



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.



**“Trabajo monográfico para optar a la Licenciatura en
Trabajo Social”**

Tema:

Factores Socio - Culturales que Inciden en la Poca Participación de embarazadas primerizas al Programa Parto Psicoprofilactico dirigido por el Centro CARAS en el Barrio de Sutiaba.

Autores:

Br. Aníbal Ernesto López Lanuza.
Bra. Ligia Yaneth Mercado Lagos.
Bra. Pastora Mauren Delgado Áreas.
Bra. Sandra Lorena Valverde Solórzano.

Tutora: Msc. Ángela Ulloa flores.

León, octubre 2010.

“A la libertad por la universidad”



Agradecimiento.

Damos gracias en primer lugar a **Dios** todo poderoso por darnos sabiduría para entender las lecciones y experiencias transmitidas por nuestros profesores.

A nuestras **Madres** por ser el pilar fundamental y brindarnos su apoyo incondicional.

A nuestra **tutora Msc. Ángela Ulloa Flores** por brindarnos las herramientas necesarias para llevar a cabo nuestra investigación.

A las embarazadas que participaron en el programa de parto psicoprofiláctico dirigido por el centro CARAS por brindarnos la información necesaria para nuestra investigación.

Al centro **CARAS** especialmente a los médicos y psicóloga por el apoyo en el proceso de la investigación.

A todos la personas que de una u otra forma contribuyeron en el proceso de nuestra formación y la realización de esta investigación.



DEDICATORIA

A nuestras Madres que con esfuerzo, dedicación y amor nos han dado lo mejor motivándonos y satisfaciéndonos de todas nuestras necesidades para culminar con éxito nuestros estudios universitarios.

A nosotros como grupo por la dedicación y motivación que hemos puesto durante el proceso de profesionalización.

A mi padre por haberme apoyado en todo este proceso de formación.



Área

Socio _ Cultural



Tema

Factores socio _ culturales que inciden en la poca participación de embarazadas primerizas al programa parto psicoprofilactico dirigido por el centro CARAS en el barrio de Sutiaba.



Problema

¿Cuáles son los factores socio - culturales que influyen en la poca participación de las embarazadas primerizas al programa parto psicoprofilactico, dirigido por el centro CARAS en el barrio de sutiaba, en el periodo comprendido de agosto 2009- septiembre 2010?



I. Introducción.

La psicoprofilaxis, metodología que proporciona a embarazadas conocimientos básicos educativos, relacionados al comportamiento, influye desde el momento de la concepción hasta sus posteriores embarazos, contribuye a que las embarazadas y su compañero adquieran mayor responsabilidad, teniendo conocimiento de su cuerpo, mejorando la convivencia familiar y el disfrute de su embarazo.

El presente trabajo está encaminado a determinar los Factores Socio - Culturales que influyen en la Poca Participación de embarazadas primerizas al Programa Parto Psicoprofilactico, dirigido por el Centro CARAS, en el Barrio de Sutiaba.

Cabe señalar que a partir de la bibliografía utilizada presentamos al lector la importancia de estas técnicas psicoprofilacticas en la salud integral de la mujer embarazada, reduciendo el índice de morbi- mortalidad materna en países donde se aplica esta metodología innovadora.

Durante el proceso de la investigación encontramos dificultades como: cambios de domicilio de las embarazadas, poca disponibilidad para asistir a las actividades planificadas por parte del equipo investigador.

Se aplicaron técnicas como: entrevista estructurada, dirigida al equipo executor del programa (2 médicos, 1 psicóloga) con el objetivo de obtener una visión más amplia y técnica de la importancia del parto psicoprofilactico, también se aplico una encuesta a nuestros sujetos en estudio, que nos permitió conocer los factores socio- culturales que incidieron en su poca participación a las terapias psicoprofilacticas.

Así como también se utilizo la técnica de observación indirecta permitiéndonos reconocer el ambiente y contexto del habita de vida de estas embarazadas registrando esta información en lo que se denomina diario de campo o bitácora



II. Justificación.

Las complicaciones obstétricas para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidas, detectadas y manejadas oportunamente mediante la aplicación de procesos normativos.

Por lo cual se requiere de la aplicación de estrategias que contrarresten esta problemática, como son las terapias psicoprofilacticas que prepara a la embarazada física y psicológicamente para asumir el proceso del parto, al igual que a todas las personas vinculadas afectivamente a ella, principalmente a su compañero, debido a que las técnicas que se realizan son de pareja preparándolos a establecer un núcleo familiar sostenible.

El estudio es de gran utilidad práctica, nos permite promover una nueva estrategia de intervención primaria para reducir el número de posibles complicaciones durante el proceso del embarazo, contribuyendo a disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal, valorando de esta manera la importancia que tiene el programa de parto psicoprofilactico a todas las embarazadas primerizas.

Para la Organización CARAS, esta investigación servirá como referente y brindara pautas para que su trabajo sea más eficiente, brinde una mejor atención para lograr mayor participación de las embarazadas primerizas al programa, tomando en cuenta los factores que incidieron en la poca asistencia al mismo, para que de esta manera puedan cumplir con éxitos sus objetivos.

El impacto de la investigación repercutirá en la protección de la salud sexual reproductiva de las embarazadas, invitando a las autoridades del Ministerio de Salud a promover este programa tomando en cuenta las dificultades encontradas y desarrollando alternativas que faciliten una mayor participación de las embarazas y sus acompañante a las terapias para disminuir la tasa de morbi-mortalidad materna infantil.

A nosotros como trabajadores sociales, nos invita a promover el desarrollo de nuevas iniciativas y técnicas que vayan en función de mejorar la calidad de vida de las personas.



III. Objetivos

General:

- ✓ Describir los Factores Socio - Culturales que inciden en la poca participación de embarazadas Primerizas al Programa Parto Psicoprofilactico, dirigido por el Centro CARAS en el Barrio de Sutiava.

Específicos:

- ✓ Identificar los factores socio – culturales que inciden en la poca participación de embarazadas primerizas al programa parto psicoprofilactico, dirigido por el centro CARAS en el barrio de sutiaba.
- ✓ Establecer el conocimiento que tienen las embarazadas primerizas sobre las terapias psicoprofilacticas.
- ✓ señalar la importancia que tiene el Programa Parto Psicoprofilactico en el desarrollo del embarazo a partir del conocimiento técnico que tienen los coordinadores del programa.



IV. Marco Teórico.

Antecedentes.

En tiempos prehispánicos, al embarazo se le rendían todo tipo de cultos por considerársele sagrado, las féminas en gestación gozaban de privilegios y cuidados especiales, entre los que destacaban frecuentes visitas y asesoría de la partera, quien además les proporcionaba consejos para que el futuro bebé se desarrollará adecuadamente.

Se les hacía ver que el parto era una experiencia satisfactoria y gozosa que no tenía que vivirse con sufrimiento. Como una forma de ayudarlas se practicaban rituales para que se mantuviera en óptimas condiciones y se ofrecían banquetes en su honor.

Cuando llegaba el alumbramiento, la partera recibía al niño o niña con frases tiernas, al momento que le cortaba el cordón umbilical, posteriormente, esperaba la expulsión de la placenta, luego procedía a bañar al bebé e invocaba la protección de los dioses.

Algunos aspectos básicos de la presente filosofía la han retomado los instructores en Psicoprofilaxis, disciplina que proporciona a la futura mamá conocimientos sobre gestación, parto y forma de manejar el dolor y ansiedad durante el alumbramiento, recurriendo al método a partir del cuarto mes de embarazo.

Hay mujeres que traen un hijo al mundo sin sufrir, mientras que otras padecen dolencias durante el nacimiento, **¿por qué se presenta este contraste?** El grado de dolor se asocia con el estado emocional, pues se ha demostrado que cuando la madre está nerviosa, cansada y ansiosa, siente mayor molestia en el momento en que se presentan las contracciones.



Por ejemplo, es común que las futuras mamás sufran durante el parto debido a que sienten temor, a causa de expresiones como "dar a luz es una prueba dolorosa"; en consecuencia, se presenta rigidez muscular, condición que favorece la sensación dolorosa.

Por otra parte, hay familias donde el ambiente es sereno y se considera al alumbramiento como un acontecimiento natural y satisfactorio, lo que permite dar a luz en forma tranquila y relajada.

El método Psicoprofilactico proporciona, en primer lugar, conocimientos teóricos elementales sobre anatomía y fisiología del embarazo y parto, en cuyas sesiones se describen los órganos sexuales, se explica el curso del ciclo menstrual, fecundación y desarrollo del nuevo ser.

Posteriormente, se aprende la forma en que se vive un parto y los síntomas que lo anuncian como, contracciones, dilatación y expulsión; asimismo, se dedica un espacio a temas de nutrición y vida diaria durante la gestación.

El método Psicoprofiláctico se originó en Rusia en 1947 y fue estructurado por los Científicos Nicolaiev, Velvosky y Platonov, discípulos de Iván Pavlov, quien recibió el Premio Nobel de Medicina por sus estudios sobre los Reflejos Condicionados y sobre la fisiología de la Actividad Nerviosa Superior.

Ellos, se propusieron aplicar las teorías de su maestro sobre los condicionamientos corticales en el manejo y atención de las embarazadas, con la finalidad principal de prevenir o suprimir el dolor del parto.

A medida que el procedimiento se fue poniendo en práctica en varias partes del mundo civilizado, se fueron recopilando muchas observaciones, que ponían en duda la efectividad del método, en cuanto a la supresión del dolor del parto, se propusieron otras denominaciones tales como, Preparación Psicoprofilactica de las embarazadas,



Parto Soportable, Parto Humanizado, Parto Condicionado o Método Lamaze, en sustitución del Método Parto Sin Dolor, que aún hoy en día defienden los franceses.

El Equipo Médico de Estudios Psicofísicos de Analgesia Obstétrica (EMESFAO-ESPAÑA), desde 1956 hasta nuestros días, ha adoptado esta denominación, propuesta por Aguirre de Cárcer, de la Escuela Española de Sofrología: Educación para la Maternidad, estando de acuerdo con la finalidad y los resultados del método.

Es importante señalar que el verdadero pionero de los Métodos Psicósomáticos en Obstetricia fue, el doctor Grantly Dick Read de Londres, quien desde 1929 dio a conocer su original método, que denominó **Parto Natural** o **Parto sin Temor**, con base en el Síndrome Temor-Tensión-Dolor y como causa primordial del dolor del parto, el temor de la mujer en general a este evento, inducido por la educación, la religión y la ignorancia respecto a los procesos fisiológicos del embarazo y del parto.¹

Los Rusos, en cambio, explicaron el dolor del parto, como el resultado de un reflejo condicionado producido por la palabra, relacionado con la educación y la cultura, con base en los hallazgos de Pavlov y Platonov, que la palabra en el hombre actuaba como un “segundo sistema de señales”, con características físicas y fisiológicas y, por tanto con capacidad de producir condicionamientos.

Schwarcs coincide, con los autores Rusos y Franceses, que el nombre de Parto Sin Dolor, es inexacto porque involucra una promesa que no siempre se puede cumplir.

Los dos métodos, el Inglés y el Ruso, son semejantes ambos tienen una finalidad educativa y en la práctica, también son similares, ambos emplean gimnasia y técnicas de relajación y de respiración.

La diferencia está en la interpretación de la Etiología y la Neurofisiología del dolor del parto y en algunas otras sutilezas.

¹ Doctor Grantly Dick Read de Londres, 1929 dio a conocer el método **Parto Natural** o **Parto sin Temor**.



En su origen, la psicoprofilaxis perinatal (PP), fue un entrenamiento brindado a mujeres durante el embarazo, para que tuvieran un parto menos doloroso. Como encontró **Chevalier (1982)**, parir para muchas mujeres es un acontecimiento traumático, por lo que necesitan una preparación en tres planos: ejercicios de gimnasia médica, información sobre funciones sexuales, menorrea, concepción, embarazo, alumbramiento y aprendizaje de la distensión corporal ante el dolor.

El método fue desarrollado por Velvovski en la ex Unión Soviética al inicio del tercer decenio del siglo pasado al recuperar los hallazgos de Pavlov sobre reflejos condicionados.

En 1950, los neurofisiólogos, Platonov y Velvovski y los obstetras Ploticher y Shungan le hicieron otras aportaciones. El objetivo era que el parto ocurriera sin que la mujer sintiera dolor, puesto que se había obtenido evidencia de que las emociones pueden alterar las sensaciones del trabajo de parto.

En 1951, el Sistema Soviético de Psicoprofilaxis fue conocido en países de Europa y Asia, como Bulgaria, Checoslovaquia, Polonia, Hungría y la República Popular de China. Para ese entonces, también el Papa Pio XII lo autorizó como medio para dar a luz

En 1960 ya se aplicaba en 42 países de Europa, Asia, África, América del Sur, Norteamérica y Australia.

En ese año, Lazame un Obstetra francés lo aprendió en Rusia y lo llevó a Francia, donde fue perfeccionado por Tocólogos como Vellay, Bourrell, y Hersilie y los Psiquiatras Vermorel y Anguelgue. Con Vellay como guía del Grupo Europeo, fundó en 1958 la Societe Internationale de Psychoprofilaxie Obstetricale con Sede en París.

El método fue traído a México por, Stefanovich y Stooppen en 1957. Santibáñez y Fuentes Calvo Obstetras Mexicanos lo practicaron por primera vez en el Hospital Central Militar, al principio con esposas de soldados rasos, y después con las de oficiales.



En 1959 Fuentes Calvo se unió con Santibáñez y juntos formaron la Clínica Psicosomática en Ginecoobstetricia, donde, en trabajos de tutoría, formaron Instructoras de Psicoprofilaxis. Santibáñez estudio en Francia el método de Lamaze.

En 1971 se impartió el primer curso teórico y práctico para formar instructoras de Psicoprofilaxis Perinatal (PP) donde se formaron quince, de las cuales dos se encuentran activas.

El parto era considerado en esa época como Psicosomático: importaban los aspectos corporales y psicológicos, por lo cual se llevo a utilizar la hipnosis para facilitar el parto. Aunque todo esto no era aceptado por la tradición obstétrica.

En 1975, en el Centro Materno – Infantil “General Maximino Ávila Camacho “, en Los Pinos (México), se fundó el Departamento de Psicoprofilaxis Obstétrica, Coordinado por Alvares del Castillo, fue la primera vez que la PP se trabajo en una Institución Pública de Salud, impartándose como un curso prematrimonial.

En 1978, el Instituto Nacional de Perinatología fundo el Departamento de Educación pregestacional, que atendía a la totalidad de las usuarias y que consistió en una preparación regular para el parto, de modo que las mujeres asistían al curso y los padres podrían observar el parto.

En Agosto de 1981, Sergio Villalobos, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional, inauguró el Servicio de Psicoprofilaxis Perinatal, el cual se presta ahí desde entonces.

En el 2005 este servicio cumplió 25 años de practicarse en este Centro Hospitalario. Donde la utilización de este método ha implicado un logro para las mujeres, como es el ejercicio de su derecho a parir no dormida sino consiente.

La finalidad de la psicoprofilaxis perinatal en el servicio de salud del sector público de México, es recomendarlo como un método educativo y de entrenamiento a mujeres embarazadas y sus parejas de esta manera prepararlos para el momento del parto.



La finalidad principal del método, no consiste en la supresión del dolor, sino en las favorables repercusiones que en el aspecto educativo ejerce sobre la psicología y el comportamiento de la embarazada.

Existen diferentes teorías que intentan explicar la psicoprofilaxis mostramos los métodos que facilitaron su origen.

El método Grantly Dick-Read, en su libro *Childbirth Without Fear* (Parto sin temor), publicado por primera vez en los años 40, el Dr. Grantly Dick-Read atrajo la atención del público hacia los principios del parto natural.

Su filosofía consistía en tratar de disminuir y eliminar en lo posible el temor, la tensión y el dolor producido por estas emociones, mediante la educación y el apoyo moral adecuados.

El método enseña a controlar la tensión, aunque da mucho énfasis al hecho de que el conocimiento destruye el temor y evita la tensión, con lo cual se controla a su vez el dolor.

Para lograr todo esto, existen cursos que comprenden ejercicios respiratorios, relajación muscular, información sobre lo que debe suceder en una situación normal y lo que puedes hacer para ayudarte a ti misma.

También enseña a buscar apoyo en forma de orientación, estímulo y comprensión. Atribuye gran importancia a la preparación para la maternidad y al parto mismo.

El método de Lamaze también llamado método psicoprofilactico, Produce: "Partos más cortos", no "cambian el trabajo de parto", se necesita menos anestesia, la incidencia operatoria es más baja, la pérdida sanguínea es menor hay menos hipertensión, partos prematuros, más satisfacción materna, niños más felices, menos mortalidad perinatal", etc.



Este método ideó a mediados del siglo pasado unos ejercicios basados en estímulos táctiles (masajes), visuales (relajación a través de la visualización) y auditivos (palabras de aliento) para que las madres pudieran alejar las sensaciones dolorosas provocadas por las contracciones.

En los ejercicios el padre cumple una parte fundamental asistiendo a la mujer con masajes y apoyo psicológico y así ambos puedan compartir de forma activa el nacimiento de su bebé.

No quiere decir que el método esté en contra del uso de la anestesia epidural sólo que promueve unas técnicas para que puedas sobrellevar mejor el dolor del parto.

Hoy en día, la técnica está bastante extendida y la filosofía Lamaze va más allá de un método de parto para convertirse también en una filosofía de educación temprana que concibe la paternidad como una función vital.

Entre las similitudes que tienen ambos métodos encontramos:

- a. El miedo, que acentúa la percepción del dolor, puede disminuir o desaparecer cuando la mujer comprende la fisiología del trabajo de parto.
- b. Como la tensión Psíquica acentúa la Percepción del dolor, es más fácil lograr la relajación en una atmósfera tranquila y agradable con personas que brinden su apoyo.
- c. La relajación muscular y no tipo específico de respiración disminuyen o suprimen los dolores del trabajo de parto.

Para demostrar la importancia del parto psicoprofilactico la *Sociedad Colombiana de Psicoprofilaxis Obstétrica* y *Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología*.



Desde 1937 en la Clínica de Maternidad Calvo, Institución Privada de Bogotá, se prodigaba la atención del parto en una sala pequeña, iluminada débilmente con una luz azulada, y tanto el obstetra como la enfermera procuraban infundir tranquilidad a la parturienta. Era lo que se llamaba Parto Fácil con Transfusión de Confianza, a la manera del Tocólogo Francés Marcel Metzgor.

Fue el Doctor Guillermo López Escobar quien a partir de 1948 se interesó por la verdadera Psicoprofilaxis Obstétrica, poniendo en práctica con su clientela privada las enseñanzas del ginecólogo inglés Read.

Sin embargo, el estudio formal de los procedimientos Psicósomáticos de Analgesia Obstétrica se inician en Colombia en 1954, a cargo de un grupo de profesores de Obstetricia y Ginecología de las universidades Nacional y Javeriana, de donde sobresalió Carlos Roberto Silva Mojica, el más consagrado defensor y divulgador del llamado Parto Sin Dolor.

En 1955, durante el Primer Seminario de Educación Médica, por iniciativa de Silva Mojica se acogió la siguiente recomendación: recalcar al estudiante y al personal docente la necesidad de la preparación Psicológica, o mejor psicoprofiláctica, en su doble aspecto educativo y afectivo para lograr la colaboración activa y apacible de la parturienta en los procesos de su parto.

En 1956, se crea con fines de investigación, el Equipo Médico de Estudios Psicofísicos de Analgesia Obstétrica (EMESFAO), que mantuvo y mantiene aún vigente el interés por el enfoque Psicósomático de la Obstetricia.

EMESFAO, fijó desde el comienzo una posición ecléctica ante la diversidad de criterios respecto a estos sistemas y puso en práctica un método psicoprofiláctico integrado con elementos de las principales escuelas: la Rusa de Velvosky, la francesa de Lamaze y la Inglesa de Read.



En Colombia después de la fundación de EMEAFAO, se crearon otros equipos y sociedades no sólo en Bogotá, sino en ciudades como Medellín, Cali (Instituto Fernand Lamaze e Instituto de Estudios Psicofísicos para el Parto), Barranquilla (Equipo de Psicoprofilaxis de la Clínica Los Ángeles), Bucaramanga, Cúcuta, Pereira, Armenia e Ibagué.

Cada uno se sentía depositario de la verdad. Así surgieron los ortodoxos, representantes de Pavlov, Lamaze y Vellay; los Iconoclastas de EMESFAO, que idearon un método a su manera, reconociendo a cada uno parte de la verdad y los hipnotizadores, quienes quisieron darle al método un toque mágico.

Por ser imposible el diálogo y el entendimiento se dispersaron fuerzas valiosas. Todos obraron obcecados en pos de una única meta: suprimir el dolor del parto, desconociendo otros importantes aspectos.

En el IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología (Bogotá, 1962) la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología puso las cosas en orden al declarar como conclusión de su ponencia: "La psicoprofilaxis obstétrica es un método cultural, educativo y de higiene mental."²

Aparece en Medellín, en 1957, el libro del Doctor Gustavo Isaza "*La maternidad sin dolor.*" En Septiembre de ese año se inicia el primer curso para instructoras en Psicoprofilaxis Obstétrica y en la Universidad Javeriana se dicta un ciclo de conferencias bajo el patrocinio de la Sociedad Médica Javeriana.

En la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, en Febrero de 1959, se lleva a cabo el Primer Simposio Colombiano, sobre Métodos Psicofísicos para el Parto Indoloro a cargo del equipo Médico de EMESFAO.

² IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología (Bogotá, 1962), "La psicoprofilaxis obstétrica es un método cultural, educativo y de higiene mental.



En aquella ocasión actuó como Presidente Honorario del Simposio el Doctor Pierre Vellay, quien fundó la Sociedad Colombiana de Psicoprofilaxis Obstétrica. Bajo la dirección de Carlos Roberto Silva Mojica, EMESFAO publica en 1959 el libro “*Educación para el parto.*”

A causa de las dificultades surgidas para la práctica correcta de la Psicoprofilaxis Obstétrica, por falta de personal preparado, ausencia de clínicas apropiadas y fallas de organización, los equipos se fueron disolviendo poco a poco, se clausuraron los Simposios, las publicaciones se hicieron esporádicas y decayó la docencia universitaria.

Sin embargo, deben mencionarse la publicación por EMESFAO del libro *La preparación psicoprofiláctica de las embarazadas*, la Conferencia del Profesor Fedotov, de Moscú, y el Curso para Instructoras dictado por la Doctora Stoopen, de México.

Tanto EMESFAO como la Sociedad Colombiana de Psicoprofilaxis Obstétrica se hicieron presentes con importantes contribuciones en los congresos de París, Viena y Toronto.

A finales de 1966, se celebra el Décimo Aniversario de la Fundación de EMESFAO y el IV Simposio Colombiano de Psicoprofilaxis Obstétrica, a este último asistieron profesionales de distintos países: Luschinsky, Bradley, Bing y Heston, de Estados Unidos; Macdonald, de Guatemala; Stoopen, de México; Quijada, de Venezuela; y Castro, de Perú.

Además del tema Maternidad Responsable, desarrollado por la Asociación Colombiana de la Facultad de Medicina, se habló sobre la colaboración de los maridos en el método psicoprofiláctico y la importancia de la lactancia materna.

Desde entonces, la Psicoprofilaxis Obstétrica se estancó, dado su importante papel como método para educar a la mujer respecto a los fenómenos que ocurren durante el embarazo y a su comportamiento en el curso del parto, aún sigue vigente, desempeñando un papel como defensora del Parto Natural frente al abuso de la Operación Cesárea.



Entre otros estudios relacionados la Universidad Veracruzana Xalapa – México realiza un estudio para dar a conocer la preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada a través de la Psicoprofilaxis Perinatal (PP) tal como se practica en una Institución de Salud del Sector Público, utilizando la Observación de tipo Etnográfico.

La finalidad es recomendarla como un método educativo y de entrenamiento dirigido a mujeres embarazadas y a sus parejas preparándolas para el nacimiento.

Se utilizó la Metodología de Investigación Cualitativa de tipo Hermenéutico, tiene la finalidad de describir e interpretar los comportamientos de los actores y sus significados, tal como expresan o relatan en sus actividades y discursos.

La PP (psico - profilaxis perinatal) emplea la Observación Participante como una de sus técnicas principales, pues esta hace factible el registro de la participación de los Actores Sociales y la recuperación o producción de sus discursos.

El estudio fue realizado en el Hospital Regional Iº de Octubre(ISSSTE), ubicado en el Norte de la Ciudad de México, es uno de los escasos Centros Públicos que ofrece PP, fue elegido como el sitio de investigación, las clases y ejercicios se llevaron a cabo en un salón contiguo al servicio de Consulta Externa, de aproximadamente 30 metros cuadrados.

Una pared está cubierta con espejos (para que las mujeres puedan ver su cuerpo completo y valoren su aspecto). Se utilizaron tres filas de colchonetas que hacen un total de 22, sobre ellas se pone una almohada y un carrete o rodillo, hecho de esponja dura y forrado de plástico resistente y lavable.

El curso PP se llevó a cabo los lunes, entre las diez de la mañana y una de la tarde, con periodo de cuatro meses y medio.



Las asistentes fueron divididas en dos grupos, el primero de 10 a 12 y el segundo de 11 a 13 horas, ambos grupos coincidieron en las clases, donde recibieron explicaciones e información sobre diversos temas, como alimentación, lactancia, trabajo de parto, vacunas y otros.

Algunas eventualidades que surgieron durante el estudio (Campañas de Salud del Hospital, demoras en las llegadas o ausencias de las embarazadas) provocaron leves variaciones en el Plan de Trabajo.

Los involucrados en el estudio fueron dos instructoras (la coordinadora y su auxiliar), quienes se turnaron para impartir charlas y coordinar los ejercicios de PP. Además a una sesión llegaron a asistir hasta 17 mujeres embarazadas (M) y cinco Conyugue (H), tres madres de las embarazadas(A) y algún hijo o hijas de estas(N).

Las edades de las mujeres fluctuaron entre 25 y 30 años, la de sus parejas eran edades muy semejantes, apenas mayores que ellas.

En el trabajo de campo se empleo la Observación Participante el investigador principal permaneció en el salón de PP, desde que comenzaba hasta que terminaba cada sesión. De la sesión 1 a la 15 solo realizó observaciones. A partir de la 16, a petición de las instructoras, a veces dirigió los ejercicios obstétricos.

Durante cada sesión elaboró una nota de campo para registrar los contenidos de las pláticas y actividades que las instructoras pidieron ejecutar a las participantes más tarde se completo la nota.

En la sistematización de la información levantada, los discursos y actividades que se presentaron fueron recuperados y clasificados como se muestra mas adelante. Las actividades Psicoprofilacticas fueron analizadas y valoradas por su impacto preventivo potencial sobre salud materno – infantil. Según los resultados la mayoría de las mujeres llegaron a PP por recomendaciones de conocidos o pacientes. Donde se les



hizo una revisión ginecológica, encontrando que sus vientres presentaban un tamaño reducido o mediano.

Por ello las instructoras les recomendaron que debían de:

- 1) Asistir con ropa cómoda, calcetas para no pisar el suelo frío, pantalones no faldas y una bolsa de plástico para guardar su calzado.
- 2) Llevar un cuaderno para hacer anotaciones.
- 3) Conseguir un donador de sangre al hospital por cada pareja.
- 4) Asistir al curso con regularidad o avisar de su inasistencia para conserva su expediente.

Además, si las embarazadas primerizas necesitaban presentar constancia de justificación por ausencia en su trabajo, se les ofrecieron comprobante de asistencia por el tiempo que permanecieron en las sesiones de PP.

El curso incluyó entrenamiento, información y motivación, que preparan a las mujeres a mejorar su embarazo, el trabajo de parto, parto puerperio y lactancia materna, a fin de mejorar la salud materno – infantil desde la gestación.

La participación masculina fue reducida en las sesiones. En la primera charla, acudieron cinco varones y paulatinamente se fue reduciendo su número hasta la sexta sesión donde solo asistieron uno o dos.

El esposo que más asistió tenía treinta años de edad, solía llevar un cuaderno donde sistematizaba la rutina de los ejercicios, para ponerlo luego a disposición de su pareja. Incluso sus apuntes fueron de utilidad para otras mujeres que, por hacer los ejercicios no pudieron tomar nota.

Los hombres realizaron los ejercicios con menor implicación, los interrumpían más y los hacían con menos precisión.



Una de las embarazadas primerizas en varias ocasiones por la no asistencia de su conyugue asistió acompañada de su abuela. Quien regularmente sufría al realizar las terapias, sobre todo al principio.

La metodología cualitativa fue útil para recuperar las actividades psicoprofilácticas. La PP es una actividad sanitaria educativa y preventiva en reproducción. El conocimiento de lo que va a ocurrir y sentir y el entrenamiento en las técnicas para manejar el dolor y responder a el, ayuda a la mujer a enfrentar el parto.

Desafortunadamente, el parto psicoprofiláctico aún es de escasa Prioridad Institucional, lo que podría relacionarse a tres hechos:

1. Atiende la reproducción, de manera tradicional, la cual tiende a ser vista socialmente como un fenómeno habitual, natural y consustancial de las mujeres que son pocas valorada social y culturalmente.
2. Atiende la Producción de manera preventiva, cuando más bien la curación de enfermedades características al modelo medico vigente.
3. Bajo este modelo se carece de indicadores de significación Institucional de que la PP sea efectiva.

El escaso apoyo en los Centros Hospitalarios, que proporciona a los departamentos que ofrecen servicio de Psicoprofilaxis o la inexistencia del mismo, constituyendo que en México prevalece el Modelo Medico de Salud, que se erige como el mejor facultado para diagnosticar y restablecer o controlar alternativas orgánicas y funcionales del cuerpo.

Por lo tanto se recomienda, continuar y ampliar la practica psicoprofiláctica con mujeres embarazadas, aunque resta documentar el impacto monetario y preventivo.



El análisis de las actividades Psicoprofiláctica del Hospital para varones y su repercusión sanitaria es otra tarea pendiente.

En Honduras Con el Objeto de Analizar el Método de Lamaze, se presentan varias observaciones en una serie de 100 casos en un período de tres años.

Pacientes que recibieron el entrenamiento del parto psicoprofilactico de Lamaze por 14 semanas. El estudio no es completo, pues por razones del tipo de pacientes, no se pudo establecer un grupo control.

La información que se brinda puede servir a médicos para hacer una comparación con sus propios pacientes que no hayan recibido dicho entrenamiento.

Parece lógico pensar, que se notaron mejorías substanciales en los factores cuantitativos, aunque dichas cantidades no fueron comparadas con un grupo control.

Comparando el tiempo de la duración del parto de esta serie con los datos brindados por los libros de texto, se ve claramente que si hubo un acortamiento en los dos períodos cuantificados en primigestas y multíparas.

Es necesario comentar la alta incidencia de partos espontáneos, la ausencia del uso de fórceps bajos y la disminución en el porcentaje de cesáreas. La episiotomía se hizo en todas las pacientes para acortar el segundo período del parto y para prevenir futuros prolapsos uterinos.

Las exploraciones uterinas en las Multigestas se hicieron al determinar la ausencia de cotiledones en el examen de la placenta y en la única primigestas, se hizo para extraer una placenta succenturiata.

Las complicaciones del parto en el aspecto materno solo se lamentan los desgarros de 3er. grado en cinco primigestas con episiotomía media. Hubo una aparente disminución en todas las complicaciones.



Los tres sangrados inmediatos post parto en las multigestas fueron a causa de atonía uterina y los tres por fetos macrosómicos que pesaron 9, 9i/2, 9.15 Lbs. El único caso de toxemia fue una pre-eclámptica leve.

La vida del Obstetra se hace más placentera al tener pacientes, que saben lo que está pasando minuto a minuto, y que cooperan enormemente para que todo salga bien.

La presencia del padre durante la labor y el expulsivo, fue siempre un factor positivo y reconfortante para el paciente. Quizás la mejor satisfacción fue la experiencia positiva de la madre relatada como alguien que estuvo en una batalla no como observador, sino como participante activo.

En Nicaragua persiste la demanda de los servicios insatisfechos de salud, acompañada de baja productividad y distribución inadecuada de los recursos humanos. Por razones históricas y Socio - Económicas esta situación es más evidente en el área Rural donde precisamente se concentra la pobreza y los problemas de salud.

En la actualidad las reformas se desarrolla la modernización del sector salud, en su Política Nacional de Salud, impulsando cambios fundamentados en una lógica de Salud Publica y la descentralización hacia los sistemas locales de salud (SILAIS) y municipios en función de alcanzar transformaciones que serán profundizadas en los niveles Municipales.

Entre las iniciativas dirigidas a apoyar este proceso de fortalecimiento, el Ministerio de Salud (MINSAL) ejecuta proyectos de apoyo en los SILAIS de nueva Segovia, Madrid, Estelí, León, Chinandega y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), (PROSILAIS), que tiene como principios básicos, la descentralización de los servicios de salud, el desarrollo integral y sostenido y como eje de resolución de los problemas, la participación social.



En consecuencia, PROSILAIS realiza Sistematización de Casas Maternas, desarrolladas en seis SILAIS, en dicho proceso de trabajo, se abordan aspectos de la estructura, organización y percepción que tiene el mismo Personal de Salud, Agentes Comunitarios y ONG, en el desarrollo de las acciones e impacto de experiencias.

Este trabajo conto con el apoyo Financiero de la Agencia Sueca para el Desarrollo (ASDI), en el marco de la Cooperación Bilateral del Gobierno de Suecia con el de Nicaragua, quienes proporcionaron un fondo de 9 millones de Dólares para cubrir tres años(1992 -1995), prolongándose hasta 1999, con un monto de 11 millones de Dólares.

La primera Casa Materna surgió en Estelí en 1985 bajo la Dirección Materno Infantil del MINSA Regional, como una iniciativa de Enfermeras Nacionales y Extranjeras. Se bautizo como “Centro Regional de Preparación del Parto Natural” cuyo objetivo era preparar física y mentalmente a gestantes en las técnicas para el parto psicoprofilactico.

Acompañando este proceso, se inicia la preparación a parteras empíricas en la atención del parto normal y referencia a la Casa Materna, Hospitales o Centros de Salud, los casos de altos riesgos obstétricos, con fin de evitar muertes maternas y perinatales.

Un grupo de la asociación de Mujeres Nicaragüenses “Luisa Amanda Espinoza” fueron las gestoras de la idea de conseguir que el Gobierno Municipal donara un local para el funcionamiento de una Casa Materna, con el apoyo de una Organización de Mujeres Suecas. se fundo la Casa Materna “Mary de Barreda”.

Centro alternativo que brinda atención integral en salud a mujeres, con prioridad a usuarias embarazadas con alto riesgo obstétrico. El objetivo general es Contribuir a Disminuir la Mortalidad Materna y Perinatal, especialmente en mujeres de áreas Rurales alejadas.



El impacto que tienen las Casas Maternas, aumentó la cobertura del Parto Institucional, mejora la coordinación entre las parteras, personal del MINSA y usuarias en las Casas Maternas.

En 1990 García Jairo y sus Colegas Obstetras crean el Centro CARAS, siendo su objetivo la atención a Adolescentes Embarazadas, aplicando el Método de Parto Psicoprofiláctico, impartido por estudiantes del último año de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN – LEON y miembros del centro, que brindaban la atención como una forma de contribuir con la sociedad.

Desde 1989, año en que comienza a gestar el Centro de Atención y Recreación para Adolescentes de Sutiaba (CARAS), fue preocupación, el que los adolescentes y jóvenes se les brindara ayuda para su formación integral partiendo de inculcar a ellos(as) la responsabilidad ineludible que tenemos todos(as), como es, el fomentar y promocionar la vida y el desarrollo humano de nuestros semejantes que sufren de alguna manera.

De esta forma nace el Área de Proyección Social, tratando de dar respuestas a ese vacío que a nuestro parecer existía en la mayoría de los adolescentes y jóvenes.

Esta área se elevó como un objetivo del centro y como una prioridad dentro de las actividades que los adolescentes y jóvenes debían de cumplir de forma voluntaria dentro de la comunidad.

CARAS, facilita la trasmisión de valores altruistas y sobre todos Humanos, desarrolla en los adolescentes y jóvenes una visión, que en la práctica contribuye a la creación de una sociedad más justa y equitativa para todos los nicaragüenses, de tal forma que podamos vivir en armonía y con justicia social.

Su principal misión es:

Empoderar a los(as) adolescentes y jóvenes de sus propias necesidades y las de su comunidad, para que en conjunto tratemos a través de acciones factibles, dar



respuestas a esas necesidades, las acciones deberán estar concretizadas en cada uno de los objetivos del centro.

Su visión para con sus miembros:

Acompañar a los(as) adolescentes y jóvenes en su formación integral, con el fin que ellos(as) sean útiles para si mismos, su familia, la comunidad y al país que los vio nacer, colaborándoles en conjunto con sus responsables, a sus principales necesidades viopsicosocial en correspondencia a su medio ambiente.

Entre sus objetivos:

1. facilitar a los(as) adolescentes y jóvenes, asistencia médica integral, como un derecho, acorde a sus necesidades y características, con el fin de contribuir en su crecimiento y desarrollo saludable.
2. Brindar asistencia jurídica tanto en el orden de asesoría, como educativo, con el fin de que estos(as) actúen y se desarrollen en la sociedad defendiendo sus derechos, cumpliendo sus obligaciones y respetando el derecho de los demás.
3. Proporcionarles, educación y atención psicosocial, a través de seminarios, charlas y conferencias participativas que abarquen las esferas biológicas, psicosocial con el fin a que ellos(as) mismas construyan su propia identidad y personalidad, acorde a principios, normas y valores de convivencia social.
4. Realizar, áreas de proyección social, con el fin de involucrar en ellos(as), la práctica diaria de valores y sentimiento de solidaridad, altruismo para con sus semejantes, complementando su formación como hombres y mujeres de bien para si mismos, con su familia y la comunidad.



5. Colaborar en la formulación y realización de sus proyectos de vida, actividad principalmente básica, que sirve de norte para todo ser humano para su pleno desarrollo en la sociedad.
6. Proporcionarles, mente y cuerpo sano a través de las actividades de recreación.
7. Realizar procesos de investigación científicas, que les ayude tanto a ello(as) como a nosotros a encontrar respuestas a los múltiples problemas que les afectan, con el fin de realizar acciones de intervención para dar respuestas a sus necesidades.

En su estructura está compuesta por:

Un Consejo de Dirección, Consejo Ejecutivo y un Consejo Electoral.

FAFG – CARAS significa “Fundación Ana Fernanda García – Centro de Atención y Recreación para Adolescentes y Jóvenes del Barrio de Sutiaba. La dirigencia de la FAGF – CARAS desde el inicio de su organización en 1989 y posteriormente en el año de su inauguración en 1994 se considero muy importante y medular en la organización la participación y el protagonismo activo de los adolescentes y jóvenes.

En todos los aspectos del quehacer institucional, partiendo de las diferentes investigaciones realizadas, en el cual se expresaban las grandes necesidades en materias de alternativas de orientación, formación y participación decisiva de ellos (as) expresadas en nuestra Visión y Misión institucional y en los Objetivos y Áreas de trabajo.

FAG – CARAS es una Fundación sin fines de lucro. La Proyección Social que promueve FAGF – CARAS en conjunto con los(as) adolescentes y jóvenes está dividida en las siguientes áreas de apadrinamiento:

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Parto Psicoprofilactico. | Alfabetización |
| Salud sexual y reproductiva. | Atención a niños(as) |
| Medio ambiente | Atención a Ancianos (as). |
| Prevención del uso de drogas. | |



Alianzas Puntuales con:

AUSTRIA	SAREN	CUUN
FENUAP	PROFAMILIA	CISAS
EL SALVADOR	ALEMANIA	ESPAÑA
UNICEF	ITALIA	PROSIN
SUECIA	CESTAS	P.de E.
OPS	SEJUVE	etc.

Convenios y Proyectos con:

UNAN – LEON	FAD
FENUAP.	ADA - PPH
MINED	UNIVERSIDADES PRIVADAS
OPS	IPAS – C.A

En el Programa que estamos interviniendo se llama Apadrinamiento al Parto Psicoprofilactico, Financiado por una Cooperación de Austria (ADA – PPH) que tendrá una duración de tres años.

Entre los objetivos del programa se encuentran:

A) Disminuir a través de la Metodología del Programa Parto Psicoprofilactico (PPP), la mortalidad materna – perinatal a expensas de las embarazadas primigestas adolescentes y no adolescentes, del barrio de sutiaba en el Municipio de León.

B) Incluir semestralmente al Programa PPP, al 90%de todas las embarazadas primigestas tanto adolescentes como no adolescentes, del barrio de sutiaba y en unos cinco años, al 40%de las primigestas adolescentes del Municipio de León.



C) Garantizar que el 100% de las embarazadas educadas en la metodología del PPP tengan su Parto Institucionalmente.

D) Sistematizar el seguimiento y control de todas las embarazadas educadas en la metodología del PPP durante el Control Perinatal, el Parto y el Puerperio, así como la lactancia materna exclusiva por 6 meses, garantizándole también, el uso de un método de planificación familiar entre dos a cinco años al menos del 90% de todas ellas.

Metas.

1. Disminución del 1 al 3% de la Mabi-Mortalidad Materna – Perinatal del año anterior al que se efectuó el programa el que deberá ser año con año, a partir del inicio del programa, se tomarán como referencia las estadísticas del año anterior (al desarrollo del programa del presente año), del área de salud del MINSA.

2. Captación todos los años desde que inicie el programa, del 90% de las embarazadas primigestas que ingresen al Programa del Control Prenatal en el Centro de Salud de Sutiaba. Llevar al 100% de las embarazadas educada en la Metodología del Parto Psicoprofiláctico al servicio de Gineco- Obstetricia del HEODRA, para su Parto Institucional.

3. Realizar las coordinaciones respectivas en el momento que finalicen el curso del Programa Parto Psicoprofiláctico con las demás áreas de proyección social, para que el 100% de las pacientes educadas con esta metodología, sean captadas por otros programas como: Parto, Puerperio, Lactancia Materna y Planificación Familiar respectivamente.

El curso de parto psicoprofiláctico trabaja dos aspectos importantes:

Los cuidados de la mente.

En muchas culturas, se tiene el convencimiento que, en el interior del útero, el feto recibe la influencia de las experiencias de la madre. Por ejemplo, para no perjudicar al nuevo ser, las mujeres evitan las peleas y ponen su mano en el ombligo ante una escena desagradable.



Actualmente las técnicas de relajación favorecen una disposición emocional ante la evolución física y psicológica que conlleva la maternidad.

Los cuidados físicos.

Las tradiciones de las culturas marcan diferentes pautas de cómo debe prepararse la mujer para la llegada del nuevo hijo. Las mujeres se dan masaje diariamente con aceite de kukui para evitar la aparición de estrías.

El ejercicio físico también forma parte de los cuidados durante la gestión y en la antigua Grecia, Plutarco aconsejaba a las jóvenes que fortalecieran su cuerpo mediante ejercicios para que cuando quedaran embarazadas pudieran extenderse mejor.

Las mujeres practican ejercicios respiratorios como preparación para el parto y también para que el feto se fortalezca. Asimismo, algunas culturas consideran que la danza es un buen método de preparación para el parto.

Técnicas que se aplican en el curso de parto psicoprofiláctico.

1. Inhalación Y Exhalación Superficial (Gaspin, jadeo, o perrito cansado).

Técnicas:

- Se puede realizar de pie, acostada, o sentada.
- Se le ordena que inhale aire por la nariz y exhale el aire por la boca, de forma rápida y superficial (como un perrito cansado), durante el tiempo de la contracción.
- La punta de la lengua debe de estar posterior a los dientes superiores, para evita la resequedad de la boca.
- Las órdenes de mando son las siguientes: inicia (la contracción), aumenta, máximo, disminuye, termina.



Objetivos:

- Distractor.
- Aumentar el umbral del dolor.
- Forzar la entrada de oxígeno a los pulmones durante la contracción,
- Proporcionar oxígeno al torrente sanguíneo y por consiguiente al feto, el cual lo necesita más en el momento de la contracción ya que este se disminuye fisiológicamente.

Observaciones:

Si el ejercicio se hace mal la paciente puede presentar:

- Mareos.
- Resequedad de la boca.

2. Inhalación y Exhalación Profunda:

Técnica:

1. Se puede realizar de pie, acostada, o sentada.
2. La paciente debe de estar relajada, con una posición cómoda, con los ojos cerrados. el ejercicio puede durar de 20 a 60 segundos, según la contracción.
3. Se realiza durante después de la contracción.
4. se le ordena lo siguiente: termina contracción, inicia contracción.
5. Se le ordena que inhale aire muy profundamente por la nariz, hasta sentir como se expande el tórax (hasta casi ser dolorosa la expansión).
6. Sostener el aire dentro de los pulmones hasta sentir que ya no puede mantenerlo.
7. Exhalar el aire muy lentamente hasta sentir que no queda nada, terminando esta exhalación de forma forzada.



Objetivos:

- Distractor.
- Que identifique cuando inicia y finalice el ejercicio.
- Aumentar el umbral de las sensaciones dolorosas durante la contracción.
- Movilizar el reservorio de oxígeno que se encuentra en el vientre materno (400cc), evitando de esta forma que se pierda y que la consuma el BB durante la contracción.
- Servir como relajante y distractor.
- Moviliza el oxígeno que se encuentra en el espacio anatómico muerto.

3. Inhalación y Exhalación Mixta.

Técnica:

Se puede realizar con la paciente sentada, o acostada.

Se le ordena que al momento del inicio de la contracción inhale profundamente, y que posteriormente inhale y exhale rápida y superficialmente durante el periodo de la contracción, para que finalmente exhale lenta y forzosamente al momento que ella siente que la contracción se va retirando.

Objetivos:

- El objetivo consiste en aumentar la capacidad pulmonar.
- Manejo de las 2 técnicas anteriores.
- Distractor.
- Aumentar el umbral del dolor de forma consciente.
- Proporcionar oxígeno al BB



Observaciones:

En este ejercicio no se retiene el aire durante la inspiración y espiración, al iniciar el nuevo ciclo con las contracciones la paciente debe de realizar respiración profunda, y luego liberar el dióxido de carbono durante la espiración para posteriormente iniciar la respiración del perrito cansado.

4. Contracción y Relajamiento Total Corporal.

Técnica:

Acostada, relajada, realizando respiraciones profundas antes de realizar el procedimiento, el orden es cefalocaudal, desde arriba hacia abajo, y luego relajarnos desde abajo para arriba, siempre manteniendo contraído el resto de nuestro cuerpo de forma ordenada, la pareja de la paciente debe de guiar la técnica y verificar si lo está haciendo correctamente, las ordenes son las siguientes:

Cierra los ojos, contrae el seño, la mandíbula, los hombros en alto, brazos y antebrazos rígidos con las manos cerradas, área abdominal como si tuvieras pujando, cadera, glúteos, muslos, piernas, dedo de los pies, todo su cuerpo debe de estar contraído si relajar nada hasta que se le ordene, se mantiene esto por unos segundos y luego le ordena que se relaje desde abajo hacia arriba, parte por parte siendo esto guiado por su pareja.

Objetivos:

Que la paciente aprenda a dominar de forma consciente los movimientos de contracción y relajación corporal, familiarizándose de esta forma con las contracciones y relajaciones uterinas a la hora del trabajo e parto, y tratar de dominar esta sensación de forma tal que le permita a la hora del parto controlarse y no desesperarse, para que la paciente no se agote y perjudique al Bebe.

Observaciones:

El ejercicio dura 2 minutos.

5. Contracción y Relajación Corporal Parcial.



Técnica:

Acostada, relajada, desde arriba hacia abajo, unilateral, de forma desorganizada, y opuesta, se le ordena cerrar los ojos, contraer el seño, subir el hombro izquierdo manteniendo rígida toda esa extremidad, luego el abdomen, muslo derecho se le pide que separe esa pierna de su homónima y que la mantenga rígida al igual que el pie, luego se procede a relajar las partes que se les ordene, manteniendo contraídas el resto, dejando contraído de ultimo el abdomen.

Objetivo: Es el mismo.

6. Roce Ligero.

Técnica:

- Se necesita adoptar las posiciones más cómodas para ambos (según como se observa en las parejas: de pie, sentado, y acostado).
- Al momento de la contracción principalmente, con la yema de los dedos de la mano, rozara de forma vertical, horizontal, o rotatoria, la pared abdominal que está en contacto directo con el útero.

Finalidad:

- Que la paciente distraiga y palee manualmente de forma sutil la sensación dolorosa de la contracción uterina, y a la vez relaje suave e indirectamente a través de la pared abdominal la contracción del músculo liso uterino.
- Incrementar la relación psicoafectiva entre ambos miembros de la pareja, contribuyendo así a una maternidad y paternidad responsables.
- Mejorar la comunicación entre ambos.
- Que el varón ayude a su compañera desde el inicio hasta el final del embarazo



7. Maniobra del Sastre.

Técnica:

Posición sentada, en superficie plana, ya sea en una silla con respaldar, o en el suelo pegado a una pared, la paciente debe de estar relajada, con las manos sobre los muslos, miembros inferiores bien extendidos, de forma que los talones no deben de tocar el piso por lo que piernas y pies descansaran sobre los músculos gemelos de las piernas. Luego se le pide a la paciente que haga movimientos de flexión y extensión con los pies (como si estuviera pedaleando en la máquina de coser).

Observación:

Antes de realizar el ejercicio debe tener los miembros inferiores un poco elevado (15 grados de inclinación) con respecto a su cadera para que de esta forma se mejore el retorno venoso hacia el corazón y se evite de esta forma la estasis, y así de esta forma la paciente no aqueje molestias a la hora de realizar estos ejercicios. Ya sentada y relajada, se le pide a la paciente que contraiga los pies y que a la misma vez inspire, luego que relaje sus pies y que espire. Este ejercicio se puede hacer por 15 minutos con descanso de 2 minutos como intervalo.

Objetivo:

Mejorar el retorno venoso superficial y profundo desde las extremidades inferiores al corazón, mejorando la circulación y evitando y previniendo de esta forma calambres e hinchazón de sus piernas, contracturas, edemas, varices.



8. Rotación de los Pies.

Ejercicio A

Técnica:

Paciente relajada, sentada, se le pide que realice una rotación interna de sus pies y que a la misma vez inspire, realizando este ejercicio por unos minutos para que después se realice la rotación externa seguida de la espiración. La voz de mando es se inicia el ejercicio.

Objetivo:

Fortalecer los músculos de los miembros inferiores, y prevenir de esta forma calambres, hinchazón de sus piernas, contracturas, edemas, varices.

9. Maniobra de la Bicicleta.

Técnica:

Acostada en una superficie plana (no en la cama), relajada, con las palmas de las manos en el piso detrás de sus nalgas, se flexiona las piernas hacia el abdomen y luego se extienden parcialmente las extremidades inferiores, y movilizar los tobillos al igual que conducimos una bicicleta. En esta técnica se le puede pedir al acompañante que sujete la parte posterior de las piernas de su pareja y que continuara el ejercicio en forma de pedaleo. Este ejercicio se hace a tolerancia.

Objetivos:

- Que la paciente pueda prevenir o paliar las mismas alteraciones descritas en el ejercicio del sastre, pero de una forma más amplia en toda la extremidad inferior, desde la pierna hasta la ingle.



- Darle resistencia al área del abdomen (músculos rectos del abdomen).

10. Maniobra del Gato Enojado.

Técnica:

La paciente debe de ponerse en cuatro pie sobre el suelo, tratando de apoyar correctamente sus manos para evitar que se caiga, debe de estar mirando de frente ,con los ojos cerrados, al momento que inspira profundamente se le pide que flexione su cabeza hacia abajo , tratando de pegar el mentón con el esternón, y encorvar un poco la espalda hacia arriba(de igual forma que lo hace un gato cuando se le soba o quiere atacar a otro) levantando la columna dorsal y lumbar .al mismo tiempo realizando un ligero balanceo hacia atrás, después se le pide que regrese a su posición anterior a la misma vez que exhala , tratando de flexionar un poco la cabeza hacia atrás y girando un poco el cuerpo hacia delante, repitiendo este ejercicio según tolerancia.

Objetivo:

Fortalecer los músculos dorsales y lumbares de la espalda (reduciendo los dolores de espalda que se acentúan después de las 20 semanas de gestación, como producto de la acentuación de la cifosis y lordosis que de forma fisiológica las mujeres llegan adquirir durante su embarazo).

11. Ejercicios de Pelvis y Columna (Balanceo de Adelante y Atrás)

Técnica:

- De pie, con los pies juntos y el cuerpo erguido.
- Se coloca una mano sobre el bajo vientre (pubis) y la otra sobre las nalgas (sacro).
- Hacer balanceo adelante, a su sitio y atrás.

Frecuencia: 10 veces.



Objetivo: Obtener mayor flexibilidad a las articulaciones de la pelvis y la columna, así como elasticidad de los músculos dorsales.

12. Maniobra de la Mariposa.

Técnica:

- Sentada en el suelo, piernas abiertas y pies unidos por las plantas.
- Acercar lo pies hacia la región genital., tratando de que los talones toquen según el grado de flexibilidad su región genital.
- Ubicara las manos sobre las puntas de los dedos de los pies4 como si los están agarrando).
- Se le ordena que haga con sus miembros flexionados movimientos de arriba y abajo (como un abanico) tratando de que los muslos toque el piso en toda su extensión.

Frecuencia: De 6 a 8 veces.

Objetivo: Aumentar la flexibilidad de las articulaciones de las caderas (fémur y región del pubis), para que al momento del parto sean flexibles, y facilite la salida del producto por la pelvis.

13. Ejercicio de Asenso y Descenso de la Pelvis.

Ejercicio A:

Posición Sentada:

- Se sienta sobre una silla.
- Estira la pierna izquierda.
- Luego flexiona esa pierna.
- Levanta el talón sobre la silla.
- Baja la pierna.
- Realiza el mismo movimiento con la otra pierna.



Objetivo:

- Es un ejercicio para los músculos de los muslos.
- Mayor flexibilidad a la articulación coxofemoral y la rodilla.
- Prepara los músculos de la pelvis

14. Ejercicios de Ascenso y Descenso de la Pelvis, Posición Sentada.

Ejercicio B:

Posición Acostada:

Técnica:

1. Tendida boca arriba (decúbito dorsal), y piernas separadas.
2. Flexión de los muslos y piernas.
3. Con las manos apoyadas, levantar la cintura y la pelvis lo máximo que se pueda.
4. Tener los pies apoyados en el piso.

Frecuencia: 20 veces cada sesión.

Objetivo

5. De esta manera se balancea la pelvis,
6. Puede obtener mayor fuerza de la prensa abdominal. músculos de los muslos, las piernas, y periné.
7. Permite obtener mayor elasticidad, necesaria para un parto fácil.



15. Contracción y Relajación Del Periné (Los Ejercicios de Kegel)

➤ El Lento

Aprieta los músculos como hiciste cuando intentaste detener la orina, tirándolos hacia arriba. Contráelos y mantenlos así mientras cuentas hasta 5 respirando suavemente. Luego, relájalos durante 5 segundos más, y repite la serie 10 veces.

Intenta aumentar progresivamente el tiempo de contracción y relajación. Empieza por 5 segundos en cada caso hasta llegar a los 20. Cuanto más tiempo consigas aguantar la contracción de los músculos, más fuertes se harán.

➤ El Rápido

Aprieta y relaja los músculos tan rápidamente como puedas hasta que te canses o transcurran unos 2 ó 3 minutos (lo que suceda primero). Empieza con 10 repeticiones cuatro veces al día hasta alcanzar las 50 repeticiones diarias. Al principio, al practicar el ejercicio lento, puedes notar que los músculos no quieren mantenerse contraídos. También es posible que te canses enseguida con el rápido. Pero si perseveras, verás que en pocos días no te supondrán ningún esfuerzo.

Objetivo:

Que la paciente fortalezca los músculos del periné y que domine de forma consciente y voluntaria esos músculos, para que al momento del expulsivo cuando el médico le ordene relajar el periné la paciente de forma consciente lo pueda realizar y el expulsivo sea por un tiempo más corto, aminorando ese tiempo que muchas veces es crítico sobre todo para el niño.



16. Rotación Opuesta Corporal.

Técnica: La paciente debe de estar acostada, luego flexionara las piernas sobre los muslos y estos sobre el abdomen, luego teniendo los miembros inferiores flexionados se harán movimientos de rotación corporal de la siguiente manera: Con ambos miembros superiores extendidos lateralmente al cuerpo y manteniendo fijo el tronco , rota la cabeza hacia el lado derecho, y a la vez la cadera y miembros inferiores los rota del lado contrario, o sea al lado izquierdo, y luego se hace esta misma maniobra en el sentido opuesto de nuestro cuerpo.

Frecuencia: Al realizar el movimiento, contar hasta 3 y luego volver a la posición original y repetir. Realizar el movimiento 5 veces a cada lado.

Objetivo:

Fortalecer los músculos del área abdominal, los cuales le serán de mucha utilidad al momento del expulsivo, en la realización de la fuerza abdominal que es coadyuvante con la maniobra de Mansalva, al momento en que el niño esta saliendo.

17. Ejercicio de Flexión de Piernas.

Técnica:

La paciente debe de estar de pie frente a un respaldar de una silla o sobre un barandal, y se le pide que coloque sus manos sobre el barandal o respaldar, para luego separar sus piernas una de la otra, teniendo los pies hacia fuera y los talones internamente y bajar lentamente hacia abajo combinando la inspiración mientras desciende, y la espiración mientras asciende. Se puede realizar de 5 a 10 repeticiones, y se incrementa la frecuencia según la tolerancia del mismo. Para mayor apoyo puede pedir ayuda a su pareja.

Objetivo: Consiste en darle mayor fortaleza a las piernas, región interna de los músculos del muslo, articulaciones de la pelvis, y mayo elasticidad de los músculos del suelo pélvico.



18. Posiciones de Descanso.

Ejercicio A. Acostada:

Técnica:

La paciente deberá estar preferentemente en decúbito lateral izquierdo con el miembro inferior izquierdo extendido o semiflexionado, y el miembro inferior derecho flexionado preferentemente sobre alguna almohada, el abdomen descansara sobre el colchón de la cama o sobre una almohada así como la cabeza; los miembros superiores, el izquierdo destara de forma flexionada debajo de la cabeza, y el derecho semiflexionado sobre le colchón o sobre una almohada.

Ejercicio B. Sentada:

Técnica:

La paciente deberá estar sobre un colchón o almohada, y la parte dorsal o toda la espalda (específicamente en la región lumbar) deberá colocar una almohada a la que se arregostará, los miembros inferiores de preferencia no deben quedar colgados, sino que estos deberán estar extendidas sobre una silla con almohada o flexionadas en el mismo colchón o silla en que se encuentra la paciente sentada. Los miembros superiores los debe de acomodar de la forma en que la paciente se sienta cómoda.

19. Ejercicio C .Genopectoral:

Técnica:

La paciente se pondrá en posición de decúbito prono (boca abajo), los miembros inferiores los flexionara al nivel de las rodillas de tal forma que las rodillas son las que afirmara al colchón, pero de forma separada o abierta la una de la otra. La región torácica anterior la afirmara al igual que las rodillas al colchón, entre el abdomen y los



muslos colocarán una o dos almohadas de tal forma que parezca que las almohadas levantan la cadera de la paciente, mientras que la paciente reposa su cabeza sobre los miembros superiores flexionados.

Objetivo: El objetivo de las tres formas de descanso persigue que la paciente durante toda la gestación tenga formas adecuadas de descanso, de las cuales pueda adoptar con facilidad y comodidad.

20. Maniobra de Vansalva.

Ejercicio A.

Técnica:

Esta es la técnica más importante sobre todo al momento del expulsivo, ya que de su buena preparación y realización de forma adecuada por la paciente finalizara el periodo del expulsivo del parto. Se le ordenara a la paciente que inhale aire profundamente luego que este aire inhalado lo mantenga dentro de los pulmones cerrando la glotis, para luego hacer un esfuerzo defecatorio pero de forma intensa, tratando de que este esfuerzo dure por un espacio ideal de 10 a 15 segundos, para luego soltar el aire, repitiendo esta maniobra las veces que sean necesarias pero solo durante el periodo de la contracción. Esta maniobra se hará solo cuando el médico la ordene, y en ningún otro momento

Posición: Acostada, con las piernas dobladas sobre el tronco, sujetadas por las manos. Cabeza inclinada hacia adelante. También sentada en una silla, con los pies apoyados, manteniendo los muslos doblados y tocando el vientre.

Relajarse. Respirar. Tomar una inspiración completa y rápida. Mantener la respiración. Sin dejar escapar el aire, realizar el esfuerzo de evacuar el intestino (acción de pujar). Descansar expulsando el aire. Realizar respiraciones normales y repetir.



Frecuencia: Al realizar la acción de puje, mantener el esfuerzo hasta contar 5 o 15 segundos, y repetir 10 veces cada sesión.

Finalidad: Fortalecer los músculos que intervienen en los esfuerzos para expulsar el niño en el parto, preparando de esta forma a la gestante para el momento del expulsivo.

A continuación reflejamos una serie de conceptos que ayudaran a la mejor comprensión de esta investigación.

Atonía uterina: Ausencia de contracciones del útero tras el parto, se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero.

Alumbramiento: Expulsión de la placenta y membranas, en la fase final del parto.

Contracciones: Proceso de acortamiento de los músculos por acción de un impulso nervioso que supera el umbral de intensidad.

Concepción: Acción y efecto de concebir.

Cefalocaudal: Relativo al eje mayor del cuerpo, o a la relación entre la cabeza y la base de la columna.

Dilatación: Demora o detención de una cosa por algún tiempo.

Eclética: Modo de juzgar u obrar en el que se adopta una postura intermedia.

Episiotomía: Es el corte que se realiza en la fase final del parto, ampliando el canal del parto, y que sirve para facilitar el nacimiento del bebé.

Etiología: Es la rama de la Biología y de la Psicología experimental que estudia el comportamiento de los animales en libertad o en condiciones de laboratorio, aunque son más conocidos por los estudios de campo.

Embarazo: Gestación, embarazo o gravidez es el periodo que transcurre entre la implantación del ovulo fecundado en el útero y el momento del parto.



Expulsivo: Es el paso de bebe a través del canal del parto.

Fórceps: Instrumento utilizado para extraer al feto de las vías genitales, en partos dificultoso.

Feto macrosómico: Es aquel cuyo peso es generalmente superior a 4000 gramos, sobrepasando el percentil 90 para la edad gestacional calculada según la fecha de la última menstruación o según ecografías proyectadas del primer trimestre

Fecundación: Es el proceso en que se unen dos células reproductora un ovulo y un espermatozoide dando lugar a otra célula llamada cigoto.

Gestación: proceso durante el cual se desarrolla el embrión en el interior de la madre.

Ginecoobstetricia: Especialidad en la atención de la salud de la mujer, en estado fisiológico principalmente. Se encarga de la atención de la mujer embarazada con factores de riesgo, que comprometan su salud o la de su feto, análisis de las malformaciones fetales y de la prevención y diagnostico precoz de problemas cromosómicos.

Hermenéutico: Es el conocimiento y arte de la interpretación, sobre todo de textos, para determinar el significado exacto de las palabras mediante las cuales se ha expresado un pensamiento.

Iconoclasta: Enemigos del culto a las imágenes sagradas. Se aplica a quienes no respetan los valores tradicionales.

Amenorrea: Es el proceso en que se unen dos células reproductora un ovulo y un espermatozoide dando lugar a otra célula llamada cigoto.

Neurofisiología: Es una especialidad médica que, tiene como objetivo la exploración funcional del sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal), sistema nervioso periférico (nervios y órganos de los sentidos) y sistema nervioso vegetativo o autónomo (simpático y parasimpático), utilizando tecnología altamente especializada con fines diagnósticos, pronósticos y de orientación terapéutica.



Neonato: Criatura que recién a nacido.

Profilaxis: Prevención de la enfermedad.

Psicoprofilactico: Parte de la medicina que se ocupa de la prevención de enfermedades.

Psicosomáticas: Proceso psíquico que tiene influencia en lo somático mente-cuerpo.

Perinatal: Es el periodo alrededor del nacimiento, meses antes y después del nacimiento.

Perinatología: Cuidado especializado del bebe en los meses del embarazo y el primer mes de nacido.

Puerperio:Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto.

Tocólogos: Parte de la medicina que se ocupa de la gestación, del parto y del puerperio.

Succenturiato: Lóbulos accesorios por falta de involución del corion liso, placenta extracorial, placentas anulares.



V. Hipótesis.

Los factores socio - culturales influyen en la poca participación de embarazadas primerizas al programa parto psicoprofilactico.



VII. Diseño Metodológico.

Tipo de Estudio: En la investigación utilizamos el paradigma cuali – cuantitativo por que este tipo de estudio permite obtener mayor profundidad y comprensión del fenómeno en estudio.

Cualitativa: porque se estudiaron los factores socio- culturales que inciden en la poca participación de embarazadas primerizas al programa parto psicofilactico haciendo énfasis en la descripción de hechos, situaciones que ocurrieron en la vida de la población objeto. Para ello se utilizaron entrevistas estructuradas y la observación indirecta.

Cuantitativa: porque se emplearon métodos estadísticos que nos permitió hacer un análisis de las variables que son medibles cuantitativamente, tal es el caso de la asistencia a las terapias psicofilacticas por parte de las embarazadas y su conyugue, al igual que la edad de estas. Para obtener este tipo de información se realizaron encuestas, las que posteriormente sirvieron para realizar diferentes tipos de gráficos y tablas.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: El estudio es **retro - prospectivo**, por que cuando iniciamos la investigación el programa ya estaba en ejecución, por lo tanto indagamos sobre los hechos que generaron la poca participación de las embarazadas primerizas al programa de parto psicofilactico y continuamos registrando información sobre hechos recientes y las estrategias que se aplicaron para mejorar la participación de las embarazadas al programa.

Según el periodo y secuencia del estudio.

Es **transversal** por que se estudiaron las variables simultáneamente como son: factores socioculturales y la poca participación, planteadas en un determinado tiempo que va desde Enero 2009 a agosto 2010.



Según el análisis y alcance de los resultados el estudio.

Es **descriptivo** porque en la investigación se describen los factores socio – culturales inciden en la poca participación de las embarazadas primerizas al programa parto psicoprofilactico.

Área de Estudio: se realizo en el Municipio de León en la Zona Occidental, en el área Urbana, específicamente en el Centro de Salud Félix Pedro Picado ubicado en el barrio de Subtiava, cuyos límites son:

Norte: Comunidad Indígena.

Sur: Iglesia San Juan Bautista.

Este: Antiguos Talleres Ford.

Oeste: Asilo de Ancianos.

Universo: Son todas las pacientes embarazadas primerizas que asistieron al control prenatal en el centro de salud Félix Pedro Picado con un total de 120 embarazadas primerizas del barrio de Sutiaba, médicos (2) psicólogas (1), para un total de 123 personas.

Muestra: 30 embarazadas primerizas que asistieron al programa Parto psico – profiláctico, lo que equivale al 25%, más 2 médicos y 1 psicóloga.

Unidades de análisis: Embarazadas primerizas que asistieron al Programa Psico – Profiláctico.

Descripción de las unidades de análisis.

30 embarazadas primerizas que participaron en el programa de parto Psicoprofilactico dirigido por el centro CARAS, 2 médicos y 1 psicóloga que trabajan en el centro CARAS.



Tipo de Muestreo:

No probabilístico, de tipo por conveniencia debido a que seleccionamos nuestro universo en un área específica (centro CARAS) y debían de cumplir con ciertas características como eran, las embarazadas primerizas que poco asistieron al programa parto Psicoprofilactico.

Métodos e instrumentos de recolección de información.

1. **Encuesta**, aplicada a 30 embarazadas primerizas con el objetivo de identificar los factores socio – culturales que incidieron en su poca participación al programa parto psicoprofilactico. (Ver anexo N° 1)
2. **Entrevista estructurada**, diseñada para su aplicación a 3 informantes claves (dos médicos y una psicóloga) de la institución CARAS, con el propósito de señalar la importancia que tiene el programa parto psicoprofilactico para las embarazos primerizas. (Ver anexo N° 2)
3. **La observación indirecta**, Se hizo al momento de realizar las visitas domiciliarias a las embarazadas primerizas, con el objetivo de observar la situación económica de su vivienda, así como la distancia de su casa al centro de salud y saber también si sus conyugues las acompañaron a las terapias psicoprofilacticas. (Ver anexo N° 3)



Plan de tabulación y análisis de los resultados.

Una vez concluida la recolección de información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos, se organizó, separando la entrevista estructurada y las encuestas aplicadas a la población en estudio, lo que facilitó su tabulación y análisis de la siguiente manera:

Inicialmente elaboramos una base de datos en el programa Microsoft Access, una vez finalizada la recolección de información, se digitaron cada una de las encuestas, para luego exportarla al programa SPSS-Versión 15, finalmente realizamos estadísticas descriptivas en el programa SPSS Versión-15, donde se elaboraron tablas de frecuencias y gráficos.

En relación a la entrevista y la observación utilizamos el método de análisis de contenido, donde determinamos, códigos, categorías y finalmente segmentos de cada una de las expresiones de las personas participantes.

Procesamiento de datos: Introducidos los datos se procesaron en el programa Microsoft Access, se realizaron cruces de variables que consideramos más importantes de cada uno de los instrumentos y posteriormente efectuamos la triangulación de variables de mayor importancia entre los instrumentos.

Resultados y análisis: Los resultados los presentamos de acuerdo a cada uno de los objetivos específicos, luego de triangular la información a través del método se realizó el análisis e interpretación de la información de acuerdo al marco teórico, así mismo, las conclusiones fueron basadas en el objetivo general y las recomendaciones según la justificación.



Cruce de variables

Variable 1	Vrs	Variable 2
Escolaridad	Vrs	Importancia
Importancia	Vrs	Beneficios
Divulgación	Vrs	Importancia
Oficio	Vrs	Factor que más influye en la o no participación
Estado civil	Vrs	Asistencia del conyugue a las terapias

Plan de Triangulación.

Encuesta a embarazadas



Entrevista informantes a claves

Observación al grupo en estudio



Plan de Triangulación.

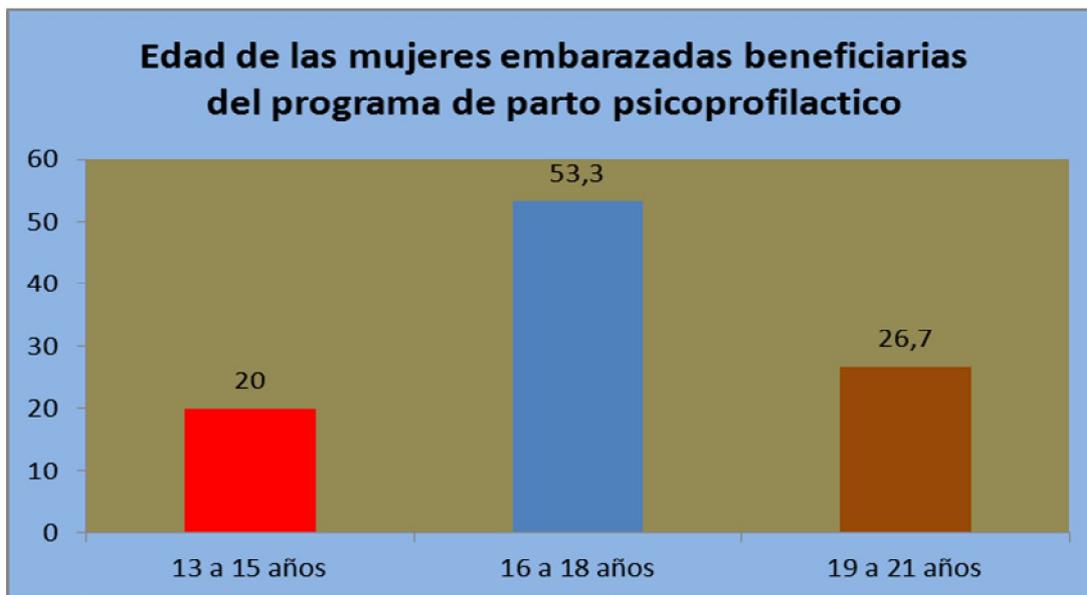
Acápite	Encuesta	Entrevista	Observación
Factores socioculturales que inciden en la poca participación de embarazadas primerizas al programa parto psicoprofilactico	<p>Objetivo especifico1.</p> <p>Pregunta n°4</p> <p>¿Cuál considera usted el factor fundamental que influye en la poca participación al programa parto psicoprofilactico?</p>	<p>Objetivo especifico 1</p> <p>Pregunta n° 10</p> <p>¿Cuál considera usted sea la causa que provoca la poca participación al programa parto psicoprofilactico?</p>	<p>Objetivo especifico 1</p> <p>Pregunta n°4</p> <p>¿Cómo era la accesibilidad de la embarazada de su casa de habitación al centro donde se realizan las terapias?</p>
Establecer el conocimiento que tienen las embarazadas sobre las terapias psicoprofilacticas	<p>Objetivo especifico2</p> <p>Pregunta n° 1</p> <p>¿Conoces en qué consiste el programa parto psicoprofilactico?</p>	<p>Objetivo especifico 2</p> <p>Pregunta N°1</p> <p>¿Qué es un parto Psicoprofilactico y en qué consiste?</p>	
	<p>Objetivo especifico2</p> <p>Pregunta n° 3</p> <p>¿Asistió con su pareja a las terapias en las que participo?</p>	<p>Objetivo especifico 2</p> <p>Pregunta n°2</p> <p>¿Qué tipo de preparación se necesita para tener un parto psicoprofilactico?</p>	<p>Objetivo especifico 2</p> <p>Pregunta n° 2</p> <p>¿Cómo se mostraba la embarazada y su conyugue al solicitarle la información?</p>
Señalar la importancia que tiene el programa parto psicoprofilactico en el desarrollo del embarazo	<p>Objetivo especifico 3</p> <p>Pregunta n°2</p> <p>¿Conoces la importancia de las terapias psicoprofilacticas?</p>	<p>Objetivo especifico 3</p> <p>Pregunta n° 6</p> <p>¿Cuáles son los propósitos de un parto psicoprofilactico?</p>	<p>Objetivo especifico3</p> <p>Pregunta n°6</p> <p>¿Cómo fue la participación de las instituciones involucradas?</p>
	<p>Objetivo especifico 3</p> <p>Pregunta n° 3</p> <p>¿conoces los beneficios de las terapias psicoprofilacticas</p>	<p>Objetivo especifico 3</p> <p>Pregunta n° 5</p> <p>¿Cuáles son los beneficios de un parto psicoprofilactico?</p>	



VIII. Resultados

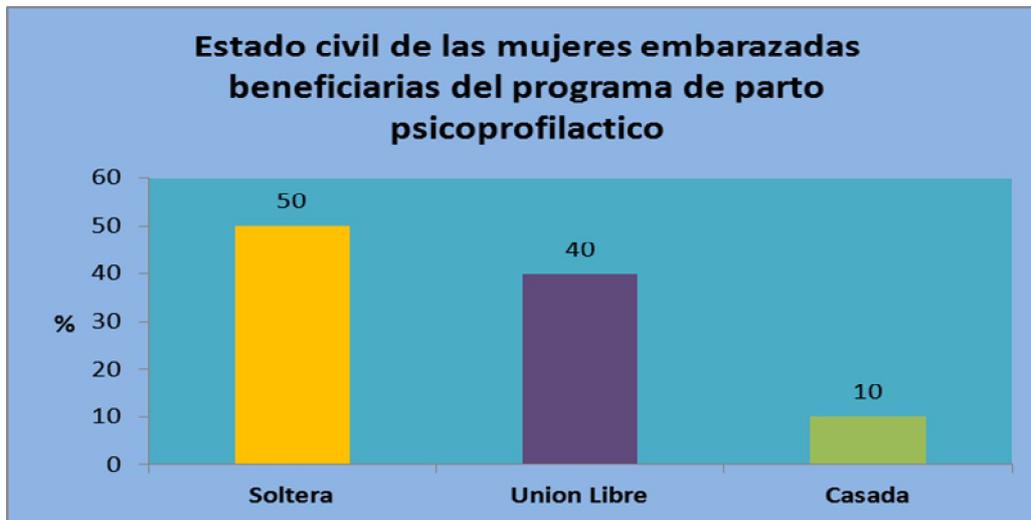
Los resultados presentados a continuación fueron obtenidos a través de la aplicación de una encuesta, entrevista estructurada a informantes claves y la observación indirecta, la secuencia en que se plantean está de acuerdo a los objetivos específicos.

Objetivo específico N°1: describir los factores socio – culturales que inciden en la poca participación de las embarazadas primerizas al programa parto psicoprofilactico, dirigido por el centro CARAS en el barrio de Sutiaba.



Fuente: Encuesta

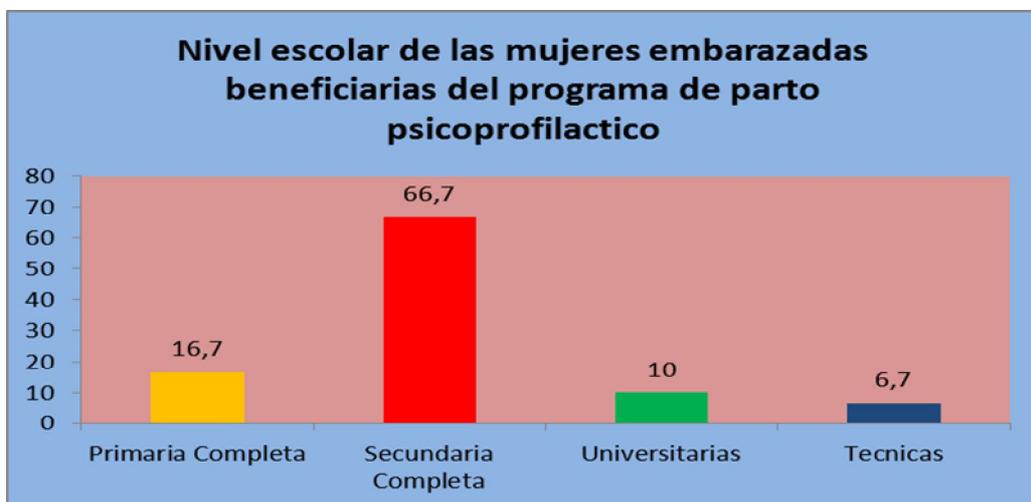
Se encontró que el 20% (6) de las embarazadas primerizas participantes en el estudio, están en grupo de edad de 13 a 15 años, el 53.3% (16) de las mismas en el rango de edad de 16 a 18 años, y el 26.7%(8) en edad de 19 a 21 años. Ver grafico 1



Fuente: Encuesta.

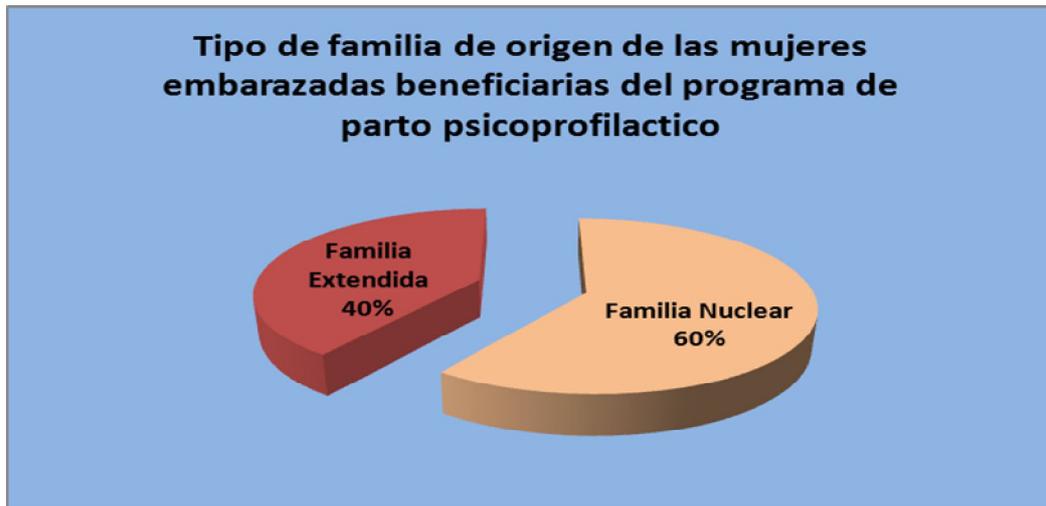
El 50%(15) de ellas son solteras, 40%(12) tienen unión libre y el 10%(3) son casadas.

Grafico 2



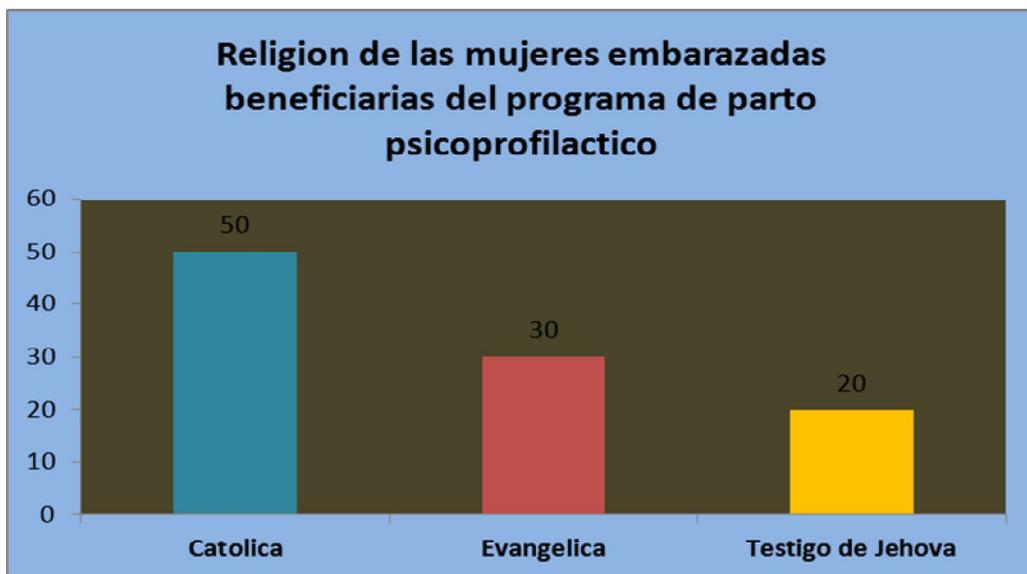
Fuente: Encuesta.

Según el nivel de escolaridad de las embarazadas primerizas, el 16.7%(5) han logrado alcanzar un nivel de primaria completa, el 66.7%(20) tiene un nivel de secundaria completa, 10%(3) son universitarias y en menor porcentaje de 6.7%(2) tiene educación técnica. Grafico 3



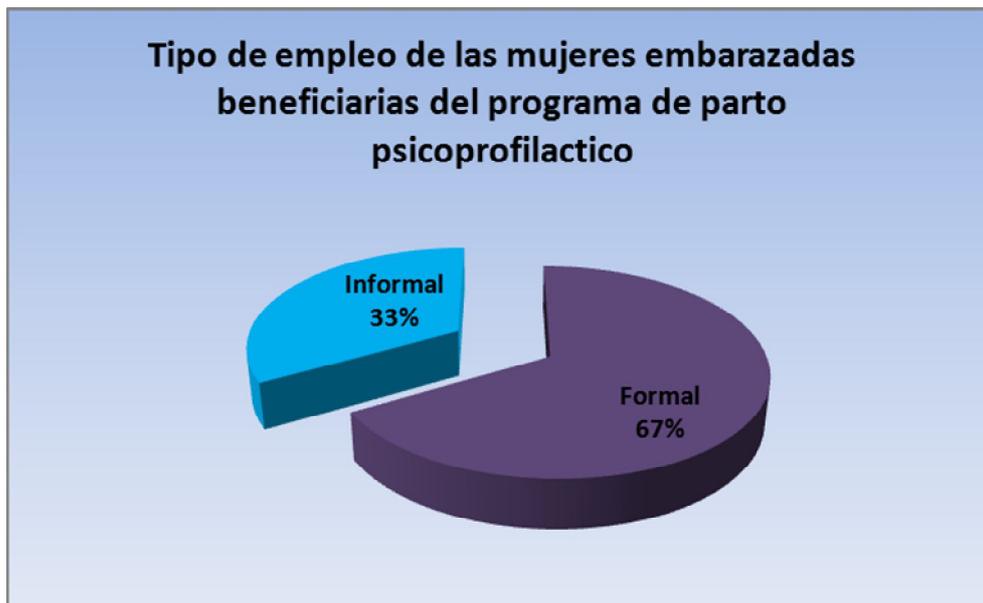
Fuente: Encuesta.

Al preguntar el tipo de familia que integran las embarazadas primerizas, el 60%(18) pertenecen a familias nucleares, 40%(12) de ellas viven en familias extendidas. Grafico 4



Fuente: Encuesta

Acerca de la religión que profesa las embarazadas primerizas, el 50%(15) de ellas pertenecen a la religión católica, 30%(9) son evangélicas y 20%(6) pertenecen a la religión de testigo de Jehová. Grafico 5



Fuente: Encuesta

El tipo de empleo que tiene las embarazadas primerizas, el 66.7%(20) de ellas tiene empleo formales a diferencias del 33.3%(10) que tienen empleo informales. Grafico 6

Con respecto a cual considera el factor fundamental que más influye en la poca participación de la embarazadas al programa parto psicoprofilactico.

En la encuesta se encontró que los principales factores que influyen en la poca participación al programa son el factor tiempo, la situación económica, la distancia que tiene su lugar de habitación y el centro de salud, verificando esta información con la observación realizada durante la investigación, al igual la falta de apoyo que reciben por parte de su pareja.

Según la entrevista el desconocimiento de la importancia del programa en las unidades de salud debido a que no manejan la metodología del parto psicoprofilactico en la atención primaria, así como también la falta de promoción por parte del MINSA, genera poca participación.

En relación a las embarazadas primerizas la poca participación se debe a la falta de interés para participar, el nivel de escolaridad que tienen y la falta de información de las ventajas que brinda el programa.



Finalmente las embarazadas primerizas coinciden con la entrevista aplicada a médicos y psicólogas del centro CARAS que la falta de divulgación sobre la importancia del programa influye en la poca participación a las terapias.

Objetivo N° 2: Establecer el conocimiento que tienen las embarazadas primerizas sobre las terapias psicoprofilácticas.

Se determinó que el 100% de las embarazadas primerizas tiene conocimientos acerca de parto Psicoprofiláctico, en la entrevista los informantes claves afirma que esta metodología brinda conocimientos generales y emocionales acerca del embarazo, en el que se trabaja el cuerpo y la mente de la embarazada y su acompañante.

En relación a las terapias, asistió con su pareja en las que participo, el 100%(30) de embarazadas primerizas determinaron que su conyugue no asistió a las terapias psicoprofilácticas y ellas poco participaron.

Sin embargo en la entrevista aplicada a los médicos y enfermera opinan que para tener un parto psicoprofiláctico, se necesita una preparación física, psicológica y emocional. Se requiere cumplir con una serie de requisitos: ser embarazada primeriza, interés en participar, asistir con ropa cómoda y un acompañante. Cabe mencionar que en la observación las embarazadas primerizas mostraban interés en participar, no importándoles la falta de apoyo de su conyugue.

Objetivo3: Señalar la importancia que tiene el programa parto psicoprofiláctico en el desarrollo del embarazo.

Al preguntar en la encuesta, si estas embarazadas primerizas conocen la importancia de las terapias psicoprofilácticas, se encontró que 93.0%(28) saben, a diferencias del 7.0%(2) que no saben.

En la entrevista los médicos y la enfermera coinciden que el propósito fundamental del parto psicoprofiláctico manera general es la disminución de la morbi - mortalidad materna y perinatal.



Cabe mencionar que tanto en la observación como en la entrevista concuerdan en que en la unidad de salud no promueven, ni brindan este tipo de servicio como es el parto psicoprofilactico.

En relación a los beneficios en la encuesta las embarazadas respondieron que el 36.7%(11) de las embarazadas primerizas conocen los beneficios que brindan las terapias psicoprofilacticas, sin embargo el 63.3%(19) de la mismas los desconocen.

De las embarazadas primerizas que conocen estos benéficos, el 10%(3) saben que disminuye el tiempo del parto, 3.3%(1) menciono que su bebé nació saludables, y el 23.3%(7) saben que reduce la morbi-mortalidad materna y perinatal.

En la entrevista los médicos y la enfermera opinan que este programa brinda beneficios como: disminución del tiempo del parto, bajo índices de episiotomía, bebé más saludable, mayor responsabilidad del compañero y la embarazada hacia su bebé, reducción de la morbi - mortalidad materna y perinatal, mayor apoyo al personal de salud en la atención de las embarazadas.



**Cruce de variables
Escolaridad Vrs Importancia.**

En	Escolaridad	%	Importancia	Total
	Primaria completa	45.5%	Si= 5 No =0	5 45%
	Secundaria Completa	54.5% 73.7%	Si =6 No 14	20 66.7%
	Universitarias	0 15.8%	Si =0 No=3	3 10%
	Técnicas		Si=0 No=2	2 6.7%
	Total	100%	30	100 %

relación al cruce de la escolaridad con la importancia se puede decir que de las 5 embarazadas que tienen primaria completa conocen de la importancia, no así de las 20 embarazadas que poseen secundaria completa, 6 si conocen de la importancia y 14 no, al igual que las 2 que tienen carreras técnicas.



Importancia Vrs Beneficios.

Conoce de los beneficios					
Conoce de la importancia	Si	%	No	%	Total
Si	11	36.6%			36.6%
No	17	56.6%	2	6.7%	63.3%
					100%
Total	28		2		30

El cruce representa a las embarazadas que conocen de la importancia y los beneficios que tiene el programa parto Psicoprofilactico, lo cual refleja que 36.6%(11) de ellas saben de la importancia y los beneficios y un porcentaje del 56.6%(17) embarazadas, no conocen de la importancia y 2 de ellas no conocen los beneficios

Divulgación Vrs Importancia.

Conoce la importancia					
La falta de divulgación influye	Si	%	No	%	Total
Si	11	36.6%	17	56,6%	93.3%
No			2	6.7%	6.7%
					100%
Total	11		19		30

En este cruce se puede determinar que, el 93.3%(28) de las embarazadas primerizas consideran que la falta de divulgación influye en su poca participación al programa donde 17 de ellas no conocen de la importancia del mismo y 2 opinan que la



divulgación no influye.

Oficio Vrs Importancia.

Factor que más influye	Conoce la importancia				Total
	Si	%	No	%	
Tiempo	11	100%	3	15.8%	14
Situación económica	-	-	3	15.8%	3
Distancia	-	-	5	26.3%	5
Falta de apoyo de su pareja	-	-	8	42.1%	8
Total				100%	30

En el cruce relacionado al oficio y la importancia demuestra que, el factor tiempo es el que más afecta a las mujeres embarazadas a participar en el programa de parto psicoprofilactico, seguido de la falta de apoyo por parte de su pareja, al igual que la distancia y situación económica. Cabe mencionar que solo 11 embarazadas conocen la importancia del programa.

Estado civil Vrs Asistencia del conyugue a las terapias.

Estado Civil	Asistió su pareja a las terapias			
	Si	%	No	%
Unión libre	-	-	12	80 %
Casada	-	-	3	20 %
Total	-	-	15	100%

En este cruce se demuestra que, 12 embarazadas tienen unión libre, 3 son casadas y en ambos casos su pareja no asistió a las terapias en las que ellas participaron.



Resultados de la entrevista estructurada

La entrevista se aplicó a 2 médicos y 1 psicóloga la que estuvo enfocada en señalar la importancia que tiene el programa parto psicoprofilactico en el periodo de gestación de las embarazadas primerizas, en donde encontramos lo siguiente:

“para tener un parto psicoprofilactico, se necesita una preparación física, psicológica y emocional. Se requiere cumplir con una serie de requisitos: ser embarazada primeriza, interés en participar, asistir con ropa cómoda y un acompañante.”

Expresaron textualmente que los beneficios que se pueden obtener de un parto Psicoprofilactico son: ***“disminución del tiempo del parto, bajo índices de episiotomía, bebé más saludable, mayor responsabilidad del compañero y la embarazada hacia su bebé, reducción de la morbi - mortalidad materna y perinatal, mayor apoyo al personal de salud en la atención de las embarazadas”***.

Entre los beneficios que obtiene el bebé a través de un parto Psicoprofilactico son: ***“Un parto natural, sin uso de medicamento, el apego precoz a la madre, la fácil expulsión del liquido de los pulmones.”***

Según el tiempo de recuperación de la madres, después de un parto natural tarda de 48 a 72 horas, y el tiempo para tener relaciones sexuales nuevamente, es un mes después.”

Por otra parte expresaron que ***“el propósito del parto psicoprofilactico de manera general es la disminución de la morbi - mortalidad materna y perinatal”***

Al preguntarles a los informantes claves la situación del programa a nivel nacional, todos coincidieron que en ***“Nicaragua para la realización de un parto psicoprofilactico, se necesita un mayor interés por parte de las autoridades del MINSA en la aprobación de este programa y una óptima promoción en las unidades de atención primaria.”***



Los especialistas coinciden en que **“Para la preparación de un parto psicoprofilactico, es conveniente que se inicie después de las 12 semanas de embarazo.”**

Los expertos determinan que las causas que provocan la poca participación al programa parto psicoprofilactico, “Es la ausencia de este programas en centros de salud, y otras instituciones, inciden en el desconocimiento e importancia del mismo, en León la única institución que promueve el parto psicoprofilactico es FAFG – CARAS.”

Finalmente mencionaron las consecuencias que se pueden prevenir al participar en el programa de parto Psicoprofilactico, expresando en su totalidad: **las amenazas de aborto, amenazas de parto prematuro e inmaduro, muertes perinatales, prevenir complicaciones de una preeclancia, anemias, malformaciones fetales.**

Finalmente al realizar las observación en las casas de las mujeres embarazadas primerizas se detecto que la en mayoría estaba presente la madre o algún miembro de la familia, únicamente 9 conyugues estaban presente de los cuales, 4 tenían conocimiento del programa y asistieron con ellas por lo menos a una o dos sesiones y 5 mostraron desinterés e indiferencia.

Un factor muy importante que se logro observar en las embarazadas primerizas es que solo tenían disponibilidad los fines de semanas y por las tardes para asistir a las terapias, debido a su actividades laborales.

Algo relevante, son las condiciones en que viven, en su mayoría habitan hasta tres familias en la misma casa, se caracterizan por ser humildes, son de escasos recursos económicos y notable hacinamiento. En su mayoría la casa de habitación de las embarazadas se encontraba alejada del lugar donde se realizaban las terapias.

A pesar de las dificultades que presentaban las embarazadas primeriza, mostraban interés en participar, no importándole la falta de apoyo de su conyugue.

En relación a las instituciones involucradas en el estudio, el centro de salud Félix Pedro Picado, su director, mostro interés para que se realizara el estudio facilitando la



información que requeríamos, sin embargo en esta unidad de salud, no existe un área donde se promueva el parto psicoprofilactico.

Por parte del centro CARAS, sigue promoviendo el parto psicoprofilactico a través de entrevistas directas con la encargada del Ministerio de salud de León (MINSa) y su participación en foros dirigidos a la promoción de este programa



IX. Análisis de los Resultados

Al determinar sí el nivel de educación de las embarazadas primerizas está relacionado con el conocimiento de parto Psicoprofilactico, se encontró que el nivel de educación que tienen las participantes, no influye con la poca participación al programa, por lo que las embarazadas primerizas que participan en este estudio mantienen un nivel de escolaridad que varía entre primaria completa y educación superior, y el 100% de ellas expresaron saber y conocer del programa Psicoprofilactico.

Silva y Rodríguez (2001) afirman que entre los 17 a 18 años la capacidad de inteligencia, llega a su totalidad, donde el adolescente puede comprender todo como un adulto, es capaz de pensar y construir conceptos abstractos.

Estos conocimientos trascienden la información que puede brindar un ginecólogo, porque con ellos comprenden los cambios que el organismo va experimentando a lo largo del embarazo, y gracias a esto puedes prevenir o corregir cualquier molestia que tengas, por tal razón se establece que para entender y conocer y participar de este programa no se requiere de niveles de educación superior.

Por su parte al establecer la relación de la importancia de la terapia psicoprofilacticas y los beneficios que esta les brindan a las embarazadas primerizas, se determinó que un 36.7%(11) de mujeres conocen la importancia y los beneficios del mismo, sin embargo un porcentaje alto de embarazadas primerizas 56.7%(17) dicen conocer del programa, pero desconocen de los beneficios, esto se debe a que las embarazadas primerizas poco participaron en el proceso de las terapias, debido a que no tenían tiempo para asistir, así como la distancia que tiene su casa de habitación con el centro de salud y el poco apoyo de su pareja, por su parte cuando asistían, únicamente se les brido información generalizada, y no participaron durante todo el proceso para complementar la teoría con la práctica y poder afirmar si obtendrían benéficos o no del mismo.

Según **Gabriela Casavantes** en su artículo parto Psicoprofilactico menciona que esta preparación consiste en aprender ejercicios físicos para mejorar el tono muscular y la elasticidad, activar la circulación, reducir la tensión y favorecer la postura. Además, se



les informa de todo el proceso del trabajo de parto y posparto, para hacerlas conscientes de lo que deben esperar.

De esta forma enfrentan el nacimiento del bebé tranquila y sin temor colaborando mucho con su médico.

Al analizar si las embarazadas primerizas conocen los beneficios que brindan las terapias Psicoprofilácticas, relacionado con la religión, encontramos que la tendencia de las mujeres que profesan la religión católica, son las que conocen de estos beneficios, a diferencia de todas las mujeres que profesan la religión evangélica y testigo de Jehová, que desconocen completamente estos beneficios.

Se puede evidenciar que las religiones antes mencionada conlleva a no usar terapias alternativas como la psico - profilaxis, por reglas impuestas en su religión, de igual forma las que profesan la religión católica consideran que la falta de divulgación sobre la importancia del programa influye directamente en la poca participación a las terapias psicoprofilácticas.

Según **Felipe Carrera Damas** expresa en su publicación parto Psicoprofiláctico que los la poca participación de los conyugues son producto de la sociedad patriarcal, las religiones modernas son machistas. Se considera al hombre como el centro de atención, tanto de la doctrina como de la liturgia. La mujer ocupa lugares menores. Y esto se ha convertido en un problema grave en la participación del programa parto Psicoprofiláctico de las embarazadas primerizas que profesan la religión evangélica y testigo de Jehová.

Al analizar el tipo de familia de origen del cual las embarazadas primerizas provienen se determino, las que vienen de familias nucleares son las que conocen los beneficios que brindan las terapias psicoprofilácticas, sin embargo las que viven en familia extendidas en su totalidad desconocen de los beneficios que estas brindan, por su parte las embarazadas primerizas que tienen un trabajo formal, son las que más conocen la importancia de la terapia psicoprofilácticas, al contrario de las mujeres que tiene trabajo informal.



Según **Gabriela Uribe** en su artículo parto Psicoprofilactico, expresa que las embarazadas primerizas al tener una relación emocionalmente estable con su conyugue, les permite participar en el proceso de parto mutuo, recibiendo apoyo eficaz por parte de su conyugue, obteniendo los beneficios que ofrece el programa.

Finalmente se encontró que, la mayoría de los conyugues de las embarazadas primerizas desconocen la existencia del programa parto Psicoprofilactico, por tal razón no asisten a la terapia con su pareja, considerando una pérdida de tiempo.

Estos hallazgos que se reflejan en nuestra investigación tienen relación con lo expuesto en el estudio realizado por la Universidad de Veracruzana Xalapa, México, donde tenía como objetivo dar a conocer la preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada a través de la Psicoprofilaxis Perinatal, donde se determino que la participación masculina es reducida en las sesiones, aunque nunca fue nula.

Así mismo expresa que a la primera sesión acudieron cinco varones y paulatinamente se fue reduciendo su número hasta la sexta sesión donde solo asistieron uno o dos. Los hombres ejecutaron los ejercicios con menor implicación, los marcaban menos, los interrumpían más y los hacían con menos precisión.

Es de importancia señalar que en Nicaragua para la realización de un parto psicoprofilactico, se necesita un mayor interés por parte de las autoridades del MINSA, en la aprobación de este programa y una optima promoción en las unidades de atención primaria.”



X. Conclusiones.

Se logro identificar cuáles fueron los factores socio - culturales que influyeron en la poca participación de las embarazadas primerizas al programa parto psicoprofilactico, destacando: el tiempo, la distancia de su casa de habitación al lugar donde se realizan las terapias, su situación económica, la falta de divulgación sobre la importancia del programa por parte de las autoridades de salud y el falta de apoyo de su pareja o conyugue.

Son las adolescentes y mujeres jóvenes las que están asistiendo a las capacitaciones de parto psicoprofilactico, con la características que la mayoría de ellas son madres solteras, con niveles de educación variantes entre primaria completa y Universitarias.

Las mujeres embarazadas que asistieron, a los talleres de parto Psicoprofilactico tienen conocimientos acerca de la importancia de este tipo de parto, sin embargo menos de la mitad de ellas saben de los beneficios que brinda este programa.

Las mujeres embarazadas que asisten a los talleres de parto Psicoprofilactico consideran que un factor de poca asistencia es la falta de divulgación y propaganda sobre el programa.

Los cónyuges de las mujeres embarazadas que asistieron a los talleres de parto Psicoprofilactico, desconocen la existencia del programa, manifestaron su compañeras de vida.

La sociedad patriarcal influye directamente en la participación o no, de las mujeres embarazadas, en los talleres del parto Psicoprofilactico, o que consideraron como pérdida de tiempo y de poco interés por parte de los conyugues, al igual del poco apoyo que reciben de ellos.

El poco tiempo que poseen las embarazadas primerizas y los conyugues para participar en las terapias, así como la misma situación económicas, la distancia que tiene su lugar de habitación y el centro de salud, y principalmente la falta de apoyo que



reciben por parte de su pareja, son factores determinantes en la poca participación de ellas

Las embarazadas primerizas que participan en un programa de parto Psicoprofilactico, garantiza un vínculo estrecho con su bebé, facilita el proceso de la lactancia, su participación activa la dispone a un estado emocional óptimo, lo que favorece positivamente la nueva relación, provocando que la madre no quiera separarse de su bebé. El propósito del parto psicoprofilactico de manera general es la disminución de la morbi - mortalidad materna y perinatal

Los beneficios del programa parto Psicoprofilactico no son conocidos, ni exigidos por los usuarios en los Servicios Públicos de Salud, ni los perjuicios maternos e infantiles son reclamados por los usuarios de Gineco - obstetricia.



XI. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud (MINSAL)

1. Que incluya en sus estrategias de prevención del área Salud Sexual y Reproductiva el programa de parto psicoprofilácticas en todos los centros y puesto de salud.
2. Que implementen estrategias de divulgación sobre los beneficios del programa parto Psicoprofiláctico.
3. Que Brinden asistencia técnica a través de capacitaciones a parteras que facilitan estos servicios para que se implementen las treparías psicoprofilácticas.
4. Que amplíen la práctica psicoprofiláctica con mujeres embarazadas, aunque no sean primerizas.
5. Que apliquen estrategias tomando en cuenta los factores encontrados en el estudio, involucrando no solo a la embarazada, sino también a su pareja.

A CARAS

1. Que Implementen estrategias específicas de sensibilización a los conyugues de mujeres embarazadas que asisten al programas de parto Psicoprofiláctico.
2. Que los servicios de los programas parto psicoprofilácticas se hagan extensivos otros centros y puesto de salud.
3. Que soliciten apoyo Humano y Financiero al Ministerio de Salud, para la promoción e implementación del programa parto psicoprofiláctico.



A las embarazadas primerizas:

1. Que se integren en el programa de parto psicoprofilactico para obtener los beneficios que este brinda.
2. Que participen en todas las terapias que brinda el programa parto psicoprofilactico para un buen desarrollo integral del embarazo y el parto.
3. Que valoren la importancia del programa parto psicoprofilactico para el bienestar propio y de su bebe.

A los conyugues

1. Que se involucren, como padres en el proceso del embarazo y parto, y olviden sus propios temores y prejuicios.
2. Que valoren los beneficios que les brindan la participación en el programa parto psicoprofilactico para sus hijos, su esposa y el mismo.
3. Que asistan a las clases de preparación para que acompañen a su pareja durante todo el embarazo y compartan los tres la experiencia de los beneficios.



XII. Referencias Bibliográficas.

1. Venezuela 2005 parto Psicofiláctico, Fisioterapeuta, Karla Figuera, México 2004, Parto psicofiláctico, Penélope Juliá.
2. Parto psicofiláctico Gabriela Uribe
3. Curso de parto psicofiláctico México 2006, Penélope Julia
4. Curso de parto psicofiláctico Venezuela 2008, Lina Peláez, Luz Rodríguez
5. Guía de cuidado de enfermería embarazo y el parto. Managua noviembre 2009
6. Educación reproductiva y paternidad responsable, Julio López Nicaragua julio 2008
7. Parto psicofiláctico, nacimiento sin dolor, Dra. Carina Salazar Vásquez
8. Importancia de las clases de parto sin dolor, Yesenia Gómez, telemedik. septiembre 2003.
9. Manual de parto psicofiláctico CARAS, ginecólogo obstetra. Jairo García,



ANEXO



ANEXO 1

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades.

Departamento de Trabajo Social.

UNAN – León.

Encuesta.

El presente instrumento de recolección de información está dirigido a 30 embarazadas beneficiarias del programa de parto psicoprofilactico para describir los factores socio – culturales que incidieron en su poca participación.

Datos Generales.

1. Edad: _____

2.Estado civil: _____

3. Escolaridad: _____

4. Tipo de familia de Origen:

Familia nuclear _____

Extendida _____

5.Religión:

Católica: _____

Evangélica: _____

Testigo de Jehová: _____

6. Tipo de empleo:

Formal: _____

Informal _____

Otras: _____



Conocimientos sobre las Terapias psicoprofilacticas.

7. Conoces del programa parto psicoprofilactico.

Si _____

No _____

8. Conoces la importancia de las terapias psicoprofilacticas

Si_____

No_____

9. ¿Conoces los beneficios que tienen las terapias psicoprofilacticas?

Si _____

No _____

¿Cuáles?

A) Disminución del tiempo del parto_____

B) Bajo índices de episiotomía_____

C) Bebe más saludable_____

D) Mayor responsabilidad del compañero y la embarazada hacia su bebe_____

E) Reducción de la morbi - mortalidad materna y perinatal_____

10. Crees que la falta de divulgación sobre la importancia del programa influye en la poca participación a las terapias psicoprofilacticas.

Si _____

No _____

11. Su cónyuge conoce en qué consiste el programa parto psicoprofilactico

Si_____



No_____

12. El asistió con usted a las terapias en las que participo?

Si_____

No_____

13. Qué opinión tiene su cónyuge sobre este programa?

Bueno_____

Importante_____

Es una pérdida de tiempo_____

No le interesa_____

8. ¿Cual considera usted es el factor fundamental que influye en la poca participación al programa parto psicoprofilactico?

Tiempo_____

Situación económica: _____

Distancia: _____

Falta de apoyo que reciben por falta de su pareja _____

Otros: _____

10. ¿Cuántas veces asistió a las terapias psicoprofilacticas?

De 1 a 3 sesiones _____

De 7 a 10 sesiones _____

De 4 a 6sesiones _____

De 11 a más _____



Anexo2

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades.

Departamento de Trabajo Social.

UNAN – León.

Entrevista.

El presente instrumento de recolección de información está dirigido a 3 miembros de la organización CARAS (2 médicos, 1 psicóloga) que coordinan el programa de parto psicoprofiláctico con el objetivo de señalar la importancia que tiene el programa en el buen desarrollo del embarazo.

1. ¿Qué es un parto psicoprofiláctico y en qué consiste?
2. ¿Qué tipo de preparación se necesita para tener un parto psicoprofiláctico?
3. ¿Cuándo es conveniente iniciar la preparación para un parto psicoprofiláctico?
4. ¿De qué manera se puede realizar un parto psicoprofiláctico?
5. ¿Cuáles serían los beneficios de un parto psicoprofiláctico?
6. ¿Cuáles son los propósitos de un parto psicoprofiláctico?



7. **¿Qué beneficio obtiene el bebe a través de un parto psicoprofilactico?**

8. **¿Cuál es el tiempo de recuperación de madre?**

9. **¿Qué es lo que hace falta en Nicaragua para que las madres puedan tener un parto psicoprofiláctico o un parto en agua?**

10. **¿Cuál considera usted sean las causas que provocan la poca participación al programa parto psicoprofilactico?**

11. **Que consecuencias se pueden prevenir el que ellas participen en el programa parto psicoprofilactico?**

12. **¿Existe en León una institución encargada de atender este tipo de servicio a la población? si la respuesta es no que sugerencias puede hacer.**



Anexo3

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades.

Departamento de Trabajo Social.

UNAN – León.

Observación Indirecta.

Objetivo: observar el comportamiento de las embarazadas y sus conyugues en relación a las terapias psicoprofilacticas.

Guía de preguntas.

1. ¿Quiénes estaban presentes a la hora que se realizaban las visitas?
2. ¿Cómo se mostraba la embarazada y su conyugue al solicitarle la información?
3. ¿disponibilidad que mostraban las embarazadas al realizar las visitas?
4. ¿Cómo era la accesibilidad de la embarazada de su casa de habitación al centro de salud donde se realizaban las terapias?
5. ¿Cómo son las condiciones en las que vive las embarazadas?
6. ¿cómo fue la participación de las instituciones involucradas?

Grafico 8



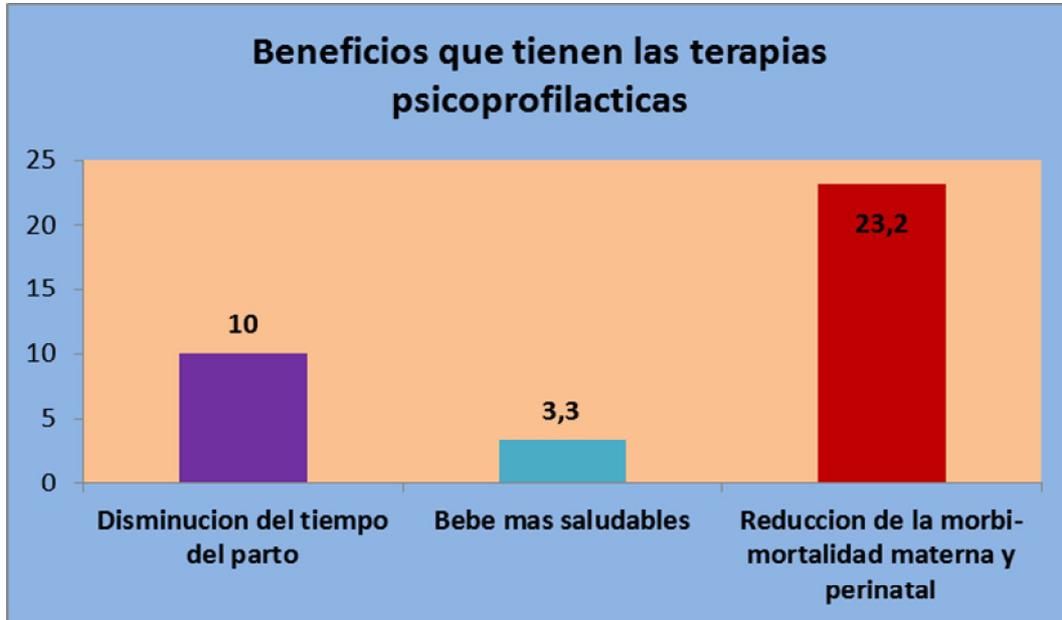
Al preguntar, si las embarazadas primerizas conocen la importancia de las terapias psicoprofilácticas, se encontró que 93.0%(28) saben, a diferencias del 7.0%(2) que no saben.

Grafico 9



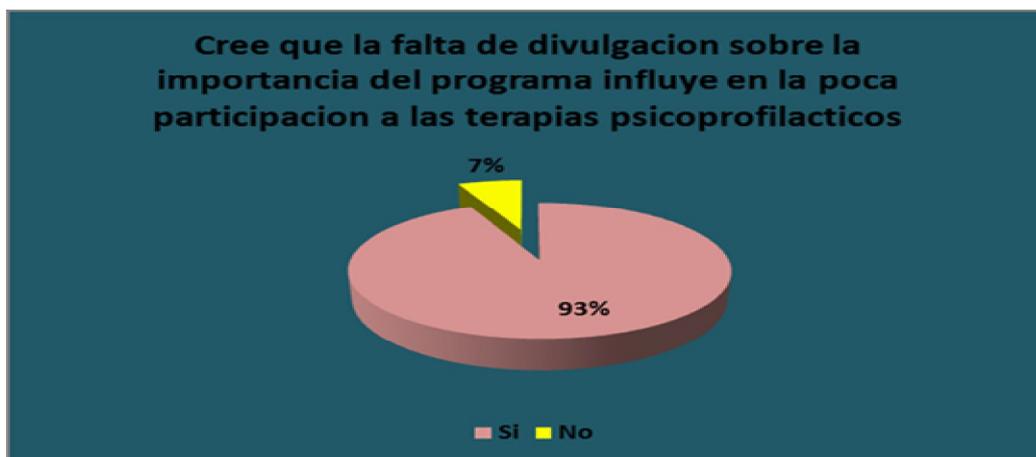
El 37%(11) de las embarazadas primerizas conocen los beneficios que brindan las terapias psicoprofilácticas, sin embargo el 63%(19) de las mismas los desconocen.

Grafico 9.1



De las embarazadas primerizas que conocen estos benéficos, el 10%(3) saben que disminuye el tiempo del parto, 3.3%(1) menciona que su bebé nació saludable, y el 23.3%(7) saben que reduce la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Grafico 10



Finalmente el 93%(28) de las embarazadas primerizas consideran que la falta de divulgación sobre la importancia del programa influye en la poca participación a las terapias psicoprofilacticas, el 7.0%(2) consideran lo contrario. Ver grafico 10

Fuente: Encuesta.

Grafico 11, 12,13.



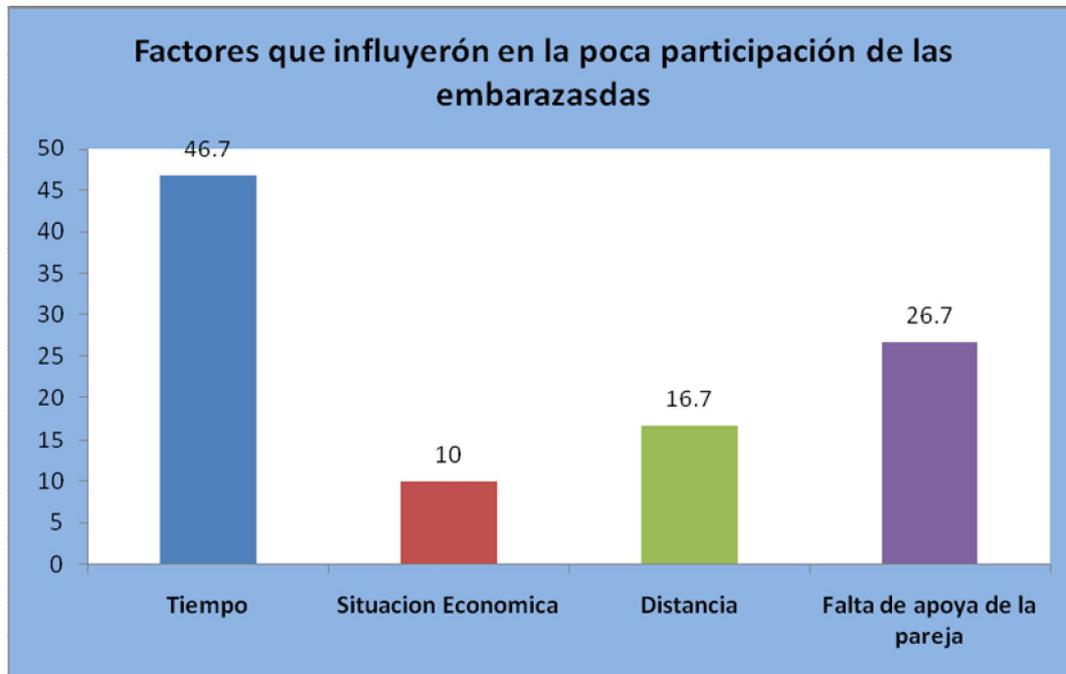
Fuente: Encuesta

Se determino que el 100%(30) de las mujeres embarazadas primerizas expresaron que su conyugue desconocen en qué consiste el programa de parto Psicoprofilactico y por lo tanto no asistieron a las terapias.

De igual manera Al preguntar la opinión que tienen los conyugue sobre el programa parto Psicoprofilactico en las que poco participaron las embarazadas primerizas, se determinó que 80%(24) de los conyugues, consideran que la terapia es una pérdida de tiempo y el 20%(6) de los mismos mencionaron no interesarles este tipo de programas.



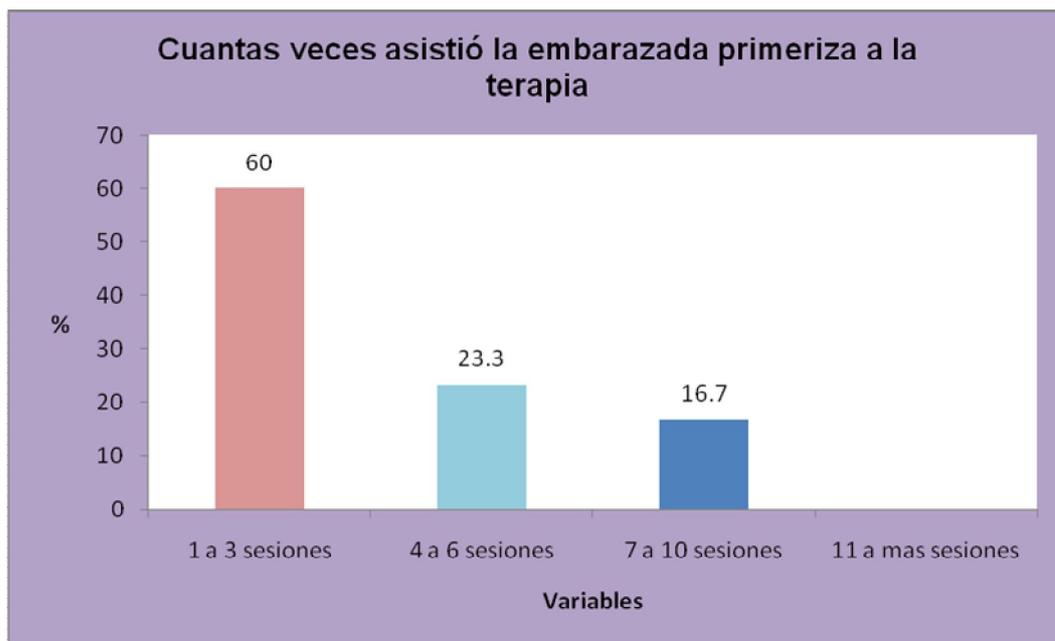
Grafico 14



Fuente: Encuesta.

Finalmente al indagar cuáles eran los factores fundamentales que influyeron en la poca participación al programa parto psicoprofilactico, se encontró que el 46.7%(14) se debió al factor tiempo, 10%(3) por la situación económicas, 16.7%(5) por la distancia que tiene su lugar de habitación y el centro de salud, y el 26.7% (8) por la falta de apoyo que reciben por parte de su pareja.

Grafico 15



Fuente: Encuesta.

Respecto a la pregunta sobre cuántas veces asistió a las terapias psicoprofilacticas las embarazadas respondieron que el 60%(18) asistieron de 1 a 3 sesiones, el 23.3% (7) participo en 4 a 6 sesiones y el 16.7% (5) asistió de 7 a 10 sesiones.