanas en el Hospital Nacional docente Madre

Niño San Bartolomé en Lima, Perú, durante el período enero a junio del 2003, indica que dentro de sus objetivos está investigar las diversas complicaciones materno perinatales que se presentan en el intraparto y posparto con el propósito de contribuir a la disminución de las altas tasas nacionales de mortalidad materna y neonatal, esperando fortalecer los conocimientos sobre el manejo de Misoprostol en gestaciones de 41 semanas. El tipo de estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el cual el investigador hace la observación, y cuestionamiento de la realidad problemática clasificando e interrelacionando las variables para encontrar respuesta a las interrogantes planteadas, describiendo sus hallazgos, se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, durante los meses de Enero a Junio del 2003. Para efectos de la realización de dicho proyecto de investigación, se solicitó el respectivo permiso del Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia, al Jefe de la oficina de Estadística y al Jefe de Archivos para la revisión de las historias clínicas. El universo de estudio estuvo constituido por la población total de gestantes que ingresaron al Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para su hospitalización y que fueron evaluadas como embarazos de 41 semanas de edad gestacional, durante los meses de Enero a Junio del 2003, bajo el esquema protocolizado de administrar 25 mcg de misoprostol vía vaginal, a intervalos de cada cuatro (04) horas, con un máximo de seis (06) dosis por gestante. Así mismo, para la obtención del tamaño de la muestra se procedió a un muestreo aleatorio simple de tipo probabilístico. Las conclusiones a las que se llegó son, las complicaciones maternas por el uso del misoprostol en la maduración cervical en gestantes de 41 semanas fueron: taquisistolia (37.5%), endometritis (17.7%), atonía uterina (14.6%), síndrome de hiperestimulación uterina (13.5%) hipertensión (6.3%), desprendimiento prematuro de placenta (1.1%). Las complicaciones perinatales por el uso del misoprostol en la maduración cervical fueron: síndrome de aspiración meconial (7.3%), estrés fetal (5.2%), distres fetal (3.3%), depresión neonatal (1.1%). La administración de misoprostol como madurador cervical en gestantes de 41 semanas está asociada con una menor tasa de cesáreas, mayor número de partos en menos de 24 horas y un elevado porcentaje de recién nacidos sin complicaciones.

Ramírez, Juárez y Pérez (2008), en su tesis titulada Embarazo en adolescentes, complicaciones obstétricas prenatales y perinatales, indica que dentro de sus objetivos se encuentra Describir el

embarazo, complicaciones obstétricas prenatales y perinatales en adolescentes comprendidas entre las edades de 12-18 años de edad que fueron ingresadas al servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Antigua, Hospital Nacional de Chimaltenango y Nacional de Cuilapa durante el periodo comprendido de enero 2002 a enero 2007. El tipo de estudio es descriptivo retrospectivo con Adolescentes embarazadas de 12-18 años de edad, atendidas en el servicio de labor y partos de los Hospitales Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala, Hospital Nacional de Chimaltenango y Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa durante el periodo comprendido entre enero de 2002 a enero de 2007.

Esta investigación se realizará en base a los Registros clínicos de las adolescentes embarazadas atendidas en los servicios de labor y partos de dichos hospitales. Las conclusiones a las que se llegó fueron que la edad promedio a la que se presentó el embarazo en adolescentes fue de 16 años, tendencia presentada en los tres hospitales en estudio durante los cinco años incluidos. La edad más frecuente de embarazos fue de 18 años en 33%. El 41% de adolescentes embarazadas se encontró soltera y 53% cursó únicamente algún grado de primaria, 59% se dedicaba a ser ama de casa y 64% indígena proveniente del área rural. Se encontró 21% de adolescentes con complicaciones durante el primer trimestre siendo las metrorragias (40%) las principales complicaciones obstétricas en este período, en segundo lugar el aborto espontáneo, (46%). En el segundo trimestre 52% de las adolescentes tuvo complicaciones: infección del tracto urinario (51%) y anemia (13%). Durante el tercer trimestre se encontró que 28% de las adolescentes sufrieron complicaciones, entre las cuales, se encontró como principales, la infección de tracto urinario (40%), amenaza de parto prematuro (19%) y parto prematuro (14%). Se encontró que 31% de las adolescentes presentó una o más complicaciones en este estadío. La desproporción cefalopélvica (31%) y el trabajo de parto prolongado (21%) fueron las complicaciones presentadas por las adolescentes embarazadas en los tres hospitales en estudio. En el presente estudio, durante el periodo de enero 2002 a enero 2007, la razón de mortalidad materna adolescente encontrada fue de 147 por cada 100,000 nacidos vivos en los tres hospitales en estudio, el 64% se presentó en el puerperio inmediato.

Ricci (2005), en el artículo que se titula Embarazo triple, complicaciones maternas y perinatales en la revista chilena de obstetricia y ginecología del año 2005, explica que en una investigación realizada en Hospital Barros Luco-Trudeau en Chile, se revisaron las complicaciones maternas y perinatales de los embarazos triples atendidos en el Servicio de Obstetricia de dicho Hospital, se analizaron 11 embarazos triples ocurridos entre enero de 1996 y diciembre de 2004. Y la conclusión a la que se llegó es que aun cuando se registraron buenos resultados perinatales, los embarazos triples se asocian a mayor morbilidad materna y perinatal. Además producen un mayor gasto de recursos de neonatología, especialmente debido a prematurez.

1.1 Psicoprofilaxis

1.1.1 Definición

Ramos (2005), define la psicoprofilaxis como una preparación integral para la gestante o de preferencia para la pareja, que abarca lo psicológico, emocional, físico y que tiene como objetivo eliminar la ansiedad producida por el desconocimiento de lo que es el trabajo de parto.

La pareja se prepara informándose acerca de todos los fenómenos presentes en el embarazo y parto, las respiraciones y ejercicios que facilitan el trabajo de parto y todas las alternativas posibles para que el embarazo se lleve de la mejor manera y ellos se sientan felices y sin temores.

Mahe y Saada (2009), Explican que la Psicoprofilaxis obstétrica, es un término médico que se le asigna al curso de preparación para el parto, creado por Fernand Lamaze.

El curso es recomendable comenzar al alrededor del sexto mes de embarazo y la duración de cada sesión es de una a dos horas. Dentro del curso se tocan temas relacionados con las etapas del embarazo, ejercicios de relajación y de respiraciones, con el fin de tener una mejor tolerancia al dolor de las contracciones y así mismo mediante las respiraciones recuperar energía entre cada contracción, también se explican diferentes tipos de posiciones para que la gestante sea más ágil y tenga un mejor manejo de las contracciones y ayuda a facilitar el nacimiento del bebé con un control del pujo.

1.1.2 Historia

Vélez (2005), Explica que alrededor de mil ochocientos luego de ser anunciados los efectos del éter y el cloroformo para el alivio del dolor en las intervenciones quirúrgicas, se desató una gran controversia ya que el clero británico catalogaba esto como una práctica satánica que iba en contra de lo que era el milagro del nacimiento. Los resultados de la aplicación de este método fueron exitosos, por lo que se formaron dos grupos, uno que se oponía a la utilización de estos fármacos y el otro que estaba a favor de su libre adopción durante el parto.

Los académicos, John Stuart Mill y James Young defendieron este método y manifestaron que, los médicos hasta el momento se oponían a la utilización de la anestesia pero que era en vano porque eran las mismas mujeres quienes iban a luchar porque este método se implementara en los partos. Durante los años siguientes la lucha continuó, pero luego se comenzó a desvanecer ya que varias esposas de los detractores y del clero solicitaban que se les administrara la anestesia, hasta que la oposición se desvaneció por completo. Luego se desarrolló un nuevo tipo de anestesia a base de morfina y escopolamina. Al inicio del parto se administraba cloroformo y finalmente al momento de dar a luz la morfina para que cuando las mujeres reaccionaran y tomaran conciencia de nuevo tuvieran la sensación de que fue algo agradable. Este método tuvo su auge en Inglaterra y Estados Unidos, en dichos lugares se les aceptó a los médicos los partos asistidos en casa, pero los resultados no fueron los esperados ya que el número de mujeres con infecciones incrementó debido a la falta de higiene en los instrumentos y el uso desmedido de drogas intervinientes a lo largo del proceso. Luego en la Segunda Guerra Mundial se volvió más frecuente el uso de anestesia espinal pero dado a las cefaleas postraquideas que presentaba evolucionó y surgió lo que ahora es la anestesia epidural.

Alrededor de los años setenta el enfoque del trabajo de parto cambió con un método que permitiera a las mujeres participar y experimentar a las mujeres el nacimiento de su bebé, así también ocurrió un cambio en cuanto a la perspectiva de la mujer, que en el pasado se creía que era apta únicamente para los trabajos domésticos y paso a ser una mujer que también participaba dentro del campo intelectual.

En un principio las mujeres lucharon por que se les administraran medicamentos para aliviar el dolor durante el parto, pero luego comenzaron a abogar por un parto más natural y libre de analgesia, al cual se le llamo movimiento a favor del parto natural.

Entonces Dick Read citado por Vélez (2005), en sus estudios señaló que fueron los médicos y la sociedad quienes se encargaron de crear el concepto de dolor a través de la historia a lo cual los seres humanos ya estaban condicionados y la idea de parto provocaba una gran tensión, lo que se traducía en dolor como parte del síndrome que se presenta como un círculo temor- tensión- dolor, dado a que observó durante un tiempo el proceso en el cual los animales daban a luz y esto era algo muy natural.

Velvosky y Nikolayev citados por el mismo autor, por su parte, estudiaron las reacciones de la mujer durante las contracciones. En el año mil novecientos cincuenta Lamaze médico francés, denominó a las respiraciones profundas para estimular la relajación, y así inducir el dolor y la educación para contrarrestar los miedos acerca del embarazo y parto, el término de psicoprofilaxis.

Fue entonces cuando años después Marjorie Karmel, paciente de Lamaze junto a otro grupo de mujeres fundaron la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO), llamada posteriormente Lamaze Internacional.

El método psicoprofiláctico fue diseñado y comprobado sobre bases científicas y luego dado a conocer con la intención de mejorar la actitud de la gestante, mediante la educación para reducir la ansiedad y tensión disminuyendo así el dolor.

1.1.3 Ventajas de la Psicoprofilaxis

Shanahan (2005), describe que uno de los mayores beneficios en cuanto a recibir el curso de psicoprofilaxis es que las mujeres se informen acerca de todo el proceso que van a vivir durante

el parto, y por lo tanto se sientan más seguras y con menos miedo, lo que también influye en que estén más relajadas y sientan menos dolor.

Existen diferentes enfoques en estas clases de preparación para el parto, como lo es el enfoque de Lamaze, Bradley y Dick-Read, aunque al final todos buscan cumplir con el mismo objetivo que es el de la relajación y control durante el parto. Dick-Read decía que si existía algún medicamento que pudiese controlar los dolores del parto debía ser administrado a la madre. Lamaze por su parte se enfocaba en la respiración y relajación como reflejo condicionado a la hora de las contracciones y el enfoque de Bradley que es el de utilizar al esposo como entrenador durante el trabajo de parto. Cada enfoque aporta múltiples beneficios para la madre, los cuales también incluyen un mejor manejo del cuerpo durante el trabajo de parto asumiendo ciertas posturas corporales y sobre todo la confianza en sí mismas.

1.1.4 Preparación de los Padres para el Parto

Debernardi (2009), indica que ya sea que se decida tomar los métodos clásicos o métodos actuales, se invita a la pareja a que asistan a los cursos de formación para el parto. Conocer el mecanismo del parto, resolver las dudas acerca de él, estar bien preparado y tener la condición psicológica adecuada para que la pareja se encuentre más tranquila son los objetivos que se contemplan dentro del curso. Algunos cursos incluyen el aprendizaje de técnicas para poder comunicarse con el bebé desde antes de nacer.

Smolen (2010), afirma que a pesar de que una persona tenga los conocimientos y la información necesaria acerca del parto no es suficiente, para ello el curso de psicoprofilaxis le muestra a los padres todo lo que puede esperar acerca del parto, como por ejemplo el compartir con otras parejas en su misma situación, acerca de sus experiencias, escuchar a un educador especializado que ofrece apoyo e información, se podrá hablar acerca de los miedos que comparten las parejas ya que todos se encuentran dentro de un mundo desconocido. Se aprende paso a paso acerca del proceso del embarazo, y si bien es cierto la mayoría de mujeres quisiera omitir los pasos, pero conforme van recibiendo los temas evidencian que todos los aspectos son elementales, y tienen

relación en cuanto a la preparación al momento del parto. Al mismo tiempo se aprenden técnicas de relajación y respiración con el fin de mantener un buen control durante el parto y cómo afrontar cada fase. Para ello es importante que la pareja esté enterada para brindar apoyo adecuado, informarse y conocer para poder perder el miedo y juntos llegar a la meta, tener un parto sin complicaciones.

1.1.5 Inteligencia Emocional para los Padres Durante la Gestación

López y González (2005), explican que los padres y principalmente la madre son los responsables de comunicarle al bebé sentimientos como la felicidad, emoción, pero también sentimientos negativos como la ira y la tristeza. A partir del tercer mes de embarazo los padres pueden realizar masajes al vientre de la mujer, colocar alguna melodía o cualquier estímulo en general, lo cual va a crear en el bebé un sentimiento de seguridad y aceptación, todo esto les afecta de una manera positiva. Por eso la actitud y el empeño que los padres asuman frente al embarazo son fundamentales para el bebé en su desarrollo emocional y sus capacidades.

Romm (2003), expone que todos los expertos y educadores para el parto tienen el dilema al exponer las vivencias en el parto y hablarles de la manera más realista a las parejas, sin asustarlos, ya que no se les puede decir que todo es alegría y que al momento del parto tendrán que sobreponerse y alcanzar niveles de tolerancia que jamás creyeron que podrían alcanzar. Lo ideal es instruir a los padres no solo para el momento del parto sino también para la etapa posterior.

1.1.6 Cambios Físicos en la Madre

Guyton y Hall (2006), describe que entre los cambios más significativos durante el embarazo se encuentra el aumento del busto, también las hormonas juegan un papel importante en esta etapa debido a que modifica algunos aspectos físicos en la mujer como la aparición de acné o manchas en la cara. El aumento de peso que es inevitable, principalmente en los dos últimos trimestres del embarazo, debido al peso del feto, de la placenta, el líquido amniótico y las membranas del feto,

además del crecimiento del útero y por último la retención de líquidos como efecto de algunas hormonas presentes durante el embarazo que posterior al parto dejan de funcionar y los líquidos son expulsados por la orina. Es recomendable que la madre lleve una dieta adecuada y equilibrada esto le puede ayudar a mantener un peso promedio sin aumentar exageradamente.

Guyton y Hall (2006), explican que otros de los cambios en esta etapa se encuentran en el metabolismo de la madre, ya que por el peso que transportan y por la presencia de hormonas como la tiroxina, se demandan más calorías que posteriormente son expulsadas y mantienen una temperatura elevada en el cuerpo de la madre. La alimentación también debe variar por lo que sino consume ciertos alimentos no podrá suplir las necesidades que el cuerpo le pide para alimentar al feto y además la madre comienza a sufrir deficiencias, por lo tanto la dieta debe estar basada en nutrientes como lo son el calcio, el fosfato, el hierro y las vitaminas, principalmente la vitamina D y la K. Y por último los cambios en el sistema circulatorio tales como el aumento de plasma en la sangre, el flujo de la circulación se vuelve más lento, la frecuencia cardíaca se acelera entre 10 y 15 latidos por minuto e incluso algo más en caso de que sean gemelos, aunque al acercarse al término de la gestación esto se normaliza.

1.1.7 Cambios Psicológicos en la Madre

Guerra (2006), explica que es conveniente tener un registro psicológico de la madre debido a que esto va repercutir en el desarrollo del embarazo, en su relación de pareja, y las experiencias futuras.

Durante el primer trimestre es importante determinar el nivel de aceptación que ella tenga hacia sí misma y el bebé, ya que comienzan a cambiar sus expectativas en lo relacionado al hogar, el trabajo, los cambios físicos y también que algunas veces ellas experimentan miedo a alguna complicación que se pueda presentar en su embarazo.

En el segundo trimestre suele haber mayor tranquilidad y emoción por los preparativos para la llegada del bebé. Al llegar el tercer trimestre esto cambia ya que comienza a surgir cierto nivel de

ansiedad por algún tipo de malformación en el bebé, los dolores del parto y hasta la muerte durante el desarrollo del mismo.

También tiene que ver la edad de la madre, ya que si es adolescente y de un nivel socio económico bajo tiene más riesgo de sufrir un impacto emocional, puesto que aun siendo adolescentes o poseer la edad ideal del embarazo las madres necesitan de mucho apoyo por parte de la pareja y de la familia.

1.1.8 Relajación y Respiración como Parte de la Psicoprofilaxis

Kisner y Colby (2005), explican que el estar consciente de las tensiones en el cuerpo y las fuentes que generan estrés, hace que se tenga una mejor capacidad de relajación, así como el poner en práctica la detección inmediata de la tensión en el cuerpo y poder eliminarla. Esto es de gran importancia al momento del parto ya que el objetivo es que la mujer trabaje en una relajación y autocontrol constante mientras se desarrolla el proceso.

Entre los ejercicios a realizar se encuentra la visualización mental en la cual se le enseña a la mujer a concentrarse, relajarse y fijar una imagen agradable en su mente, y poner esto en práctica para que cuando llegue el momento del parto ella traiga esta imagen a la mente y se relaje. Otro de las actividades es la puesta en práctica de los ejercicios estáticos, los cuales le enseñan a la mujer a sentarse o acostarse cómoda y relajada, y comenzar a tensar y relajar los músculos, a la vez que respiran profundamente y luego exhalan, para poder ir tomando más control sobre sus tensiones. Luego está la tensión selectiva que consiste en relajar el cuerpo y tensar solo ciertas partes.

Kisner y Colby describen que las técnicas de respiraciones se basan principalmente en una respiración diafragmática lenta y profunda que se complementa con la relajación de los músculos, las respiraciones se deben hacer menos profundas y más seguidas a medida que las contracciones se intensifican. La mujer conforme el tiempo va a ir adquiriendo un mayor control de la zona de

su abdomen con este tipo de ejercicios. Debe tener cuidado de no hiperventilar, por lo que si comienza a sentirse mareada por la falta de costumbre debe hacer una pausa y luego retomarlo.

Entre los ejercicios mencionados también se encuentra el de relajación del suelo de la pelvis, que consiste en tensar y luego poco a poco ir relajando esta zona para facilitar la salida del bebé en el trabajo de parto, ya que inmediatamente se reconocerá la zona en donde se debe ejercer presión a la hora del pujo, este ejercicio también va acompañado de una respiración entrecortada y con ligeros gemidos que ayudarán a la expulsión del bebé.

Y por último se encuentra la relajación durante el parto que es la puesta en práctica de esta serie de ejercicios y a la vez añadirle posturas cómodas como caminar, acostarse sobre almohadas y sobretodo mantener un buen control mental en el desarrollo del mismo.

Por lo mencionado anteriormente Beltrán (2007), hace énfasis en la importancia de las respiraciones ya que si la mujer se encuentra asustada sus músculos están tensos y respira mal esto hace que el tiempo de dilatación se prolongue y experimente más dolor.

La respiración es un mecanismo normal del cuerpo y cada persona tiene su propio ritmo, pero mediante la práctica de ciertos ejercicios podemos facilitar la relajación muscular y con ello favorecer para un mejor desempeño en el trabajo de parto.

1.1.9 Psicología del Embarazo

Beltrán (2007), explica que la mujer desde el momento en el cual se entera que está embarazada comienza a experimentar diferentes niveles de ansiedad que acompañarán el proceso, presentan una serie de síntomas que acabarán dando como resultado desde un parto prematuro hasta un aborto.

Se cree que uno de los factores que rige concretamente la ansiedad durante el embarazo es la inevitable regresión que determina las muchas fantasías en las mujeres.

Uno de los síntomas inherentes al embarazo es la hipersomnolia, que según los psicoanalistas es la primera pauta de que ha comenzado el proceso de regresión.

Existen muchas teorías que respaldan el porqué de este síntoma, como por ejemplo los organicistas consideran la hipersomnolia como un mecanismo de defensa del organismo que protege al cuerpo para la serie de cambios que va experimentar.

El manifestar insomnio, síntoma opuesto a la hipersomnolia, es una señal de alerta ya que quiere decir que el cuerpo rechaza el embarazo.

Otro de los síntomas que se dice que tienen estrecha relación con lo psicológico son las náuseas y vómitos, que indican que la mujer siente temor acerca de si será capaz de brindarle los cuidados adecuados a su hijo.

El autor afirma que alrededor del tercer mes se comienzan a sentir por primera vez los movimientos del bebé, aunque algunas madres lo hacen hasta el quinto o sexto mes, algunos psicólogos creen que esta sordera afectiva se debe a la negación por parte de la madre a sentir al hijo, cabe aclarar que esta no es la única causa sino hay otras razones por las cuales se puede justificar esta situación. Depende de cada mujer la situación que le cause ansiedad en ese momento. Algunas mujeres sienten angustia al saber que parte de su vida se la otorgan a su hijo, otras sienten temor debido a posibles malformaciones del bebé, o a morir durante el parto. Un factor que también se encuentra implicado en este tipo de sentimientos es la actividad hormonal, que influye sobre su psicología y viene a alterar ciertos patrones de comportamiento.

Durante el séptimo mes que es cuando el feto comienza a determinar su colocación dentro del útero de la madre, los psicólogos relacionan la ansiedad que maneja la madre con la prematuridad debido a que empiezan a surgir preguntas como, ¿cómo se criará al hijo?, ¿cómo será la etapa después del parto? Por lo tanto Beltrán señala que durante esta etapa las relaciones sexuales son beneficiosas y ayudan al estado de la mujer.

1.1.10 Los Reflejos Condicionados de Pavlov Adaptados a la Psicoprofilaxis

Benesch (2009), explica lo siguiente acerca de los reflejos condicionados, Ivan Petrovich Pavlov, ganador del premio Nobel por su reflejo de salivación, mediante experimentos con perros los que consistían en colocarles a estos un tubo de prueba en la boca para determinar el momento y duración de la salivación, durante este proceso Pavlov se dio cuenta que los perros no solo salivaban al momento de que el estímulo original el cual era la comida, llegaba a la boca, sino conforme el tiempo el perro salivaba al momento que veía a la persona que le daba la comida. Fue entonces cuando Pavlov distinguió entre dos tipos de reflejo incondicionado, que es el reflejo que ya se trae desde el nacimiento, y el condicionado que se adquiere mediante el aprendizaje.

Para poder llegar a esta conclusión Pavlov creó un experimento que estaba basado en atar al perro a un arnés, luego pasaba por un aparato que controlaba la cantidad de saliva, después sonaba un timbre y posteriormente se le pasaba al perro el plato de comida, este mismo procedimiento se realizó varias veces hasta que este llegó a salivar con tan sólo escuchar el timbre. Esto al pasar el tiempo se generalizó y se introdujo en diversas condiciones.

El reflejo condicionado de Pavlov se puede relacionar con el método de la psicoprofilaxis cuando la señora empieza el trabajo de parto y siente las contracciones uterinas (reflejo innato físico) y a nivel psicológico se asusta, se pone tensa y le da mucho miedo (ansiedad) debido a la ignorancia, por lo tanto aumenta el umbral del dolor y esto bloquea el trabajo de parto, este es un reflejo condicionado por los prejuicios mencionados anteriormente.

Las señoras que reciben el curso de psicoprofilaxis obstétrica al momento del trabajo de parto cuando comienzan las contracciones, por medio del ensayo constante de relajación y respiración crean un reflejo condicionado a nivel psicológico de confianza y de que es parte normal del proceso y a nivel físico el reflejo condicionado en que la contracción crea la respuesta de respiración y relajación lo cual favorece y acelera el trabajo de parto.

1.1.11 Factores Socioculturales y Dolor

Muriel (2007), explica que el dolor tiene estrecha relación con el ambiente social, ya que le ofrece a la persona pautas observables que el sujeto puede aprender y que constantemente proporciona reforzamientos para dicho dolor que a final repercuten en la intensidad con que este se manifieste o sea procesado, también se puede encontrar lo que son los patrones transculturales, que exponen que también se ven involucrados factores como patrones de conducta, creencias y valores que se manejan dentro de una sociedad pero que son enfrentados de forma individual y de esto va depender como la persona exprese o comunique su dolor. Por ejemplo, mientras que en una sociedad Occidental el dolor es visto como algo que afecta a la persona en sus actividades diarias y causa gran repercusión en su vida, en el Oriente las personas ven el dolor como algo inherente al ser humano y que se debe afrontar de la mejor manera posible. En esto la religión juega un papel importante puesto que la religión también es producto de la sociedad, como herramienta para un mejor entendimiento de lo que es el ser humano y el universo. Llegando al punto se entiende entonces que la atención que se le brinde a la persona y la formación para enfrentar dicho proceso es de suma importancia.

Asegura que el hecho de que una persona sienta que tiene el control sobre su dolor y lo va poder manejar con cierta eficacia, causa un efecto analgésico en los pacientes, en este caso las mujeres con trabajo de parto. El apoyo social en este caso es fundamental debido a que se le proporcionan a la persona los cuidados necesarios, sirve de descarga emocional, de acompañamiento, y esta serie de atenciones que recibe la persona de forma indirecta pueden ayudar en el manejo del dolor y a evitar cuadros depresivos a causa del mismo.

1.1.12 Cambios Físicos y Emocionales Posparto

Murkoff y Mazel (2010), indican que las semanas siguientes al parto que depende, si fue cesárea, parto normal, o cualquier otro tipo de parto que se haya tenido la mujer podría experimentar los siguientes síntomas:

A nivel físico	A nivel emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado vaginal o los llamados “loquios”. • Calambres abdominales, debido a la contracción del útero. • La madre puede sentirse agotada. • Incomodidad perineal debido a la episiotomía. • Dificultad para orinar o estreñimiento por el miedo a rasgar el área donde se realizó la incisión. • Sudoración. • Senos congestionados. • Pezones irritados o agrietados si la madre está dando de amamantar. • Incomodidad perineal, principalmente si el parto fue por cesárea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad en el estado de ánimo. • Nervios o temor, principalmente en las madres primerizas. • Sensación de sentirte abrumada frente a los desafíos físicos y emocionales. • Entusiasmo. • Algunas veces depresión posparto. • Frustración al atravesar por momentos difíciles cuando se da de amamantar.

Fuente: Murkoff y Mazel (2010), página 487 de Que puedes esperar cuando estás esperando.

1.1.13 Estimulación Prenatal

Albrecht y Herrick (2007), explican que puede que las mujeres durante esta etapa se sientan felices, pero a la vez atemorizadas por la serie de cambios físicos y hormonales que experimenta su cuerpo y puede que surja la aparición de algún episodio depresivo como se mencionaba en el cuadro anterior en relación a los síntomas. Esto se manifiesta debido a que los niveles hormonales tienden a bajar de manera bastante rápida, también puede ser por el temor o ansiedad a lo desconocido que la mujer experimenta debido a su nuevo rol como madre. La tristeza

posparto es experimentada por más de la mitad de las mujeres que han dado a luz y sus síntomas son la tristeza, irritabilidad, estado de ánimo muy cambiante, y llanto.

Este cuadro persiste un par de semanas luego del parto, pero si el tiempo se extiende las mujeres corren el riesgo de sufrir un episodio de depresión mayor. Por lo tanto, es importante que la madre cree un vínculo afectivo adecuado con el bebé, ya que si presenta este cuadro no podrá brindarle al bebé la seguridad y el afecto que el necesita. Hay mujeres que tienen mayor riesgo y probabilidad de sufrir este trastorno debido a las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran, por eso antes de iniciar con el tratamiento se solicita el apoyo de sus familiares y ya una vez comenzado el tratamiento la madre puede hacerse cargo del bebé y retomar sus actividades normales.

Federico (2004), plantea que durante mucho tiempo se ha tenido la idea que es necesario que el bebé cree un vínculo con la madre desde antes de su nacimiento, ya que aparte de su bienestar psicofísico, esta etapa marcará posteriormente en el desarrollo de su personalidad. En la etapa prenatal el vínculo que el bebé tenga con sus padres es de suma importancia, ya que más adelante va determinar la relación entre ellos y el cómo se va desenvolver a lo largo de su vida. También es bien dicho que en este proceso el padre y la madre deben estar juntos, y que al nacer el bebé registre como primera imagen, la de sus dos padres, para que esa sea la primera noción de amor que él tenga. Cuando el bebé recibe caricias, cantos y es mecido, sabe que sus padres lo esperan con ansias, por lo tanto traerá felicidad al hogar y será una persona segura, que sabe que sus papás están ahí para protegerlo y darle el apoyo que necesita en todo momento, es por eso que la estimulación es muy importante en esta etapa. “Humanizar el proceso de la gestación es hacer humano el nacimiento, este es un derecho y una obligación que como seres humanos todos tenemos con nuestra humanidad”. Refiere Federico.

- **Música prenatal:**

López y González (2003), el primer sentido que los bebés desarrollan dentro del vientre de la madre es el oído, por lo tanto durante las primeras semanas de gestación es importante que los padres les coloquen melodías y le hablen al bebé para transmitirle tranquilidad, esto también

tiende a desarrollar sus capacidades y explotarlas al máximo, principalmente la música clásica es de gran ayuda.

Los masajes también son bastante beneficiosos ya que le transmiten al bebé el afecto que ellos necesitan y mejoran la comunicación y los vínculos afectivos desde antes que ellos nazcan.

Jimenez (2005), explica que la estimulación prenatal es algo que se ha venido dando desde hace siglos, ya que las madres desde que sus bebés estaban en el vientre, les cantaban y los arrullaban. Los chinos sabiamente decía que el bebé al momento de nacer ya tenía un año prácticamente, porque tomaban como válidos los procesos de desarrollo y la información recibida por el bebé dentro del útero.

La ciencia ha demostrado recientemente la importancia que tiene la música en el proceso de desarrollo emocional e intelectual de las personas. El feto es sensible ante la voz de su madre y los sonidos que le rodean, al igual lo es con la música. Estudios hacen notar la influencia de la voz de la madre en cuanto al ritmo cardiaco del feto, así mismo también la música de Mozart o de Vivaldi causa efectos parecidos, ya que hace que los movimientos del bebé sean más relajados, caso contrario a la música rock, que los pone más activos.

1.2 Trabajo de Parto

1.2.1 Definición

Silverthorn (2008), explica que el trabajo de parto se desencadena durante el noveno mes de embarazo como los fenómenos destinados a la expulsión del feto y su anexo, o la placenta por los órganos genitales de la madre. La fuerza necesaria para hacer posible este proceso la brinda el músculo uterino, mediante las contracciones que van impulsando el feto al exterior.

En los mamíferos, excepto los seres humanos el comienzo del trabajo de parto tiene su inicio cuando los niveles de hormonas, las cuales son los estrógenos y la progesterona, han disminuido

su cantidad, ahora en los seres humanos estas hormonas comienzan a descender sus niveles después del comienzo del trabajo de parto.

Otra hormona que es liberada en grandes cantidades para estimular el trabajo de parto es la oxitocina, por lo tanto algunas veces se administra en ciertas cantidades en el cuerpo. Se dice que el inicio del trabajo de parto comienza cuando el feto se encuentra en las condiciones físicas adecuadas para nacer, aunque también hay evidencias médicas de que una hormona llamada corticotropina, que se presenta en un nivel elevado semanas antes del parto es la que marca su inicio. Esta hormona también ayuda a determinar los partos prematuros ya que las mujeres comienzan a elevar sus niveles de corticotropina mucho antes de lo esperado.

Langman y Sadler (2007), explica que al terminar la fase de embarazo el músculo encargado de las contracciones del útero se encuentra con mayor grosor en el área superior, y en el área inferior el cuello se vuelve más suave.

Al concluir con el borramiento del cuello uterino, es decir cuando éste se encuentra dilatado por completo, el feto comienza a descender hasta ser expulsado, seguidamente de la placenta que también desciende hasta salir al exterior, proceso al cual se le llama alumbramiento. Todo este proceso se hace posible mediante las contracciones que en la segunda y tercera etapa se ven acompañadas también por el incremento de la presión intraabdominal. Las contracciones generalmente comienzan a darse en espacios de diez minutos y conforme el trabajo avanza éstas se dan más seguidas y con mayor intensidad.

1.2.2 Parto Normal

Soldano (2004), describe el parto natural como una de las experiencias que marcan la vida de una mujer ya que el cuerpo alcanza sus niveles más altos de esfuerzo y están presentes una gama de sentimientos y emociones.

En el octavo mes comienzan a manifestarse algunas contracciones uterinas que provocan un cambio en las fibras musculares y el cérvix aumenta su grosor. Ya en el parto las contracciones se vuelven más constantes hasta que se da la expulsión del feto y la placenta, y todo esto ocurre debido a la actividad normal del organismo y no a través de la inducción por medio de medicamentos.

Porter, Kaplan y Homeier (2010), explican que para ayudar a reducir las intervenciones médicas durante el parto, se deben conocer y poner en práctica ciertos ejercicios de respiraciones y de relajación con el fin de controlarse y reducir el dolor. Para que la mujer se sienta con mayor seguridad durante el parto, muchas veces lo mejor es que asista junto a su pareja a unas cuantas sesiones informativas en las cuales se explica todo el proceso del embarazo y parto.

Smolen (2010), describe que muchos entienden por parto normal, cuando la mujer da a luz sin haber recibido ningún tipo de preparación anteriormente y que no se utilizó ningún tipo de medicamentos, pero en los libros se le dice parto normal cuando la madre este despierta y totalmente consiente de su estado, y a la vez no ha sido necesaria la aplicación de ningún fármaco, esto no significa que no sientan dolor, sino que lo toleran de una mejor forma, ya que hay mujeres que tienen un umbral más alto de dolor que otras.

Por otra parte hay autores como Scott, Gibbs, Karlan y Haney (2005), que hacen énfasis en los cambios que ocurren en cuanto a la parte fisiológica y que el trabajo de parto por lo regular inicia siempre dentro de las dos semanas de la fecha que se tiene estimada, si se parte de una edad gestacional exacta. Ellos también mencionan que lo primero que sucede antes de comenzar el trabajo de parto es el alargamiento y ablandamiento de los ligamentos pélvicos y tejidos blandos de la vagina. El cérvix o comúnmente llamado cuello uterino comienza a madurar es decir que se dilata y se acorta. En algunos casos las mujeres comienzan a experimentar las contracciones de Braxton Hicks, estas son contracciones de ensayo y alrededor del octavo mes pueden presentarse esporádicamente y con poca intensidad. Según indican estos autores se desconoce el estímulo normal que desencadenan los bioquímicos que inician el trabajo de parto aunque la corticotropina es esencial en este proceso ya que se libera en la circulación de la madre al principio del segundo

trimestre y esta se va elevando a lo largo del proceso del embarazo, este factor regula la secreción de cortisol en las glándulas suprarrenales que gradúan la intensidad de las contracciones y estimula la producción de oxitocina por el feto y prostaglandinas por la placenta (ambas sustancias ayudan a preparar el cuello uterino, posiblemente desencadenan el parto y causan las primeras contracciones). En este proceso también se encuentran presentes los estrógenos estas crean un estiramiento mecánico y ya durante el proceso envían varios estímulos positivos y posteriormente contracciones reflejas que terminan de dilatar y empujan al feto en forma sucesiva para que descienda.

Pero también hay autores como Cunningham, et al (2005), que hacen énfasis en que el inicio del trabajo de parto es el momento más complicado de detectar, por lo tanto nos proporcionan ciertas características que hasta el momento evidencian el comienzo del mismo, pero primero procedemos a decir que la definición de lo que es el trabajo de parto visto como la presencia de contracciones que producen el borramiento y dilatación del cuello uterino, como se ha hecho mención anteriormente, no ayuda al médico a determinar de una manera exacta cuándo en realidad ha iniciado este proceso solamente lo confirma de una manera retrospectiva. Existen varios métodos utilizados por los clínicos como por ejemplo la intensificación de las contracciones y su frecuencia aunque algunas veces se da lo que son las contracciones de Braxton Hicks que indican un falso trabajo de parto ya que estas tienden a desaparecer. Otro de los métodos empleados es cuando las contracciones son acompañadas por alguna de las siguientes circunstancias: rotura de membranas, expulsión del tapón mucoso, borramiento del cérvix. Aunque por ejemplo en Estados Unidos en algunos centros de atención hospitalaria el ingreso se les da a las embarazadas cuando la dilatación del cuello uterino se encuentra entre los 3 y 4 centímetros. Por el momento estos son los métodos empleados aunque siempre se van a obviar algunas de las incertidumbres de diagnóstico en la evolución de las etapas tempranas de la dilatación.

Cunningham, et al (2005) también explica que la duración del trabajo de parto normal puede verse obstaculizado por muchas variables clínicas que modifican la conducta durante el trabajo de parto. Este autor hace referencia a lo que Kilpatrick y Laros (1989), comunicaron acerca del

primero y segundo período del trabajo de parto que era alrededor de 9 horas en las primigestas sin anestesia regional y el límite era de 18 horas. Y los tiempos correspondientes a las multíparas fueron en promedio casi entre 6 y 13 horas. Estos autores definen el trabajo de parto como el momento en que las mujeres recordaban contracciones regulares cada 3 y 5 minutos, que eran las que causaban cambios en el cuello uterino. Estudios en el Hospital de Parkland en Dallas a principios de la década de 1990 indican que casi el 80% de las mujeres ingresó con 5 centímetros de dilatación y esto desde el momento de ingreso fue determinante en la duración del trabajo de parto normal. El tiempo promedio desde el ingreso hasta el nacimiento espontáneo de todas las parturientas fue de 3.5 horas y 95% de ellas dio a luz en 10 horas. Estos resultados hacen llegar a la conclusión de que el trabajo de parto normal es relativamente breve.

1.2.3 Períodos del Trabajo de Parto

Lombardía y Pérez (2007), establece que el primer período del parto es el de dilatación, que comienza con contracciones regulares que se van intensifican hasta que el cuello uterino se encuentra totalmente dilatado. Esta etapa se divide en tres partes según Scott (2005) las cuales son: latente, activa y desacelerada. Durante la fase latente las contracciones son cada vez más intensas, prolongadas, frecuentes y mejor coordinadas. Y puede que el sufrimiento de la madre sea mínimo o grave. La fase activa comienza cuando la dilatación del cérvix alcanza su punto máximo y finaliza con la dilatación completa. Luego el período de expulsión que es cuando el feto comienza a descender hasta salir al exterior y por último el período de alumbramiento en el que son expulsados los anexos del feto.

Los elementos del trabajo de parto van a ser siempre los mismos lo único que varía es su presentación, ya que puede ser podálica o cefálica y su variedad.

- **Presentación podálica:**

Murray (2007), explica que cuando las nalgas o piernas del bebe están en dirección hacia el cérvix se le llama posición podálica.

Mientras la evolución del parto esté más adelantada se corren menores riesgos. Si el médico logra determinar que el bebé viene en posición podálica puede ofrecerle a la madre varias opciones para el parto, entre ellas la cesárea.

- Presentación cefálica:

Cabero y Saldivar (2007), describen cuatro modalidades de presentación cefálica, la primera es en vértice que significa que la cabeza está flexionada, luego Bregma, con actitud indiferente, luego frente que es en actitud de deflexión pronunciada y la de cara en deflexión máxima.

Un feto en la presentación cefálica mantiene la cabeza o de una manera indiferente en dirección a la pelvis o neutra, conforme se desarrolla el trabajo de parto el mentón del feto se acerca al tórax y adopta cierta flexión de la columna, y se origina alguna de las posiciones antes mencionadas, esto requiere del control de un obstetra, para determinar si el parto es por cesárea como en algunos casos.

Cunningham, et al (2005), también tiene una clasificación acerca de lo que es el trabajo de parto y este está dividido en tres fases que dependen de los fenómenos fisiológicos participantes en el nacimiento, estas son: el preludio (fase 0), la preparación (fase 1), el proceso (fase 2) y la recuperación que es la fase 3 del nacimiento.

- Fase 0, quietud del útero: Fase caracterizada por la tranquilidad del músculo liso uterino y el mantenimiento de la integridad estructural del cuello. De esta fase depende un 95% el desarrollo del trabajo de parto. El músculo liso miometrial se mantiene inactivo ante estímulos naturales y se impone una parálisis que se contrae ante múltiples cambios mecánicos y químicos. Durante esta fase cuando el miometrio se mantiene en estado de quietud el útero también debe permanecer firme y sin cambios, esto es indispensable para un parto exitoso y evitar que este sea pretérmino. Durante la fase de quietud ocurren algunas contracciones miometriales, pero generalmente no producen dilatación del cuello uterino, estas contracciones suelen aparecer esporádicamente y con baja intensidad estos son denominadas contracciones de Braxton Hicks.

- Fase 1, Preparación para el trabajo de parto: A fin de que ocurran los preparativos del útero para el trabajo de parto debe interrumpirse la quietud miometrial de la fase 0 a través de un proceso llamado activación uterina que representa el avance de los cambios en el útero durante las 6 u 8 semanas del embarazo aquí también es importante tomar en cuenta los cambios sucesivos ya que todavía se corre el riesgo de que el parto sea pretérmino. En esta fase se dan los cambios en el cuello uterino y en el miometrio.
- Fase 2, Proceso de trabajo de parto: Esta fase es un sinónimo de trabajo de parto activo y en esta fase si se dan las contracciones que dan lugar para que progresivamente el cuello uterino dilate. Esta fase se divide en tres etapas del trabajo de parto. La primera se inicia cuando las contracciones uterinas ampliamente espaciadas de buena frecuencia e intensidad logran el borramiento del cuello uterino, esta etapa finaliza con la dilatación completa del mismo con casi 10 centímetros de dilatación para permitir el paso del feto. El segundo período se inicia cuando concluye la dilatación del cuello y termina con el nacimiento del feto. Y por último el tercer período que tiene su inicio después del nacimiento del feto y culmina con la expulsión de la placenta y las membranas fetales.
- Fase 3, puerperio: Una hora más o menos luego de haber finalizado el trabajo de parto el miometrio debe mantenerse en un estado de contracción rígida que causa compresión de los grandes vasos uterinos, de esa forma se evita la hemorragia posparto que puede llegar a ser grave. Durante el puerperio temprano se desarrolla un tipo de conducta maternal y es en ese momento en el cual inicia el apego entre madre e hijo. También es el comienzo de la lactogénesis, es decir la bajada de la leche por medio de las glándulas mamarias y para finalizar la involución del útero.

1.2.4 Involución del Útero Tras el Parto

Guyton y Hall (2006), indican que en las siguientes semanas después del parto el útero comienza a contraerse. Una semana después del parto el útero ya ha disminuido a casi la mitad del peso que poseía durante el embarazo y si la madre le da de lactar al bebé el tamaño del útero puede llegar a

ser el mismo que antes de estar embarazada, este fenómeno se produce por las gonadotropinas hipofisarias y las hormonas que tienen su función en los ovarios. También suelen aparecer los loquios, así llamadas a las secreciones vaginales que ocurren por el desprendimiento de secreciones en un principio vienen acompañadas de sangre y luego se tornan en un fluido más denso que está presente unos días luego del parto. Para ese entonces la membrana del endometrio ya ha cicatrizado y comienza a adecuarse de nuevo para la vida sexual.

Cunningham, et al (2005), explica que se requieren al menos de 4 a 6 semanas para concluir la involución del útero sin embargo este proceso va depender de la lactancia materna ya que la infecundidad va persistir mientras se continúe con el amamantamiento.

1.2.5 Alumbramiento

Espinosa (2009), explica que es el proceso mediante el cual se lleva a cabo la expulsión de la placenta y de las membranas que recubren al feto. Este se lleva a cabo mediante dos mecanismos, el de Schultze y el de Duncan. Cunningham, et al (2005), señala que después de que la placenta se separa de su sitio de implantación, la presión que ejercen sobre ella las paredes del útero hace que esta descienda hacia el segmento uterino inferior o la porción superior de la vagina. En algunos casos ésta también puede ser expulsada por la presión abdominal, pero las mujeres que se encuentran con una postura acostada con frecuencia no pueden expulsarla de manera espontánea. Por lo general se requiere de un método artificial para poder concluir el tercer período del trabajo de parto. El método más utilizado es la compresión y elevación del fondo uterino de manera alterna mientras se ejerce tracción mínima sobre el cordón umbilical.

1.2.6 Factores Psicosociales del Puerperio

Gálvez, Moreno y Mingote (2011), mencionan que en esta etapa pueden presentarse síntomas de depresión en la mujer debido al desprendimiento y la sensación de vacío en su cuerpo luego de haber nacido el bebé. Esto es debido a que como se menciona anteriormente la madre tiende a separarse de su hijo no solo físicamente sino también psicológicamente, y la relación ya no es la

misma debido a que ahora se encuentra frente al bebé y por lo tanto surgen muchas dudas las cuales generan ansiedad en ellas.

Suelen aparecer sentimientos confusos debido a que tras el nacimiento del bebé surge alegría, emoción pero también supone una pérdida tanto para la madre como para el bebé por la separación, ya que ahora son seres individuales. Por eso se hace énfasis en que las vivencias que posee la madre durante el embarazo, el parto y el puerperio afectan al bebé de cierta manera, y la etapa en la cual la madre ya se encuentra junto al bebé es muy importante ya que marca el primer vínculo con la sociedad y de ello dependerán los vínculos que vayan surgiendo posteriormente. Por lo tanto los programas de prevención y salud mental en las mujeres embarazadas y madres es necesario para prevenir cuadros patológicos a raíz de la mala asimilación de estos acontecimientos nuevos para la mujer.

1.2.7 Creencias Erróneas Acerca del Parto

Espar (2011), establece que a pesar de que en los libros médicos se dice que la cesárea es una cirugía de alto riesgo que solo debe ser utilizada cuando durante el parto se presenta algún tipo de complicación, las personas de manera errónea creen que una cesárea es mucho más segura que el parto normal. De igual forma el uso de la oxitocina o la episiotomía, indica que se debe usar solo en casos necesarios, ésta es utilizada como uso común dentro de los partos. Las personas tienen el concepto equivocado de que el uso de medicamentos hace más seguro y confiable el parto.

Para las mujeres es más seguro el parto tecnológico ya que creen que esto reducirá el número de muertes maternas e infantiles, según explica la obstetra Charo Quintana, pero realmente esto lo que hace es reducir el estado de salud en las mujeres, mejorar la atención perinatal y el uso de la tecnología en los partos solo en situaciones de alto riesgo. Ante la necesidad de regular todo esto un equipo de expertos creo una guía de práctica clínica para la asistencia al parto normal, en la cual se expone que las mujeres tienen la elección acerca de si quieren o no utilizar fármacos, o que sean utilizados solo de ser necesario, pero que también conozcan cuáles son sus efectos

secundarios, también tienen el derecho a conocer acerca de otros métodos para el alivio del dolor, y que no interfieran con los procesos fisiológicos en el cuerpo.

Otra de las creencias es que el parto es hereditario, si a la madre de la señora le fue mal, ella también corre con la misma suerte, esto es incorrecto ya que el trabajo de parto depende de una multitud de factores y que además, cada mujer es un ser único y exclusivo.

En conclusión cada embarazo y parto es único ya que depende mucho de factores internos y externos de la mujer, al hacer referencia a los estímulos internos se dice que es la percepción que la madre tenga acerca de este proceso y el nivel emocional que está manejando y al referirnos a los estímulos externos se dice que es el ambiente en el que ella se desenvuelve, por lo tanto se debe hacer caso omiso a las experiencias de otras mujeres.

1.2.8 Complicaciones

Scott, Gibbs, Karlan y Haney (2005), definen el término distocia como “parto difícil” y en él están incluidas todas las anomalías que pueden ocurrir durante el trabajo de parto.

También llamadas distocias. Cunningham (2005), explica que éstas se dan a consecuencia de cuatro factores que se pueden dar de manera simultánea o por separado las cuales son:

- Anomalías al momento de la expulsión ya sea porque la frecuencia e intensidad de las contracciones es insuficiente o incorrecta por lo tanto no se da el borramiento y dilatación del cuello uterino,
- Anomalías en la presentación, posición o desarrollo anormal del feto,
- Anomalías del hueso de la pelvis, puede que sea estrecha,
- Anomalías en los tejidos blandos del aparato reproductor que constituyen un obstáculo para el descenso del feto.

Esto resumido de otra manera ms simple indica que las diferentes anomalías se pueden reducir de manera mecánica en tres categorías:

- Anomalías de las potencias,
- Anomalías del pasajero (feto),
- Anomalías del conducto de paso.

Estas complicaciones antes mencionadas puede presentarse de manera conjunta o por separado y en la mayoría de los casos si las mujeres llevan un control prenatal adecuado estas pueden predecirse y brindar una atención médica más eficaz.

Murkoff y Mazel (2010), explica que las complicaciones dentro del trabajo de parto no pueden anticiparse ni retrasarse, y que esto es poco probable que se presente sin un aviso previo, sin embargo cuando esto ocurre puede presentar serios problemas para la madre y el bebé durante el proceso del parto. Entre las complicaciones presentadas durante este proceso según estos autores se encuentran:

a) Aborto Espontáneo, este tipo de complicación es definido como la expulsión del feto en un proceso interrumpido antes de que este pueda salir con vida al exterior de forma natural o provocada. Existe el aborto espontáneo temprano y el aborto espontáneo tardío. Más del 80 % de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas del embarazo y la mitad de ellos se debe a anomalías cromosómicas. Después del primer trimestre disminuyen el índice de abortos y la frecuencia de anomalías cromosómicas. El riesgo de padecer esta complicación también se debe al número de hijos procreados y también depende de la edad del padre y de la madre. No siempre se detectan los mecanismos precisos que explican el aborto pero en los primeros 90 días del embrión o del feto casi siempre es causada por una expulsión espontánea ya en meses posteriores no es muy probable que el feto muera antes de la expulsión, por lo tanto ante esta situación se deben buscar otras posibles causas.

b) Embarazo prolongado o también conocido como embarazo postérmino que es el que dura más de 42 semanas. Los embarazos prolongados tienen el riesgo de macrosomía y el resultado es distocia de hombros y lesión fetal, aspiración de meconio, sufrimiento fetal intraparto y óbito. Los riesgos maternos comprenden,

traumatismo, hemorragia, y anormalidades en el trabajo de parto. Las intervenciones que realizan los médicos en este tipo de complicación tiene beneficios mínimos. La causa más común de un parto prolongado es una fecha imprecisa. La intervención médica consiste en este caso, en la inducción del trabajo de parto, ya que cuando existe un cuello uterino favorable es razonable la inducción, pasadas las 42 semanas de gestación. Por otro lado si la inducción del cuello uterino fuera desfavorable éste método probablemente no tenga éxito y termine en cesárea. Por lo tanto también se cree que los factores de riesgo que predisponen para que un parto tenga que ser por cesárea son: cuello uterino no dilatado, analgesia y nuliparidad.

c) Preeclampsia, o más conocida como hipertensión inducida por el embarazo o toxemia, lo cual causa una elevación repentina de la presión sanguínea que si no se trata con tiempo se convierte en eclampsia y la mujer puede llegar a convulsionar. Esta puede ser causada por un defecto en los vasos sanguíneos, por un factor genético o la respuesta inmunológica a un cuerpo extraño, El agente que causa la preclamsia aún se desconoce pero el síndrome se caracteriza por vaso espasmo, hemoconcentración y cambios isquémicos en la placenta, los riñones, el hígado y el cerebro.

d) Desprendimiento de la placenta, es la separación temprana de la placenta, la cual sirve de soporte al bebé de la pared uterina en el embarazo, ya que esto normalmente ocurre luego del nacimiento del bebé. Si el desprendimiento es ligero y se utilizan los medicamentos necesarios no hay mayor peligro, pero si esta se desprendiera por completo si es de bastante riesgo ya que sin la placenta el bebé no recibirá oxígeno ni alimentos.

e)

f) Ruptura prematura de las membranas, es la ruptura de la bolsa de agua antes de las 37 semanas, el mayor riesgo es que el bebé nazca prematuro, así como también puede surgir en algún momento alguna infección o prolapso del cordón umbilical. Al ocurrir esto es recomendable que la madre haga reposo y algunas veces se le administran

medicamentos según las indicaciones del médico. Según Scott, Gibbs, Karlan y Haney (2005), la incidencia de este tipo de complicación va de 5 a 10% de los partos y en 1% ocurre en la etapa pretérmino. Casi 70% de los casos se presenta en embarazos a término. No existe una causa clínicamente evidente pero se cree que una de las causas es el decremento generalizado de la tensión de las membranas o defectos locales en ellas.

g) Prolapso del cordón umbilical, ocurre cuando el cordón umbilical sale antes que el bebé al momento de la expulsión, esto puede provocar compresión del mismo y fallas en el suministro de oxígeno para el bebé.

h) Distocia de hombro, esta complicación se da cuando al momento del parto y el alumbramiento el hombro del bebé se atasca detrás de uno de los huesos pélvicos, esto puede ser causado por el descuido en la alimentación debido a que el bebé es muy grande, o a la diabetes gestacional de reactividad emocional aumentada por la mitad de las mujeres en el transcurso de la primera semana después del parto.

i) Trastornos psicológicos posparto, entre ellos se encuentra la tristeza posparto que es un estado transitorio de reactividad emocional experimentada por la mitad de las mujeres en el transcurso de alrededor de la primera semana posterior al parto el estado emocional que predomina es de alegría, pero presentan labilidad emocional, insomnio y más tendencia al llanto, irritabilidad y labilidad afectiva. Estos síntomas son transitorios y están presentes debido a la reacomodación bioquímica que sufre la mujer aunque siempre debe estar en vigilancia. Otro padecimiento que puede surgir a raíz del puerperio es la depresión posparto, que es similar a la anterior solo que los síntomas deben estar presentes durante todo el día y por más de dos semanas de duración esta inicia en el transcurso de cuatro semanas luego del parto aunque algunos opinan que ocurre en el transcurso de tres meses. Y por último se encuentra la psicosis posparto que es el trastorno puerperal más grave y este tiende a manifestarse dos semanas luego del parto. Los síntomas que presentan las mujeres son de confusión y

desorientación pero estos pueden estar entrelazados con síntomas de lucidez y posiblemente estas mujeres también experimenten síntomas de depresión. Su evolución es variable pero esta debe ser visto por un psiquiatra para recibir el tratamiento adecuado.

Así podrían citarse algunas otras complicaciones, pero estas son las más comunes y a pesar de que estos tipos de complicaciones pueden ser detectados durante el transcurso del embarazo si se tienen los controles adecuados, es necesario que todas las mujeres los conozcan para saber detectar si se presenta algún síntoma o simplemente no sentir miedo a causa del desconocimiento de las mismas.

Muchas de las mujeres embarazadas principalmente las primigestas se ven condicionadas por los tabúes que existen en la sociedad y el desconocimiento acerca de lo que es el proceso del embarazo y parto, por lo tanto algunas lo ven como una experiencia desagradable, mayormente durante el trabajo de parto tienden a verlo como una experiencia traumática. Y obviamente esto es algo completamente nuevo para ellas por lo tanto deben contar con la debida información y asesoría en los centros que les proporcionan asistencia. En estos lugares deben existir personas capacitadas acerca de lo que es el método de psicoprofilaxis o las deben referir a algún centro que imparta dicho curso con el fin de facilitar este proceso, reducir el riesgo de complicaciones, obtener una participación activa por parte de las mujeres y por ende que el niño nazca en mejores condiciones. La promoción del método de psicoprofilaxis en la sociedad es la única forma de acabar con los tabúes antes mencionados y reducir uno de los problemas a los que se enfrenta el sector de salud que es la mortalidad materno infantil.

También se recalca la importancia de romper las barreras existentes entre lo que es la medicina y la psicología ya que el ser humano debe ser visto como un todo a lo que hace referencia el modelo biopsicosocial que abarca lo que son los factores, biológicos del ser humano, psicológicos, y sociales que hace referencia a la interacción con el medio (cultura, creencias, valores), y así poder brindar una atención integral a la persona.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La psicoprofilaxis como método para ayudar a la madre a prepararse psíquica y físicamente para un parto natural y sin dolor, se inició en el año 1908, sin embargo fué hasta 1932 en Inglaterra cuando propusieron que la superación del miedo y la tensión mediante la educación a la mujer embarazada, ayuda a controlar las emociones y que ella esté relajada y segura durante el parto lo cual crea una serie de circunstancias llamadas factores positivos que la fortalecen en este proceso, al cual se le llamó parto sin temor. Este método surge ante la necesidad por parte de los médicos de reducir el uso de medicamentos, ya sea para controlar el dolor, como para reducir el riesgo de complicaciones del trabajo de parto, para impartir dicho método se utilizó como base los fundamentos de las escuelas de Rusia y Francia.

Velez (2005), explica que el método sirve para asimilar de mejor manera los cambios que sufre la mujer tanto físicos como psicológicos, durante la etapa de embarazo y parto, que es ahí donde la psicoprofilaxis juega un papel crucial ya que si la mujer se ha estado preparando con tiempo y ha practicado las respiraciones y la relajación de la mejor manera, ella va a ir creando, lo que se le llama reflejo condicionado, el cual se adquiere mediante estímulos repetidos o en este caso la práctica constante de tensar y relajar los músculos como en las contracciones, al adquirir este reflejo la mujer podrá trabajarse mentalmente durante este proceso, que es cuando comúnmente las mujeres pierden el control, y mientras más fuertes son las contracciones ellas comienzan a gritar y a sentirse asustadas, lo que para algunas mujeres resulta ser algo traumático y surgen las complicaciones debido a que la parturienta no colabora y muchas veces el trabajo de parto se alarga más del tiempo normal.

Por lo tanto es un hecho establecido que el temor, la angustia y la ansiedad desempeñan una parte fundamental en el mecanismo del dolor en el proceso del trabajo de parto, ya que al momento de la dilatación estos factores pueden ocasionar que el cuello de la matriz (cérvix), no dilate adecuadamente y durante la contracción la tensión que ellas manejan hace que el bebé ejerza presión en esa área y el dolor aumente. Pero debido a la falta de información, y conocimiento acerca de los beneficios que este curso les aporta a las gestantes los índices de mortalidad

materno infantil aumentan y un gran porcentaje necesita de intervención médica quirúrgica para poder dar a luz. El doctor Alvarado, ginecoobstetra y psicólogo clínico explica que la psicoprofilaxis consiste en una serie de técnicas teórico- prácticas, que se aplican a las parturientas a partir del sexto mes de embarazo con el objetivo de que su parto sea llevado a cabo, sin temor, con suficiente información proporcionado en un lenguaje comprensible para todas las mujeres, y que ellas puedan participar de forma activa en el proceso. La psicoprofilaxis hablando en el aspecto psicológico evita cierto tipo de complicaciones, no médicas, pero sí que se dan en el proceso, como por ejemplo, la duración del trabajo de parto y la oxigenación al bebé. Una forma de probar los beneficios que el curso aporta a la madre es mediante la evaluación del desempeño y es bastante probable que una madre con una buena actitud y colaboradora sea menos propensa a sufrir algún tipo de complicación médica o por lo menos lo sabrá manejar de una mejor manera. (F. Alvarado, entrevista personal, 11 de diciembre del 2014).

A todo esto respondemos a la siguiente pregunta, ¿Existe una relación entre la psicoprofilaxis y las complicaciones del trabajo de parto?

2.1 Objetivos

2.2

2.1.1 Objetivo General

- Establecer si existe una relación estadísticamente significativa entre la psicoprofilaxis y las complicaciones del trabajo de parto.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Determinar los antecedentes médicos y psicológicos que presentan las participantes del estudio,
- Establecer el perfil psicosocial de las mujeres del estudio al inicio del embarazo,
- Determinar la utilidad de cada una de las técnicas del método psicoprofiláctico, impartidas en el curso durante el trabajo de parto,
- Describir las experiencias de las mujeres que recibieron el curso de psicoprofilaxis.

2.2 Hipótesis

H1. Existe una relación estadísticamente significativa entre psicoprofilaxis y las complicaciones del trabajo de parto.

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre psicoprofilaxis y las complicaciones del trabajo de parto.

2.2 Variables

Psicoprofilaxis

Complicaciones del trabajo de parto.

2.4 Definición de Variables

2.4.1 Definición Conceptual

Psicoprofilaxis:

Solis y Morales (2012) definen psicoprofilaxis como la preparación integral con información y educación, complementada con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal y mental, los que mejorarían la calidad de vida de la madre y del bebé. Así mismo incluye técnicas de respiración y relajación con el fin de que se tenga una buena oxigenación y un equilibrio emocional y mental que favorezca el comportamiento de la mujer durante todo el proceso.

Según los mismos autores es más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, ya que con el tiempo se transformó en una profilaxis global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo en la gestación, parto y pos parto.

Complicaciones del trabajo de parto:

Son dificultades en el mecanismo del parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo. Aguilar (2011).

Según Scott, et al (2005), una razón para la continuación del alto índice de partos con complicaciones es el conocimiento deficiente del proceso del trabajo de parto y la falta de una conducta organizada para su atención.

2.4.2 Definición Operacional

Psicoprofilaxis:

Asistencia de las mujeres embarazadas al curso de psicoprofilaxis para el trabajo de parto dictado por Aída de Mazariegos.

Complicaciones en el trabajo de parto:

Complicaciones manifestadas por las mujeres del estudio después del parto.

Las variables de estudio se operacionalizaron, a través de un cuestionario de recolección de datos, el cual está comprendido en la primera sección por los datos generales de la mujer, en la segunda sección los antecedentes médicos, en la tercera sección las complicaciones del trabajo de parto y condiciones del recién nacido y en la cuarta sección preguntas acerca del curso de psicoprofilaxis. Los datos que solicita el cuestionario fueron recolectados mediante una entrevista a las mujeres. Esto con el objetivo de conocer cuál fue su desempeño durante el trabajo de parto y determinar como el curso influyó en este proceso.

2.5 Alcances y Límites

La investigación busca establecer como el método de psicoprofilaxis impartido en el Centro de preparación psicoprofiláctico de la profesora y preparadora del método ya mencionado, Aida

Castillo de Mazariegos ayuda a prevenir complicaciones durante el trabajo de parto y a demostrar la importancia del mismo.

2.6 Aporte

La realización de este proyecto permite demostrar los beneficios acerca del curso de psicoprofilaxis y su importancia en la prevención de complicaciones que surgen a raíz de que la mujer no colabora debido a que está tensa y con miedo, el parto tiende a prolongarse y algunas veces se ve interrumpido y es necesaria la intervención médico quirúrgica.

La investigación aporta una síntesis a nivel teórico y práctico acerca del tema investigado, lo que permite tener referencias para futuras investigaciones, y poder demostrar la necesidad que se tiene de implementar este curso en todos los centros de salud que brinden el servicio de asistencia durante el parto en nuestro país, y que además las enfermeras y asistentes en el parto conozcan la importancia de este método.

También tiene el objetivo de hacer conscientes a los estudiantes de la Universidad Rafael Landívar, principalmente de la carrera de psicología y de otras universidades acerca de la importancia de profundizar más en este tema e interesarse por proporcionar ayuda a las mujeres que están pasando por esta etapa, ya que hay un gran campo y muy pocas personas capacitadas acerca del método en Quetzaltenango, no obstante esta tema es de interés general ya que sirve para que desde el nacimiento se dé al bebe y su madre una mejor calidad de vida y salud mental. Este curso posee las herramientas para capacitarlos y explicarles de forma verídica lo que es la etapa del embarazo y parto. Y por último que las mujeres comprendan los beneficios el curso, para que puedan asumir de la mejor manera la etapa de embarazo y parto y controlar la ansiedad. Y por último se espera hacer conciencia al ámbito médico y al psicológico de la necesidad de que ambos campos se complementen porque como se sabe no existe unión entre estas dos ciencias, y esto de cierta manera afecta e impide un avance ya que la persona debe ser vista como un todo. Si se encuentra mal físicamente esto va repercutir a nivel psicológico y lo mismo ocurre si la persona se encuentra mal psicológicamente no va estar bien físicamente.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

El trabajo de investigación se desarrollará con un grupo de mujeres que recibieron el curso de psicoprofilaxis en el Centro de preparación Psicoprofiláctica de Aída de Mazariegos de la cabecera de Quetzaltenango, tomándose como muestra un universo de 32 mujeres.

3.2 Instrumento

Se utilizó un cuestionario de recolección de datos, el cual está comprendida en la primera sección por los datos generales de la mujer, en la segunda sección los antecedentes médicos, en la tercera sección las complicaciones del trabajo de parto y condiciones del recién nacido y en la cuarta sección preguntas acerca del curso de psicoprofilaxis.

3.3 Procedimiento

El proceso para realizar este tipo de investigación está basado en:

- Selección del tema: Se escogieron tres temas, los cuales fueron de interés propio y de mayor impacto,
- Determinación de la prueba a utilizar: Según los temas, se escogieron las pruebas psicométricas correspondientes para cada tema,
- Selección de la unidad de análisis y de la muestra: Se buscó el lugar correspondiente para realizar la investigación según los temas seleccionados, y a la vez la muestra que se iba a utilizar, así como también se realizó visitas a la unidad de análisis seleccionadas para plantear el tema de investigación,
- Elaboración de sumarios: Se presentaron los temas elegidos a la terna revisora,
- Aprobación del tema: De los tres sumarios presentados se aprobó uno de los tres temas presentados, el cual es que se realiza en este momento,

- Investigación y elaboración de antecedentes: Estos provenientes de la información recaudada de las dos variables de estudio, mediante diferentes medios de información como revistas electrónicas, artículos de prensa, internet, tesis,
- Elaboración del índice: En base al tema, a las dos variables de estudios, a la bibliografía e intereses personales se elaboró el índice con los subtemas de mayor relevancia e importancia, para posterior corrección,
- Investigación y elaboración de marco teórico: Se procedió a buscar libros sobre las dos variables de estudio y correspondientes subtemas para realizar la elaboración del marco teórico, para posterior corrección y depuración de la información teórica,
- Planteamiento del problema: Fue realizado y corregido en base al sumario presentado y aprobado con anterioridad, para posterior corrección,
- Método: Según el tema aprobado, sujetos, instrumentos, tipo de investigación, diseño y estadística se realiza el método en base a los temas mencionados en este paso,
- Entrega de Anteproyecto: Con los antecedentes, marco teórico, planteamiento del problema, método, introducción y resumen, realizado y corregido se entregó el anteproyecto para su aprobación,
- Correcciones: Con el anteproyecto aprobado se realiza las correcciones correspondientes para realizar la prueba a los padres,
- Presentación y Discusión de resultados: Después de aplicar la ficha de recolección de datos a las mujeres se procedió a la realización de lo estadístico para poder presentar los resultados y luego de analizados se realizar la discusión de resultados,
- Elaboración de la Propuesta: Con los resultados obtenidos se elaboró una propuesta para poder informar y crear el interés en las mujeres embarazadas acerca del método psicoprofiláctico,
- Conclusiones y recomendaciones: Se hicieron las conclusiones pertinentes de la investigación realizada con sus debidas recomendaciones,
- Redacción de introducción y resumen: Al concluir con toda la investigación se realizó la elaboración de la introducción y el resumen,
- Clasificación de las referencias bibliográficas: Se clasificaron y elaboraron las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo de la elaboración de la tesis.

3.4 Tipo de Investigación, Diseño y Metodología Estadística

La presente investigación corresponde al tipo descriptivo correlacional, pues según Hernández, Fernández y Baptista (2006), este modelo tiene como propósito conocer la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular; pues se busca medir cada variable presuntamente relacionada y, después analizar la correlación de las implicadas para así determinar el grado de vinculación que poseen. Por lo que en el estudio realizado en el centro de preparación psicoprofiláctica de Aída de Mazariegos en la cabecera de Quetzaltenango, se aplicó dicho diseño de investigación.

Lo anterior quiere decir que los estudios descriptivos correlacionales, buscan establecer como una variable puede verse relacionada con otra y si a medida en que una incrementa, igualmente incrementa la otra.

Para la obtención de resultados la metodología estadística que se utilizará es el coeficiente de correlación de Pearson, el cual según Hernández, Fernández y Baptista (2006), afirma que es una prueba estadística que se utiliza para analizar la relación entre dos variables, medidas en un nivel por intervalos o de razón.

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados estadísticos que se exponen a continuación se obtuvieron mediante la aplicación de un cuestionario de recolección de datos con el fin de responder a los objetivos planteados en la investigación, la cual en las primeras series abarca lo que son datos generales, y complicaciones en el embarazo y parto y las últimas dos series lo que es el curso de psicoprofilaxis. Esta prueba se administró a un universo de 23 mujeres que recibieron el curso en el Centro de Preparación Psicoprofiláctica de la señora Aída de Mazariegos del departamento de Quetzaltenango.

A continuación se presentarán los resultados obtenidos por medio de gráficas y tablas numeradas estableciendo una breve explicación de cada una de ellas.

Cuadro No. 4.1 Edad de las mujeres

Edad	f	%
entre 21 a 34 años	23	72%
mayor de 35	7	22%
menor de 20	2	6%
Total general	32	100%

La tabla muestra que en su mayoría las mujeres del estudio tienen entre 21 a 34 años.

Cuadro No. 4.2 Estado civil

Estado civil	F	%
Casada	27	90.00%
Soltera	3	10.00%
Total general	30	100.00%

La tabla indica que el 90% de las mujeres del estudio son casadas.

Cuadro No. 4.3 Ocupaciones

Ocupación	F	%
Ama de casa	6	18.75%
Estudiante	6	18.75%
Médico	4	12.50%
Abogada	4	12.50%
Perito contador	2	6.25%
Psicóloga	2	6.25%
Maestra	2	6.25%
Química bióloga	1	3.13%
Técnica de laboratorio	1	3.13%
Secretaria comercial	1	3.13%
Administradora de empresas	1	3.13%
Estilista	1	3.13%
Auditora	1	3.13%
Total general	32	100.00%

La tabla muestra que en el grupo de estudio la mayoría de mujeres son amas de casa y estudiantes.

Cuadro No. 4.4 Procedencia

Procedencia	F	%
Quetzaltenango	25	78.13%
Totonicapán	2	6.25%
San Marcos	1	3.13%
San Juan Ostuncalco	1	3.13%
La Esperanza	1	3.13%
Cantel	1	3.13%
Salcajá	1	3.13%
Total general	32	100.00%

Las mujeres participantes en el estudio que asistieron al centro de preparación psicoprofiláctica en su mayoría son provenientes del departamento de Quetzaltenango.

Cuadro No. 4.5 Número de embarazos

No. De embarazos	F	%
1	12	37.50%
2	7	21.88%
3	6	18.75%
4	5	15.63%
5	2	6.25%
Total general	32	100.00%

El 37 % de mujeres, que es el mayor porcentaje son primigestas.

Cuadro No. 4.6 Antecedentes médicos

Antecedentes médicos	F	%
Ninguno	24	75.00%
Sobrepeso	4	12.50%
Preclamsia	1	3.13%
Hipertensión e hipertiroidismo	1	3.13%
Anemia	1	3.13%
Hipertensión y preclamsia	1	3.13%
Total general	32	100.00%

El 75% de las mujeres no presentó ningún antecedente médico, seguido del 12% que padecía de sobrepeso y un 3%, preclamsia, hipertensión y anemia.

Cuadro No. 4.7 Número de controles

Controles prenatales	F	%
9	14	45.16%
7	9	29.03%
6	5	16.13%
8	3	9.68%
Total general	31	100.00%

La siguiente tabla muestra que el 45% de las mujeres si tuvieron los 9 controles prenatales durante su embarazo.

Cuadro No. 4.8 Parto

Parto	F	%
A término	24	75.00%
Pre término	4	12.50%
Pos término	4	12.50%
Total general	32	100.00%

Según la tabla el 75% de mujeres tuvo su parto entre las 37 a 41 semanas de gestación.

Cuadro No. 4.9 Tiempo de duración del parto

Tiempo	F	%
12 hrs.	6	20.00%
6 hrs.	5	16.67%
8 hrs.	4	13.33%
7 hrs.	3	10.00%
10 hrs.	3	10.00%
15 hrs.	3	10.00%
24 hrs.	2	6.67%
3 hrs.	1	3.33%
13 hrs.	1	3.33%
4 hrs.	1	3.33%
19 hrs.	1	3.33%
Total general	30	100.00%

Los tiempos de duración de los trabajos de parto variaron bastante pero el mayor porcentaje que fue un 20% duró 12 horas con trabajo de parto seguido de un 16% con 6 horas.

Cuadro No. 4.10 Tipo de parto

Tipo de parto	F	%
Normal	24	75.00%
Cesárea	8	25.00%
Total general	32	100.00%

Según la tabla el parto fue normal en un 75% de las mujeres y el otro 25% terminó en cesárea.

Cuadro No. 4.11 Peso del bebé

Peso	F	%
7 lbs.	12	41.38%
6 lbs.	11	37.93%
8 lbs.	3	10.34%
4 lbs.	2	6.90%
5 lbs.	1	3.45%
Total general	29	100.00%

Según la tabla los pesos de los bebés un 47% pesó 7 libras, seguido de 6 libras con un 37.93%.

Cuadro No. 4.12 Talla del bebé

Talla	f	%
50 cmts.	11	36.67%
49 cmts.	10	33.33%
51 cmts.	5	16.67%
45 cmts.	1	3.33%
43 cmts.	1	3.33%
48 cmts.	1	3.33%
49 cmts.	1	3.33%
Total general	30	100.00%

Según la siguiente tabla el 36.67% de los bebés midió 50 centímetros

Cuadro No. 4.13 Estado emocional

Estado emocional	Si		no		TOTAL
	F	%	f	%	
TEMOR	4	13.79%	25	86.21%	29
ANGUSTIA	6	20.69%	23	79.31%	29
CONFUSIÓN	1	3.45%	28	96.55%	29
ALEGRÍA	29	96.67%	1	3.33%	30
TRISTEZA	1	3.57%	27	96.43%	28
FUE EMBARAZO PLANIFICADO	20	68.97%	9	31.03%	29

En lo relativo al estado emocional de las mujeres al inicio del embarazo un 96.67 % sintió alegría al saber que estaba embarazada, un 68.97% planificó con tiempo su embarazo, seguido de un 20.60% que experimentó angustia y un 13.79% sintió temor (Dick Read lo define como el síndrome temor, tensión, dolor que se presenta como un círculo),

Cuadro No. 4.14 Correlación entre técnicas psicoprofilácticas y complicaciones

	<i>complicación</i>	<i>respiración</i>	<i>Relajación</i>	<i>control mental</i>	<i>Pujo</i>	<i>Posturas facilitatorias</i>
Complicación	1					
Respiración	0.168789895	1				
Relajación	0.087705802	0.84983659	1			
control mental	0.208333333	0.74420841	0.61162352	1		
Pujo	0.067419986	0.30151134	0.20695934	0.59584601	1	
Posturas facilitatorias	0.030934411	0.43808583	0.31200964	0.62915287	0.79252708	1

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla de correlación y en base al valor de significancia que es de 0.9434, se puede decir que se acepta la hipótesis nula ya que los valores encontrados, 0.168789895, -0.087705802, 0.208333333, 0.067419986 y -0.030934411 caen dentro del área de aceptación es decir son menores que dicho valor de significancia.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Mahe y Saada (2009), explican que la Psicoprofilaxis obstétrica, es un término médico y psicológico que se le asigna al curso de preparación para el parto, creado por Fernand Lamaze.

El curso es recomendable comenzar alrededor del sexto mes de embarazo y la duración de cada sesión es de una a dos horas. Dentro del curso se tratan temas relacionados con las etapas del embarazo, ejercicios de relajación y de respiraciones, con el fin de tener una mejor tolerancia al dolor de las contracciones y así mismo mediante las respiraciones recuperar energía entre cada contracción, también se explican diferentes tipos de posiciones para que la parturienta sea más ágil y tenga un mejor manejo de las contracciones y ayuda a facilitar el nacimiento del recién nacido con un control del pujo.

Según Muriel (2007), en su libro titulado Dolor Crónico explica la relación entre ansiedad y dolor, muchos autores hacen énfasis en esta relación, pero él menciona que ambas se complementan e interrelacionan, a mayor ansiedad mayor es el dolor, pero también una persona que sufre de dolor y este se va intensificando en ciertos períodos de tiempo va comenzar a experimentar ansiedad, debido a no saber cómo controlar esto, lo cual en el proceso de parto si la persona se encuentra ansiosa y temerosa, puede repercutir en que se tenga algún tipo de complicación. Al hablar de complicaciones podemos hacer referencia a las complicaciones médicas así como también psicológicas, ya que lo psicológico también juega un papel muy importante que repercute no solo en la madre sino en su feto.

Las complicaciones vistas desde el punto de vista psicológico implican lo que es el miedo y el estrés durante el proceso. Yanes (2008), explica que “el estrés es el conjunto de respuestas automáticas que nuestro cuerpo produce de forma natural ante situaciones que entiende como amenazantes y ante la cual la reacción más inmediata es situarnos en un estado de alerta.” (p.32). Desde un punto de vista psicológico el estrés envía un mensaje de alerta al cerebro y este tiene una de dos opciones, huir o atacar, por lo tanto se activan todos los órganos del cuerpo, como lo es la circulación, el sistema digestivo y la respiración. Se libera una hormona llamada cortisol y

adrenalina y noradrenalina provenientes de las glándulas suprarrenales en todo el cuerpo provocando tensión muscular, respiración rápida y pulso acelerado, para que el cuerpo esté preparado para cualquiera de estas dos opciones. En respuesta a la liberación de estas sustancias el cerebro interpreta el estímulo algunas veces intensificado, tal es el caso de los partos, cuando las madres no poseen la preparación necesaria y se sienten inseguras e impotentes, perciben las contracciones uterinas y todo el proceso como una amenaza, se libera el cortisol y esto no es favorable para la mujer, ya que la tensión muscular va a interferir con la dilatación del cuello uterino, el parto se va prolongar y el dolor se va intensificar, esto también repercute en el feto ya que si la madre está descontrolada y su respiración es inadecuada el oxígeno que le llega al feto no es suficiente porque la respiración de la madre es muy superficial o inapropiada, es por eso que el curso de psicoprofilaxis hace énfasis en la importancia de las respiraciones, esto también va permitir a la madre estar con energías y que no se agote rápidamente.

Esto no quiere decir que las complicaciones médicas queden totalmente desligadas a las complicaciones de tipo psicológico puesto que como señala Cabero (2006), algunas conductas en la vida de las gestantes también han sido factores para que se desencadenen ciertas complicaciones, como por ejemplo el consumo de sustancias tóxicas, las condiciones de trabajo, esto va depender también del ejercicio físico que ellas realicen, y el estrés, que según los estudios de dicho autor, el estrés se ve estrechamente relacionado con la prematuridad. Muchas investigaciones habían demostrado lo contrario, pero ahora que se tienen instrumentos más efectivos y se ha puesto de manifiesto la importancia de este factor. Cuando una mujer embarazada se encuentra tensa ya sea por lo económico, problemas familiares o laborales, o simplemente por el temor al parto, debido al desconocimiento o información negativa esto le causa tensión y la mujer trata de sobreponerse, poniendo a prueba su capacidad de resiliencia o resistencia, y los niveles dentro de su cuerpo de una hormona llamada corticotropina se elevan facilitando así la prematuridad del parto.

Las complicaciones psicológicas presentan un poco más de dificultad en cuanto a medirlas. Una de las maneras en las que se puede observar si hubo o no complicación es en el desempeño de la madre y el estado en el que se encuentra luego del parto, al igual que las condiciones del recién

nacido. Pero para obtener resultados más concretos y respaldándose de los fundamentos anteriores, que señalan que las complicaciones médicas y las psicológicas tienen relación en la presente investigación se trató de establecer el porcentaje de mujeres que habían tenido complicaciones médicas durante el trabajo de parto así como el estado en que se encontraba el recién nacido luego del parto y sus experiencias.

Según los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario de recolección de datos al grupo de mujeres que asistieron al Centro de Preparación Psicoprofiláctica de Aída de Mazariegos del departamento de Quetzaltenango, se puede comentar que:

En primer lugar se elaboró un perfil de las mujeres del estudio, y según indican los resultados en la edades de las mujeres un 73% de ellas está entre los 21 a 34 años, por lo tanto según Williams, et al (2006), explica que la edad de la mujer tiene consecuencias importantes en el embarazo y parto si este se da en alguno de los extremos de la vida reproductiva. Indica que las mujeres adolescentes son más propensas a sufrir anemia, y a tener hijos con bajo peso, partos pretérmino y muerte fetal. También están presentes lo que son las enfermedades de transmisión sexual debido a que no ha habido una planificación ni la orientación adecuada antes de la concepción.

Otro factor que cabe destacar es que el cuerpo de una adolescente en formación quema más calorías que un adulto, por lo que se necesita del asesoramiento de un profesional para indicarle una dieta en base a la cantidad ideal de calorías que debe poseer y los cuidados necesarios para evitar complicaciones, también en las niñas y las adolescentes debido a la falta de maduración de los órganos pueden darse complicaciones, como distocias. Williams señala también que en las mujeres mayores de 35 años los riesgos de sufrir complicaciones incrementan y las cifras de morbilidad y mortalidad perinatales son mayores, aunque de ello también dependen las condiciones de salud que la mujer esté manifestando. En su obstetricia Williams muestra una tabla referente a la frecuencia de algunas complicaciones gravídicas en 20,525 mujeres que dieron a luz en el hospital de Parkland que dio como resultado que en las mujeres de 20 a 34 años hubo menos complicaciones. Varios autores también coinciden con estos datos. Beltrán (2007), también menciona que las adolescentes con frecuencia tienen malos hábitos alimenticios,

y algunas consumen alcohol, tabaco o algún tipo de drogas. También hace énfasis en el aspecto social y psicológico de una madre adolescente ya que algunas tienden a abandonar sus estudios, y se ven en la dificultad de conseguir un trabajo adecuado para cubrir los gastos que se invierten en un bebé, algunas tampoco poseen el respaldo o el apoyo adecuado para lidiar con el estrés que conlleva la crianza de un hijo, señala que una adolescente soltera sin terminar la secundaria tiene una posibilidad mayor de vivir en la pobreza. En el plano psicológico al hablar de madurez, Pascale-Dominique (2014), la define como la capacidad de apertura y responsabilidad, de asumir los acontecimientos como factores de crecimiento, la capacidad de centrarse en el otro y no solo en sí mismos. Lo cual la mayoría de adolescentes aún no la han desarrollado por completo y por la misma razón tienen dificultades para asumir las responsabilidades y la actitud que demanda el ser madre. Otro factor es que la mayoría de adolescentes son abandonadas por su pareja sexual y entonces pueden presentar conflictos psicológicos como ansiedad, depresión, consumo de drogas, alcohol y abortos.

En referencia a las gestantes mayores de treinta y cinco años, la mayoría de ellas trabajan por lo tanto es necesario que tomen ciertas precauciones, como reducir el ritmo del trabajo y aligerar responsabilidades con el fin de mantener cierta tranquilidad y evitar estresarse, pueden presentarse también alteraciones de tipo cromosómico, como lo es la trisomía veintiuno (mongolismo). En lo que refiere al estado civil de las mujeres, en la investigación un 90% son mujeres casadas. Dado esto se dice que el papel de la madre es indiscutiblemente esencial, pero el apoyo que la pareja le da a la gestante es de suma importancia ya que ella está pasando por una etapa de cambios no solo físicos sino también emocionales, por lo tanto existen estudios que demuestran claramente que en el embarazo y parto las mujeres que tienen el apoyo y el interés de su pareja hacen que se presenten menos complicaciones. Murray (2007). Esto no quiere decir que en todos los casos las mujeres solteras presenten complicaciones durante su embarazo y parto, pero lo ideal es que la mujer esté acompañada por su pareja o sino por algún familiar cercano, esto hablando al momento del parto.

En las ocupaciones de las mujeres, en la investigación se logró determinar que el mayor porcentaje son amas de casa y estudiantes con 18. 75%, seguido de médicos y abogadas con un

12.50%. Por lo tanto predominaron dentro del grupo las estudiantes debido a que como se pudo observar en el cuadro de edades ellas están comprendidas entre los 21 a 34 años y son mujeres de clase media, por lo tanto se encuentran aún en el proceso de superación, el único inconveniente aquí es que por ser estudiantes y estar embarazadas, podría suceder que suspendieran los estudios o esto les afectara en su rendimiento académico, no obstante esto podría evitarse si la mujer cuenta con el apoyo de otra persona que lleve a cabo las atenciones que se le deben brindar al niño. Respecto al otro porcentaje que también son amas de casa, este grupo tiene la ventaja de que le pudieron dedicar tiempo completo a lo que es su embarazo y posteriormente a los cuidados necesarios para el bebé que conlleva varias responsabilidades.

El mayor porcentaje son mujeres primigestas, esto se da porque una mujer que desconoce de este proceso y se siente ansiosa y algunas veces temerosa es la más interesada en informarse que una mujer que ya haya recibido el curso o simplemente haya pasado por este proceso por lo tanto si se tienen los medios ellas se ven en la necesidad de prepararse. Ramos (2005), define la psicoprofilaxis como una preparación integral para la gestante o de preferencia para la pareja, que abarca lo psicológico, emocional, físico y que tiene como objetivo eliminar la ansiedad producida por el desconocimiento de lo que es el trabajo de parto, hoy en día es de suma importancia informarse de manera correcta acerca de este proceso, ya que existen muchos tabúes y creencias erróneas.

En cuanto al peso de las mujeres en su mayoría ellas tuvieron un peso promedio, y la mayoría son provenientes del departamento de Quetzaltenango. Por lo tanto el perfil de la mujer del estudio basado en los resultados es el ideal ya que llena la mayoría de los criterios para que un embarazo se lleve a cabo en las mejores condiciones y con un bajo índice de riesgo en cuanto a complicaciones tanto médicas como psicológicas.

Luego en el cuadro sobre antecedentes médicos un 75% de mujeres, manifestó no tener ningún antecedente médico patológico, luego 4 mujeres que representan el 12.50% tenían sobrepeso y se dieron tres casos en los cuales las mujeres habían sufrido de preclamsia, hipertensión y anemia, los cuales a cada una le corresponde un 3.13% dentro del porcentaje. Este cuadro demuestra que

en su mayoría las participantes en la investigación eran mujeres en condiciones óptimas de salud. Lombardía y Fernández (2007), describen la importancia de los antecedentes médicos ya que mediante ellos se va determinar el riesgo del embarazo para evitar complicaciones que en determinado momento puedan afectar la salud del feto o de la madre. Es aquí donde radica la importancia de los controles prenatales ya que la evaluación del riesgo obstétrico debe comenzar en la primera visita y así de forma sucesiva durante todo el proceso, esto se hace con el objetivo de mantener un control o una forma de prevención ante cualquier patología, ahora en el caso de las mujeres que presentaron complicaciones como se mencionaba anteriormente si la mujer asiste a todos sus controles y lleva a cabo los cuidados necesarios referidos por el médico podría tener un parto sin mayor complicación, no obstante si no sigue estos pasos es muy probable que su embarazo sea de alto riesgo.

Como se mencionó anteriormente acerca de la importancia que tienen los controles prenatales, en el estudio se puede observar que 14 mujeres embarazadas que representan un 45.16% de las mujeres de la investigación, acudió a estos controles durante los nueve meses, mientras que el segundo grupo de 9 mujeres que representaron el 29.03% respecto a estos datos del estudio podemos comparar con un estudio multicéntrico aleatorizado que realizó la organización mundial de la salud en la que se comparó a 25,000 mujeres sometidas a la atención prenatal habitual con un modelo experimental diseñado para llevar al mínimo las visitas. Según Villar et al. (2001), en este estudio se demostró que en la atención prenatal ordinaria tiene un promedio de 8 visitas y en el nuevo modelo el promedio fue de solo 5 visitas. En el estudio se demostró que no se observaron desventajas en las mujeres que acudieron a un número menor de visitas. Se está hablando que éste es un grupo de mujeres que no tenían complicaciones, estos resultados también son congruentes con otros estudios aleatorizados. Por lo tanto podemos decir que el grupo de 14 mujeres que representa el 45.16% y el segundo grupo de 9 mujeres que representa el 29.03% no es determinante en cuanto al número de controles ya que en ambos grupos se les brindó un buen control prenatal. La consulta pre natal es muy importante ya que como menciona Cabero y Saldivar (2007), esta hace énfasis en los cuidados para la salud de la madre y del bebé se enfoca en los esfuerzos preventivos para evitar complicaciones durante el proceso. Entre los objetivos están el determinar el nivel de salud de la madre y del feto, determinar la edad gestacional,

desarrollar un plan de cuidados obstétricos que va depender del nivel de riesgo que se presente en el embarazo. Por lo tanto la mayoría de las mujeres del estudio presentaban un bajo nivel de riesgo a sufrir complicaciones durante el parto ya que acudieron a todos sus controles durante el embarazo.

El desempeño de las madres durante el trabajo de parto lo podemos clasificar de la siguiente manera, el 71.88% de mujeres tuvieron su parto a término esto quiere decir que el parto se dio entre las 37 y 42 semanas de gestación, y el tiempo que duró el trabajo de parto en la mayoría de mujeres estuvo alrededor de 12 horas lo cual es un tiempo aceptable ya que en su mayoría pudimos observar que las mujeres eran primigestas. El 75% de mujeres tuvo su parto normal y en cuanto a las condiciones del recién nacido el peso promedio fue entre 6 y 7 libras.

En lo referente al estado emocional de las mujeres al inicio del embarazo la mayor parte de ellas manifestó no haber sentido angustia, temor, confusión y tristeza, contrario a esto expresaron haberse sentido alegres al saber que estaban embarazadas, y el 68.97% de mujeres que representa el mayor porcentaje planificó su embarazo.

Y ya entrando a lo que es en sí el método psicoprofiláctico según las experiencias de las mujeres en base a las estrategias proporcionadas dentro del curso, el 83.87% expresó estar muy de acuerdo con qué le ayudó conocer acerca de las respiraciones, un 70.79% señaló haber estado controlada psicológicamente durante el trabajo de parto, luego en lo referente a los conocimientos brindados sobre lo que es el trabajo de parto, el 80.65% dijo que les había sido útil y les hizo sentirse más tranquilas y con menos miedo, así como también un 38.71% cree que la psicoprofilaxis previene algunas complicaciones durante el trabajo de parto.

Beltrán (2007), hace referencia a estos elementos que englobados los llama sofropedagogía obstétrica llamada así a la técnica más usada en la actualidad basada en el método psicoprofiláctico que plantea tres mecanismos para controlar el dolor o las molestias producidas por las contracciones, estos mecanismos son, tranquilidad y distracción que consiste en ver el proceso como algo natural y desmitificarlo con el fin de bloquear los pensamientos negativos

acerca del parto. Y distraerse con actividades como leerle un libro al bebé, ponerle música o cualquier actividad que conlleve mantener una estrecha comunicación desde que está en el vientre materno. La relajación que consiste en la acentuación del tono muscular con el fin de facilitar la dilatación del útero y evitar que el parto se prolongue y haya más dolor debido a la tensión. Por último esta la respiración que consiste en la enseñanza de varias técnicas como lo es la respiración abdominal que consigue relajar el cuerpo progresivamente y que también puede ser implementada en otras situaciones para alivio del dolor o el estrés. También se encuentra la parte teórica en la cual se le explica a la madre acerca de todo el proceso de embarazo, parto y posparto. Por lo tanto, en esta investigación se logró comprobar que el método es efectivo en las mujeres durante su trabajo de parto.

Y finalmente los coeficientes de correlación estadísticamente significativos que miden la relación que existe entre las dos variables, las cuales son psicoprofilaxis y complicaciones durante el trabajo de parto se acepta la hipótesis nula ya que los valores caen dentro del área de aceptación, es decir que son menores que 0.4133. Por lo tanto se puede decir que las complicaciones que se presentaron en el estudio realizado, no muestran un valor estadísticamente significativo con lo que es el curso de psicoprofilaxis. Estas complicaciones son las siguientes: Parto prematuro, retención placentaria, rotura prematura de membranas y sufrimiento fetal. De los dos casos que se presentaron de parto prematuro uno de ellos la mujer refirió haber tenido dicha complicación pero al observar las condiciones del niño que fueron bastante normales en cuanto al peso y talla se descarta que este haya sido un parto prematuro. En el caso de la mujer que manifestó haber tenido retención placentaria, se pudo observar que ella ya había tenido antecedentes médicos patológicos de preclamsia los cuales son complicaciones propiamente médicas, lo mismo ocurrió con la mujer que tuvo rotura prematura de membranas ya que en sus antecedentes médicos patológicos refirió haber tenido anemia, por lo tanto como ya se ha mencionado anteriormente sino se tienen los cuidados necesarios al momento del parto esto puede perjudicar. Por último la mujer que presento sufrimiento fetal al momento del parto ya tenía antecedentes de hipertensión e hipertiroidismo, como lo indica Gonzáles y Mallafré (2009), la hipertensión durante el embarazo puede ser la causante de complicaciones en registros españoles esta aparece asociada en un 31% en muertes maternas, según estos autores la hipertensión en el embarazo es un problema

frecuente ya que afecta de 8-10% de gestaciones y en la mayoría de ellas corresponde a preclamsia aunque esta también puede ser de tipo crónico. En este estudio únicamente fue un caso el que se dio de este tipo pero vemos entonces que no se encontró una estrecha relación entre estas dos variables debido a que en las mujeres que presentaron complicaciones ya existían antecedentes médicos de tipo patológico, pueda que algunos factores involucrados tengan que ver con el aspecto psicológico de la mujer, problemas familiares o laborales, ansiedad y estrés, pero así mismo intervienen otra serie de procesos fisiológicos que en este estudio demostraron ser más significativos. Todo lo anterior nos indica el carácter preventivo que puede tener el curso de psicoprofilaxis para el trabajo de parto.

VI. CONCLUSIONES

- No se comprobó en el estudio de los casos analizados de las mujeres con trabajo de parto que asistieron al centro de preparación psicoprofiláctica de la profesora y preparadora Aída Castillo de Mazariegos, una relación estadísticamente significativa entre la psicoprofilaxis y complicaciones durante el trabajo de parto. Lo cual destaca y reitera el carácter preventivo que puede tener el curso de psicoprofilaxis para el trabajo de parto.
- Dentro de los antecedentes médicos y psicológicos de las participantes de este estudio se encontraron pocos casos de patologías médicas y ninguna psicológica.
- El perfil del grupo de mujeres del estudio fueron mujeres que comprenden las edades entre los 21 a 34 años, casadas, amas de casa, estudiantes y algunas profesionales, primigestas, provenientes de la cabecera de Quetzaltenango y el estado emocional que presentaron fue de alegría, y no manifestaron sentir angustia, temor, tristeza y confusión, y la mayoría de ellas habían planificado su embarazo.
- En el estudio se demostró que la relajación, respiración, control mental, pujo y posturas facilitatorias fueron útiles en la resolución de un parto normal y para la mayoría de las mujeres de este estudio sin complicaciones.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda el curso del método de psicoprofilaxis a las mujeres que asisten a los centros de atención al embarazo y parto por los efectos positivos y de carácter preventivo que tiene el mismo.
- Sería importante realizar un estudio con mujeres de diverso nivel socioeconómico, con poco acceso a los servicios de salud y comparar los niveles de vida que podrían tener repercusión en cuanto a las patologías que ellas puedan presentar.
- Sería interesante realizar un estudio en instituciones públicas en donde el nivel sociocultural y económico es bajo y prevalece una cultura en la que el parto es entendido como un suceso doloroso y traumático a diferencia de las participantes en este estudio que se encuentran en un estatus social medio y con grado académico universitario, algunas de ellas profesionales que recibieron el curso de psicoprofilaxis.
- Implementar las técnicas del método psicoprofiláctico en los centros de salud donde se atienden partos y capacitar al personal que participa en este proceso.

VIII. REFERENCIAS

Aguilar, M. (2012). Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Pag.74. (2 ed.) Barcelona, España: Foletra, S.A

Aguayo, C y Carrasco, A (2008). Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre septiembre del 2007 y febrero del 2008 (Tesis para optar al grado de licenciada en Obstetricia y Puericultura). Universidad Austral de Chile. Recuperada de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fma282t/doc/fma282t.pdf>

Albrecht, A, Ierrick, C y Herrick, C. (2007). 100 preguntas y respuestas sobre la depresión. México DF: Antonio Fossati, S.A de C.V.

Amaya, I. (2004). El diario de hoy, La falta de control prenatal dispara mortalidad materna. Recuperada de nacional@elsalvador.com

Benesch, H. (2009). Atlas de Psicología volumen 1. España: Akal, S.A.

Cabero, L. (2006). Parto prematuro. Pag. 10. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana.

Cabero, L y Saldivar, D. (2007). Operatoria obstétrica. México: Editorial Médica Panamericana.

Cunningham, F, Leveno, K, Bloom, S, Hauth, J, Gilstrap, L, Wenstrom, K . (2005). Obstetricia de Williams. (22 ed.) USA: Mc Graw Hill Companies, Inc.

Debernardi, N. (2009). Un embarazo feliz. España: Europea, S.A.

Espar, M. (2011). Los secretos de un parto feliz. España: Grijalbo.

Espinosa, L. (2009). Parto: mecanismo, clínica y atención. España: El Manual Moderno.

Federico, G. (2004). Melodías para el bebé antes de nacer (1 ed.) Buenos Aires: Kier.

García, J. (2005). Preparación psicoprofiláctica y su influencia en la estabilidad emocional de mujeres gestantes (Al conferirle el grado de psicóloga, en el grado académico de licenciada). Universidad Rafael Landívar de Quetzaltenango.

Galán, W. (2005). Complicaciones materno perinatales por el uso de misoprostol en la maduración cervical en gestantes de 41 semanas en el Hospital Nacional docente Madre Niño San Bartolomé (al conferirle el título de Gineco obstetra) Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú. Recuperada de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2073/1/galan_fw.pdf

Galarza, K. (2014). Salud y medicinas. com. mx: Parto psicoprofiláctico, nacimiento sin dolor. Disponible en URL: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/parto-psicoprofilactico-nacimiento-sin-dolor.html>

Gálvez, M, Moreno, B y Mingote, J. (2011). El desgaste profesional del médico (2 ed.) Madrid, España: Diaz de Santos S.A.

González, M y Mallafré, J. (2009). Nefrología. Conceptos básicos en atención primaria (1 ed.) Barcelona, España: ICG Marge, SL.

González, V. (2012). Un Modelo Informático simula las contracciones del parto. Muy interesante

Guerra, M. (2006). Enfermeros, cuerpo técnico, Escala de diplomado en Salud Pública, Vol. 2. (3 ed.). España: Mad, S.L.

Guyton, A. y Hall, V. (2006). Tratado de fisiología médica (21 ed.). España: Grafos, S.A.

Jiménez, C. (2005). La inteligencia lúdica: Juego y neuropedagogía en tiempos de transformación (1 ed.). Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.

Kisner, C y Colby, L. (2005). Ejercicio terapéutico, fundamentos y técnicas. España: Paidotribo.

Langman, T y Sadler, J. (2007). Embriología médica con orientación clínica. (9 ed.) Pag. 152, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.

Lombardía, J y Pérez, M. (2007). Ginecología y obstetricia: manual de consulta rápida (2 ed.) Pag. 287. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.

López, M y González, M. (2005). Inteligencia emocional (1 ed.). Colombia: Gamma S.A.

López, K. (2010). Aplicación del método psicoprofiláctico para disminuir la ansiedad en el parto (Tesis para optar al Título de Psicóloga clínica). Universidad Rafael Landívar de Quetzaltenango.

Mahe, V y Saada, J. (2009). Mi embarazo día a día, el diario de nueve meses contado por una futura mamá (3 ed.). España: Robinbook, S.L.

Mora, F. (2012). Aplicar psicoprofilaxis obstétrica en primigestas añosas, propuesta de un protocolo de manejo, Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel de septiembre 2012 a febrero 2013, (Tesis para optar al título profesional de obstetra). Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia. Recuperada de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1797/1/tesis%20terminada%20faty.pdf>

Muriel, C. (2007). Dolor crónico (1 ed.). Págs. 79, 80 y 84 España, Arán Ediciones S.L.

Murkoff, H y Mazel, S. (2010). Qué puedes esperar cuando estás esperando (4 ed.). Pag. 609 Nueva York: Workman publishing.

Murray, M. (2007). Embarazo para dummies (2 ed.). Pág. 130 Indianapolis, Indiana: Wiley Publishing Inc.

Oria, C. (2007). Influencia del apoyo del acompañante en el proceso de trabajo de parto en el instituto nacional Maternoperinatal (Tesis para optar al título profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1149/1/oria_vc.pdf

Pascale-Dominique, S. (2014). Madurez psicológica y madurez espiritual: Una lectura de Doroteo de Gaza Pag. 10 San Sebastián, España: Paidotribo.

Porter, R, Kaplan, J y Homeier, B. (2010). Manual Merk de signos y síntomas del paciente, diagnóstico y tratamiento. México: Editorial Médica Panamericana S.A. de C.V.

Ramos, F. (2005). Matronas del Servicio Navarro de Salud (1 ed.). España: Mad S.L.

Ramirez, G, Juarez, C y Pérez, J. (2008). Embarazo en adolescentes, complicaciones obstétricas prenatales y perinatales (Tesis para optar al título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperada de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8591.pdf

Reyes, L. (2004). Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado, Materno Perinatal (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2985/1/reyes_hl.pdf

Ricci, P. (2005). Embarazo triple, complicaciones maternas y perinatales, revista chilena de obstetricia y ginecología del año 2005, 70 (5) pags. 281-288.

Romm, A. (2003). Salud natural después del parto, la guía completa para una salud posparto. México: Inner Traditions.

Sadler, T y Langman, J. (2007). Langman embriología médica: con orientación clínica (10 ed.). España: Editorial Médica Panamericana.

Scott, J, Gibbs, R, Karlan, B, Haney, A. (2005). Danforth, Tratado de obstetricia y ginecología. (9 ed.). México: McGraw Hill Interamericana.

Shanahan, M. (2005). Guía del embarazo, más allá de los 35 años. España: Amat, S.L.

Silverthorn, D. (2008). Fisiología Humana, un enfoque integrado (4 ed.). Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Smolen, M. (2010). La Agenda para el embarazo (5 ed.). España: Amat, S.L.

Solís, H y Morales, S. (2012). Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Revista Horizonte Medicina 2012; 12(2): 47-50.

Valera, J. (2009). El embarazo en la adolescencia (1 ed.). Pags. 12-13. Lima, Perú: INDECOPI PERU

Vásquez, M y Reyes, A. (2012). Luz y oscuridad en la sala de partos. Amiga de Prensa Libre

Yanes, J. (2008). El control del estrés y el mecanismo del miedo (1 ed.). Pag. 32. Madrid España: EDAF, S.L.

IX. ANEXOS

Anexo No. 1

PROPUESTA

Introducción:

La importancia de la psicoprofilaxis radica en el hecho de que una mujer con la suficiente información y preparada, o en otras palabras psicológicamente educada, se va sentir segura al momento del parto, porque conoce bien cuál es el proceso, y que los síntomas que se vayan a desarrollar son parte de un proceso fisiológico natural, además que las respiraciones y la relajación la mantienen tranquila, oxigenada y controlada mentalmente. Entre otro de sus beneficios está el de poder participar activamente en el desarrollo del trabajo de parto y van a afrontarlo de una manera positiva. La psicoprofilaxis surge a raíz de la necesidad de las mujeres a recurrir a un método para controlar los “dolores” de parto, llamados así de forma errónea ya que al llamarlos con ese nombre solo se condiciona a la mujer a que tiene que doler, cuando realmente no debe ser así.

En un principio se inició con la administración de fármacos a las mujeres, pero luego ellas solicitaron otro tipo de método mediante el cual el proceso del parto se pudiera desarrollar de forma natural, en ese entonces Dick Read ya comenzaba sus estudios acerca del dolor como parte del síndrome temor-tensión-dolor, dado a que observó durante un tiempo el proceso en el cual los animales daban a luz y esto era algo muy natural para ellos. Luego Lamaze trabajó sobre este método e implementó lo que eran las respiraciones y la relajación las cuales proveían a las mujeres de los beneficios antes mencionados y conforme el paso de los años este método ha tenido algunas modificaciones en cuanto a la forma de impartirlo, realmente lo que hace no es eliminar por completo las molestias causadas por las contracciones, pero si ayuda a que la mujer tenga consciencia de lo que está ocurriendo en su cuerpo y así lo asimile de una mejor forma y se eviten complicaciones como por ejemplo, parto prolongado, parto prematuro, algún tipo de distocia, o sufrimiento fetal y en el período posparto la psicosis o depresión posparto, estas en su

mayoría son complicaciones médicas en las cuales se ven involucrados ciertos factores de comportamiento y psicológicos que predisponen a la madre.

Justificación:

La presente propuesta está diseñada para otorgar la información y orientación adecuada para las mujeres embarazadas, lo cual va orientada a que las mujeres puedan estar informadas acerca del proceso, puedan participar de forma activa en él, estén controladas y vean esto como un proceso natural del ser humano y a la vez que puedan disfrutar de lo que es su embarazo y parto y desde antes de su nacimiento el bebé perciba un ambiente de armonía en el que va ser su hogar, se sienta seguro, querido y protegido, a diferencia de una madre no preparada que por el contrario, le transmitirá miedos e inseguridades y también podrá existir algún tipo de rechazo o conflicto y esto haga que ellas presenten patologías. Como la depresión, a diferencia de una mujer que no sufrió durante el parto.

Las actividades propuestas surgen de la necesidad de las mujeres y médicos de obtener información objetiva y con personal capacitado, que permita el conocimiento de la importancia de la implementación del método de psicoprofilaxis a los servicios de atención a mujeres embarazadas o que de ellas surja el interés y lo reciban, para que su embarazo y parto se desarrollen de mejor manera. Esta propuesta brindará un conocimiento más específico acerca de los temas tratados dentro del curso.

Objetivos

Objetivo General:

- Proporcionar información y métodos de control mental durante el trabajo de parto.

Objetivos Específicos:

- Otorgar información específica acerca del desarrollo del embarazo y parto y los procesos que se dan,

- Proporcionar técnicas basadas en el método psicoprofiláctico que ayuden a las mujeres a mantener un mejor control y puedan participar de forma activa,
- Brindarles confianza y seguridad mediante el conocimiento y preparación y que también aprendan a detectar signos que puedan ser perjudiciales durante el embarazo y parto.

Descripción de la propuesta:

La presente propuesta está realizada para mujeres en el sexto mes de embarazo que asisten al centro de Preparación Psicoprofiláctica de Aída de Mazariegos del departamento de Quetzaltenango, y al personal de los diferentes centros que brindan atención a las gestantes, como lo son los hospitales o centros de salud o alguna institución, en el cual se tocarán temas acerca de la importancia de conocer el proceso del embarazo y parto así como los beneficios que este les brinda. Las actividades se realizarán en diferentes fechas adecuando los horarios a los espacios que brinden las instituciones e informarles a las beneficiadas. Posteriormente se convocará a las mujeres con la colaboración de doña Aída Castillo de Mazariegos y publicidad acerca del curso informándoles en qué consistirá y como se llevará a cabo, así como el objetivo de estas charlas.

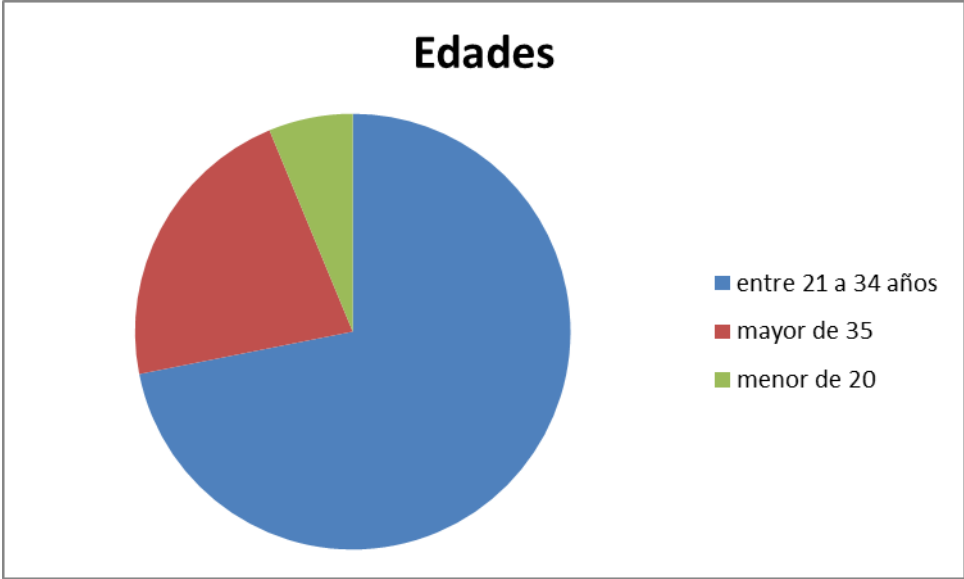
Cronograma:

En la siguiente tabla se detallará de manera específica las actividades que se llevarán a cabo con las mujeres embarazadas que asisten los diferentes Centro de Preparación Psicoprofiláctica, hospitales y centros de salud en la cabecera departamental de Quetzaltenango.

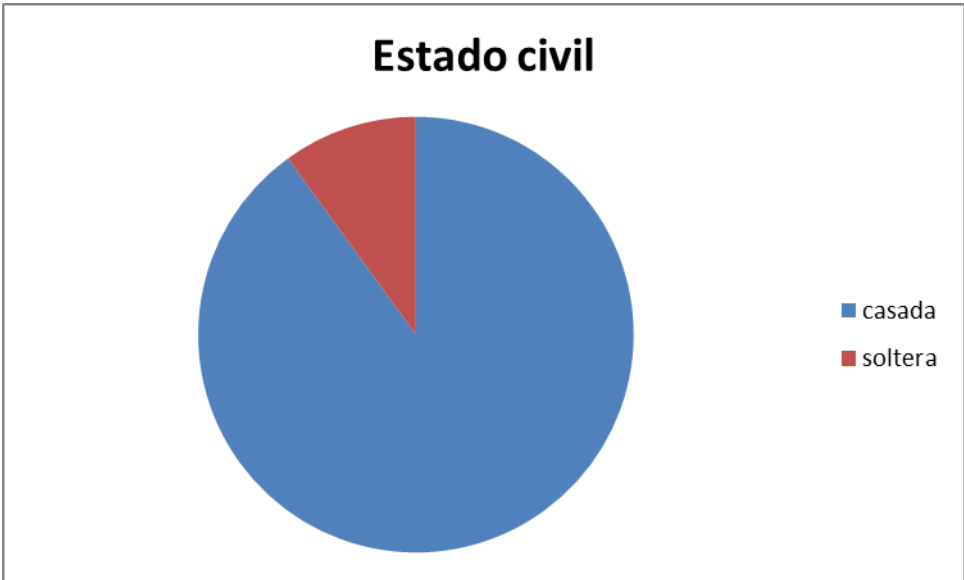
ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLE
Explicar la importancia del método psicoprofiláctico y en que consiste	Despertar el interés en las mujeres embarazadas y conocer sus beneficios	Charla informativa y PNI	Hojas, lapiceros, cañonera y computadora	45 min.	María del Rosario Méndez García Salas
Determinar el papel que debe asumir la mujer durante el trabajo de parto	Conocer su utilidad y la posición que deben asumir	Charla informativa, participación de las mujeres	Cañonera y computadora	45 min.	María del Rosario Méndez García Salas
Dinámica Conocer brevemente los procesos fisiológicos, lo que es el parto y las complicaciones que pueden surgir si la mujer no está controlada	Informar a las mujeres acerca del proceso	Charla informativa y videos	Cañonera y computadora premios	1.30 min.	María del Rosario Méndez García Salas, colaboración de un médico obstetra
Presentación y puesta en práctica de las diferentes técnicas de relajación y respiración del método psicoprofiláctico	Dar a conocer los ejercicios basados en las técnicas y el propósito de cada uno	Charla informativa y danámicas	Colchonetas y trifoliales	2 hrs.	María del Rosario Méndez García Salas

Anexo No. 2

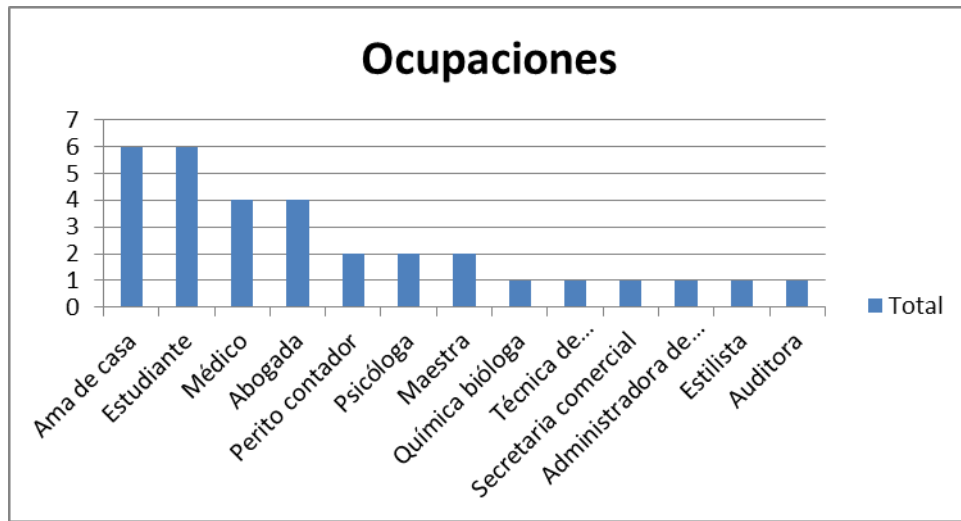
Gráfica No. 1 Edad de las mujeres



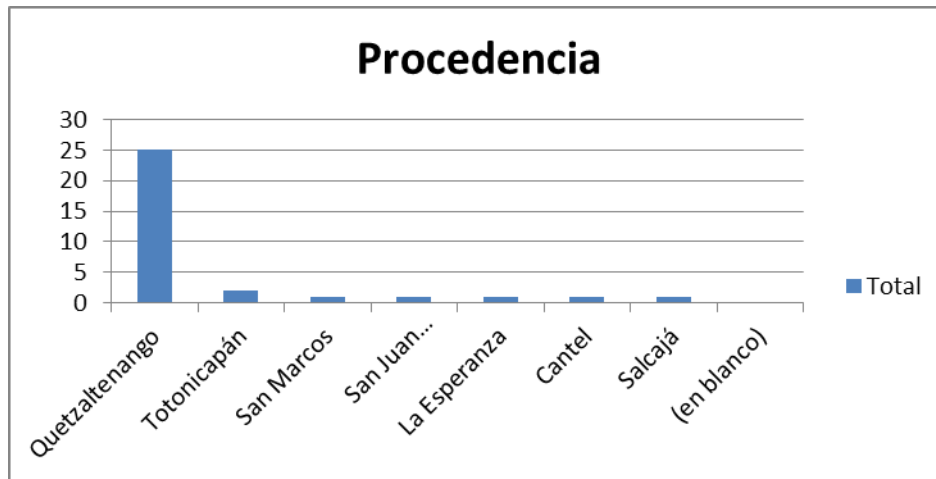
Gráfica No. 2 Estado civil



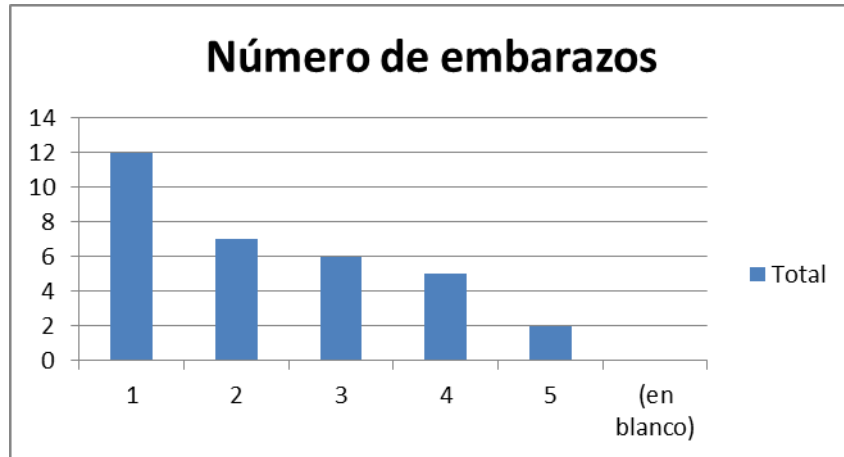
Gráfica No.3 Ocupaciones



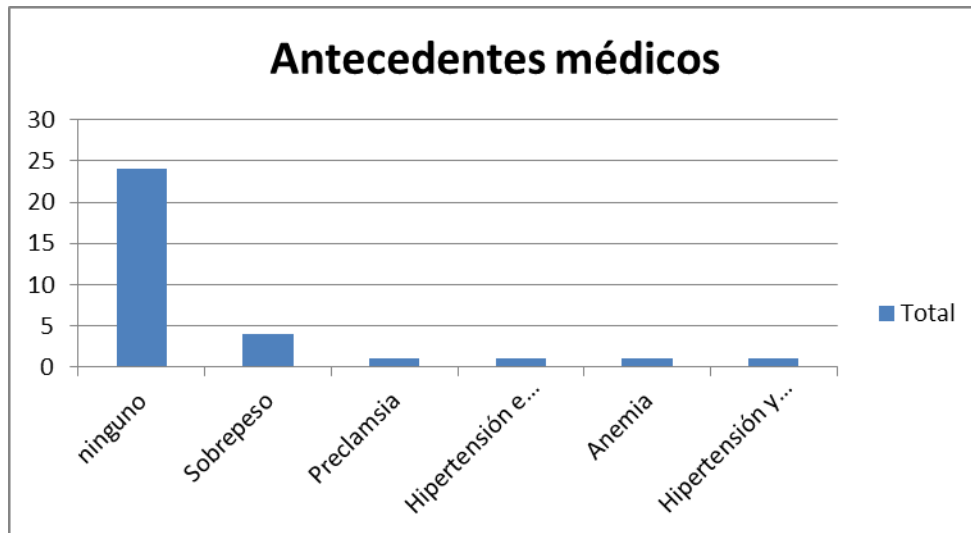
Gráfica No. 4 Procedencia



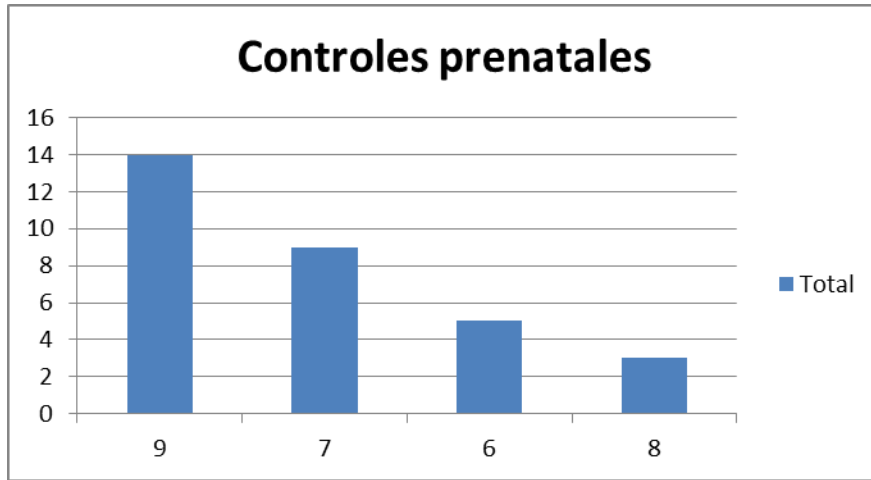
Gráfica No.5 Número de embarazos



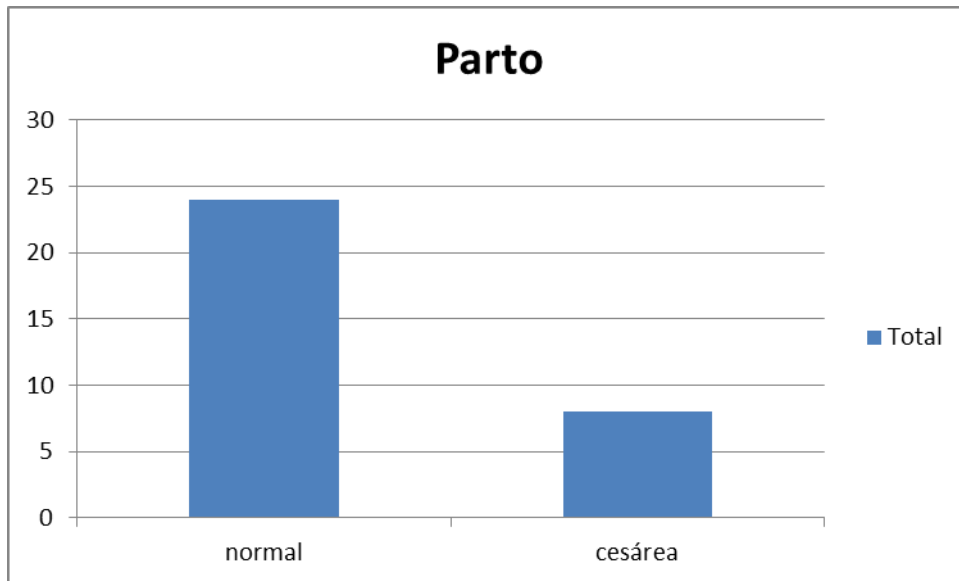
Gráfica No.6 Antecedentes médicos



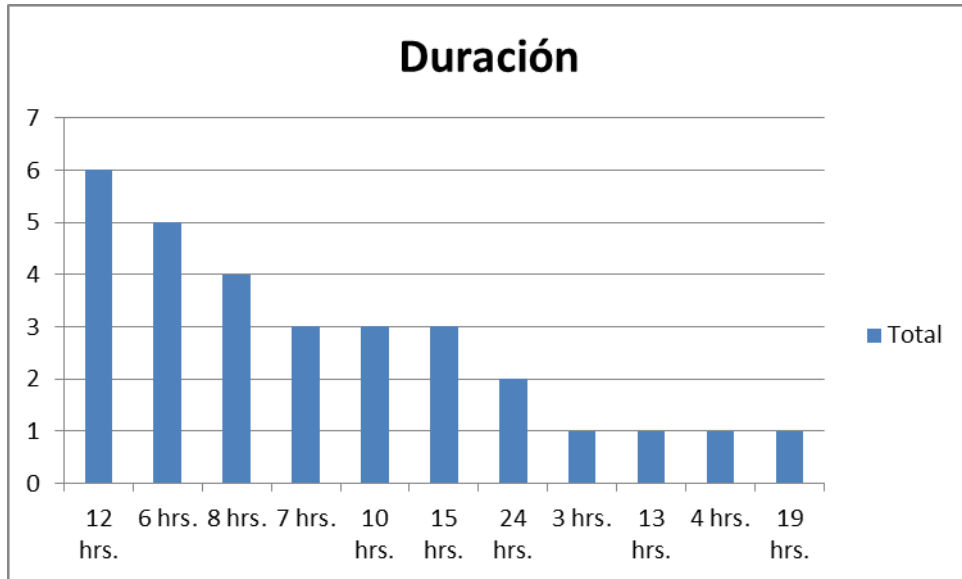
Gráfica No.7 Número de controles



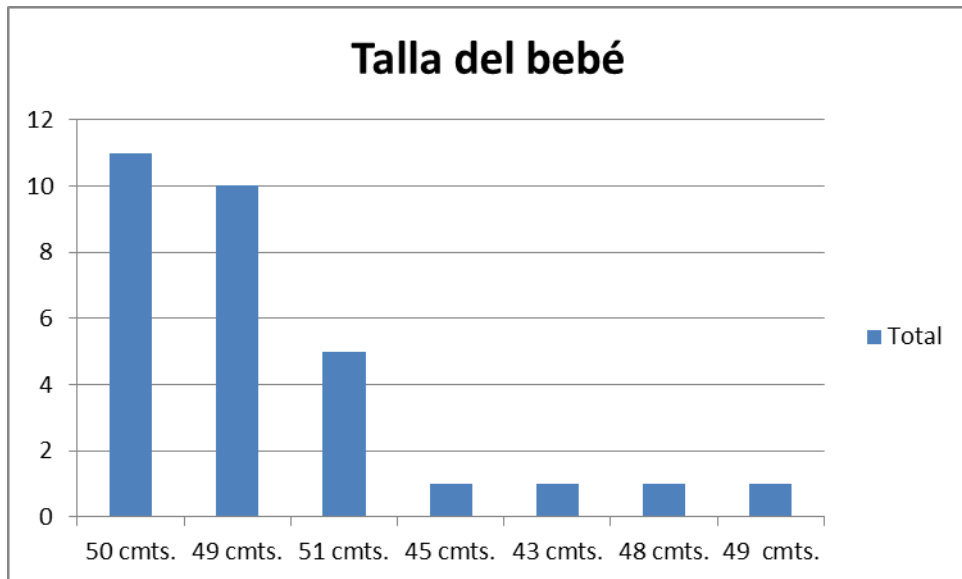
Gráfica No.8 Tipo de Parto



Gráfica No. 9 Tiempo de duración del parto



Gráfica No.10 Talla del bebé



Gráfica no. 11 Técnicas

