



**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

**EL CURSO DE PARTO PSICOPROFILACTICO
COMO FACTOR PROTECTOR AL MOMENTO DEL
PARTO, POLICLINICA PRESIDENTE REMON,
C.S.S., 1995**

**POR:
DRA. MARIA EUGENIA DIAZ**

**Trabajo de Graduación
para optar por el título de
Maestría en Salud Pública**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2001

74

25 JUN 2002

ok. del autor

6038

PÁGINA DE APROBACIÓN

Tesis Titulada:

**EL CURSO DE PARTO PSICOPROFILÁCTICO COMO
FACTOR PROTECTOR AL MOMENTO DEL PARTO
POLICLÍNICA PRESIDENTE REMÓN, C.S.S., 1995**

**Presentada por la DRA. MARIA EUGENIA DIAZ,
para optar por el título de MAESTRA EN SALUD PUBLICA**

JURADO CALIFICADOR

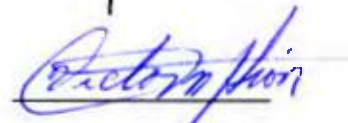
DR. JORGE MONTALVAN
Director de la Tesis



LIC: IVONNE GONZÁLEZ
Miembro del Jurado



LIC. VÍCTOR LEÓN
Miembro del Jurado



Representante de la
Vice Rectoría de Post-Grado



FECHA: 31/10/01

INDICE GENERAL

	Pág. No.
RESUMEN	1
SUMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
 CAPITULO I	
Planteamiento del Problema	8
Justificación	12
Objetivo General	17
Objetivo Específico	17
 CAPITULO II	
A. MARCO TEORICO	19
1. La Labor de Parto	19
2. El Parto	24
3. Signos del Comienzo del Parto	26
4. Modificaciones del Cuello Producto de las Contracciones Uterinas	27
5. Bolsas de las Aguas	29
6. Educación para el Parto	30
7. Evolución y Tendencia	31
B. EL MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO.....	35
1. Aspectos Generales	35
2. Elementos del Método Psicoprofiláctico	36
2.1. Instrucción General.....	36
3. Gimnasia para el Parto	37
4. Técnicas de Relajación y Masaje	37
5. Ejercicio de Respiración	38
6. Beneficios de la Preparación para el Parto	40

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO	44
A. Tipo de Estudio	45
B. Población y Muestra	46
C. Método de Recolección de Datos	48
D. Tabulación y Análisis de los Resultados	49
E. Hipótesis	49

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	50
---	----

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS...	56
1. Edad de la Madre	56
2. Estado Civil	58
3. Conocimientos de la Gestante sobre Aspectos Relaciones al Embarazo y el Parto	60
4. Nivel de Hemoglobina al inicio y al Final del Embarazo	62
5. Incremento de Peso de las Embarazadas durante la Gestación.....	64
6. Cooperación de la Gestante durante la Labor de Parto.....	66
7. Presencia de llanto de la Gestante durante el Período Expulsivo	67
8. Peso del Neonato	70
9. Índice Apgar del Neonato al Minuto de Nacer	72

CONCLUSIONES	75
--------------------	----

RECOMENDACIONES	78
-----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	80
--------------------	----

ANEXOS	
--------	--

INDICE CUADRO

No. DE CUADRO	Pág. No.
Cuadro I. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según Edad. Año 1995.....	56
Cuadro II. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según Estado Civil. Año 1995.....	58
Cuadro III. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según Conocimiento De Aspectos relacionados con el Embarazo y el Parto. Año 1995.....	60
Cuadro IV. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico por Período, según Nivel de Hemoglobina al Inicio y al Final del Embarazo. Año 1995....	62
Cuadro V. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según Incremento de Peso Durante el Embarazo. Año 1995.....	64
Cuadro VI. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según Cooperación Durante la Labor de Parto. Año 1995.....	66
Cuadro VII. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según La Presencia Del Llanto Durante el Período Expulsivo. Año 1995.....	68
Cuadro VIII. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según Peso Del Niño al Nacer. Año 1995.....	70
Cuadro IX. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según Apgar del Neonato al Minuto de Nacer. Año 1995.....	72

INDICE GRÁFICA

	Pág. No.
Gráfica No.1	
Distribución Porcentual de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico Según Edad. Año 1995	57
Gráfica No.2	
Distribución Porcentual de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico Según Estado Civil. Año 1995	59
Gráfica No.3	
Distribución Porcentual de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico Según Conocimiento De Aspectos relacionados con el Embarazo y el Parto. Año 1995	60
Gráfica No.4	
Distribución Porcentual de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico por Período, según Nivel de Hemoglobina al Inicio y al Final del Embarazo. Año 1995	63
Gráfica No.5	
Distribución Porcentual de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico por Período, según Incremento de Peso Durante el Embarazo. Año 1995	65
Gráfica No.6	
Distribución Porcentual de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico por Período, según Cooperación Durante la Labor de Parto. Año 1995.....	67

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios he encontrado amigo y soy inmensamente feliz diciéndolo.

Gracias amigo por permitirme pasar a tu lado ratos tan agradables, compartiendo tu alegría.

Gracias amigo por recoger en tu corazón mis lágrimas, las normales de vivir. Gracias amigo por saber que existes, que me aprecias y me aceptes como soy, sin pretender cambiarme.

Ana María Rabath

Desde el inicio de mis estudios de Maestría en salud Pública, en mi camino encontré personas que me extendieron la mano, en todo el sentido de la palabra. Sin embargo, deseo dejar constancia del agradecimiento que les guardo a aquellas personas en especial que enriquecieron mi vida durante ésta etapa de estudio y a las cuales les tendré presente siempre.

- A la Lic. Ivonne González quien tuvo confianza en mi desde un principio.
- Al Dr. Jaime Arroyo, quien me ayudó a cambiar mi pensamiento de la salud individual a la salud comunitaria.
- A la Lic. Marina de Salvatierra, quien siempre me alentó a seguir adelante.
- Al Dr. César De León P., por apoyarme y animarme en todo momento
- Al equipo del Programa Materno Infantil de la Policlínica Presidente Remón por su colaboración desinteresada.
- Al Dr. Jorge Montalván, por entusiasarme en la sociología de los diferentes grupos indígenas y por aceptar ser director de ésta tesis.
- Al Dr. Isaac Carrasco por brindarme la oportunidad de afianzar los conocimientos adquiridos en la Maestría en Salud Pública.
- Al Lic. Victor León, pues bajo su atinada tutela reforcé conceptos aprendidos durante los estudios de Maestría en Salud Pública de tal forma que la elaboración de cada capítulo de ésta tesis fue un proceso de reforzamiento de proceso de enseñanza-aprendizaje lo cual es invaluable para mí.
- A la Sra. Amarelis Herrera, quien con su usual entusiasmo y cariño nos apoyó en las diferentes etapas de aprendizaje y cuya colaboración hemos podido presentar éste documento.
- A todos mis amigos por ser amigos.

¡ G R A C I A S !

El que prescinde de un amigo es como el que prescinde de la vida.

S ó f o c l e s

RESUMEN

El parto es una experiencia natural que demanda mucho esfuerzo sobre el organismo femenino, pero no es necesariamente doloroso. El dolor se presenta cuando una madre entra en estado de tensión y paradójicamente su organismo trabaja en contra de la fuerza natural en vez de a favor de las mismas.

En la Policlínica Presidente Remón, de la Caja de Seguro Social de la República de Panamá, los cursos que preparan a las futuras madres al parto natural, utilizando el método psicoprofiláctico, han sido ofrecidos desde 1994. Estos cursos se imparten cada tres meses durante los doce meses del año y están disponibles para todas las mujeres embarazadas.

En el presente estudio, se le dió seguimiento a 33 embarazadas que recibieron el curso de parto psicoprofiláctico hasta el momento del parto en 1995 y se comparó con una cohorte de 66 embarazadas las cuales no participaron en el curso psicoprofiláctico.

Probamos estadísticamente que las mujeres que fueron preparadas para el parto natural, a través del método psicoprofiláctico, estaban en mejores condiciones físicas y psicológicas al momento del parto, ya que presentan buen nivel de hemoglobina, ganancia de peso aceptable y estaban alertas y cooperadoras durante los diferentes estadios de la labor y los recién nacidos, con un buen Apgar, al igual que buen peso y talla.

Por lo anteriormente expuesto, consideramos que el parto natural, previa preparación psicoprofiláctica es beneficiosa, tanto para la madre como para el hijo, por lo cual creemos necesario que dicho curso sea de implementación en todas las unidades ejecutoras de la Caja de Seguro Social.

SUMMARY

Childbirth is a natural experience. It is demanding but not necessarily painful. Pain occurs when the mother tenses up and works against nature instead of with it. As more women prepare for participating in childbirth through the psychoprophylactic method and more obstetricians encourage its practice, it will become more popular in this country..

At Policlínica Presidente Remón - C.S.S. in Panama, the courses which prepare future mothers for natural childbirth using the psychoprophylactic method have been offered since 1994. These courses are given every three months during the twelve months of the year and all pregnant women are eligible. During 1995, 33 women completed one of the four courses that were offered during that year. In the present study, we followed the cohort of 33 pregnant women who received preparation for natural childbirth through the psychoprophylactic method until they gave birth to their children and compared this cohort to 66 pregnant women who did not attend the psychoprophylactic course.

We proved statistically, that women who were prepared for natural childbirth through the psychoprophylactic methods, were in better physical and psychological conditions which was demonstrated by the full cooperation of the prepared mothers during their labor. At the time of labor the prepared women had better hemoglobin, acceptable weight gain and were completely aware during the different stages of labor, helping the doctors and nurses do their work efficiently, and the babies were born in good health with adequate weight and size and a good Apgar score at birth.

We concluded that preparation for natural childbirth through psychoprophylaxis is beneficial for the mother and her child.

INTRODUCCION

La importancia de la preparación para el momento del parto por la gran mayoría de las mujeres Latinoamericanas, es tomada muy a la ligera y esta tendencia está influenciada en parte por las antiguas prácticas de partería, en donde las llamadas parteras, sin tomar en consideración su nivel de formación académica, eran las encargadas de asistir a la mujer a la hora del parto.

En la actualidad, para la gran mayoría de las mujeres el proceso de la labor y parto es considerado como algo común en donde todas las gestantes pasan por los mismos dolores, malestares e incomodidades.

La mujer genera cierto estado de ansiedad porque siente miedo o temor lo que a su vez **desencadena un efecto antagónico** en la actividad muscular del útero, manifestándose mayor dolor. El dolor a su vez despierta más miedo, lo que agrava la ansiedad y se crea de esta forma un círculo vicioso.

Independientemente del método utilizado, la seguridad del producto y de la madre es de interés prioritario para los profesionales de la salud, y el dar a luz en forma "natural"

llega a satisfacer la necesidad de la mujer en su habilidad única de dar a luz a un hijo.

Para ayudar a la mujer a tener un parto exitoso, libre de molestias, se realizan cursos de preparación para el parto psicoprofiláctico que son llevado a cabo mediante un programa de ejercicios, educación y técnicas de relajación.⁽¹⁾

En la Policlínica Presidente Remón, se iniciaron estos cursos desde 1994 y desafortunadamente no han sido cuantificados.

El objetivo de esta investigación es efectuar una evaluación del curso brindado en el año 1995 en la Policlínica Presidente Remón y de la terminación de la labor de parto de las gestantes, que participaron en ésta capacitación.

Para la realización de dicha investigación teniendo como objetivo la evaluación hemos dividido el presente trabajo en los siguientes capítulos. En el Capítulo I se realiza el planteamiento del problema, la justificación y enunciaremos los objetivos.

¹ Caja de Seguro Social, Curso de Preparación para el Parto Psicoprofiláctico. Estimulación Pre-Post Parto. Gimnasia Post Parto 1987. Pág. 1-4.

En el Capítulo II, realizaremos el marco conceptual donde se analizan los aspectos más pertinentes del embarazo y se señalan las diversas técnicas educativas que se han ensayado a través de la historia con el propósito de que el resultado final de dicho embarazo se lleve a cabo en forma natural y de que el parto se produzca con un mínimo de molestias. También se presenta la técnica que utiliza la Caja de Seguro Social en la Policlínica Presidente Remón y se describen, a grandes rasgos, la forma como se lleva a cabo la misma.⁽²⁾

En el Capítulo III, se describe la metodología para recabar los datos necesarios a fin de comprobar la evaluación de las bondades de dicho curso.

Finalmente, en el Capítulo IV presentamos la comparación de los resultados en cuanto al proceso de labor y parto con dos cohortes de mujeres, una de las cuales siguió y terminó el curso de Parto Psicoprofiláctico (persona expuesta) y la otra cohorte de gestantes que no acudió al mismo. (Persona no expuesta).

² Caja de Seguro Social. Informe Anual de Gestión de la Policlínica Presidente Remón. 1995-1996.

Este capítulo presenta los resultados más relevantes en cuanto al Curso de Parto Psicoprofiláctico como factor protector al momento del parto.

Los resultados obtenidos nos permitió determinar la asociación significativa entre el curso psicoprofiláctico y el peso adecuado de la mujer, su nivel de hemoglobina satisfactorio y su participación activa en la labor de parto.

Otras de las condiciones obtenidas estuvo relacionada con la condición del recién nacido con un buen índice de apgar y el peso adecuado.

Recomendamos que todas las mujeres beneficiarias y cotizantes por el programa de maternidad de la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud, participen en los cursos psicoprofilácticos, con el propósito de reducir la morbilidad perinatal.

C A P I T U L O I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde principios de siglo, diferentes obstétricas se han interesado en las técnicas para atender el parto y se han preocupado no sólo por la madre, sino también por el bienestar físico y emocional del neonato, y así han surgido tres formas de preparación para el parto: La participativa, la no participativa y la preparada ⁽³⁾.

El método de parto psicoprofiláctico consiste en combatir el miedo que conlleva el embarazo, la labor y el parto en sí, al orientar a la gestante y a su compañero en el mecanismo del parto.

En la forma preparada para el parto utilizando el método psicoprofiláctico, la gestante aprende la fisiología del embarazo y los procesos del nacimiento, además de las técnicas de relajación muscular.

³ Walker N., Yoffe, B.C., Gray P. The Complete Book of Birth; 1979, pág. 15 .

A pesar que el curso psicoprofiláctico se promocionó a nivel nacional, sólo en algunas clínicas de la Región Metropolitana y de Panamá Oeste, se ofrecieron estos cursos, debido a la motivación y convicción de los profesionales de salud que forman el equipo interdisciplinario que realizaron esta labor.

No existen registros a nivel nacional de las mujeres que han tomado el curso psicoprofiláctico, motivo por el cual en éste trabajo se presentan solo los datos obtenidos de la Policlínica Presidente Remón de la Caja de Seguro Social. En esta instalación de la Caja de Seguro Social, la enfermera obstetra lleva el control de todas las mujeres, que se participan en dichos cursos, y en la hoja del registro diario de atención aparece la actividad llevada a cabo por las diferentes unidades que forman el equipo de salud, pero no se registró el total de la población atendida como tal.

La Policlínica Presidente Remón fue la primera Policlínica de la Caja de Seguro Social en el área Metropolitana y brinda servicios de atención primaria, secundaria y aún sigue siendo la mas grande en infraestructura y recurso humano de las policlínicas de la Caja del Seguro Social.

Esta instalación de Salud está ubicada en el centro de la Ciudad de Panamá y es accesible a todos los derechos-habientes que deseen atenderse allí, debido a que nunca la Policlínica ha

sectorizado la atención. Esto permite que sea una Policlínica céntrica y cómoda para muchos asegurados, ya sea porque trabajan cerca de la misma o porque no encuentran cupos disponibles en las Policlínicas periféricas que le corresponde por lugar de procedencia.

El servicio de Ginecología y Obstetricia cuenta con once especialistas y una enfermera obstetra y todos los gineco-obstetras participan activamente en el programa maternal atendiendo pacientes de control prenatal. Por la motivación personal, en el área de prevención y promoción de la salud del binomio madre e hijo, se ha ganado el honor de considerársele una Policlínica **"Amiga de los Niños"**.

Todos los gineco-obstetras, refieren a las gestantes de control prenatal a la enfermera obstetra, quien las registra para citas en el libro de control prenatal. Los médicos obstetras, durante la citas de control prenatal, conversan con las futuras madres con el objetivo de motivarlas en la preparación natural de la labor y parto. Además de destacar la importancia de la lactancia materna durante estas entrevistas, se les invita a las gestantes a participar de los cursos psicoprofilaxis del parto como una alternativa viable y saludable.

Durante 1995, en la Policlínica Presidente Remón se atendieron 820 en el subprograma de Control Prenatal de las cuales 123 eran primigestas y de este grupo 60 asistieron a algún curso de parto psicoprofiláctico⁽⁴⁾.

Aún cuando se han dictado cursos de preparación psicoprofiláctico en instituciones de salud estatales y privadas, este método de preparación para el parto, no ha sido objeto de evaluación en nuestro país, razón que nos lleva a formular la siguiente pregunta:

¿SERÁ EL CURSO DE PARTO PSICOPROFILÁCTICO UNA ALTERNATIVA QUE EN VERDAD RESULTA UN MAYOR BENEFICIO PARA LA MADRE Y SU PRODUCTO, COMPARADO CON LA ATENCIÓN TRADICIONAL BRINDADA ACTUALMENTE?

⁴ Caja de Seguro Social. Informe Estadístico Anual de la Policlínica Presidente Remón. Año 1995.

JUSTIFICACIÓN

La educación para el parto psicoprofiláctico, principalmente en la República de Panamá se ha ofrecido en las instituciones del sector público (Caja de Seguro Social) y privadas como: La Clínica San Fernando, Centro Médico Paitilla, etc. Sin embargo, no existen registros estadísticos que permitan validar estas experiencias.

En la Caja de Seguro Social existen normas para ofrecer el curso de parto psicoprofiláctico donde se detallan los ejercicios físicos y respiratorios de dicho curso mismos que fueron desarrollados por el Departamento de Fisioterapia y Rehabilitación en 1987, con asesoría de la Universidad del Rosario de Santa Fé de Bogotá, Colombia.

La preparación para el parto mediante los cursos de parto psicoprofiláctico fue propuesta como una de las estrategias para disminuir la mortalidad materna y la mortalidad perinatal en el Informe de Países para la Reducción de la Mortalidad Materna en Washington D.C. (marzo de 1995) y está contemplado en las normas actualizadas del Programa Materno Infantil (Programa de Salud Integral de la Mujer 1995).⁽⁵⁾

⁵ OPS- Evaluación del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Mujeres. Informe de Países. 1995.

En la Ciudad de Panamá, en el último quinquenio se ha registrado que las tasas de mortalidad fetal, mortalidad perinatal y mortalidad materna se han mantenido sin mayores variaciones. Observamos que en 1995 la tasa de mortalidad fetal fue de 189.5 x 1,000 nacidos vivos, aumentó en 1999 a 165.6 X 1,000 nacidos vivos ⁽⁶⁾. En 1999 se registró 149.6 X 1,000 nacidos vivos de acuerdo a cifras preliminares ⁽⁷⁾.

**TASA DE MORTALIDAD FETAL EN LA REPUBLICA
Y CIUDAD DE PANAMA AÑOS 1990-97.**

AÑOS	REPUBLICA		CIUDAD DE PANAMA	
	No.	Tasa	No.	Tasa
1995	7,979	130.4	1,556	189.5
1996	7,038	111.0	1,260	147.7
1997	7,066	113.2	1,277	153.9
1998	6,953	119.9	1,265	165.6
1999	6,868	122.7	1,226	149.6

Fuente: Contraloría General de la República,
Panamá en Cifras. 1995.

⁶ Contraloría General de la República. Op cit., Pág. 44-54.

⁷ Caja de Seguro Social. Informe Estadístico Comparativo 1991-1998. Pág. 18.

De 1995 a 1998, se registró un incremento en la mortalidad fetal en la Ciudad de Panamá, donde se encuentran los centros hospitalarios más grandes.

La tasa de mortalidad fetal registrada en el Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social no ha sufrido grandes variaciones entre 1995-1998 con sus tasas que oscilan entre 7.0 - 5.0 x 1000 nacidos vivos ⁽⁸⁾. (Ver anexo).

En las Unidades Ejecutoras de la Caja de Seguro Social contamos con el Programa Materno Infantil de lo cual el subprograma de Control Prenatal esta al alcance de todas las aseguradas. Dentro del subprograma de Control Prenatal esta inmersa la preparación psicoprofiláctica del parto. A pesar de la amplia cobertura de esta Institución de salud se han registrado tasas de aborto que oscilan de 19.6 X 1000 nacidos vivos en 1995 y 18.8 x 1000 nacidos vivos en 1997⁽⁹⁾, (ver anexo) lo que representa 972 - 1037 abortos anuales causados por desconocimiento, falta de apoyo afectivo y de orientación de la realidad de la fisiología del embarazo y el proceso de labor y parto.

⁸ Caja de Seguro Social. Op cit Pág. 18.

⁹ Caja de Seguro Social. Op cit Pág. 18.

Además, la mortalidad materna registrada entre 1995 y 1998 oscila entre 61 - 69 x 100,000 nacidos vivos ⁽¹⁰⁾. (Ver anexo).

Cabe señalar que no hubo cambios significativos en cuanto a las salas de expulsivo durante los años de 1990-1997, ni cambios significativos en función del recurso humano capacitado en dicha sala ⁽¹¹⁾. Aún cuando se han modificado y actualizado las normas del Programa Materno Infantil en el nivel normativo, en el nivel ejecutivo, no se ha observado el seguimiento y la integración del control prenatal en las policlínicas y la atención de la labor de parto en el Complejo Hospitalario Metropolitano.

Los antecedentes expuestos nos llevan a cuestionar la eficacia de las acciones preventivas que se están realizando durante el control en el período prenatal, y es en éste período donde se manifiesta la mayor mortalidad del producto de la concepción.

Por lo anteriormente expuesto, el propósito de nuestra investigación es evaluar los beneficios del curso

¹⁰ Caja de Seguro Social. Op cit, Pág. 28.

¹¹ Caja de Seguro Social. Informe Anual del Departamento de Afiliación años: 1995, 1996, 1997,y 1998.

psicoprofiláctico en las mujeres que tomaron dicho curso, en comparación con aquellas que no lo tomaron.

Esta evaluación permitirá planificar mejor los servicios maternos e intervenir en forma oportuna para reducir los posibles daños que puedan ocurrir durante el período perinatal.

La voluntad política de las altas autoridades de la Caja del Seguro Social han permitido realizar este estudio, ya que la política actual de salud esta orientada a brindar atención eficiente, eficaz y con equidad a los panameños derechohabientes.

OBJETIVO GENERAL

1. Evaluar el curso de parto psicoprofiláctico desarrollado en la Policlínica Presidente Remón, como factor protector al momento del parto durante el año año de 1995.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el impacto del curso de parto psicoprofiláctico en relación al grado de participación de la madre durante la labor de parto.
2. Evaluar el posible impacto del curso psicoprofiláctico en la condición física del recién nacido.

C A P I T U L O I I

A. MARCO TEÓRICO

1. La Labor de Parto

Desde siempre en nuestro medio se ha considerado por parte de la gran mayoría de las personas que la labor de parto se lleva a cabo en medio de torturantes dolores que llevan a la mujer a un estado de agotamiento físico y mental. La tradición, como la literatura tanto clásica como popular, corroboran estas creencias y nuestra sociedad acepta esto como un paradigma. La sociedad adopta una actitud compasiva frente a la futura madre lo que ocasiona ansiedad y temor a las gestantes, principalmente a aquellas que enfrentan esta situación por primera vez. Por lo tanto, la futura madre va a enfrentar la labor de parto agitada, nerviosa, temerosa y en muchos casos en un estado de total descontrol psicológico.

La labor de parto es una función natural y fisiológica de forma tal que el organismo de la mujer dispone de todo lo necesario para que, llegado el momento, realice éste trabajo de manera que no perjudique ni al organismo femenino ni al producto de la concepción.

A medida que fueron avanzando las ciencias médicas, el proceso de la labor de parto y del parto se fue comprendiendo mejor y poco a poco dichos conocimientos dieron paso a lo que hoy se conoce como la **obstetricia**.

Desde principios de siglo XX, diferentes obstétricas se interesaron en las diferentes técnicas para atender el parto y se preocuparon no solo por la madre sino también el bienestar físico y emocional del neonato, y así surgieron tres formas de preparación para el parto: la participativa, la no participativa y la preparada.

En el método participativo, la madre se relaja y deja que el útero se contraiga efectivamente. La naturaleza toma su curso y la madre sigue sus instintos. Todavía en sociedades primitivas la labor de parto ocurre en esta forma al igual que en los otros mamíferos superiores.

El método no participativo es la forma ampliamente conocida en nuestro medio en la cual la madre no tiene control sobre sus músculos y no está relajada. En éste trabajo de parto se utiliza la sedación de la madre y se usan instrumentos, procedimientos y maniobras médicas quirúrgicas para sacar el producto del útero o del canal del parto.

El tercer método de labor y parto es el preparado el cual difiere de los métodos anteriores en que la madre y el padre son capacitados teóricamente en lo relativo al embarazo, labor y parto mediante charlas participativas y el aprendizaje de ejercicios respiratorios y físicos los que serán implementados durante la labor de parto.

Con el método preparado, durante varias semanas antes del parto la gestante, aprende las técnicas de relajación muscular que contribuyen aún más efectivo paso del producto a través de canal del parto, lo que contribuirá a mejorar la eficacia y eficiencia de la labor, con menos traumas físicos y emocionales de tal forma que el parto se desarrolle con un mínimo de incomodidad para el binomio madre-hijo, facilitando el procedimiento médico-quirúrgico, y la atención de los profesionales del equipo obstétrico. Se fomenta también la participación de la pareja en todas las actividades de preparación del nuevo miembro de la familia, estimulando así el apego familiar.

A principios de este siglo, el obstetra inglés Dick-Grantly Read comenzó a practicar su versión popular de preparación para el parto. Él enseñaba que el parto no necesariamente tiene que ser doloroso pues es el miedo y el

temor el que interfiere con la contracción de los músculos uterinos, que son los responsables del borramiento y de la dilatación del cérvix, para así empujar el producto fuera del canal del parto.

En su primer libro titulado: "Natural Childbirth", publicado en Gran Bretaña en 1933, dicho obstetra afirmaba que el dolor durante el parto estaba orientado y es una consecuencia de siglos de malas interpretaciones bíblicas.

Él probó que a través de técnicas desarrolladas para eliminar el miedo y reducir la tensión muscular, la mujer puede enfrentar la labor con un mínimo de incomodidad y dar a luz a un bebe sin el uso de drogas de ningún tipo.⁽¹²⁾

Estos nuevos conceptos británicos en relación a la preparación del parto fueron retomados en la Rusia Soviética en donde los psicólogos Pavlovianos llevaron los conceptos del Dr. Dick Grantly-Read un paso más adelante.

Ellos intentaron vencer los temores de la gestante condicionando a la mujer mucho antes de la labor de parto a

¹² Walker M., Yoffe B.C. *The Complete book of Birth*, pag. 15.

través de técnicas educativas. Durante la década de los 40 los médicos soviéticos comenzaron a educar a las mujeres embarazadas para que no tuvieran el temor a la labor y al parto.

El neurólogo ruso Profesor Pavol, durante la década de los cuarenta, se pronunció en contra del uso de las drogas, hipnosis o sugerencias para minimizar los dolores del parto. Él era partidario de que se hiciera cualquier esfuerzo para destruir las viejas creencias erróneas que crean el miedo y debido a sus esfuerzos es que hoy se acepta universalmente el concepto de parto sin dolor mediante el método psicoprofiláctico.

Durante el siglo XX hemos observado las tremendas transformaciones sociales que se han dado principalmente en cuanto a los derechos de la mujer en lo que se refiere a su entorno y a sí misma. Es así que la mujer tiene derechos a conocerse no sólo en el campo profesional y social sino también en su esfera biológica.

Sasmor en su obra **"Educación Para el Parto"**, dice lo siguiente: "La finalidad de la educación para el parto es brindar a la embarazada la orientación adecuada de manera que pueda asimilar el mecanismo con que pueda hacer frente a la tensión que provoca el trabajo de parto y el parto mismo"¹³

¹³ Sasmor, Jannette. 1982. Educación para el Parto. Ed. México, Pág.23. La Husa. México.

2. EL PARTO

Cuando el feto está completamente formado hacia las 40 semanas de gestación, el útero se torna más excitable que lo normal y la labor comienza y termina cuando el producto es expulsado fuera del cuerpo materno. Este proceso se llama parto.

2.1. Factores precisos que inician el parto:

Los factores precisos que inician el parto no se han determinado pero parece ser una combinación de varios factores que progresivamente aumentan la excitabilidad de la musculatura uterina. Estos factores son:

a. Hacia el final del embarazo la placenta comienza a secretar mayor cantidad de estrógenos que de progesterona. Los estrógenos normalmente excitan la musculatura uterina y este cambio en la relación estrógeno=progesterona aumenta dicha excitabilidad.

b. El feto, el cual ha aumentado de tamaño, estira la musculatura uterina también aumentando la excitabilidad.

c. La cabeza del feto presiona el cervix uterino y así comienza la dilatación del útero.

d. La hipófisis comienza a secretar grandes cantidades de oxitocina y al mismo tiempo la sensibilidad de la musculatura uterina se hace más sensible a dicho estímulo lo cual aumenta aún más la excitabilidad de la musculatura uterina. Como resultado de la interacción de estos factores las contracciones rítmicas del útero cada vez se hacen más fuerte hasta que llega un momento en que comienza a empujar al feto hacia el canal del parto. Esto produce un mayor estiramiento sobre el cuello del útero haciendo que el útero se contraiga con mayor fuerza. Además hay señales sensoriales del cuello del útero hacia el hipotálamo lo cual causa el incremento en la secreción de oxitocina lo cual estimula la contractibilidad aún más y se establece un ciclo de contracciones uterinas fuertes que producen estiramientos del cervical que ocasiona contracciones uterinas aún más fuertes lo que produce un mayor estiramientos cervical y así hasta que el niño es expulsado.

3. Signos del Comienzo del parto:

Aparte de los cambios hormonales que ocurren al inicio de la labor, también hay signos visibles a la gestante que le anuncian la inminencia de la labor de parto. A continuación detallamos los mismos:

- a. **La Expulsión del tapón mucoso:** Se observa la salida transvaginal de un moco espeso que puede ser acompañado de estrías de sangre o puede ser francamente sanguinolento. Esto ocurre aproximadamente veinticuatro horas antes del inicio de la labor.
- b. **Las contracciones uterinas rítmicas:** Se caracteriza por el endurecimiento de la musculatura uterina la cual es percibida a través de la pared abdominal. Dichas contracciones aumentan en intensidad y en frecuencia a medida que avanza la labor.
- c. Estas contracciones consisten de un período de iniciación seguido de un período de máxima intensidad y luego un periodo final en la cual la intensidad de la misma va disminuyendo hasta desaparecer. Estas contracciones inicialmente se presentan entre cada 20 minutos a 30 minutos y se van acercando hasta

presentarse cada dos a dos y medio minutos, con una duración de cuatro a sesenta segundos.⁽¹⁴⁾

4. Modificaciones del Cuello Producto de las Contracciones Uterinas:

Las modificaciones que sufre el cuello uterino son el borramiento y la dilatación. Gracias a las contracciones musculares longitudinales, en sentido vertical, el cuello uterino gradualmente se incorpora al cuerpo uterino produciéndose así el borramiento, lo cual significa que el mismo se adelgaza significativamente e inmediatamente comienza la dilatación del mismo, en forma progresiva hasta alcanzar una dilatación máxima de 10 centímetros.

En el período de dilatación las contracciones son cortas y espaciadas haciéndose más intensas y largas a la vez de también ocurrir con mayor frecuencia al final de la dilatación.

¹⁴ EMESFAO, Enseñanza del Método Psicoprofiláctico, Tercera Edición. Santa Fé de Bogotá, Colombia. 1986. Pág. 65-68.

Entre los 8 a 10 centímetros de dilatación, las contracciones se hacen más intensas y frecuentes y estas son acompañadas de una sensación desagradable que se describe como "ganas de salir corriendo y olvidarme de todo". Es éste período, en donde la mujer debidamente preparada, responde en forma positiva ya que sabe que esta sensación desagradable es transitoria y el equipo que trabaja en sala de labor debe confortar y animar a la parturienta. Inmediatamente después de este corto periodo se presentan las ganas de pujar y se debe a que la cabeza del niño ha descendido y ésta presiona el periné.

Cabe señalar que las contracciones intensas son totalmente involuntarias pero en el período expulsivo, la madre puede contribuir voluntariamente al activar la sensación de pujo, adoptando una posición adecuada, poniendo en tensión los músculos abdominales y relajando los músculos del periné. De esta manera el período expulsivo se acorta y ocurren menos traumas a las estructuras genitales anatómicas.⁽¹⁵⁾

¹⁵ CUNNINGHAM, PC., MAC DONALD, P.C., GRAJT, H.E, Op Cit. Pág. 393.

5. Bolsas de las Aguas:¹⁶

En la cavidad uterina el niño esta dentro de una bolsa (las membranas) lleno de líquido amniótico lo cual lo protege de traumatismos externo durante la vida intrauterina a la vez que le ha permitido libertad de movimientos. Llegado el momento del parto dicha bolsa de agua se rompe expulsando líquido claro.

Esto se conoce como la ruptura de "las fuentes" y ocurre al final del período de dilatación normalmente. En ocasiones esta salida de líquido se presenta al inicio de la labor. Si el líquido de estas bolsas sale de color amarillo o verdoso implica que el niño ha expulsado el meconio y es un signo importante para el médico pues implica que el niño está sufriendo⁽⁹⁾ y debe nacer lo mas pronto posible.

¹⁶ EMESFAO. Op. Cit. Pág. 33.

6. Educación para el Parto

El parto puede definirse como, "la función del organismo femenino mediante la cual es expulsado del útero el producto de la concepción, una vez llegado a término".⁽¹⁷⁾

En otras palabras, es la terminación normal del embarazo cuando la criatura ha alcanzado su desarrollo completo y sale al exterior. De lo anterior podemos comprender que el parto es una función natural, fisiológica.

No obstante, la sencilla definición ofrecida en líneas anteriores parece estar en contradicción con la experiencia actual de las mujeres que han dado a luz. Al respecto de esto tenemos algunos indicios orientados que aparecen en las escrituras antiguas. En la Biblia por ejemplo: "en el dolor parirás a tus hijos"... (Génesis, 3: 16); oigo gritos como de mujer en parto; alaridos como los de una mujer que da a luz por primera vez"... Jeremías, 4 : 31)" como de una mujer encinta a punto de alumbrar se retuerce y grita en medio de sus dolores..." (Isaías. 26 : 17) entre otras.

¹⁷ REEDER, Sharon. Enfermería Materno Infantil. XVI Ed., Harla. México 1992, Pág. 11.

Las anteriores frases bíblicas y muchas otras alusivas al mismo tema pertenecientes a literaturas profanas antiguas nos llevan a pensar de que en la antigüedad habían partos complicados y difíciles.

Con el paso de los años, el proceso del parto se pudo comprender mejor y con el progreso y aparición de la medicina se fueron conociendo poco a poco los fenómenos del embarazo y del momento de dar a luz. Una de estas conquistas fue el surgimiento de la obstetricia como ciencia cuyo objeto fuera la atención del parto.

7. Evolución y Tendencia:

La educación para el parto propiamente dicha surge en el siglo XIX, ya que anterior a esta época la misma se realizaba empíricamente por personas que atendían la labor y adquirían sus conocimientos de la observación de las llamadas parteras y la educación para el parto era realizada de mujer a mujer; se contaban sus experiencias, buenas o malas en donde generalmente se mezclaban la ignorancia con hechos reales y ciertas verdades a medias, que con frecuencia contribuían a aumentar el temor a lo desconocido.⁽¹⁸⁾

¹⁸ ENESFAO. Op- Cit, Pág. 9.

Con el devenir de los años, el clima social fue cambiando y la mujer fue tomada en cuenta para recibir educación, para establecer sus derechos y poder obtener sus propios beneficios como tal.

El proceso biológico de la reproducción humana es un hecho fisiológico necesario para la perpetuación de la especie. Como fisiológico que es la selección natural, lo ha dotado de una cantidad de adaptaciones que permiten que se desarrolle en condiciones normales para lograr la obtención de un nuevo ser sano y de una madre sana también.

Hoy en día, el hombre ha buscado diferentes formas de manera de que esa reproducción y sobrevivencia estén rodeadas de las mejores condiciones de vida para que la especie humana se perpetúe a través de los tiempos.

En el año de 1908, la Cruz Roja en los Estados Unidos comenzó educando a la mujer que esperaba un hijo y la que acababa de parir, de los cuidados del niño y su alimentación. Esto fue exitoso y se extendió a nivel mundial en 1913.

Encima 1919, la Cruz Roja amplió el programa con la promoción de ayudantes de enfermería con un programa público de la enfermería para la salud y promovió la educación de los padres de familia en general.⁽¹⁹⁾

Este fue el precursor de los servicios de salud y por esto se consideró que la educación para el parto debía ser considerada un servicio que la comunidad debía recibir, ya que en esos tiempos no se hospitalizaba a las parturientas porque no existía institución que brindase éste servicio.

Durante mucho tiempo, el obstetra inglés Grantly Dick-Read, insistió en la influencia de la actitud de la mujer hacia el parto, como un elemento que entre otros, lo obstaculiza o lo facilita. Destacó algunos aspectos fisiológicos del fenómeno; que en alguna forma el miedo constituía el principal agente generador del dolor durante la labor de parto. La mujer genera cierto estado de tensión porque siente miedo, y a su vez éste opera un efecto antagónico en la actividad muscular del parto con lo cual surge mayor dolor. El dolor, a su vez, despierte más

¹⁹ WALKER, M., YOFFE, B.C., GRAY P. Op. Cit, Pág. 14-18.

miedo, que agrava las tensiones, creando de esta forma un círculo vicioso ⁽²⁰⁾ doloroso.

El Dr. Dick-Read, probó mediante el desarrollo de técnicas de eliminación del temor y reducción en la tensión muscular, que la mujer puede afrontar la labor de parto con un mínimo de incomodidad y da a luz a su hijo sin uso de medicamentos de ningún tipo. El fue el pionero en lo relativo a la preparación para el parto en 1914.

Basándose en los postulados de Pavlov sobre la percepción del dolor y su teoría de los reflejos condicionados; el médico ruso Nicolaiev Vielvovsky en la década de los cuarenta preparaba a las gestantes, sustituyendo los reflejos desagradables por otros agradables o "favorables" obteniendo una mejor labor durante el momento del parto. ⁽²¹⁾

²⁰ WALKER, M., YOFFE, B.C., GRAY P. Op. Cit, Pág. 13-15.

²¹ WALKER, M., YOFFE, B.C., BRAY, P. Op. Cit. Pág. 14.

La teoría despertó la curiosidad de un obstetra parisino Ferdinand Lamaze en 1952 quien estudió a las futuras madres de una clínica de Leningrado, Rusia. Volvió a su país, Francia y comenzó a preparar a sus pacientes con técnicas psicoprofilácticas o de prevención psíquica del dolor en el parto. De aquí surge el método psicoprofiláctico de Lamaze, el cual ha tenido gran aceptación en países como Norteamérica y Europa.

B. EL MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO

1. Aspectos Generales

Este método de enseñanza consiste en combatir el miedo que conlleva el embarazo, la labor y el parto en sí, al orientar a la embarazada y a su compañero en aspectos de anatomía y actividad neuromuscular del aparato reproductor femenino y del mecanismo del parto.

Las bases neurofisiológicas en que se fundamenta la teoría incluyen la excitación cortical y la respuesta condicionada. Esto es, se enseña a la mujer a sustituir respuestas de inquietud y pérdida de control, por actividad más útil. Su utilidad radica en que la actividad intensa excita la corteza cerebral al grado de inhibir otros estímulos, en este caso el dolor que acompaña el parto.

Las respuestas también permiten que la mujer se considere a sí misma como una persona que es capaz de superar la experiencia lo cual refuerza la probabilidad de que persista la conducta de solución positiva de situaciones.

Se enseñan ejercicios que fortalecen la musculatura abdominal y relajan los músculos del periné, y técnicas de respiración para ayudar en la oxigenación tanto al feto como al útero durante el proceso del parto. Se condiciona a la madre para que reaccione por medio de actividad respiratoria y relajación de los músculos que no participan en el parto. Así la madre controla la percepción que tiene de los estímulos de la labor y parto.⁽²²⁾

2. ELEMENTOS DEL MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO

2.1 Instrucción General:

La mujer recibe información teórica sobre el embarazo, parto y el post-parto, lo que constituye parte del elemento informativo. De igual manera se le brinda la oportunidad de exteriorizar sus dudas, sus fantasías, sus experiencias con respecto a la procreación, al embarazo, al

²² EMESFAO. Op. Cit. Pág. 15-20.

parto y a sus nuevas sensaciones corporales, lo que ayuda a transformar el pensamiento que produce temor, en algo positivo que se aprende a manejar, rompiendo de esta forma los condicionamientos o aprendizajes negativos.

3. GIMNASIA PARA EL PARTO

Se practican ejercicios de fortalecimiento de aquellos músculos que participan en el parto lo que trae como consecuencia un grado mínimo de lesión para la madre y su hijo. También la gimnasia ayuda a la recuperación de los músculos perineales después del parto al igual que favorece la recuperación de la silueta femenina en forma rápida.

4. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y MASAJE

Mediante estas prácticas la mujer aprende a contraer algunas partes del cuerpo, mientras mantiene relajada otras. Por ejemplo, aprende a mantener relajados los músculos del periné mientras mantiene contraídos los músculos rectos abdominales los cuales intervienen en el momento de la expulsión.

Es importante mantener un nivel adecuado de tranquilidad y buena preparación para el parto, para evitar en lo posible la anestesia, los medicamentos y los tranquilizantes. La relajación se convierte en un elemento

importante de conocer, como medio que permite disminuir la fantasía, la ansiedad y el temor.

A manera de ejemplo, una vez que se relajan, se le dice a la gestante que imagine a su hijo, que le hable, que se imagine acariciándolo, que se haga un cuadro mental en donde esté amamantándolo, que se imagine el momento del parto. La madre debe decirse: "tengo control sobre mi cuerpo y sobre mi mente, entre contracción y contracción me relajo profundamente, durante la contracción respiro y me doy un masaje ligero sobre mi vientre".⁽²³⁾

De esta manera se mantiene la mente ocupada, desviando la atención, lo que permite sentir en menor intensidad la contracción. Si la contracción llegara a ser muy fuerte, también se prepara a la madre para que recuerde "mantendré control sobre mi cuerpo y sobre mi mente".

5. EJERCICIO DE RESPIRACION:

Estos ejercicios permiten que la embarazada y su hijo tengan una mejor oxigenación ya que la demanda de oxígeno aumenta por parte del organismo de la madre y del niño. Además se utiliza la respiración como un medio que contribuye a lograr un mejor grado de relajación durante la labor y el parto.

²³ EMESFAO. Op. Cit. Pág. 26-44

El aprendizaje de las formas de respiración que se utilizarán en el momento del parto, con motivo de satisfacer las necesidades del trabajo intenso a fin de permitir una mayor oxigenación del útero y del niño, evita la compresión molesta que siente la parturienta, cuando en el período de la dilatación, el diafragma comprime el útero, al bajar la respiración abdominal.⁽²⁴⁾

Al mismo tiempo al concentrarse la mujer en los ejercicios de respiración desvía la atención dirigida a las contracciones e incomodidades del parto hacia otro objetivo: respirar bien, lográndose así que el umbral de dolor sea mayor, por lo tanto se disminuye la posibilidad de que la contracción sea dolorosa.

Por todo lo anterior, en la preparación para el parto no sólo se trata de evitar el dolor, sino de hacer que se cumpla del modo más perfecto posible la función trascendental: "la maternidad", procurando beneficio a la madre, pero muy especialmente al hijo que está por nacer.⁽²⁵⁾

²⁴ MARSHAL, Claus. 1982. Parent-Infant-Bonding. 2 Ed. St. Louis, USA, 1982. Pág. 15-18.

²⁵ MARSHAL, Louis. Op. Cit.

Además con la preparación para el parto se reduce, teóricamente la duración del trabajo de parto, dado que la madre en vez de ser un obstáculo se convierte en un gran auxiliar. En el parto normal la madre ignora la fisiología, la naturaleza de las contracciones y no coopera con el equipo de salud. En el parto psicoprofiláctico, la madre sabe exactamente lo que está sucediendo, ella colabora activamente para que el nacimiento sea feliz y para que su hijo sufra lo menos posible".

6. BENEFICIOS DE LA PREPARACIÓN PARA EL PARTO:

El curso de parto psicoprofiláctico resulta beneficioso para la gestante-madre y para su hijo y tiene impacto en la sociedad ya que mediante el mismo permite lo siguiente:

- Se capacita la gestante en relación a los conocimientos anatómicos y fisiológicos tanto de la mujer como de su hijo.

- Se fomenta la confianza de la madre, la seguridad en sí misma, el apego temprano a su hijo y el goce integral de la maternidad.

- Los ejercicios físicos que se enseñan durante la preparación para el parto ayudan a que durante la gestación las molestias de cansancio y fatiga experimentadas disminuyan además de fortalecer los músculos abdominales y los del periné los cuales juegan un papel importante durante la labor de parto.

- Los ejercicios respiratorios además de ayudar a la adecuada concentración durante la labor y parto mejoran la oxigenación del útero y del feto durante la labor.

- El acondicionamiento psicológico de la gestante permite que la misma participe activamente durante todo el proceso de la labor y parto. El estado mental positivo de la madre facilita la lactancia materna.

- En la madre desaparecerá el rechazo a nuevos embarazos porque ya no le temerá al parto.

- Mediante el empleo del método psicoprofiláctico el niño nace despierto y su respiración será fácil, su llanto espontáneo y su estado fisiológico en general estará en óptimas condiciones.

- Al eliminar el uso de instrumentos para el parto como lo es el fórceps, se reduce la posibilidad de lesiones a las delicadas estructuras del recién nacido.

- La desaparición del temor al parto por parte de la sociedad ejercerá un efecto multiplicador en las mujeres ya que tenderá a desaparecer todo el pensamiento "mágico" que hasta ahora ha rodeado el embarazo y parto con sus efectos nocivos como lo son el rechazo al embarazo, el temor que pudieran inclusive avocar a ciertas personas al aborto provocado.

- Una mujer sin miedo hacia la labor y parto disfrutará su embarazo y se sentirá orgullosa y satisfecha de su rol el cual repercutirá en que el niño nacerá y crecerá en el ambiente cálido de amor y en óptimas condiciones sociales y de familia.

- El niño al nacer en buenas condiciones no tendrá riesgos de lesiones cerebrales, por traumatismos durante el parto y la sociedad tendrá ciudadanos sanos y productivos.

- Las instituciones de salud no tendrán que erogar grandes cantidades de dinero en atención terciaria para rehabilitar los daños producidos en el período perinatal que en la mayoría de las veces es paliativo.

La buena y atinada atención que se le da a la preparación para el parto es una pequeña inversión que produce grandes beneficios para al individuo, la familia y toda la sociedad.

C A P I T U L O I I I

MARCO METODOLÓGICO

Las ciencias de la educación definen el aprendizaje como un cambio de conducta observable. No obstante, para que este cambio de conducta pueda ser asimilado es necesario que el individuo participe de una experiencia de aprendizaje, de tal manera que mediante esta actividad educativa modifique su conducta.

A. Tipo de Estudio

Los estudios experimentales tienen como objetivo la demostración y la cuantificación de la eficacia e inocuidad de un nuevo procedimiento. Este último puede ser preventivo (una nueva vacuna, un programa de educación sanitaria), terapéutico (un fármaco, un nuevo tipo de intervención quirúrgica) o diagnóstico (una nueva prueba para detectar una enfermedad).

Se suelen distinguir dos grandes grupos de estudios experimentales en poblaciones humanas:

1. Los estudios aleatorios controlados o "ensayos clínicos controlados" (randomized controlled trials, randomized clinical trials) y,
2. Los estudios comunitarios (community trials).

En este tipo de estudio, a una comunidad (comarca, grupo de población, grupos de colegios, etc.) se le aplica el nuevo procedimiento y a la otra, que es comparable al máximo con lo anterior, se le aplica el antiguo procedimiento, un placebo, o no se le aplica ninguno y se comparan los resultados.

En base a lo anteriormente descrito, la presente investigación es de tipo cuasi-experimental, de corte transversal y tiene como objetivo la cuantificación de la eficacia del programa educativo sanitario denominado Curso de Parto Psicoprofiláctico (cuyo objetivo y finalidad fueron mencionados en el capítulo II). Se compara un grupo de gestantes que tomó dicho curso (mujeres expuestas) y otro grupo de gestantes, con características similares al grupo anterior, que no tomó dicho curso (mujeres no expuestas).

Es importante mencionar que en algún momento de su control prenatal, la gestante es referida para su inscripción al curso de parto psicoprofiláctico. A las interesadas en participar en dicho curso, se les inscribe en un tarjetario donde se anotan sus datos generales, las fechas de sus citas de control prenatal y su asistencia al

curso. Dado que una revisión preliminar de estos tarjetarios señaló que el conjunto de gestantes que se inscribió en el curso resultó ser de primigestas, se estableció que como característica de selección, las gestantes no expuestas tenían que ser primigestas, con la finalidad de eliminar los posibles sesgos introducidos por la experiencia previa, en el cálculo de la prueba de significación estadística.

B. Población y Muestra

El universo de estudio lo constituyó el grupo de gestantes que acudió a la Policlínica Presidente Remón, para sus controles prenatales y su parto, atendido en la maternidad del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid, en el año 1995.

Dentro de ese universo, para ser objeto de inclusión en la investigación, la población de gestantes, en su conjunto, debía reunir las siguientes características :

1. Contar con 18 años ó mas de edad.
2. Ser residente en la provincia de Panamá
3. Ser primigesta
4. Ser usuaria de los servicios de control prenatal, de la Policlínica Presidente Remón.

5. Tener identificación de haber asistido, o no al Curso de Parto Psicoprofiláctico y,
6. Haber recibido los servicios de atención al parto, en la Maternidad del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social.

El tamaño de la población expuesta, gestantes que habían participado en el Curso Psicoprofiláctico en forma continuada, era de 60 personas. Aplicando la fórmula que permite determinar cuál es el tamaño adecuado de la muestra:

$$N = \frac{(z^2 \cdot x/2) \cdot (p \cdot q)}{d^2}$$

donde $z^2 \cdot x/2$ = Valor crítico de Z que corresponde al nivel de confianza del 95% = 1.96

p = Proporción de la población prevista (éxito) = .25

q = Proporción de fracaso (1-p)
= (1 - .25) = .75

d = Proporción absoluta necesaria a ambos lados de la proporción (en puntos porcentuales).

$$\begin{aligned} \text{Tamaño de la Muestra: } N &= \frac{(1.96)^2 \cdot (.25) \cdot (.75)}{(.10)^2} \\ &= \frac{3,8416 \cdot .25 \cdot .75}{0.01} \\ &= \frac{.7203}{.01} = 72 \end{aligned}$$

luego introduciendo el factor de corrección para el tamaño de la muestra que involucra , el tamaño de la población en el calculo, tenemos:

donde N = tamaño de la población = 60

$$N_1 = \frac{No \times N}{No + (N - 1)}$$

$$N_1 = \frac{72 \times 60}{72 + (59)}$$

$$N_1 = \frac{4320}{131} = 32.9771 = 33$$

El tamaño de la muestra resultó ser 33 gestantes expuestas. El grupo de no expuestas se conformó asignando 2 gestantes por cada gestante expuesta, resultando 66.

C. Método de Recolección de los Datos :

Los datos para nuestro estudio fueron seleccionados a partir de las historias clínicas completas, tanto del grupo expuesto como del no expuesto. La información fue recopilada en un instrumento elaborado para tal efecto y comprendía básicamente las variables edad, estado civil, peso (al principio y al final del embarazo), nivel de hemoglobina , conocimiento y fisiología del embarazo, cooperación en la labor de parto, y presencia de llanto al momento expulsivo. En relación al producto de la

concepción, se registró la información concerniente a su peso y su Apgar. (Ver anexo: formulario).

D. Tabulación y Análisis de los Resultados :

Los datos obtenidos fueron objeto de tabulación y análisis, mediante el programa de computación denominada EPINFO 5.0. Este programa, entre otras estadísticas tiene ODDS RATIO u OR (producto de razón cruzada), el RR (riesgo relativo), el chi-cuadrado de Mantel-Hanzel, tanto en valores numéricos como su respectivo valor, P.

Para nuestro estudio sólo utilizamos el chi-cuadrado y el valor de P para probar la significación estadística del Curso de Parto Psicoprofiláctico. Si P calculado es $< .05$, rechazamos nuestra hipótesis nula.

E. HIPÓTESIS

H₀: El Curso de Parto Psicoprofiláctico no influirá en la conducta de la gestante al momento del parto.

H_a: El Curso de Parto Psicoprofiláctico tiene influencia en el comportamiento de la gestante en la labor de parto.

Definición Conceptual Y Operacional de las Variables.

Parto Psicoprofiláctico:

Conceptual: Curso mediante el cual se capacita a la gestante en todos los aspectos de su embarazo y parto mediante clases con facilitadores idóneos y el aprendizaje de ejercicios físicos, respiratorios y de relajación.

Operacional: Curso mediante el cual se prepara a la gestante en todos los aspectos relativos al embarazo y parto mediante clases con facilitadores idóneos y el aprendizaje de ejercicios físicos, respiratorios y de relajamiento a fin de que la futura madre obtenga los conocimientos y las habilidades para manejar la ansiedad, molestias y dolor al momento de la labor y del parto.

Edad:

Conceptual: Años que una persona ha vivido a partir de su nacimiento.

Operacional: Años cumplidos al momento del control prenatal.

Gestantes Con Intervención

Conceptual: Mujeres en estado de gravidez que participan en el curso psicoprofiláctico

Operacional: Mujeres en estado de gravidez que, previa evaluación obstétrica, decidieron tomar el curso de parto psicoprofiláctico y terminaron el mismo. Ninguna fue menor de 18 años, ni mayor de 40 años. Todas eran primigestas.

Gestantes Sin Intervención

Conceptual: Mujeres en estado de gravidez que no participaron en el curso psicoprofiláctico.

Operacional: Mujeres en estado de gravidez que previa evaluación obstétrica decidieron no asistir al curso de parto psicoprofiláctico. Ninguna fue menor de 18 años, ni mayor de 40 años. Todas eran primigestas.

Conocimiento de la Madre en Relación al**Embarazo y Parto:**

Conceptual: Contar con ideas verdaderas en relación al embarazo y parto.

Operacional: Tener ideas verdaderas en relación al embarazo y parto, las cuales se evalúan de acuerdo a los conocimientos adquiridos de la gestante, lo que repercute en su respuesta a la hora del parto.

Incremento De Peso De La Gestante Durante El Periodo De Gestación

Conceptual: Medición del cambio de la fuerza de gravedad ejercida sobre la gestante al inicio y al final de la gestación.

Operacional: Medición de la fluctuación de peso en kilogramos entre el inicio y el final del embarazo.

Nivel de Hemoglobina

Conceptual: Grado de contenido de glóbulos rojos en la sangre de la gestante.

Operacional: Grado de contenido de glóbulos rojos en gramos en la sangre de la gestante la cual se registrará en forma numérica.

Cooperación Durante La Labor De Parto

Conceptual: La conducta o actitud que presenta la gestante durante el tiempo que se presenta las contracciones uterinas que llevaran al nacimiento del producto.

Operacional: La conducta que presenta la mujer durante la labor de parto, la que se registrará basándonos en las siguientes características: cooperadora y no cooperadora.

Presencia de Llanto Durante el Periodo Expulsivo

Conceptual: Aparición física de lágrimas en los ojos durante el expulsivo.

Operacional: Aparición física de lágrimas en los ojos durante el expulsivo la cual se registrará como: "lloró" y "no lloró".

PESO DEL RECIÉN NACIDO:

Conceptual: Medición de la fuerza de gravedad ejercida sobre el recién nacido.

Operacional: Medición de la fuerza de gravedad ejercida sobre el recién nacido mediante la utilización de una pesa, que se registrará en gramos inmediatamente después del nacimiento del producto.

INDICE DE APGAR:

Conceptual: Índice que mide para determinar el estado físico del recién nacido.

Operacional: Índice que se mide cinco parámetros en forma numéricos para determinar el estado físico del recién nacido. Se consignará al momento del nacimiento.

UNIÓN ESTABLE:

Conceptual: Aquellas parejas que conviven durante cinco y más años.

Operacional: Aquellas parejas que convivan durante cinco y más años. Se clasificarán en las categorías de casada, unida o soltera.

C A P I T U L O I V

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a las variables estudiadas, a continuación analizaremos las mismas.

1. Edad de la Madre:

La encuesta de evaluación del curso de parto psicoprofiláctico registró una población de 99 primigestas cuyas edades variaran entre los 15 a 39 años.

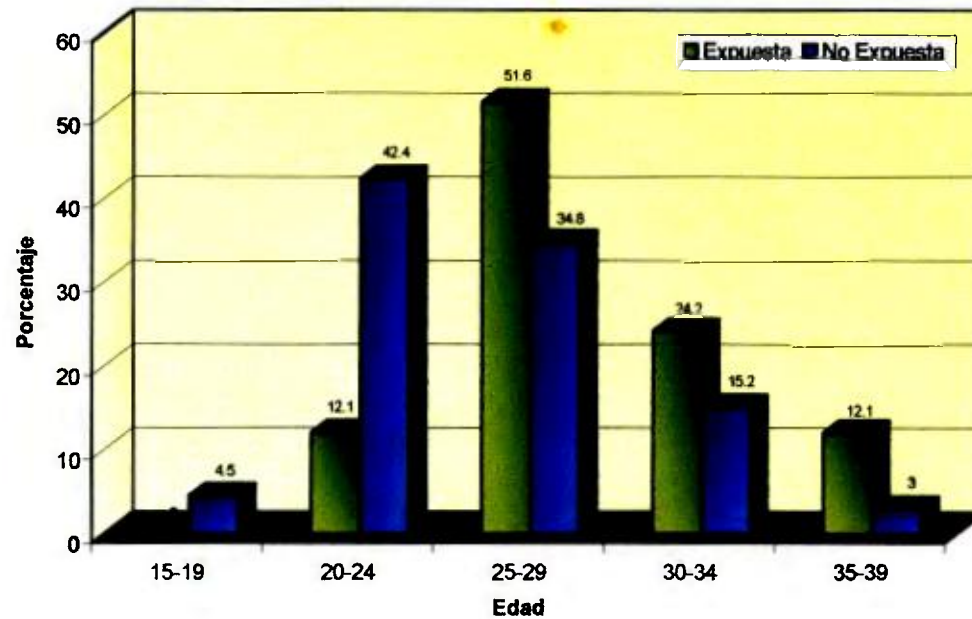
La relación entre el grupo no expuesto (gestantes que no tomaron el curso) y el grupo expuesto (gestantes que tomaron el curso) fue de 2 a 1.

CUADRO I
DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS DE GESTANTES EXPUESTAS Y NO EXPUESTAS AL CURSO PSICOPROFILACTICO, SEGUN EDAD. AÑO 1995.

GRUPO DE EDAD	COHORTES					
	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
TOTAL	99	100	33	100	66	100
15 - 19	3	3.0	0	0	3	4.5
20 - 24	32	32.3	4	12.1	28	42.4
25 - 29	40	40.4	17	51.6	23	34.8
30 - 34	18	18.2	8	24.2	10	15.2
35 - 39	6	6.1	4	12.1	2	3.0

FUENTE: Encuesta de Evaluación del Curso Psicoprofiláctico, Policlínica Presidente Remón 1995.

Gráfica N° 1. Distribución Porcentual de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Psicoprofiláctico, según Edad. Año: 1995.



En el grupo de gestantes expuestas, al Curso Psicoprofiláctico, la mayor proporción de mujeres se concentraba en tramo de 25-29 años, en tanto que en el grupo de las gestantes que no participaron en el curso, fue en el tramo de 20-24 años de edad, siendo el 51.6% y 42.4% respectivamente, (Cuadro I y Gráfica 1).

La distribución según la estructura por edad registró una edad promedio de 28.8 años para las gestantes expuestas y 25.5 años para las gestantes no expuestas. Esos datos muestran una diferencia de 3.3 años de edad entre las mujeres gestantes que tomaron el curso psicoprofiláctico y las que no lo tomaron.

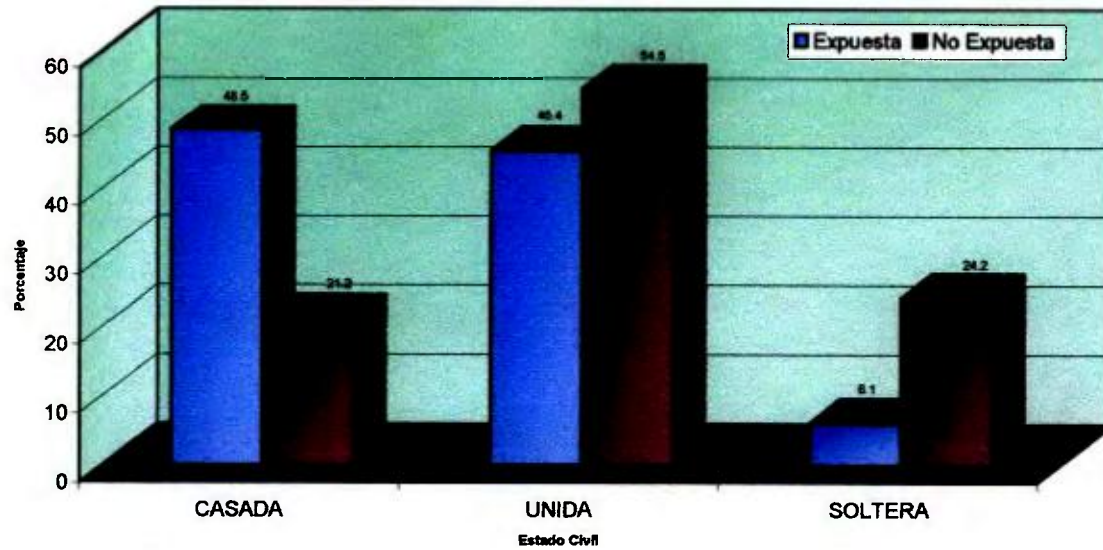
2. Estado Civil:

CUADRO II
DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS DE GESTANTES EXPUESTAS Y NO EXPUESTAS AL CURSO PSICOPROFILACTICO, SEGUN ESTADO CIVIL. AÑO 1995.

ESTADO CIVIL	GRUPOS					
	TOTAL		EXPUESTA		NO EXPUESTA	
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	99	100	33	100	66	100
CASADA	30	30.3	16	48.5	14	21.2
UNIDA	51	51.5	15	45.4	36	54.5
SOLTERA	18	18.2	2	6.1	16	24.2

FUENTE: Encuesta de la Evaluación del Curso Psicoprofiláctico, Policlínica Presidente Remón 1995.

Gráfica N° 2. Distribución Porcentual de los Grupos Gestantes Expuestos y No Expuestos al Curso Psicoprofiláctico, según Estado Civil. Año: 1995



El grupo de expuestas registró el mayor porcentaje de mujeres con hogares estables (93.9%). En este grupo sólo el 6.1% declaró su condición de madres solteras. (Cuadro II y Gráfica 2).

El grupo de gestantes que no participaron en el curso psicoprofiláctico presentó un 75.7% de mujeres con hogares que gozaban de una unión estable y un 24.2% de mujeres en condición de solteras. Según los datos de estas encuestas, hay mayor porcentaje de mujeres con unión estable en la cohorte que tomó el curso de parto psicoprofiláctico.

3. Conocimiento de las Gestantes sobre aspectos relacionados con el Embarazo y el Parto.

CUADRO III
DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS GESTANTES EXPUESTAS Y NO EXPUESTAS AL CURSO PSICOPROFILÁCTICO, SEGÚN CONOCIMIENTO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y EL PARTO. AÑO 1995.

CONOCIMIENTOS	GRUPOS		
	EXPUESTAS	NO EXPUESTAS	TOTAL
CONOCEN	25	33	58
NO CONOCEN	8	33	41
TOTAL	33	66	99

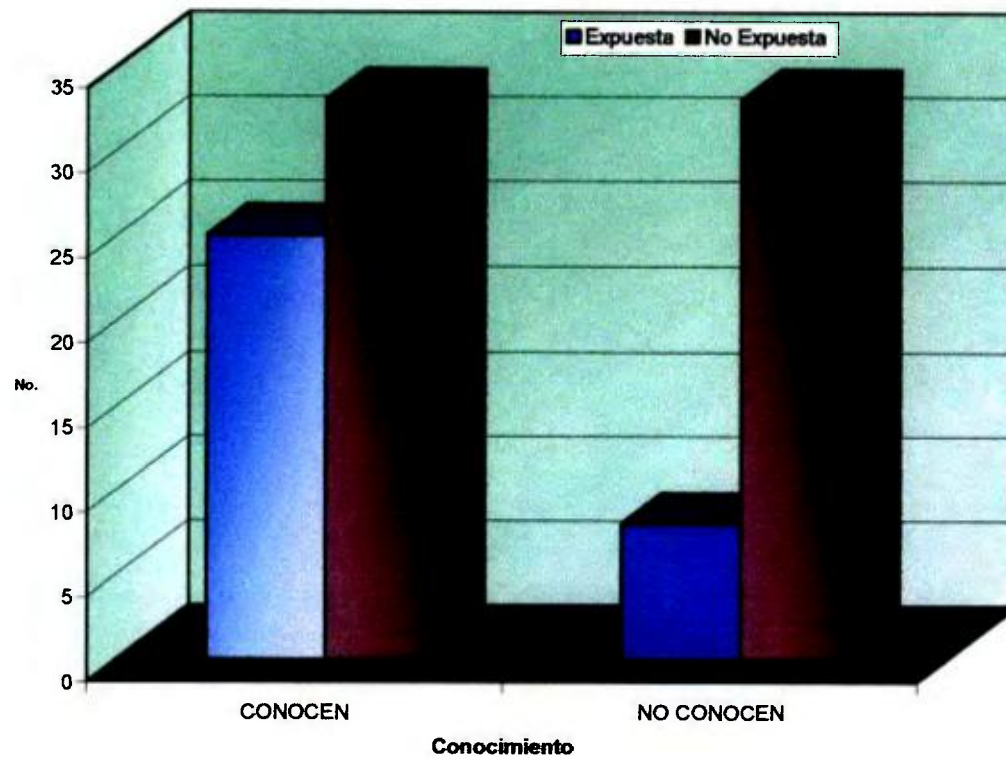
Chi Cuadrado = 5.95 Valor de p = 0.0074

R.R. y Límite de Confianza = 1.09 < 1.52 < 2.13

FUENTE: Encuesta de la Evaluación del Curso Psicoprofiláctico. Policlínica Presidente Remón 1995.

Según estos resultados la preparación psicoprofiláctica, incrementa los conocimientos en relación a la fisiología del parto. El valor $p < .05$ y los límites de confianza del RR de $1.09 < 1.52 < 2.13$.

Gráfica N° 3. Distribución de los Grupos Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psocoprofiláctico, según Conocimiento de Aspectos Relacionados con el Embarazo y el Parto. Año 1995.



4. Nivel de Hemoglobina al inicio y al final del Embarazo.

CUADRO IV
DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS DE GESTANTES EXPUESTAS Y NO
EXPUESTAS AL CURSO PSICOPROFILACTICO POR PERIODO, SEGUN EL
NIVEL DE HEMOGLOBINA AL INICIO Y AL FINAL DEL EMBARAZO:
AÑO 1995.

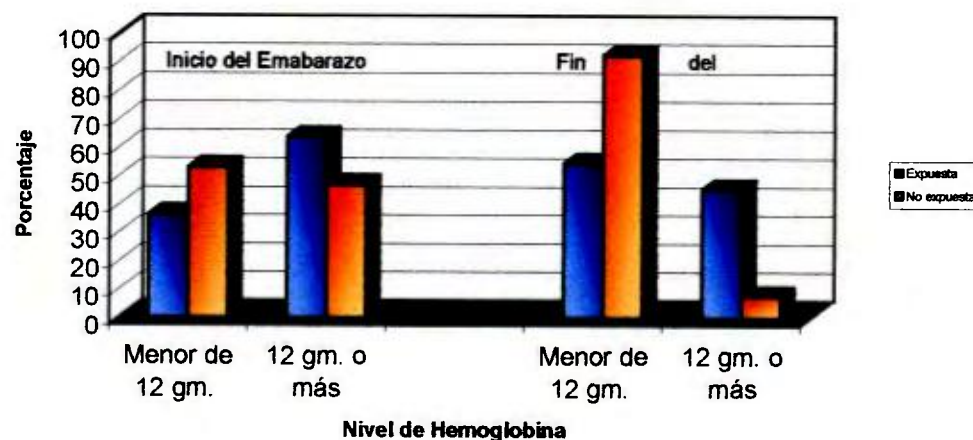
NIVEL DE HEMOGLOBINA	PERÍODO Y GRUPO							
	Inicio del Embarazo				Final del Embarazo			
	Expuesta		No Expuesta		Expuesta		No Expuesta	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 12 gm	12	36.4	35	53.0	18	54.5	61	92.4
12 gms ó más	21	63.6	31	47.0	15	45.4	5	7.6
TOTAL	33	100	66	100	33	100	66	100
Chi Cuadrado	2.43				19.83			
Valor p	0.1252				<.005			
OR	0.5				0.10			

FUENTE: Encuesta de la Evaluación del Curso Psicoprofiláctico,
Policlínica Presidente Remón 1995.

Al inicio del embarazo, el nivel promedio de hemoglobina del grupo de gestantes expuestas al Curso Psicoprofiláctico, fue de $(x) = 12.4$ gramos frente a un promedio de 11.72 gramos no expuesto, siendo las respectivas desviaciones estandares de 0.96g. y 1.27g.

La evaluación de los niveles de hemoglobina, mediante la prueba estadística del chi-cuadrado muestra que no existen diferencias significativas entre los grupos: $p > .05$, al inicio del embarazo.

Gráfica N° 4. Distribución de los Grupos Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico por Periodo, según el Nivel de Hemoglobina y al Final del Embarazo: Año 1995.



No obstante, el haber participado en el curso de parto psicoprofiláctico, operó como un factor de protección para el grupo expuesto, siendo la aproximación al riesgo relativo o razón de productos cruzados (OR) de .10 y un valor de $p < .005$, indicativos de diferencia significativa de los niveles de hemoglobina favoreciendo al grupo expuesto, al finalizar el embarazo.

5. INCREMENTO DE PESO DE LAS EMBARAZAS DURANTE LA GESTACIÓN

CUADRO V.

DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS DE GESTANTES EXPUESTAS Y NO EXPUESTAS AL CURSO PSICOPROFILACTICO, SEGÚN INCREMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO. AÑO 1995.

GRUPO	INCREMENTO DE PESO		
	> 10.23 Kg.	< 10.23 Kg.	TOTAL
EXPUESTAS	11	22	33
NO EXPUESTAS	38	28	66
TOTAL	49	50	99

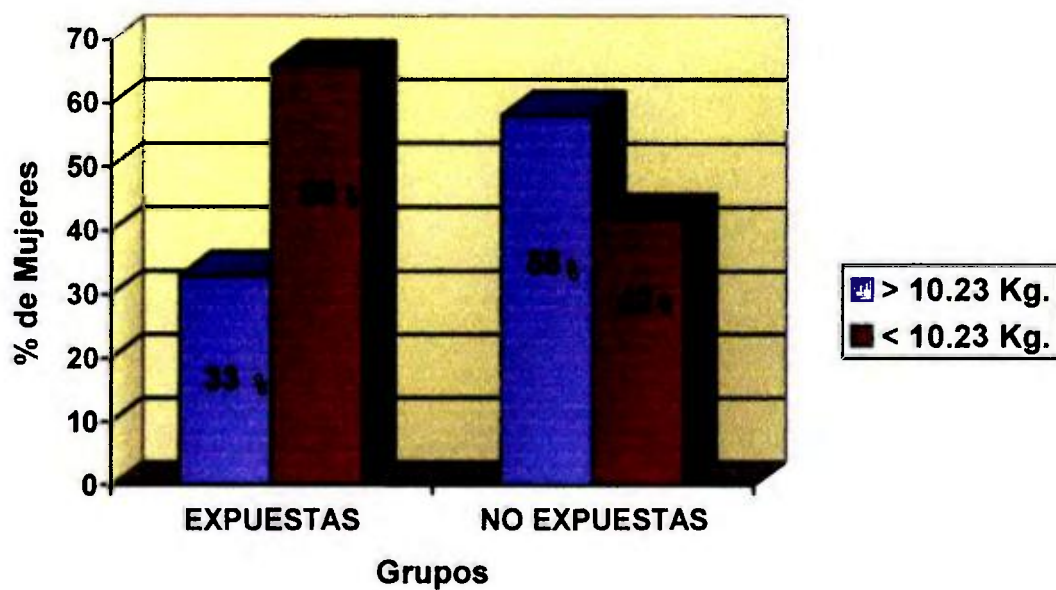
Chi Cuadrado = 5.12 Valor de p: = 0.0237

R.R. y Límite de Confianza = (95%) 0.13 < .579 < 1.86

FUENTE: Encuesta de la Evaluación del Curso Psicoprofiláctico,
Policlínica Presidente Remón 1995.

El incremento de peso observado entre el período inicial del embarazo y la finalización del mismo destaca que existen diferencias significativas, entre el grupo que fue tratado con la capacitación psicoprofiláctica, en relación al grupo no expuesto: $p < .05$ y riesgo relativo (RR) de 0.579.

Gráfica N° 5. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico por Período, Según Incremento de Peso durante el Embarazo. Año: 1995.



Esa diferencia se debe a que el grupo de gestantes que asistió al Curso de Parto Psicoprofiláctico presentó un mayor control en el incremento del peso esperado, que es en promedio de 10.23kg., según la norma.

6. COOPERACIÓN DE LA GESTANTE DURANTE LA LABOR DE PARTO

CUADRO VI.
DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS DE GESTANTES EXPUESTAS Y NO
EXPUESTAS AL CURSO PSICOPROFILACTICO, SEGÚN COOPERACIÓN,
DURANTE LA LABOR DE PARTO. AÑO 1995.

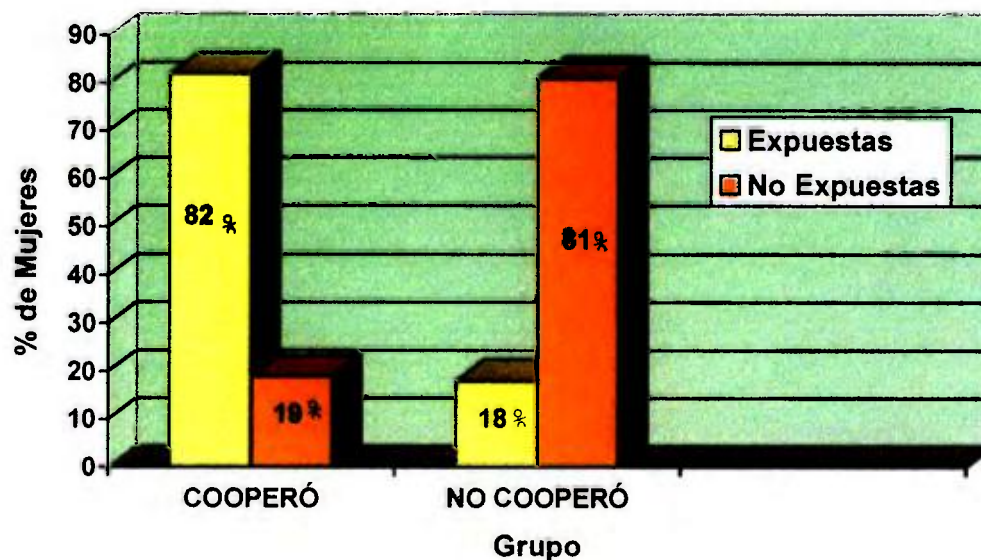
GRUPO	COOPERACIÓN		
	NO COOPERÓ	COOPERÓ	TOTAL
EXPUESTAS	6	27	33
NO EXPUESTAS	54	12	66
TOTAL	60	39	99

Chi Cuadrado = 36.94 Valor de p: = 0.005
R.R. y Límite de Confianza (25%) = 0.35 < .22 < 1.36

FUENTE: Encuesta de la Evaluación del Curso Psicoprofiláctico,
Policlínica Presidente Ramón 1995.

La estadística de prueba calculada señala que existen diferencias significativas entre los grupos expuestos y no expuestos, $p < 0.005$ y que la participación en el curso psicoprofiláctico actuó como factor protector, para el grupo expuesto, del hecho que nos interesaba estudiar: la cooperación de la gestante en la labor de parto. (Cuadro VI y Gráfico No.6).

Gráfica N° 6. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico Según Cooperación durante la Labor de Parto. Año: 1995.



7. PRESENCIA DE LLANTO DE LA GESTANTE DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO.

Como se mencionó en el marco teórico, la gestante va a enfrentar a la labor de parto agitada, nerviosa, temerosa y en muchos casos en un estado de total descontrol psicológico-emocional que en última instancia se manifiesta a través del llanto.

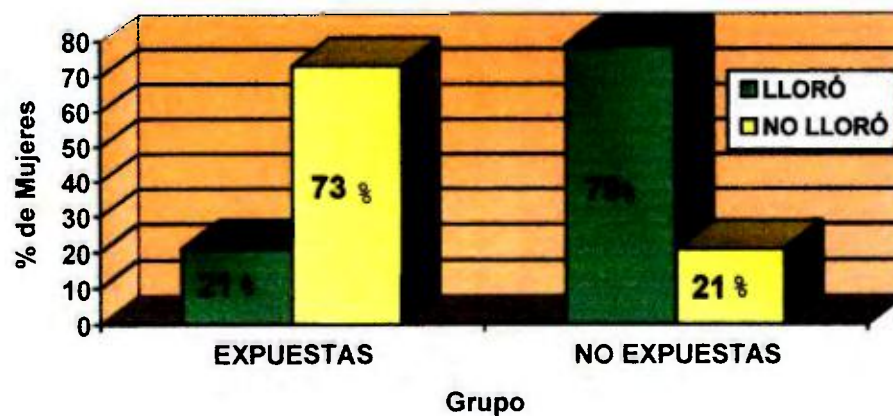
CUADRO VII
DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS DE GESTANTES EXPUESTA Y NO
EXPUESTAS AL CURSO PSICOPROFILACTICO, SEGUN LA PRESENCIA DE
LLANTO DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO. Año 1995.

GRUPO	PRESENCIA DE LLANTO		
	LLORÓ	NO LLORÓ	TOTAL
EXPUESTA	7	26	33
NO EXPUESTA	52	14	66
TOTAL	59	40	99

Chi-Cuadrado 29.98 RR y limites de Confianza (95%)
 Valor de p < 0.005 .430 < .269 < .168

FUENTE: Encuesta de la Evaluación del Curso Psicoprofiláctico,
 Policlínica Presidente Remón 1995.

Gráfica N° 7. Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No
Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según la Presencia de Llanto Durante el
Período de Expulsión. Año: 1995.



Los datos destacan que hubo un porcentaje representativo de gestantes expuestas que no lloraron al momento del expulsivo (73.0%), en comparación con un 21%, de las gestantes no expuestas al Curso Psicoprofiláctico que no lloraron en dicho período. La prueba de Chi cuadrado: $p < 0.005$, y el Riesgo Relativo $RR = 0.269$, nos indicó que existen diferencias significativas. El curso de parto psicoprofiláctico actuó como factor protector del llanto, por el grupo de gestantes expuestas (Cuadro VII y Gráfica 7).

8. Peso del Neonato.

Cuadro VIII
Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y
No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según Peso
del Niño al Nacer: Año 1995.

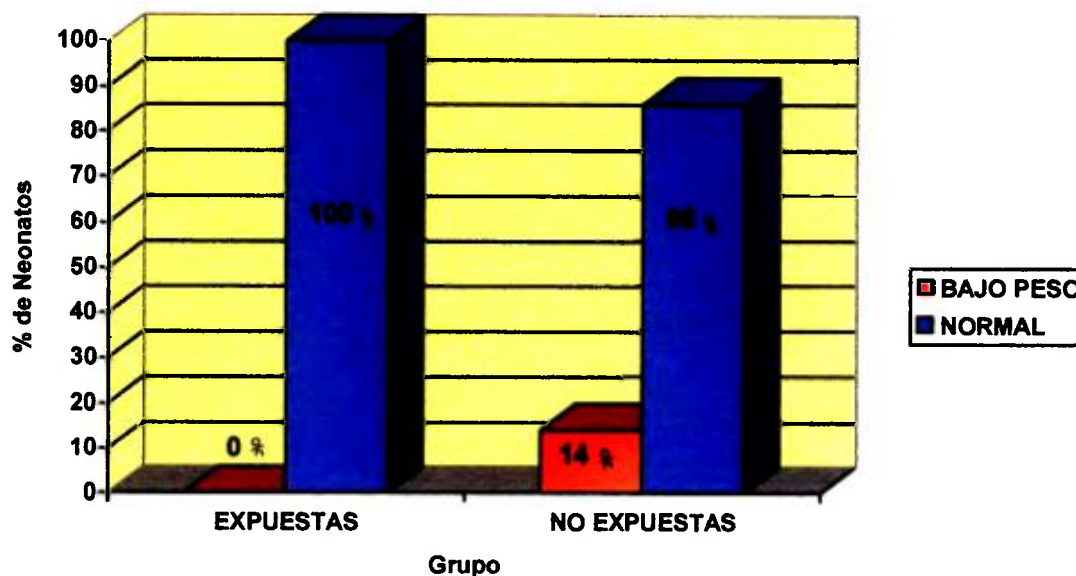
GRUPO	PESO DEL NEONATO		
	BAJO PESO	NORMAL	TOTAL
EXPUESTAS	0	33	33
NO EXPUESTAS	9	57	66
TOTAL	9	90	99

Chi-Cuadrado 4.90
 Valor p .0271
 rr = 0.00

FUENTE: Encuesta de la Evaluación del Curso Psicoprofiláctico,
 Policlínica Presidente Remón 1995.

El análisis de la variable de peso al nacer, indica que los niños de las madres que tomaron el Curso de Parto Psicoprofiláctico, el 100% presentaron pesos normales al nacer (2500g. o más). En el grupo de gestantes no expuestas al curso, la proporción fue de (86%) según se muestra en el Cuadro VIII y Gráfica No.8.

Gráfica N° 8. Distribución Porcentual de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, Según Peso del Niño al Nacer. Año: 1995.



La estadística de prueba aplicada, señala un valor p de .0271, indicativo de que existen diferencias significativas entre los pesos al nacer, de los niños de gestantes expuestas y no expuestas al Curso Psicoprofiláctico, actuando este como factor protector del peso de los niños nacidos de madres expuestas, como se puede apreciar en el Cuadro VIII y Gráfica 8.

9. Índice de Apgar del Neonato al Minuto de Nacer.

Cuadro IX.

Distribución de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, según Apgar del Neonato al Minuto de Nacer: Año 1995.

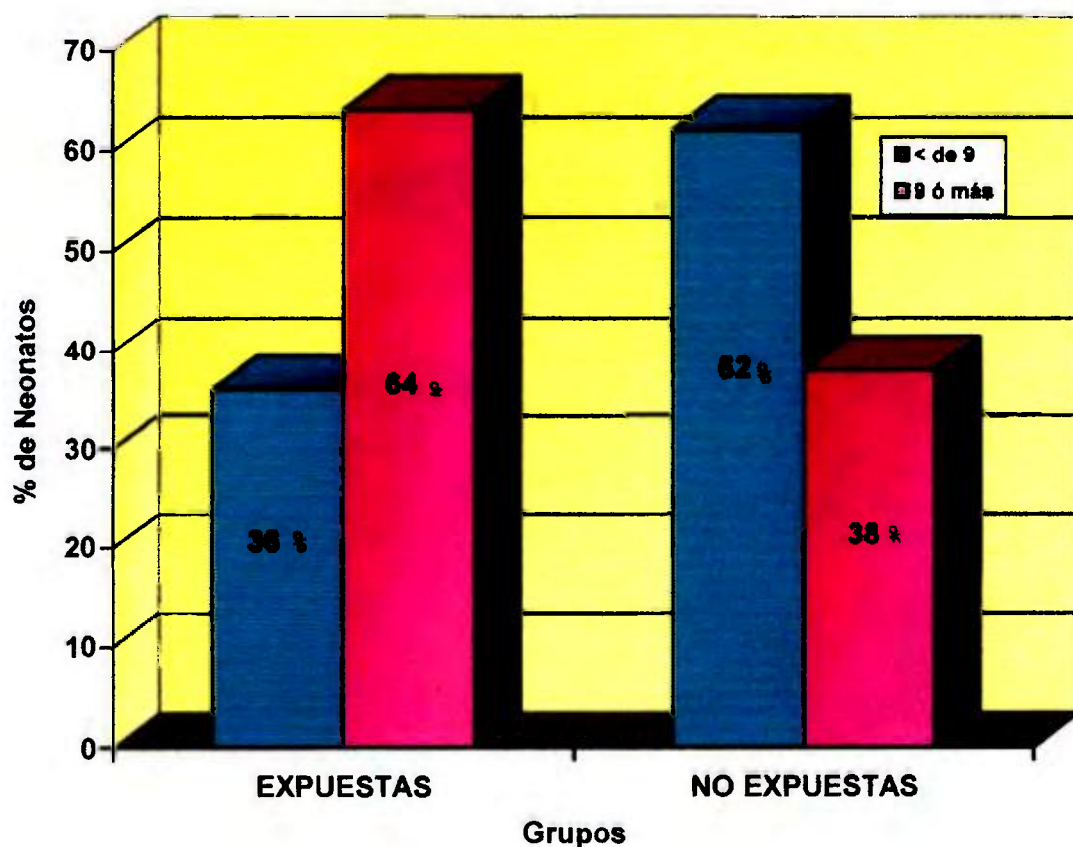
GRUPO	INDICE APGAR AL MINUTO		
	< 9	9 Ó MÁS	TOTAL
EXPUESTAS	12	21	33
NO EXPUESTAS	41	25	66
TOTAL	53	46	99

Chi-Cuadrado 5.81 RR y Límites de Confianza (95%)=
 Valor p : 0.016 0.905 < 0.585 < .378

FUENTE: Encuesta de la Evaluación del Curso Psicoprofiláctico,
 Policlínica Presidente Remón 1995.

En referencia al Índice de Apgar al minuto y según demuestra el Cuadro IX, se observan diferencias significativas con un valor de $p < 0.05$. En otras palabras, los neonatos del grupo de gestantes que tomaron el Curso de Parto Psicoprofiláctico presentaron mejores condiciones físicas en el momento del nacimiento (Cuadro IX y Gráfica No.9).

Gráfica N° 9. Distribución Porcentual de los Grupos de Gestantes Expuestas y No Expuestas al Curso Psicoprofiláctico, Según Índice de Apgar al Nacer del Neonato. Año: 1995.



C O N C L U S I O N E S
Y
R E C O M E N D A C I O N E S

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados producto de nuestro estudio han permitido alcanzar las siguientes conclusiones:

1. Observamos que hubo mayor tendencia para tomar el curso psicoprofiláctico en las mujeres ligeramente mayores (28.8 años) las cuales participaron en el curso psicoprofiláctico en relación a las más jóvenes (25.5 años) las cuales no participan en el curso.
2. La cohorte expuesta registró el mayor porcentaje de mujeres con unión conyugal estable en relación a la cohorte no expuesta. En otras palabras, las mujeres con hogares estables presentaron mayor predisposición de asistir al curso psicoprofiláctico en comparación con las que declararon ser madres solteras.
3. La distribución porcentual según incremento de peso de la madre durante el embarazo señaló un aumento de peso aceptable no mayor de 10.23 kg. Existen diferencias significativas en la ganancia de peso entre las gestantes expuestas y no expuestas.

4. Se observó un porcentaje significativo de las embarazadas expuestas cooperando durante la labor de parto, en comparación con las embarazadas no expuestas.
5. Se demostró en este estudio que las madres que participaron en el curso de parto psicoprofiláctico, sus hijos presentaron un buen Apgar al nacer y por ende mejores condiciones físicas en el momento de su nacimiento en relación a los niños nacidos de las madres no expuestas al curso.
6. El 100% de los neonatos de las madres que participaron en el curso psicoprofiláctico nacieron con pesos normales en comparación a los neonatos del grupo de madres no expuestas.
7. Las gestantes que recibieron la capacitación psicoprofiláctica demostraron tener mejores conocimientos de la fisiología del embarazo y parto lo cual se evidenció en el proceder al momento del parto.

8. En relación a la presencia de llanto al momento del expulsivo, sólo 21% del grupo expuesto presento el mismo mientras que el 73% no lo presentaron.

9. Hubo diferencia significativa en relación al nivel de hemoglobina en el grupo de gestantes expuestas y no expuestas al final de la gestación.

RECOMENDACIONES

1. Brindar las herramientas necesarias al personal del Programa Materno Infantil de la Caja de Seguro Social, para que incorpore los cursos psicoprofilácticos como una actividad de rutina del control prenatal.
2. Programar cursos de promoción y actualización de capacitación en referencia a los cursos del parto psicoprofiláctico entre el personal de obstetricia de la Caja de Seguro Social en toda las Unidades Ejecutoras de la misma.
3. Contar con un personal idóneo en las técnicas psicoprofilácticas durante el control del embarazo para así apoyar a la parturienta preparada. En las salas de parto, este equipo podría ayudar efectivamente a la parturienta no preparada a fin de que el dar a luz sea una experiencia grata.
4. Incentivar nuevas investigaciones, para destacar los factores protectores de la preparación para el parto psicoprofiláctico que se traducen en beneficio de la salud de la madre y del neonato.

5. Fomentar actividades de enfermería para educar a las gestantes en la importancia de los beneficios del curso psicoprofiláctico, para el desarrollo integral del neonato y de la participación activa del padre con el binomio madre-hijo.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranda P, José. Epidemiología General: Texto Guía para Estudiantes de Medicina. Tomo Primero. Talleres Gráfico. Universitarios. Venezuela 1971. 476 Pág.
2. Ashford, Janet. The Whole Birth Catalog: A Sourcebookfor Choices in Childbirth. The Crossing press Trumansburg, New york USA. 1983. 320 Pág.
3. Barahona, N. y Alvarez A..L. Sociedad y Salud. Estudio en América. Primera Edición Cali, Colombia Impresiones Formas Precisas 1992. 179 Pág.
4. Benson, Ralph. Handbook of Obstetrics and Gynecology. Fifth Edition. Lange Medical Publications 1974. 770 Pág.
5. Botero, Jaime, Junbi. Obstetricia y Ginecología. A., Henao, G. Primera Reimpresión. Cuarta Edición. OPS - OMS 1990. 812 Pág.
6. Brown, Judith. Nutrition for your Prenancy. University of Minnesota Press. Mineapolis USA. 1983. 83 Pág.
7. Caja Costarricense de Seguro Social. Curso de Parto Psicoprofiláctico. 1990, 84 Pág.
8. Caja de Seguro Social de Panamá. Curso de preparación para el parto Psicoprofiláctico - Estimulación Pre-Post parto - Gimnasia post Parto 1987, 78 Pág.

9. Caja de Seguro Social de Panamá. Ley Orgánica.
10. Caja de Seguro Social de Panamá. Informe Estadístico del Complejo Hospitalario Metropolitano 1991-1998, 78 pág.
11. Caja de Seguro Social de Panamá. Informe Estadístico de la Policlínica Presidente Remón.
12. Canales, F. H, de Alvarado y Pieda. Metodología de la Investigación. México PASCAP OPS-OMS. 1986. 327 Pág.
13. Caplan, G. Emotional implications of Pregnancy and its influence on Family Relationships. Harvard University Press. USA. 117 Pág.
14. Código de la Familia. Editorial Alvarez. Panamá 1994. 152 Pág.
15. Contraloría General de la República de Panamá. Panamá en Cifras. 1995-2000.
16. Contraloría General de la República de Panamá. Situación Demográfica. Estadística Vitales Defunción Volumen III 1998. 195 Pág.
17. Cunnigham, F. G., McDonald, P.C., Grant H.E; Obstretics. Edition 18. Appleton and Lange. East Newark, Conneticut. 1989. 838 Pág.
18. Day, Robert A. Como Escribir y Publicar Trabajos Científicos Publicación Científica 526. OPS/OMS Wasshington DC USA. 1990. 204 Pág.

19. Dever, A. Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud OPS/OMS. Aspen Publishers, Inc. 1991. 417 Pág.
20. Diccionario de la Lengua Española. Ediciones Castell. 1986. 3498 Pág.
21. EMESFAO, Enseñanza del Método Psicoprofiláctico. Tercera Edición. Santa Fé Bogotá, Colombia. 1986. 198 Pág.
22. Fayad, C. Estadística Médica y Salud Pública Tomo I. Venezuela Editora de publicaciones de Panamá de los Andes. 1982. 528 Pág.
23. Frohlich, Edward D. Rypins medical Board Review Basic Science. 5 Edition. J.B. Lippincot Company 1989. 795 Pág.
24. Hernández, Flérida. Estadística Descriptiva. Instituto Centroamericano de Administración Pública, Primera reimpresión agosto de 1993. San José Costa Rica 1993. 249 Pág.
25. Jenicek, Milos. Epidemiología. Principio, Técnicas, Aplicaciones. Editorial Salvat 1987. 396 Pág.
26. Korn, Tora. Liderazgo y Administración en Enfermería 3ª Edición. interamericana. México 1982. 352 Pág.
27. León, Víctor. Efectos Fisiológico de la Desnutrición en las Mujeres que Fueron a dar a Luz al Hospital Santo Tomás, 1985. Por publicar revista Science 1970.

28. Marshall, Claus. Parent - Infant Bonding. 2ª Edición
St. Louis, Missouri USA 1982. 287 Pág.
29. Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social. Normas
Médico - Administrativas Programa Salud Integral
de la Mujer. 1995.
30. Lillienfeld A., Lillienfeld D., Fundamentos de
Epidemiología, Fondo Educativo Interamericano
S.A.1982 341 Pág.
31. Ministerio de Salud. Memorias. 1994. 134 Pág.
32. Morton, R., Hebel J. Richard, McCarter R.
Bioestadística y Epidemiología 3ª Edición
Interamericana McGraw-Hill,1996. 249 Pág.
33. Orientación Sexual, El Parto Sin Dolor, Colecciones de
Manuales, Orientación Sexual, Apartado Aéreo 17-
389. Bogotá, D.E. Colombia, 1970. 57 Pág.
34. Rosenfeld, Allen., Fathaller, M. Manual de Reproducción
Humana OPS. F.I.G.O. 1994. Impreso en España.
533 Pág.
35. OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas
Locales de Salud: La Administración Estratégica
Washington D.C. USA. 1992. 159 Pág.
36. OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas
Locales de Salud: Participación Social. 1990.
40 Pág.
37. OPS/OMS. Evaluación del Plan Regional para la
Reducción de la Mortalidad Materna en las América.
Informe de Países 1995. 1,169 Pág.

38. OPS/ OMS. La Condición de Salud de Las Américas.
Volumen I. Edición 1994. 489 Pág.
39. OPS/OMS. La Condición de la Salud de las Américas.
Volumen II. Edición 1994. 453 Pág.
40. Reeder, Sharon. Enfermería Materno infantil. XVI
Edición Harla, México 1992. 189 Pág.
41. Sampieri, R.H., Collado C.F., Lucio P.B., Metodología de
la Investigación Interamericana Mc Graw-Hill,
México 1995 505 Pág.
42. Sasmor, Jannette. Educación para el Parto. Editorial La
Husa. México 1982. 237 Pág.
43. UNICEF, INCAP, CEIADE. La Mortalidad en la Niñez
Centroamericana, Panamá y Belice 1980-1989.
Celade, Septiembre 1990. Costa Rica. 37 Pág.
44. Walker, M, Yoffe, B., Gray, P. The Complete Book of
Birth. Simon and Schuster 1979. New York USA.
316 Pág.
45. Williams, H., Masters V., Kolodny R. La Sexualidad
Humana. Volumen I. Introducción: Biología
Editorial Grijalbo Barcelona, España. 1995.
156 Pág.

ANEXOS

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR AAM**

**INDICADORES HOSPITALARIOS PEDIATRICOS
AÑOS: 1996 - 1998**

<u>INDICADORES</u>	<u>FORMULA</u>	<u>AÑO 1996</u>	<u>AÑO 1997</u>	<u>AÑO 1998</u>
Letalidad Pediátrica	<u>Egresos Muertos</u> Total Egresos	$\frac{38 \times 100}{3530}$ =1.1	$\frac{44 \times 100}{3078}$ =1.4	$\frac{43 \times 100}{3274}$ =1.3
Mortalidad Fetal Tardía Hospitalaria	<u>Nacidos Muertos</u> Nacimientos	$\frac{20 \times 100}{5282}$ =0.6	$\frac{35 \times 100}{5835}$ =0.6	$\frac{27 \times 100}{5505}$ =0.5
Letalidad Neonatal	<u>R.N. Muertos</u> <u>Total R.N.E. (Egresos)</u>	$\frac{72 \times 100}{1241}$ =5.8	$\frac{54 \times 100}{1032}$ =5.2	$\frac{52 \times 100}{919}$ = 5.7
Mortalidad Neonatal Hospitalaria	<u>R.N. Muertos</u> T. Nacimientos Vivos	$\frac{72 \times 100}{5282}$ =1.3	$\frac{54 \times 100}{5835}$ =0.9	$\frac{52 \times 100}{5505}$ = 0.9

FUENTE : DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS
CHMAAM.

NOTA: R.N. = RECIEN NACIDO

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR AAM
TASA DE LETALIDAD NEONATAL
AÑOS : 91 - 98**

AÑOS	CHMAAM	NACIONAL
91	13.8 x 1000 N.V.	11.5
92	13.6 x 1000 N.V.	11.9
93	9.3 x 1000 N.V.	11.9
94	8.4 x 1000 N.V.	11.0
95	5.5 x 1000 N.V.	10.6
96	5.8 x 1000 N.V.	10.0
97	5.2 x 1000 N.V.	10.1
98	5.7 x 1000 N.V.	

FUENTE: REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS DEL CHMAAM
DIRECCION DE ESTADISTICA Y CENSO, CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

NOTA: N.V. = NACIDOS VIVOS

COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. AAM

DATOS ESTADISTICOS PERINATALES

AÑOS: 1993 - 1998

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
PARTOS ATENDIDOS	4325	4753	4927	5282	5835	5505
Nacimientos Vivos	4284	4713	4900	5253	5800	5478
Nacimientos Muertos	41	40	27	29	35	27
TIPOS DE EMBARAZO	4284	4717	4861	5246	5796	5465
Embarazo Unico	4243	4682	4823	5213	5759	5427
Embarazo Multiple	41	35	38	33	37	38
VIA DEL PARTO (N.V.)	4284	4717	4861	5246	5796	5465
Vaginal	3246	3579	3631	3817	4079	3786
Cesarea	1038	1138	1230	1429	1717	1679
% de Cesarea*	24%	24%	25%	27%	29.6	30.1
% de Cesarea 1ra. vez					17.8	19.3
PARIDAD (N.V.)	4284	4717	4861	5253	5796	5465
Primipara	985	1521	1885	1642	1171	1889
Multipara	3299	3196	2976	3611	4025	3576
EDAD MATERNA	4284	4717	5051	5253	5796	5465
Menor de 20 años	144	347	347	142	236	318
De 20-35 años	3729	3881	4364	4661	4828	4480
Mayores de 35 años	411	489	340	450	732	667
PESO AL NACER	4284	4713	4900	5282	5835	5505
Menos de 2500g	268	515	322	402	454	525
2500 - 4000g	3764	3631	4273	4598	5076	4695
Mayores de 4000g	252	567	305	282	305	285
MUERTE MATERNA	2	4	3	2	4	0
TASA MUERTE MATERNA **	41	85	61	38	69	0

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas - CHMAAM

*Iterativa + 1era. vez

**100,000 N.V.

gdea/Excel - CHM Est.

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR.AAM
ESTADISTICAS PERINATALES**

AÑOS: 1980 – 1998

AÑOS	PARTOS			NACIMIENTOS			
	TOTAL	VAGINAL	CESAREA	TOTAL	VIVOS	MUERTOS	ABORTOS
1980	4794	3981	813	4827	4761	66	1145
1981	5089	4185	904	5118	5042	76	1029
1982	4754	3878	876	4770	4714	56	944
1983	4904	3895	1009	4940	4892	48	988
1984	4997	3967	1030	5039	4977	62	881
1985	5070	3862	1208	5104	5042	62	759
1986	4882	3686	1196	4922	4857	65	810
1987	4565	3542	1023	4601	4548	53	713
1988	4635	3499	1136	4672	4624	48	725
1989	4440	3267	1173	4480	4427	53	637
1990	4381	3204	1177	4415	4366	49	523
1991	4360	3231	1129	4393	4348	45	609
1992	4481	3334	1147	4527	4477	50	660
1993	4284	3246	1038	4325	4291	34	713
1994	4717	3579	1138	4752	4712	40	906
1995	4549	3279	1277	4967	4932	35	972
1996	5246	3817	1429	5282	5253	29	797
1997	5796	4079	1717	5835	5800	35	909
1998	5465	3786	1679	5505	5478	27	1037

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS – SECCION DE ESTADISTICA
CHMAAM.

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR AAM
DATOS ESTADISTICOS PERINATALES
PESOS AL NACER EN LOS PARTOS ATENDIDOS
AÑOS 1996 - 1998**

PESOS AL NACER / AÑOS	1996	1997	1998
TOTAL	5,282	5,835	5,505
Mayor de 4000g.	282	305	285
2500 – 4000g	4,598	5,076	4,695
Menor de 2500g	402	454	525

FUENTE: REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS DEL CHMAAM.

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR AAM
CAUSAS DE MUERTE MATERNA
AÑOS 1992 – 1998**

AÑO	NUMERO	CAUSAS
1992	1	Toxemia Hipertensiva del Embarazo (THE)
1993	2	THE + Síndrome de Hellp (SH) + Coagulación Intravascular Diseminada (CID)
1994	4	-Hemorragia -Hemorragia -Hemorragia + CID -THE + Hemorragia + SH
1995	3	-Encefalopatía Anoxo – Isquémica Post Cesárea - Hemorragia + CID + Embolismo de Líquido Amniótico (ELA) -Insuficiencia Aórtica Severa+Tromboembolismo
1996	1	THE + SH
1997	4	-THE + SH + CID -Hemorragia Post Parto -Hígado Graso + Sépticemia + CID -THE + Hemorragia
1998	0	

FUENTE : DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS CHMAAM