

870125

7
2g'

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

"ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO
PARA EL PARTO PSICOPROFILÁCTICO"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Carmen Patricia Ledón Marín

GUADALAJARA, JUL., 1960



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAGINA
CAPITULO I: INTRODUCCION	1
1.1 INTRODUCCION	1
1.2 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS	3
1.3 DEFINICION DE TERMINOS CLAVE	3
1.4 INFORMACION PREVIA GENERAL	4
1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	5
1.6 NATURALERA Y ORDEN DE PRESENTACION	5
CAPITULO II: REVISION DE LITERATURA EXISTENTE	7
2.1 METODOS PARA FACILITAR EL PARTO	7
2.2 DOLOR DEL PARTO	9
2.3 SENTIMIENTO Y DOLOR DEL PARTO	19
CAPITULO III: METODOLOGIA	30
3.1 ENFOQUE METODOLOGICO PARA ELABORAR UN PROGRAMA	30
3.2 GRAFICA DEL METODO	32
CAPITULO IV: ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA EL PARTO PSICOPROFILACTICO	34
4.1 ESTRUCTURA Y DESARROLLO DE LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA EL PARTO PSICOPROFILACTICO	35
4.2 DESARROLLO DEL PROGRAMA	37
-SESIONES DE LA 1 A LA 15.	37

(INICIO DE EJERCICIOS MUSCULARES Y RESPIRATORIOS)	
(ADEMAS DE TEMAS DE INTERES PARA LA PARTICIPANTE)	
2A. ETAPA	58
- SESIONES DE LA 16 A LA 36	59
(PRACTICA DE EJERCICIOS MUSCULARES Y RESPIRATORIOS)	
3A. ETAPA	69
- SESIONES DE LA 37 A LA 45	70
- ULTIMA ETAPA DEL EMBARAZO	80
CAPITULO V: CONCLUSIONES	88
5.1 CONCLUSIONES	88
5.2 COMENTARIOS Y SUGERENCIAS	89
5.3 ANEXOS	90
BIBLIOGRAFIA	110
CITAS BIBLIOGRAFICAS	

Desde la introducción del método del parto psicoprofiláctico en nuestro medio, han existido técnicas adaptadas de métodos extranjeros o bien modificaciones a las mismas hechas con un enfoque médico; sin embargo el aspecto psicológico y el manejo integral trinomio madre-padre-hijo. No ha sido abordado específicamente a los miembros de nuestra sociedad. Existen ensayos al respecto pero que no han sido desarrollados adecuadamente en la práctica por existir poco personal con la preparación adecuada.

Motivada por estos tropiezos me parece importante el estructurar un programa dirigido al personal especializado en el manejo y aplicación del parto psicoprofiláctico con un enfoque hacia el área Psicológica del trinomio; asimismo considero que este programa permitiría desarrollar con mayor fluidez iniciativas teóricas y prácticas a pacientes de nuestro medio.

1.1 Al presentar este trabajo se hace hincapié en el análisis del papel que juega la futura madre y el padre durante el embarazo al igual en el trabajo de parto y alumbramiento.

El término de Parto Natural indica la atención -

del parto sin el uso de medicamentos y procedimientos utilizados en la obstetricia moderna para disminuir las molestias y acortar el trabajo del parto.

Aunque al dar a luz es una función normal de la mujer es asimismo una experiencia desafiante. Una mujer que se enfrenta al trabajo de parto y alumbramiento es muy probable que encuentre una experiencia frustrante y carente de satisfacción. Es aquí donde la psicología juega un papel importante brindando atención y educación a la mujer ya que esta puede sentirse desamparada sin saber que es lo que le está pasando a su cuerpo ni lo que debe hacer al respecto - además demostrando que el parto es un acto fisiológico crea en la mujer emociones fuertemente positivas mostrando el valor y el enriquecimiento que significa el nacimiento de un niño confortándola con su realidad y proporcionándole un clima de confianza para ella. Para esto se ha elaborado el método Lamaze éste ha tenido modificaciones adicionales a sus conceptos originales.

Este método consiste en preparar a la mujer emocional intelectual psicológica y físicamente para el momento del parto. Está basado en los principios de Pavlov acer-

ca de los reflejos condicionados. La mujer entrenada llega al momento del parto relajada con conocimientos de lo que le va a suceder.

1.2 Establecimiento de Objetivos.

Objetivo General

Elaboración de un programa sobre el parto Psico--profiláctico, basado en el modelo de Jerol Kemp para profesionistas o técnicos que se dediquen a impartir dicho curso.

1.3 Definición de términos clave.

Parto.-

Acto que consiste en la salida del útero por las vías naturales de un niño a término o de un feto próximo a término (1).

Obstetricia.-

Parte de la medicina que trata de los partos de la asistencia a las parturientas y por extensión estudio de todos los fenómenos biológicos que se realizan con la generación humana. (2)

Relajación.- (Del Latín Relaxatio.-Onis). Disminución de tensión; estado opuesto a contracción. (3)

Psicoprofilaxis.-

La psicoprofilaxis es una analgesia verbal que se basa en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de los demás métodos de analgesia obstétrica. (4)

Programa.-

Declaración de lo que se piensa hacer sistema y distribución de las materias de una asignatura o un curso. (5)

1.4 INFORMACION PREVIA GENERAL.

Los primeros experimentos sobre parto sin dolor - se basaron en la hipnosis entre 1880-1890 se llevaron a cabo varios intentos con éxito parcial. En 1920 de 28 mujeres que fueron hipnotizadas, 20 parieron sin dolor: El método - era empírico. En 1940 se probó la teoría de reflejos condicionados, este fue el punto de partida para la base de todos los sistemas psicoprofilácticos que han surgido.

Desde 1920 el Dr. Platnov aplicó esta técnica de parto sin dolor unido al Dr. Nicolaiev hicieron que la mujer pariera estando despierta bajo la influencia de la hipnosis.

Entre 1922-1934 se hicieron numerosos trabajos en torno a la sugestión a la hipnosis en el que el Dr. Vigdorevitch en 400 partos con la madre despierta o semi-despierta obtuvo el éxito en el 80%.

El primero que implantó el parto sin dolor en Inglaterra fue en 1932 el Dr. Grentty Dick Read, usó este método que puede sintetizarse; El círculo vicioso del parto es "temor-tensión-dolor". Es posible transformar este condicionamiento círculo negativo por un condicionamiento de un círculo positivo "seguridad-relajamiento-felicidad".

En Rusia el Dr. Velvosky continuó el experimento basado en "reflejos condicionados de Pavlov.

En 1949 los doctores Nicolaiev y Platnov apoyaron la idea del Dr. Velvosky cuando la escuela de Pavlov les había dado fundamento científico.

En la actualidad se emplean todavía como procedimientos para facilitar el parto los siguientes métodos: entrenamiento autógeno relajación progresiva educación para el parto natural, parto sin miedo (Dick-Read) Psicoprofilaxis del dolor del parto (métodos de Velivovski y de Lamazel).

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

1. Sólo será para mujeres de 18 a 35 años de edad.
2. No es permitido en embarazos de alto riesgo.
3. Que al esposo no quiera participar.
4. El entrenamiento deberá realizarse en grupos de parejas.

1.6 NATURALEZA Y ORDEN DE PRESENTACION.

En el capítulo 1 de la presente tesis se presentan los siguientes puntos: Una breve introducción sobre la necesidad y lo beneficioso que resulta este método para la mujer en gestación los objetivos del programa del parto Psicoprofiláctico la definición de algunos términos usados dentro del tema y las limitaciones para la realización de este programa.

En el capítulo 2 se hablará sobre:

- 2.1 Los distintos métodos sobre el parto Psicoprofiláctico y los diferentes puntos de vista.
- 2.2 Los mecanismos de la Psicoprofilaxis.
- 2.3 Las conclusiones generales sobre el estado actual de lo escrito hasta ahora sobre el Parto Psicoprofiláctico.

En el capítulo 3 y 4 se explicará como se realizó el programa; bajo qué modelo se fundamentó y como se llevó a cabo este.

Por último en el capítulo 5 se hacen algunas sugerencias a los entrenadores de este programa.

Al finalizar el capítulo 5 viene una sección de anexos con temas que son de interés para los participantes y facilitan el trabajo del instructor.

CAPITULO II

2.1 REVISIÓN DE LITERATURA EXISTENTE

MÉTODOS PARA FACILITAR EL PARTO

El desarrollo del cerebro y la adquisición de la marcha erecta determinan en la mujer dificultades latentes para el parto que no se observan en los restantes miembros del reino animal. Por un lado la posición erecta exige un reforzamiento del suelo de la pelvis y del aparato de cierre uterino, cuyo cambio funcional durante el parto requiere una capacidad neuromuscular especial; por otro lado los fenómenos vegetativososmóticos se hallan sometidos en el ser humano a influencias nerviosas centrales que representan una nueva adquisición filogenética. Las funciones neocorticales, como la memoria, la imaginación, el pensamiento abstracto, el desarrollo de la voluntad dirigida al objeto y otras muchas posibilidades permiten no sólo las funciones y actividades específicas del ser humano sino que representan más bien una unidad superior cuyos impulsos contrariamente al organismo animal influyen o dominan necesariamente toda nuestra corporalidad. La mayor parte de estas funciones cerebrales superiores están estrechamente asociadas al desarrollo del lenguaje. Sólo al hombre le está permitido a través de impulsos verbales desencadenar ideas y afectos diferenciados. Los engranajes movilizados por vía verbal po-

nen en marcha facilitaciones e inhibiciones cerebrales que a su vez provocan por vía nerviosa cambios funcionales somáticos. Estos impulsos neocorticales no solamente poseen importancia patológica (enfermedades psicósomáticas) sino que abren también posibilidades terapéuticas (sugestión verbal hipnosis autosugestión). Por otro lado las funciones servidas superiores dependen y son modificables por cambios de estado somático y afectivos primitivos subcorticales y excitaciones (facilitación de reflejos condicionados, aprendizaje hipnosis).

Estas consideraciones son necesarias para definir claramente lo que debe entenderse por educación para un parto natural: la eliminación de trastornos funcionales, perturbadores del parto que se originan como consecuencia de funciones cerebrales específicas del ser humano mediante medidas naturales, es decir, no medicamentosas. Como sea que estas medidas se concentran en primer lugar en el influjo psíquico, justifican con una cierta restricción las denominaciones utilizadas como sinónimos de psicoprofilaxis y facilitación psicológica del parto. La restricción hace referencia a los ejercicios somáticos empleados adicionalmente: gimnasia, técnica respiratoria y relajación muscular, cuya

importancia es valorada diversamente por los adeptos de los distintos métodos. El objetivo de todos los métodos para la consecución de un parto natural fue inicialmente la eliminación o disminución de los dolores del parto. Pero con la resolución más o menos satisfactoria del problema se obtuvieron ventajas adicionales que fueron más allá del límite esperado.

2.2 DOLOR DEL PARTO

No se ha decidido hasta ahora de un modo definitivo si los estímulos dolorosos son recibidos solamente por órganos terminales nerviosos específicos y transformados en impulsivos nerviosos o bien si todos los órganos terminales y por tanto, también los quimio bare y termorreceptores, y en especial los corpúsculos terminales sensitivos, responden con impulsos dolorosos específicos a la estimulación exagerada.

En la actualidad se tiende a la opinión sostenida por Livingstone de que los estímulos dolorosos son captados solamente por la red de Malpighio cuyas delicadas fibras en forma de asa se hallan distribuidas con mayor o menor densi-

dad en todos los órganos según su sensibilidad para el dolor. Estas fibras, de calibre muy pequeño las llamadas fibras C se caracterizan porque la habituación al estímulo es específica (adaptación) es escasa comparado con otros receptores de estímulos dolorosos a partir del peritoneo.

Fleckenstein admite que los receptores del dolor no son específicos sino que son los estímulos quienes desencadenan especiales series de impulsos. En su opinión toda lesión histica conduce a alteraciones químicas (acidosis, pérdida de K. intracelular, etc.) y a través de estos puntos químicos se verifica el desencadenamiento de impulsos específicos del dolor. Según esto el dolor muscular que aparece cuando se realiza un trabajo exagerado no es un dolor espástico sino que se origina por la acumulación de ácido láctico a consecuencia del déficit de O. Por consiguiente cuando aumentan las necesidades de oxígeno a causa de un mayor requerimiento pueden aparecer dolores musculares sin que la irrigación sanguínea esté yugulada. Según Fleckenstein el dolor muscular es el primer síntoma de una lesión histica de momento reversible. Con ello el dolor de ascua visceral en la angina de pecho la claudicación intermitente y los dolores de parto tendrían el significado de una advec

tencia para el reposo corporal en el sentido de un ahorro - de O interior.

Una mejoría de la irrigación sanguínea un aporte de oxígeno y el calcio obran aliviando el dolor. La experiencia clínica de que la agitación es decir el trabajo muscular adicional y la respiración superficial arrítmica acentúan el dolor del parto y en cambio, una respiración rítmica profunda el aporte de oxígeno y la distensión muscular - lo alivian encuentra con esto un importante apoyo experimental. Nos parece poco convincente que en el origen de los dolores de parto desempeñen un papel esencial además de la hipoxia local, un dolor de contracción y estasis por parte de los vasos o estímulos dolorosos a partir del peritoneo.

Las observaciones realizadas en parálisis por sección transversal y en la anestesia peridural obstétrica demuestran que los impulsos aferentes penetran a través del plexo hipogástrico y del simpático sacrolumbar entre D XI y L II en las astas posteriores, mientras que el dolor de distensión en el cuello es transmitido a través de los nervios pélvicos entre S II y S IV hasta la médula sacra. La conducción del estímulo desde el segmento genital inferior y el -

perineo se verifica a través del nervio pudendo y de la rama perineal del nervio ciático menor. La ordenación segmentaria de la conducción del dolor posee importancia en tanto que en los correspondientes sectores se transmiten impulsos hasta las células de las astas anteriores de la médula y pueden excitar los músculos y zonas cutáneas pertenecientes a dichos segmentos (zona de zona de zona de defensa muscular dolor referido). Se desconoce hasta que punto estos reflejos dolorosos espinales pueden ser responsables del origen de un espasmo y contractura de defensa cuando los dolores de parto experimentan un aumento patológico. En todo caso poseen importancia para la localización del dolor del parto en la región lumbar. En la zona entre los dolores del parto puede demostrarse una reacción cutánea segmentaria entre LxI y LIII provocada por el reflejo doloroso espinal.

Los impulsos aferentes llegan al tálamo a través del haz espinotalámico lateral. En el núcleo dorsomedial del tálamo y las zonas adyacentes del sistema límbico reciben los impulsos sensitivos aferentes su totalidad afectiva. Por la correlación con el neocórtex frontal y los núcleos del hipotálamo se convierten los impulsos de excitación dolorosa en una vivencia primitiva de dolor: miedo opresión,

malestar indefinido (dolor protopático) susceptible de desencadenar acciones impulsivas y reacciones vegetativas dolorosas (gritos, golpes, rechinar de dientes, reacciones de defensa y huida). A partir de aquí se verifica la agtivación de las estructuras corticales (acción de puesta en alerta de los centros corticales del dolor). Se admite que durante una emoción intensa se producen tanto un refuerzo de la resonancia afectiva como una debilitación de la vivencia dolorosa a través de un influjo recíproco de la corteza y subcorteza y de una especie de acoplamiento retrógrado dentro del sistema límbico.

Para la facilitación psicológica del parto poseen especial importancia las estrechas conexiones anatómicas con el sistema palidotálámico que según Hassler constituye la representación central del tono muscular. Las investigaciones recientes han aportado al menos bases anatómicas y fisiológicas cerebrales parcialmente exactas para la concepción clínica del síndrome miedo-tensión-dolor. Como sea que algunos psicofármacos (los derivados de la benzodiazepina) actúan casi específicamente sobre el sistema límbico, se desprenden aspectos completamente nuevos de la quimioterapia con respecto también a la facilitación del parto.

El dolor protopático talámico no es idéntico ni al registro del dolor gnósticoepicrítico ni a la vivencia del dolor psicológico-emocional. La elaboración gnósticoepicrítica del dolor se localiza actualmente en la circunvolución central posterior (áreas 5 y 7 del lóbulo parietal) y parece depender en gran parte de la experiencia del dolor, es decir de la activación de los engranes allí acumulados. La genuina vivencia del dolor la valoración emocionalmente determinada del dolor para toda la personalidad es una función del lóbulo frontal (áreas 9, 10 y 12), que sepanos una leucotomía no modifica ni la percepción del dolor ni la intensidad del mismo; por el contrario, se modifican cualitativamente y se reducen considerablemente la valoración del dolor y las manifestaciones afectivas acompañantes (duele, pero no se molesta).

Mientras que el umbral del estímulo doloroso es bastante constante en todas las personas y puede graduarse relativamente bien la intensidad del estímulo el umbral para el dolor (más exactamente, umbral de la sensibilidad dolorosa) medido según la reacción al dolor no solamente es variable en cada individuo sino que depende también del estado espiritual emocional y corporal del individuo en un eg

mento dado. Sabemos actualmente que el aflujo de excitaciones sensibles desde la periferia del organismo es regulable en su intensidad desde los centros. Es probable que la función gnóstico-epicrítica refrene las reacciones dolorosas - vegetativo emocionales y el sentimiento correspondiente al dolor. Es decir mientras que según nuestra experiencia del dolor clasificamos y valoramos correctamente la calidad del mismo reconocemos su causa y la enjuicimos de un modo crítico se restringen a un grado prudente el miedo el temor la ira el enojo y las reacciones corporales y psíquicas que de los mismos se desprenden (golpear gritar protesta aflicción desesperación).

Es un hecho de experiencia antiguo que mediante - la actividad espiritual concentrada o la gran tensión emocional pueden ahogarse estímulos sensoriales incluso intensos. La escuela de Pavlov sostiene desde hace largo tiempo la hipótesis de que la creación de un foco de excitación - cortical positivo da origen a una zona de inhibición subcortical, que impide la penetración de los impulsos dolorosos en el cortex. Y al contrario como consecuencia de una espera angustiada del dolor, pero también de un estado de angustia indeterminado puede descender notablemente el umbral de

la reacción dolorosa de suerte que se originan reacciones - dolorosas vegetativas y psíquicas inadecuadas. Mediante mediciones del tono en el útero grávido pudieron demostrar - Bayer y Hoff que la amenaza de dolor (temor de expectación) y el dolor desencadenan de igual manera un aumento del tono muscular en el segmento uterino ístmico. No puede establecerse con exactitud por qué vía y en qué medida la disciplina y el autodomínio disminuyen la percepción del dolor. Está fuera de toda duda que pueden influir en gran medida sobre la vivencia y la elaboración del dolor. De lo que antecede se desprende ya que el dolor no puede describirse solamente como registro de un estímulo sensorial sino que le corresponde siempre también un valor de sentimiento. No es ni sensación ni sentimiento solamente, sino ambas cosas a la vez (sensación del sentimiento).

La asociación al sentimiento es con seguridad imprescindible para las funciones protectoras del dolor. Las reacciones primitivas: dolor-huida dolor-ataque no son imaginables sin los eslabones intermedios miedo y rabia. Estas emociones están más diferenciadas en el hombre y la suposición de que el dolor cursa siempre asociado con el miedo o el temor nos parece solamente correcta en el caso de inten-

sos estímulos dolorosos y ciertos estados dolorosos cróni-
 cos. Es evidente que a través del hábito, la experiencia y
 el juicio crítico (función gnóstico-epicrítica) se altera -
 el sentimiento no sólo cuantitativamente, sino también cua-
 litativamente. Así por ejemplo, el dolor esperado cuando se
 espanta un diente y que por experiencia sabemos que pasa rá-
 pidamente, no posee un valor de vivencia fundamental, mien-
 tras que un golpe ligero inesperado puede desencadenar un
 acceso irrefrenable de cólera o el dolor de la angina de pe-
 cho se acompaña de un sentimiento de aniquilación. Este sig-
 do producido por el dolor debe distinguirse estrictamente -
 del miedo ante el dolor que en el sentido de la intensifica-
 ción de la resonancia afectiva aumenta la sensación del do-
 lor y la vivencia del mismo. No hay dato alguno en favor de
 que el dolor del parto provoque regularmente miedo siempre
 que se mantenga dentro de límites moderados. Esto conduce a
 la cuestión tantas veces discutida de si un parto normal no
 complicado por el temor y la aprensión es indoloro y qué -
 función le incumbe eventualmente al dolor del parto fisioló-
 gico. aun cuando tanto Dick-head como Velovski postulan -
 originariamente la falta de dolor del parto normal, habien-
 do elaborado a partir de este supuesto su método para la fa-
 cilitación del parto, se acepta en general actualmente la -

existencia de un dolor fisiológico del parto.

Los animales se comportan diversamente durante el parto. Mientras que los pequeños animales de laboratorio parecen sin manifestar dolor en los animales domésticos grandes se observan evidentes reacciones dolorosas. Estas pueden evitarse mediante anestesia peridural. En la mayoría de los grandes animales domésticos el período de dilatación cursa sin dolor un tanto que el período de expulsión se acompaña de innegables muestras dolorosas.

El hecho de que mujeres de algunos grupos étnicos (chinas, turcomanas) no manifiestan dolor alguno no puede aducirse como prueba de la falta de dolor del parto. Ford - que investigó este extremo en 64 () tribus primitivas, no encontró ninguna diferencia con respecto a los pueblos de cultura occidental. El parto no era ni más fácil ni indoloro. También los primitivos conocen un miedo del parto y correspondientemente tienen también ritos para la facilitación del parto que en todo caso se distinguen por su forma de expresión determinada por la cultura, de la de los pueblos más cultos. De lo anteriormente dicho no puede esperarse en modo alguno una diferencia fundamental ya que el pri-

mitivo se halla también sujeto naturalmente al influjo de sus funciones espirituales y anímicas. No hay razón plausible alguna por la cual en las mujeres de una población primitiva tengan que ser menos efectivas la experiencia propia o ajena del parto, la idea de peligro y las prescripciones rituales. Sin embargo, en las mujeres de pueblos muy civilizados será necesario tener en cuenta que, por el conocimiento de las posibilidades de la anestesia y analgesia tocológicas pueda estar notablemente elevada la vivencia del dolor por vía emocional (compasión de sí mismo) o racional (supresión de los impulsos inhibitorios gnóstico-epicríticoes). Ya la comparación con el animal demuestra el lugar especial del dolor de parto como dolor fisiológico, pues el animal no reacciona al dolor, en el caso del parto no complicado, con los reflejos de defensa y huida de lo contrario habituales. En esencia constituye el dolor del parto una señal que impulsa al animal a buscar un lugar seguro (oculto (gata, vaca) o la protección de la comunidad (del-fín).

2.3 SENTIMIENTO Y DOLOR DE PARTO

Las relaciones entre estado de ánimo y percepción

nes sensoriales son bastante complicadas. La amenaza (miedo de expectación) aguzar los sentidos. El descenso del umbral de excitación está con frecuencia limitado exclusivamente - al órgano sensorial del que se percibe la señal esperada - (p.ej., la escucha angustiada de pasos), sin que se perciban entonces otros estímulos sensoriales (v.gr., el frío). - Por otro lado una emoción intensa produce una restricción - de la conciencia (enajenación por miedo), es decir las funciones corticales: capacidad de percepción de juicio, de fijación de engranes, están disminuidas o faltan por completo. En el miedo provocado por la expectación del dolor de las - parturientas se observan ambas formas de reacción. Cuando - la capacidad de crítica está conservada existe solamente - una hiperalgesia (refuerzo de la resonancia afectiva del dolor de parto). En una emoción intensa (como en el período - de expulsión) la restricción de la conciencia (como lo sabe todo tocólogo por propia observación) puede ser tan considerable que las mujeres ya no responden ni siquiera a órdenes muy terminantes.

Lo que rige para el miedo de la expectación del dolor rige también para el miedo y la aprensión en general aunque igualmente para otros sentimientos negativos. Según

se ha dicho ya, las emociones negativas, con especial claridad el temor, conducen a reacciones de defensa (estar alerta, reflejo de defensa, reacción de alarma). En expresión neurofisiológica, el tono afectivo, es decir, la tensión psíquica interna el tono vegetativo, con lo que se entiende el tono de la musculatura vascular y lisa y el tono de la musculatura esquelética se hallan en estrecha dependencia (pág.354). En conjunto establecen la actitud del hombre frente a su situación. Es un mérito indiscutible de Dickson el haber captado de un modo empírico estas relaciones para el origen del dolor de parto patológico y de haberlas formulado como síndrome de miedo-tensión-dolor. Mientras que Reed partió primeramente del miedo de la expectación del dolor, lo mismo él que otros muchos diferenciaron posteriormente con mayor precisión el comportamiento afectivo de las parturientas. Se ha demostrado que toda una serie de otros sentimientos, por lo general matizados de angustia incrementan el dolor fisiológico de parto y a través del aumento de tono pueden dificultar el curso del mismo. Muy fáciles de demostrar y comprensibles incluso para quien no es té muy dado en psicología son los llamados miedos reales (temor), de los que la mujer embarazada o en curso de parto tiene conciencia más o menos clara. Temor al dolor de parto

a las complicaciones del mismo (muerte por hemorragia), temor a tener un hijo muerto o deforme, la idea de pasar dificultades materiales o sociales, miedo a fracasar en la educación del hijo y otros muchos de estos miedos reales contribuyen a la sobrecarga afectiva del proceso del parto. A menudo las mujeres no tienen conciencia de semejantes temores, es decir, no pueden declararlos cuando se les interroga al respecto. No rara vez se ocultan tras de los mencionados temores otros motivos, por ejemplo, el repudio del hijo o del padre o una deficiente preparación para la maternidad. Algunas mujeres, sobre todo narcisistas y con desarrollo psíco sexual retardado, temen que el hijo pueda perturbar sus relaciones con el marido. Un ejemplo típico de miedo inconsciente es el temor de un hijo deforme. La mayoría de las mujeres no manifiestan semejante preocupación durante el embarazo y, sin embargo casi siempre la primera pregunta que hace la joven madre es acerca de la integridad corporal del recién nacido. Es una experiencia psicológica general que las impresiones negativas (dolores sufridos, noticias sobre partos difíciles) son rechazadas con éxito durante largo tiempo, pero no por ello dejan de provocar las mismas reacciones somáticas, a menudo incluso más intensas que un miedo consciente.

Junto a los temores reales existen con frecuencia otros inconscientes, difíciles de concretar, que determinan la actitud afectiva de la mujer durante el parto. Como fondo psicológico más profundo se ocultan a menudo detrás de un temor real evidentemente infundado. Ya la niña pequeña recibe a través de la observación y de las expresiones de los adultos impresiones que elabora en fantasías de embarazos y de parto, que no corresponden naturalmente a la realidad. Se asocian ideas de algo misterioso, peligroso de honda desgarro peligro y muerte (v. Tomo I). Son posteriormente reprimidas y por ello no son corregibles en la edad adulta ni siquiera mediante conocimiento médico positivo. En la fase de desarrollo posterior la relación anterior con la madre (rivalidad, envidia, compasión, sentimiento de culpabilidad) desempeña un papel en tanto que renascan de nuevo como vivencias infantiles durante el embarazo bajo la forma de sentimientos de culpabilidad o de opresión indeterminados y pueden perturbar la actitud positiva frente al embarazo. Ocurre con mayor frecuencia que la embarazada se identifique con la propia madre de muerte que las impresiones negativas adquiridas durante la infancia (embarazo no deseado, humillación, dificultades de parto de la madre, etc.) penetren en la conciencia como una amenaza indetermi-

nada a pesar de una situación propia totalmente distinta. - Algunas mujeres esperan el dolor de parto como un castigo - por una conducta anterior culpable frente a la madre o por fracasos sexuales que a menudo existen solamente en la imaginación de la mujer, y lo aceptan incluso como expiación.

Además de los factores determinados por el ambiente, como el comportamiento del marido, de la familia, de la sociedad (madres solteras) es sobre todo la madurez psíquica lo que determina la actitud afectiva de las embarazadas. El desarrollo psicosexual (v. Tomo I) desde el erotismo soñador de las púberes hasta la maternidad dispuesta al sacrificio, pasando a través de la inclinación eróticosexual hacia el compañero, cursa sólo excepcionalmente de un modo - rectilíneo y sin dificultades. Pero aun entonces el hijo futuro significa una amenaza para el propio yo, una restricción de los deseos individuales, renuncia y pérdida, asociados inevitablemente con la entrada en la nueva fase de la vida. En las mujeres con retraso psicosexual en las virilias agresivas, orgullosas de su profesión y narcisistas, se crea en ciertas circunstancias una actitud consciente de renuncia del hijo.

Todos estos temores, aprensiones, sentimientos de inferioridad y culpabilidad de periodos de desarrollo anteriores se movilizan de nuevo durante el embarazo y desembocan en un temor indeterminado frente a lo que sucederá cuando haya nacido el niño. Fundados en el análisis de los sueños de mujeres embarazadas admite la escuela analítica que el embarazo y el parto, independientemente del mundo de vivencias individual, está agobiado por un miedo a la muerte arcaico supraindividual. H. Deutsch considera este temor ligado a la muerte como la fuente más importante de la actividad psíquica negativa frente al parto, otros autores, entre ellos un psicoterapeuta tan experto como Speer, rechazan la existencia de un miedo original no determinado por vivencias.

Merece especial atención el miedo al parto como consecuencia de una ilustración médica mal elaborada. Es un hecho de experiencia general que las doctoras, enfermeras y comadronas se muestran a menudo durante el parto particularmente temerosas e intranquilas y que con mayor frecuencia que las demás mujeres presentan dificultades funcionales en el curso del parto. El conocimiento de todas las complicaciones posibles del parto es la fuente de sus imaginaciones

angustias, las cuales, si bien pueden ser reducidas mediante un enjuiciamiento sereno de la propia situación, persisten, no obstante en el subconsciente.

En nuestro medio cultural cristiano desempeña todavía actualmente un pequeño grado un papel la idea de que el dolor de parto es un estigma impuesto por la voluntad divina que la mujer debe sufrir. Basta recordar solamente con qué imaginación se rechazó el primer intento de aliviar los dolores de parto con cloroformo, por considerarlo como una intromisión en la voluntad de Dios. Aun hoy podría desempeñar un cierto papel en el origen del miedo al parto inconsciente en algún caso la antigua maldición divina Paricás a tus hijos con dolor.

Si bien hay que evitar el tomar como algo anormal los datos obtenidos por los psicoanalistas en las mujeres embarazadas, no debe dejarse de mencionar que sólo excepcionalmente se enfrenta la mujer embarazada completamente liberada de su carga emocional con el nacimiento de su primer hijo. A. Mayer y otros comunican casos de primíparas muy jóvenes, con piquismo todavía infantil que a consecuencia de su ignorancia estaban completamente despreocupadas o indo-

lentes y tuvieron por ello partos extremadamente fáciles y sin dolor.

La actitud de las embarazadas frente al suceso del parto posee una gran importancia práctica, en cuanto que influye más o menos considerablemente sobre el curso funcional del mismo. La tensión afectiva induce una tensión vegetativa miedo y defensa, que conducen a una elevación del tono vascular y muscular (reflejos de huida). El aumento de la resistencia y la hipoxia refuerzan la intensidad de las contracciones uterinas y el dolor que provocan. Se origina un círculo vicioso que Read caracteriza como síndrome de miedo-tensión-dolor. Las relaciones psicofísicas son seguramente más complejas de lo que Read ha supuesto, ya que el miedo de expectación y otros sentimientos negativos no se manifiestan solamente por la vía de una regulación del tono. Según se dijo anteriormente, la expectación de un dolor disminuye el umbral para la percepción del dolor (refuerzo de la resonancia afectiva) e influye desfavorablemente sobre la elaboración del dolor. Es decir, se movilizan experiencias dolorosas pasadas, de forma que la función epícritica cortical tiene un efecto negativo. La escuela rusa habla aquí de reflejos condicionados negativos anteriormente

te establecidos que el miedo al parto pone nuevamente en marcha. Así pues, el dolor de parto sobremedida incrementado se origina por un lado a través de la vivencia dolorosa exagerada por la emoción y por otro, mediante los impulsos dolorosos aumentados desde la periferia como consecuencia de la resistencia espástica y de la hipoxia uterina.

Hemos hecho ya referencia a que el dolor fisiológico del parto desencadena en el animal un mecanismo de huida o de defensa. Algo diferente sucede cuando el dolor sufre un incremento patológico. Es el aviso de peligro corporal y desencadena con ello reflejos de defensa y de huida automáticamente establecidos. Nada hay que se oponga a la interpretación del cambio vegetativo de la reacción de expulsión uterina sobre la reacción de seguridad como un mecanismo de protección parcial propio de la embarazada, inhibido o interrumpido por el proceso del parto con el fin de posibilitar la huida o la defensa. A este concepto se adaptan los pocos casos en los que la repudiación del hijo o el miedo a parirle determinan un retraso en el comienzo del parto una debilidad de las contracciones uterinas o una distocia funcional. El Síndrome de miedo-tensión-dolor sería visto de esta manera como un reflejo de huida en declinación rudi

mentario no desencadenado por una amenaza corporal real si-
no por una idea del mismo valor afectivo o por vivencias re-
primidas de tonalidad afectiva negativa.

Estas consideraciones no carecen de importancia -
práctica puesto que indican ya que los métodos de la facili-
tación del parto tienen que ser fundamentalmente de natura-
lez psicológica mientras que los ejercicios corporales y -
los medicamentos desempeñan más bien el papel de medidas -
adicionales de refuerzo.

CAPITULO III

3.0 METODOLOGIA

3.1 Enfoque metodológico para elaborar el programa.

La elaboración del Programa de Entrenamiento para el -
parto Psicoprofiláctico está basado en el método ins- -
truccional de Jerrold Kenep que consiste en:

- 1.- Seleccionar adecuadamente los temas principales a -
estudiarse dentro del programa.
- 2.- Una vez establecidos los temas debe mencionarse uno
o más objetivos generales en c/u de ellos. Estas ob-
servaciones deben ser de carácter general.

En resumen el primer paso en el planteamiento de
la instrucción es la formulación de las metas o fines gene-
rales que se propone alcanzar.

El método contiene varios puntos que son los si-
guientes:

MATERIAS Y FINES GENERALES.

CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIANTES.- Factores que se cono-
cen del grupo estudiantil que pueden afectar la enseñanza o
la forma en que aprovecharían más.

OBJETIVOS DIDACTICOS.- Que deben saber los estudiantes que
deben ser capaces de hacer o cuales deben ser las diferen-
cias de su comportamiento, después de estudiar un tema.

EVALUACIONES.- La evaluación servirá para comprobar hasta que grado el estudiante ha logrado sus objetivos.

TEMARIO.- Con el fin de conjuntar los temas que se verán a lo largo del programa.

PRE-EVALUACION.- Es con el fin de determinar si el grupo posee los requisitos previos necesarios para estudiar el tema en cuestión.

ACTIVIDADES Y RECURSOS DIDACTICOS.- Trata de la selección de los recursos que serán los más adecuados para alcanzar - c/u de los objetivos.

SERVICIOS AUXILIARES.- Es necesario tomar en cuenta diversos puntos que solamente se mencionarán ya que no está en - nuestras manos manejarlos.

- Presupuestos
- Personal
- Local
- Horario
- Material

A continuación presento un cuadro de evaluación - que el Autor no incluye sin embargo en la explicación de su modelo si lo hace.

MODELO DE JERROLD KEMER

Materias y fines generales

Características de los alumnos

Objetivos didácticos

Evaluación

Temario

Prueba Previa

Actividades y Recursos
Didácticos

Servicios
Auxiliares

Valoración

NOTA: El autor en su esquema no incluye este cuadro de evaluación sin embargo, en la explicación de su modelo - sí lo hace.

Para poder realizar este programa se tomarán solo aquellos puntos del modelo que fueron de utilidad para la elaboración del mismo de manera que se excluyeron algunos puntos ya que no fueron necesarios para la realización del programa.

Los puntos que se tomaron en cuenta son los siguientes:

- a).- Materias y fines generales.
- b).- Características del alumno.
- c).- Objetivos Didácticos.
- d).- Temario
- e).- Actividades y Recursos Didácticos.
- f).- Servicios Auxiliares.

Ahora los puntos que se excluyeron del modelo para la realización de este (modelo) programa son:

- a).- Prueba Previa
- b).- Valoración

En el anexo se incluye el contenido de algunos temas de lo que se les hablará durante el curso.

CAPITULO IV
ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO
PARA EL PARTO PSICOPROFILACTICO

4.0 Elaboración de un Programa de entrenamiento para el parto Psicoprofiláctico.

Objetivo General.

Que los sujetos que participan en el programa de Entrenamiento para el parto Psicoprofiláctico obtengan la información del proceso reproductivo y que la pareja participe activamente en el parto.

Características de los participantes.

- Tener de 18 a 35 años.
- Presentar un certificado médico de un control prenatal adecuado y de desarrollo y evolución normal durante el primer trimestre de gestación y que puede ser indicado en el programa.
- Aceptación Voluntaria.
- Participación del esposo (de preferencia).

4.1 Estructura y desarrollo de la elaboración de un programa de entrenamiento para el parto Psicoprofiláctico.

Este programa de entrenamiento para el parto Psicoprofiláctico se encuentra organizado en 45 sesiones en las que en c/u. de ellas consta de dos partes:

- Parte Teórica
- Parte Práctica

Estas 45 sesiones son básicas para poder llevar a cabo el entrenamiento para el parto Psicoprofiláctico.

Este programa de entrenamiento para el parto Psicoprofiláctico se puede aplicar en un período de seis meses se deberán impartir 2 sesiones por semana cada sesión tendrá una duración de una hora (60 minutos) constan de una parte teórica y otra de ejercicios ya sean musculares o de respiración.

Cada capítulo se verá aproximadamente en 2 sesiones acompañados algunos (la mayoría) de ejercicios musculares otros de ejercicios de respiración, así como la presen-

tación de videos, transparencias acerca de los temas que se responde a cada sesión.

4.2 Desarrollo del Programa.

TEMARIO

Tema 1.

Anatomía y Fisiología del aparato reproductor. Se hará con el fin de que la mujer tenga conocimiento de cada parte de su cuerpo y su funcionamiento.

Tema 2.

Desarrollo del bebé. Este capítulo hablará sobre la formación y crecimiento que el bebé en formación va teniendo, con el fin de que la madre sepa los cambios que su bebé va teniendo cada mes.

Tema 3.

Aspectos generales. Higiene y Salud durante el embarazo. Habla sobre la higiene personal lo que debe y no debe hacer la mujer respecto a este punto en el embarazo además consejos de ropa, calzado que debe usar estos meses.

Tema 4.

Desarrollo del trabajo de parto. En este capítulo se describe paso a paso el trabajo de parto y alumbramiento con el fin de que la mujer conozca como es el proceso de éste.

Tema 5.

Ejercicios del control muscular. Aquí se describen los ejercicios musculares que deberá hacer durante las sesiones ya sea en el centro de capacitación como en su hogar y se habla del objetivo de cada uno.

Tema 6.

Cambios psicológicos de la mujer durante el embarazo. Aquí se explican los cambios psicológicos que la mujer sufre durante el embarazo con el fin de que sepa que dichos cambios son naturales en esa etapa y que el esposo también sepa entender y comprenda que las alteraciones fisiológicas en su cuerpo afectará su mente en ciertos modos sutiles.

Tema 7.

Participación del padre. Aquí se habla de la importancia que tiene la participación del padre beneficios que esto brinda a la madre y al papel que desempeña en el parto.

Tema 8.

Control consciente de respiración. Aquí se explica cada uno de los ejercicios que deberá practicar desde el comienzo de la capacitación hasta el parto así como el tiempo

po y objetivo de cada uno de ellos.

Tema 9.

Los primeros cuidados del bebé. Este capítulo tiene el fin de que la madre tenga las bases sobre los primeros cuidados que deberá tener con su bebé así como algunos consejos, ropa, biberones, manera de bañarlo, etc.

Tema 10.

En este capítulo se le hablará a las participantes sobre la importancia que tiene la alimentación del bebé con el seno materno y de los beneficios que esta le brinda.

Objetivos Específicos.**Tema 1.**

La participante deberá aprender en forma objetiva la anatomía y fisiología de los órganos reproductores femeninos.

Tema 2.

La mujer participante conocerá el desarrollo del bebé mes por mes.

Tema 3.

La mujer participante conocerá los aspectos generales tales como higiene personal, así como el tipo de ropa y calzado que deberá usar durante estos meses.

Tema 4.

La participante será capaz de identificar cuando verdaderamente se inicia el trabajo de parto.

Tema 5.

La participante será capaz de practicar los ejercicios musculares del parto psicoprofiláctico de acuerdo a la instrucción.

Tema 6.

Que la mujer practicante comprenda que existen - cambios psicológicos durante el embarazo.

Tema 7.

La participante conocerá el papel que el padre de acompañará durante el programa del parto psicoprofiláctico.

Tema 8.

Que la mujer participante conozca c/u de los ejercicios respiratorios y sepa como deberá usarlos a la hora - del parto.

Tema 9.

La participante obtendrá las bases sobre los primeros cuidados del bebé así como consejos sobre la ropa, baño, etc. del bebé.

Tema 10.

El participante será capaz de saber la importancia de la alimentación del seno materno.

El programa se divide en tres etapas que son:

- 1.- La introducción al curso en el que se da a conocer los objetivos del curso y además la práctica de los primeros ejercicios tanto musculares y respiratorios junto con algunos temas de interés para ellas.
- 2.- En esta segunda etapa se reafirman los ejercicios tanto musculares como respiratorios por medio de la práctica e instrucción de parte de los instructores así como los primeros simulacros del parto.
- 3.- En la tercera y última etapa se practica los ejercicios respiratorios junto con los simulacros del parto aquí ya será indispensable la participación del padre.

Además se aclararán dudas si las hay de parte de los participantes.

PRIMERA ETAPA:

1a. SESION.

OBJETIVOS:

- Que la mujer participante aprenda lo que es el método pel coprofiláctico y las ventajas para ella y su hijo.
- Que la participante se inicie en la práctica de los ejercicios musculares.

ACTIVIDADES:

- 1.- Se le dará una plática acerca de lo que es el parto pel coprofiláctico en que consiste el método y se le dirán las ventajas que tiene tanto para el niño como para - ella.
- 2.- Se les explicará acerca del primer ejercicio que deberá realizar durante la primera sesión.

EJERCICIO N°.1:

Es importante mantener una buena postura ya que - esta mitiga los dolores en la espalda y la hace sentir y - verse mejor. Se le pide a la mujer las asentaderas que in- - cline la pelvis hacia adelante para linear la espina dorsal los hombros ligeramente hacia atrás los brazos flojos la ca - beza arqueada la barbilla metida practicarle esto en todo mg - mento.

2a. SESIÓN.

OBJETIVOS:

- Que la mujer participante comprenda como se lleva a cabo la fecundación biológicamente.
- Que la participante aprenda como deberá realizar el segundo ejercicio muscular.

ACTIVIDADES:

- 1.- Plática sobre la fecundación se sugiere se utilicen - - transparencias.
- 2.- El instructor deberá explicarle como debe realizar el - ejercicio N°.2.

EJERCICIO N°.2:

Se debe recostar sobre su espalda con un par de - almohadas sobre la cabeza y bajo las rodillas. Se debe contraer todo el cuerpo parte por parte y en la misma secuencia relajarlos. Comenzar con los pies (no los ponga de punta - para ocasionar calambres) pantorrillas, músculos, asentaderas, manos, brazos, hombros, cuello y cara.

Ahora tan conscientemente como se pensaron rela- - jar cada músculo en secuencia en el inicio repetir esto va- - rias veces.

3a. SESION.

OBJETIVOS:

- Que la participante entienda la fisiología de la placenta y el feto así como la evaluación normal de un embarazo.
- Que la mujer participante se introduzca en la práctica de los ejercicios respiratorios adecuados y entienda su finalidad.
- Que la mujer participe memorice y jerarquice las etapas de descanso y reposo que deberá tener durante el embarazo.

ACTIVIDAD:

- 1.- En esta sesión el instructor deberá hablarle sobre el funcionamiento de la placenta durante el embarazo y el desarrollo normal del embarazo.
- 2.- También se le dará una plática sobre la finalidad y el funcionamiento de los ejercicios de respiración durante el parto.
- 3.- Se les hablará sobre la importancia que tiene los momentos de reposo que deberá tener durante el embarazo.

4a. SESION.

OBJETIVO:

- La madre deberá aprender en forma objetiva la anatomía y fisiología de los órganos reproductores femeninos y musculares.
- La madre deberá practicar los ejercicios psicofísicos del parto psicoprofiláctico de acuerdo a la instrucción.

ACTIVIDADES:

- 1.- Además de que la gestante realizará los ejercicios psicofísicos N°.3 se les imparte una plática donde se les instruye acerca de los órganos reproductores femeninos.
- 2.- Se sugiere que se utilicen transparencias o películas para este tema.

EJERCICIO N°.3: MUSCULOS DEL PISO DE LA PELVIS:

Este ejercicio es de gran utilidad general. Posición: acostarse sobre la espalda, piernas estiradas, cruzadas en los tobillos, contraer las asentaderas y aguantar por un espacio corto con las asentaderas contraídas aprieta las piernas una con otra y contraiga los músculos. Una vez contraídos los músculos del piso de la pelvis (uretra, vejiga y recto) mantenga todos los músculos contraídos y después relájelos por espacio de 5 min.se debe practicar 10 veces 2 veces al día.

5a. SESION.

OBJETIVOS:

- La madre será capaz de realizar el ejercicio respiratorio Nivel A.
- La participante será capaz de identificar cuando verdaderamente se inició el trabajo de parto.

ACTIVIDADES:

- 1.- Se les indica como es el ejercicio respiratorio a Nivel A y se le pide los practique durante 10 a 15 minutos.
- 2.- Se les dá una plática sobre el desarrollo del trabajo de parto haciendo énfasis en los síntomas que le indican que se inicia el trabajo de parto.

EJERCICIO RESPIRATORIO NIVEL A:

Tiéndase boca arriba, cierre la boca y respire por la nariz, si empuja sus hombros hacia atrás sobre los cojines sentirá como se llena su tórax puede inspirar despacio pero al expírar hágalo vigorosamente.

Repita este durante 10 a 15 minutos.

6a. SESION.

OBJETIVOS:

- Que la madre aprenda como hacer el ejercicio muscular N°.4 además del objetivo de este.
- Que la participante comprenda que existen cambios psicológicos durante el embarazo.

ACTIVIDADES:

- 1.- Se le indica a la participante la forma en que deberá practicar el ejercicio muscular N°.4.
- 2.- Se le da una plática acerca de los cambios psicológicos de la mujer durante el embarazo.

EJERCICIO MUSCULAR:

Se le pide que se acueste sobre su espalda con las rodillas flexionadas y los pies sobre el piso contraer las asentaderas apoyar la espalda firmemente en el piso inclinar la pelvis hacia adelante lentamente levantar y estirar las piernas después bajar lentamente al piso manteniendo la rodilla estirada regresar a la posición inicial repetir esto con la otra pierna. Hacerlo 10 veces durante 2 veces al día. Este ejercicio es de gran utilidad general sirve para aprender a contraer los músculos de vagina uretra y recto.

7a. SESION.

OBJETIVOS:

- La madre será capaz de realizar con facilidad el ejercicio N°.5 y sabrá su finalidad.
- La participante conocerá el papel que el padre desempeña durante el programa de parto psicoprofiláctico.

ACTIVIDADES:

- 1.- Se le explica a la mujer como deberá practicar el ejercicio N°.5 además se le explicará que beneficios le - - brindará.
- 2.- Se le da una plástica acerca de la participación del padre durante el embarazo y el trabajo de parto se sugiere utilizar películas.

EJERCICIO N°.5:

Postura para descansar y es la llamada postura de corredor en decubito lateral flexionando las piernas apoyando las rodillas de dichas piernas sobre el piso con el fin de formar un soporte óseo, esto permite que el útero se desplace libremente hacia adelante y hacia arriba.

Esto va con laminillas o dibujos inclinando las - posiciones se practica durante 15 minutos.

9a. SESION.

OBJETIVOS:

- La madre será capaz de realizar el ejercicio N°.6 sabiendo además los beneficios que este le dará.
- La mujer participante conocerá el aspecto psicológico - acerca de las madres primerizas.

ACTIVIDADES:

- 1.- El instructor deberá indicar a la participante como practicar el ejercicio N°.6 indicando el tiempo que deberá realizarlos.
- 2.- Se les impartirá una plática acerca de los aspectos negativos con lo que algunas madres primerizas llegan al trabajo de parto.

EJERCICIO N°.6:

De pie caminar de puntas y caminar de talones (20 pasos de puntas y 20 de talones).

Objetivo: Para reforzar la tibia anterior para evitar la caída del arco plantar.

9a. SESION.

OBJETIVOS:

- La participante será capaz de realizar el ejercicio N°.7 así como también conocerá el objetivo de este.
- La mujer participante conocerá el desarrollo del bebé mes por mes.

ACTIVIDADES:

- 1.- El instructor deberá de explicar a la participante como realice este ejercicio N°.7 además de los beneficios que obtendrá.
- 2.- Se les impartirá una plática acerca del desarrollo del bebé durante cada mes se sugiere utilice películas o transparencias acerca del tema.

EJERCICIO N°.7:

En este ejercicio se le enseña a la mujer gestante un ejercicio que le proporciona una sensación de descanso llamado balanceo Pélvico en posición a gatas efectuando un balanceo lateral del abdomen después en la misma situación se arquea la columna vertebral con este ejercicio el útero se dirige hacia arriba y adelante proporcionando una sensación de descanso. Practicar diez veces dos veces al día.

10a. SESION.

OBJETIVOS:

- La madre será capaz de saber la importancia de la alimentación del seno materno.
- Al finalizar la sesión la participante será capaz de realizar el ejercicio respiratorio N°.2.

ACTIVIDADES:

- 1.- Se les da una plástica acerca de la gran importancia que tiene la alimentación del seno materno para que conozca los beneficios que el bebé obtiene.
- 2.- Se les explica como deberá practicar el ejercicio respiratorio N°.2.

EJERCICIO RESPIRATORIO N°.2:

Se le pide que se imaginen que existe una candela a unos 30 cms. de sus labios que inhale profundamente y exhale el aire en forma natural ahora sin volver a inhalar - plieguen los labios y continúen soplando como si trataran - de apagar la flama de la candela se comenzará a sentir como se contrae los músculos abdominales practicarlo 10 veces 2 veces al día; fuera de sus prácticas del curso.

11a. SESION.**OBJETIVOS:**

- La participante conocerá el motivo de la episiotomía y sabrá las consecuencias en caso de no practicárselo.
- La participante practicará perfectamente el ejercicio N°.8 sabrá el número de veces que deberá hacerlo.

ACTIVIDADES:

- 1.- Se les imparte una plática acerca de la episiotomía y la importancia de la misma.
- 2.- Se le indica como practicar el ejercicio muscular N°.8

EJERCICIO No.8:

En posición de sentada con las piernas cruzadas y encoquidas cruzadas en los tobillos suavemente presione las rodillas hacia el piso practicarle 10 veces al día. Aparte curso.

12a. SESION.

OBJETIVOS:

- Al terminar la sesión la participante será capaz de saber como reforzar los músculos vaginales.
- La mujer participante sabrá practicar perfectamente el ejercicio N°.9

ACTIVIDADES:

- 1.- Se les dará una explicación de como deberá controlar di-ferenciar e identificar los músculos del cuerpo además de practicarlo.
- 2.- Además practicará el siguiente ejercicio que será el N°.9

EJERCICIO N°.9:

Es excelente para reforzar los músculos vaginales posición sentada, parada o acostada pujando como si fuera a orinar después se contraen los músculos como si fuera a parar el flujo. Si resulta difícil la sensación de este ejercicio se puede practicar cuando realmente se está orinando se debe de practicar de 40 a 80 veces 2 veces al día.

13a. SESION.

OBJETIVOS:

- La madre aprenderá como cuidar su piel que se está estirando que son la del vientre y el busto.
- La mujer participante aprenderá a practicar la respiración nivel B. Además el número de veces que deberá hacerlo.

ACTIVIDAD:

- 1.- Se les impartirá una plática acerca del cuidado de la piel del vientre y el busto con el fin de evitar lo mejor posible aparición de estrías.
- 2.- Se les explica como deberá practicar el ejercicio de respiración Nivel B además del funcionamiento que este tiene.

EJERCICIO DE RESPIRACION: Nivel B

Mueva su mano hacia arriba hacia donde empieza la caja torácica. Con su boca ligeramente abierta respire (inhalando y exhalando) un poco menos profundamente que antes. Notará ahora que con este esfuerzo se expande la caja torácica que tiene bajo su mano y no sólo a la altura del diafragma.

Tiempo: 11 respiraciones completas aproximadamente en medio minuto. Ponga mayor énfasis al exhalar que al inhalar el aire.

14a. SESION.

OBJETIVOS:

- La participación aprenderá el significado de Respuesta - Condicional umbral del dolor y distracción ubicado dentro del parto psicoprofiláctico.
- La madre aprenderá a practicar la respiración Nivel C ada más el número de veces que deberá hacerlo.

ACTIVIDADES:

- 1.- Se les dará una plática acerca de función tiene la respuesta condicional umbral del dolor y distracción dentro del parto psicoprofiláctico.
- 2.- Además se les indicará como deberá practicar el ejercicio de respiración Nivel C y que se practique.

EJERCICIO DE RESPIRACION: Nivel C

Coloque su mano de modo que cubra el esternón. - Ahora respire aun más superficialmente que en el nivel B de tal forma que su mayor esfuerzo lo sienta a esta altura.

Tiempo: 35 respiraciones aproximadamente en medio minuto. -

Piense en la palabra fuera y dígalo mentalmente cada vez que exhale note como la inspiración se sucede en forma natural.

13a. SESION.

OBJETIVOS:

- Al terminar la sesión la mujer participante conocerá el - objetivo y sabrá practicar el ejercicio N°.11 acompañada con algunos ejercicios respiratorios.
- Al terminar la sesión la participante será capaz de - realizar el ejercicio muscular N°.11 pero con algunas combinaciones de ejercicio muscular.

ACTIVIDAD:

Durante esta sesión se practicará el ejercicio - N°.11 solamente ya que el mismo ejercicio tiene algunas combinaciones con ejercicios respiratorios y es bastante estructurado.

SEGUNDA ETAPA:

En esta segunda etapa se reafirma los ejercicios tanto musculares como respiratorios por medio de la práctica e instrucción de parte de los instructores.

SESION DE LA 16 A LA 16:

OBJETIVO:

- Al finalizar estas sesiones la mujer será capaz de practicar perfectamente los 15 ejercicios.
- La participación será capaz de practicar los 4 niveles de respiración teniendo presente como y cuando utilizando durante la hora del parto.

ACTIVIDAD:

Durante estas semanas no es indispensable la asistencia del esposo).

Los siguientes ejercicios se practicarán como una rutina durante los dos meses y medio siguientes. El entrenador deberá seleccionar 2 o 3 ejercicios para cada día y al terminar los dos tipos de ejercicios (respiratorios y musculares) se repetirán hasta cumplirse aproximadamente las 20 semanas de practicarlo al completar estas 20 semanas se deberán combinar con otros temas que también son de suma importancia para los padres.

Siéntese en el suelo en posición de maestro. Con fuerza en sus hombros sostenga sus brazos apretos abajo a los lados como si los fuera a usar de alas. Use el Nivel B de respiración, levante sus brazos un poco mientras hace la inspiración y bájelos mientras expira.

Repítalo pero ahora empezando con los brazos a la mitad del tronco. Levántelos a la altura de los hombros y bájelos hasta la mitad del tronco.

Por último, levántelos a la altura de los hombros y mientras exhala déjelos caer hasta el suelo. Repita una vez más todo el ejercicio, pero ahora con los brazos tensos las palmas hacia arriba y los codos hacia atrás para que sienta usted el jalón en los músculos superiores del brazo mientras hace el ejercicio.

Probablemente estará al borde del colapso pensando que como van las cosas, estos ejercicios van a ir aumentando a este ritmo tan alarmante. Pero no se preocupe porque no es así. La próxima semana deberá practicar los ejercicios que ha aprendido en las lecciones 1 y 2. Pero después de la lección empezará a reemplazarlos con otros

nuevas. Por lo tanto, nunca tendrá demasiados para practicar a la vez.

Contraiga los músculos que rodean el ano. Después relájelos. Repítalo contrayendo ahora los músculos que rodean la uretra y vagina y después contrayendo todos los del piso pélvico. Repita la serie completa tres veces al día.

Algo para tranquilizarla. Ahora va usted a aprender los cuatro niveles diferentes para controlar conscientemente la respiración. Primero los aprenderá como un ejercicio mecánico y lo hará sentada y derecha con lo que le serán bastante sencillos.

Sólo cuando sea más hábil respirando aprenderá a combinarlos, teniendo presente como y cuando utilizarlos durante el trabajo de parto.

A.- Sentada derecha en una silla coloque el borde de las palmas de sus manos o las puntas de sus dedos en el arco de su ojo torcíalo inmediatamente arriba de los músculos del abdomen. Así encontrará el borde distendido de su diafragma. Con la boca cerrada inspire profun-

damente expandiendo su tórax tanto como pueda. A medida que lo haga notará como baja su diafragma cuando se aplana. Saque el aire por la boca y palpará como al mismo tiempo el músculo se eleva otra vez. Repita 2 o 3 veces esta respiración con su mano o sus dedos presionando el diafragma. Tiempo: 6 respiraciones completas durante medio minuto.

B.- Lleve su mano hacia arriba hasta donde empieza la caja torácica. Con su boca ligeramente abierta respire (inhale y exhale) un poco menos profundamente que antes. Notará ahora que con este esfuerzo se expande la capa torácica que tiene bajo su mano y no sólo a la altura del diafragma. Tiempo: 11 respiraciones completas aproximadamente en medio minuto. Ponga mayor énfasis al exhalar que al inhalar el aire.

C.- Coloque su mano de modo que cubra el esternón. Ahora respire aun más superficialmente de tal forma que su mayor esfuerzo lo sienta a esta altura. Tiempo: 35 respiraciones aproximadamente en medio minuto.

Piense en la palabra fuera y dígala mentalmente cada vez que exhale. Note como la inspiración se sucede en forma natural.

D.- Relaje tórax y hombros completamente de tal manera que sus costillas estén abajo y sus músculos laxos. Con la boca abierta y dejando descansar su lengua en los dientes laterales, respire dejando que su tórax se mueva - sin ningún esfuerzo. El aire que requiera su cuerpo - fluirá suavemente hacia adentro y afuera. Aprexie los - ligeros movimientos que hace su tórax a medida que ejecuta esto. No se concentre solamente en la respiración ni trate de controlarla de ninguna manera. Escogja por - el contrario alguna tonada que lleve un buen ritmo y -- conviértala en su fondo musical. Repítala mentalmente - cuando practique la respiración a nivel D y lleve el -- ritmo golpeado ligeramente con sus dedos sobre su regazo o sobre la mesa. Fíense solamente en la tonada y en su ritmo y la respiración lo seguirá automáticamente.

Practique todos los días el ejercicio empleando - alrededor de medio minuto para cada nivel. Obviamente, le - ayudará tener cerca un reloj con instantero. Cambie suavemente de un nivel a otro y hágalo inmediatamente sin detenerse para nada a pensar. Si usted o su esposo manejan un - coche con velocidades estándar comprenderá fácilmente, ya - que esto requiere el mismo tiempo de habilidad que se nec-

sitó cuando aprendieron a cambiar las velocidades. De hecho puede imaginarse los niveles A,B,C y D como si fueran las 4 velocidades de su automóvil. Esta similitud le ayudará a apreciar lo importante que es cambiar de velocidad rápidamente pero con suavidad.

Ejercicio. Este ejercicio le ayudará a que sus músculos sostengan su busto en crecimiento y le enseñará también una nueva serie de respiración especial que usará durante los momentos del parto en que deberá pujar. Siéntese en el suelo en posición de sastre. Levante los brazos a la altura de sus hombros y sujétese ambos antebrazos con sus manos colocándolas un poco más arriba de las muñecas. Empuje los brazos hacia adentro rítmicamente, deberá sentir una clara sensación en los músculos que sostienen sus senos. Si no la siente levante un poco más sus brazos.

Combinelo con la respiración de la siguiente manera: Ponga sus brazos en posición mientras respira dos veces a nivel A. Tome una tercera inhalación y reténgala. Empuje hacia abajo los hombros y las costillas poniendo al mismo tiempo el mentón sobre su tórax. Mientras cuenta hasta 10 en su mente, empuje sus brazos rítmicamente hacia adentro -

diez veces. Exhale el aire pero deje sus brazos en posición. Repita otra vez desde el asterisco.

Ejercicio. Este último ejercicio tiene el nombre jocoso del ángel caído. Su propósito es aumentar la capacidad del tórax que tanto usamos durante el control consciente de la respiración.

Durante esta sesión también se le enseña a la mujer una práctica de hidroterapia consiste en pasar una toalla mojada con agua fría pasándola por la superficie del abdomen en todas direcciones cada vez que la toalla se caliente se vuelve a mojar y hacer subsiguientemente por un espacio de 20 minutos este procedimiento produce una vasocostricción periférica a nivel del abdomen con una vasodilatación que estimulará el apetito el tránsito intestinal. Esto se realiza dos veces al día en su casa.

Segunda rescisión respiratoria, las contracciones se han hecho más fuertes, largas y difíciles de manejar pueden durar de uno a tres minutos, la duración en esta fase es de 5 a 9 horas en primigestas y de 2 a 5 horas en los partos siguientes. En esta etapa se utilizará respiración

torácica profunda Nivel B al comenzar la contracción, después se cambia a una respiración ligeramente superficial Nivel C para igualar la intensidad de la cúspide al desvanecerse las contracciones se vuelve a utilizar la respiración torácica y profunda Nivel A. Con una respiración ligeramente superficial para igualar la intensidad de la cúspide al desvanecerse las contracciones se vuelve a utilizar la respiración torácica y profunda. Con una respiración ligeramente superficial se inclina la cabeza hacia atrás para dar paso libre al aire a través de la garganta, se pone la lengua sobre los dientes frontales superiores (en esta forma no se secará la boca).

Ahora se le pide a la mujer que piense en el sonido de la hah y se dice silenciosamente.

La respiración ligeramente superficial no es jadear sino una respiración ligera, lentamente acelerada y controlada. Su objetivo no es la velocidad, ya que respirar demasiado rápido puede causar agotamiento e hiperventilación (un desequilibrio de oxígeno y de bióxido de carbono en su sistema). Se debe concentrar en mantener la respiración controlada, relajada, rítmica y tranquila.

Tercera reacción respiratoria, esta pertenece al período de tránsito, es cuando se termina de abrir el cuello del útero e inicia la fase de expulsión, estas contracciones son extremadamente fuertes y difíciles de manejar, - pueden durar de 60 a 90 segundos y tienen intervalos más cortos aunque esta fase dura poco tiempo es bastante intensa y agotadora, se debe evitar que la mujer expulse aire en forma de soplos ya que estos son inútiles por dos motivos: en primer lugar vacían los pulmones y suben al diafragma, - en espalda se presiona contra la cama y el área púbica se levanta tendiendo así a acortar el tirón sobre el abdomen y mitigar la presión del útero. En segundo lugar durante las contracciones del tránsito se puede experimentar el deseo de expulsar el producto a sentir la necesidad de evacuar esto significa que el producto ha descendido y está presionando el recto.

En esta etapa se hace 4 respiraciones superficiales ligeras contando (inhale se cuenta uno al exhalar, inhale cuente dos al exhalar, inhale, cuente tres al exhalar, inhale cuente cuatro al exhalar). Se hace otra inhalación superficial y al exhalar se debe soplar con fuerza por la boca. En esta etapa es más difícil de controlar y se necesi

ta el apoyo y la asistencia física por parte del esposo.

Cuarta reacción respiratoria, en esta el médico - pedirá que se realicen dos respiraciones lentas y profundas y que después empiece a pujar, ya que esta fase corresponde al periodo de expulsión.

TERCERA ETAPA:

Aquí comienza la tercera etapa que consiste en practicar todos los ejercicios masculares así como los de respiración además los simulacros o ensayos del parto con la participación del esposo de la participante con el fin de que se aclaren dudas de lo que deberán hacer en cada paso del trabajo de parto.

Además se aclararán todo tipo de dudas respecto al curso.

37a. SESION.

OBJETIVO:

- Al finalizar la sesión la participante sabrá cual es una de las posturas para descansar y sabrá que otros beneficios le brinda esta. Ejercicio N°.12
- La participante sabrá en que consiste la práctica de hidroterapia y además que beneficios le brindará.

ACTIVIDAD:

- 1.- El instructor explicará como practicar el ejercicio 12 así como la finalidad que este tiene.
- 2.- El instructor deberá explicar la práctica de la hidroterapia además que beneficios le brinda y como lo hace.

EJERCICIO N°.12:

Durante esta entrevista se le enseña a la mujer una postura para descansar y es la llamada postura de corredor en decubito lateral flexionando las piernas, apoyando las rodillas de dichas piernas sobre el piso con el fin de formar un soporte óseo esto permite que el útero se desplace libremente hacia adelante y hacia arriba.

3ta. SESION.

OBJETIVOS:

- Al finalizar la participante sabrá el cuidado que deberá dar a su piel durante el embarazo.
- Al terminar la sesión sabrá realizar el ejercicio N°.13 y sabrá que es para fortalecer el soporte muscular durante el embarazo y trabajo de parto.

ACTIVIDADES:

- 1.- El instructor deberá impartir la plática acerca del cuidado de la piel ya que en esta situación es necesario un cuidado especial.
- 2.- También explicará como deberá practicar el ejercicio 13 además de la explicación del beneficio que este le dará
- 3.- Se les da una plática acerca del cuidado de su piel durante el embarazo.

EJERCICIOS PARA FORTALECER EL CUERPO:

Los siguientes ejercicios para fortalecer el cuerpo están diseñados para formar un soporte muscular durante el embarazo y trabajo de parto contribuyen a un empuje más efectivo durante el alumbramiento y proporcionan un buen temple muscular después del nacimiento del producto.

39a. SESION.

OBJETIVO:

- Se le proyecta una película sobre el parto psicoprofiláctico con el fin de que vea la tranquilidad de la madre y eso le dé más confianza.

ACTIVIDADES:

En esta misma sesión se practicará el siguiente ejercicio:

- 1.- En esta sesión se le enseña a la mujer gestante un ejercicio que le proporciona una sensación de descanso llamado balanceo pélvico en posición a gatas efectuando un balanceo lateral del abdomen después en la misma situación se arquea la columna vertebral con este ejercicio el útero se dirige hacia arriba y adelante proporcionando una sensación de descanso.
- 2.- También se les enseña sobre los principios neurológicos aplicados en el parto. El cerebro recibe e interpreta un estímulo buscando una respuesta en él. Durante el parto el cerebro recibe el estímulo de la contracción y lo interpreta ya sea como dolor o como una señal para iniciar su trabajo al instante selecciona una respuesta de tensión con respiración controlada.

40a. SESION.

OBJETIVOS:

- El esposo comenzará a practicar su participación en el parto ya que se realizará el primer simulacro de parto.

ACTIVIDADES:

- 1.- Aquí seguiremos todas las pases a seguir durante el parto real.
- 2.- Se practicarán las respiraciones que se efectuarán a la hora del parto.

TECNICAS RESPIRATORIAS.- La respiración controlada dará algo que hacer durante las contracciones solo será en la respiración y en la relajación. La respiración controlada mantendrá un equilibrio en la cantidad de oxígeno y bióxido de carbono en el sistema circulatorio. Se les hablará sobre el funcionamiento de la respiración del nivel A a la hora del parto.

DIFERENTES TIPOS DE RESPIRACION.- Nivel A. La primera reacción respiratoria ante las contracciones será una respiratoria-torácica-profunda relajada y confortable, inhalando profundamente por la nariz y exhalando el aire por la boca se observará el tórax y se verá subir y bajar ligeramente. Las contracciones durante 60 seg. se practica una respiración torácica profunda por ese lapso es importante que

se desarrolle cada paso lento y constante y natural su objetivo será la naturalidad no la velocidad.

4ta. SESION.

OBJETIVO:

- Verificar que la participante domine lo que deberá hacer a la hora del parto así como su pareja.

ACTIVIDAD:

- 1.- En esta sesión se les hace a las parejas un tipo de evaluación para ver si realizan bien los ejercicios tanto musculares como respiratorios y ver si el esposo utilizará bien las técnicas para proporcionar a la futura madre confort y bienestar durante el trabajo de parto.
- 2.- Verificar que sepan asegurarse de que su mujer se encuentre relajada y como ayudarla a relajarse si es que no lo puede conseguir.
- 3.- Que conozca las posiciones que puede tomar su mujer para recordarle cambio de posición si se siente molesta.

42a. SESION.

OBJETIVO:

- Que la participante comprenda como será la última etapa - del parto: así como la función de los músculos del periné en la expulsión del bebé.

ACTIVIDADES:

- 1.- Esta clase es hablar específicamente de la transición - como la última etapa antes de la expulsión del bebé y - de como es que esta es la etapa más dura del parto la - más fatigante pero al mismo tiempo la más corta y emo-- cionante. De la transición a la expulsión del bebé pasará poco tiempo.
- 2.- Se pretende que comprendan la importancia y función de los músculos del periné en la expulsión del bebé.
- 3.- Se les instruirá como realizar los esfuerzos del pujo - de las sensaciones que van a tener y de como ellas sa-- brán que hacer cuando llegue el momento.

43a.SESION.

OBJETIVO:

- La pareja recibirá la información básica para reconocer:
 - a) Cuando y como empezará su trabajo de parto.
 - b) Cuando ir al hospital.
 - c) Duración del trabajo de parto.
 - d) El trabajo de parto en primigestas y multiparas.
 - e) Familiarizarse con las medidas del hospital, sala de partos, etc.

ACTIVIDAD:

La pareja recibe una plática con un pediatra sobre el recién nacido. El objetivo de esta plática es que las parejas puedan resolver dudas y preguntas que tengan respecto al hijo que está por nacer.

- a) Como es un recién nacido.
- b) Medidas de valoración del recién nacido.
- c) Cuidados inmediatos del recién nacido.
- d) Lactancia materna y artificial.

44a. SESION.

OBJETIVO:

Plática sobre:

- Aplicación y uso de los anestésicos.
- El objetivo es que aprendan acerca de los beneficios que puede ofrecer la anestesia; pero también que estén conscientes de los efectos nocivos que tiene.
- Que aprendan cual es la anestesia ideal para el parto y cual es el mejor momento de aplicarla.
- Que estén enterados cuales son los efectos colaterales - sobre la madre y el hijo.
- Así como las dudas que tengan acerca del programa.

ACTIVIDADES:

- 1.- Se le imparte una amplia plática acerca de los beneficios que la anestesia podría brindar pero también acerca de los problemas que esta podría traer tanto para ella como para el bebé.
- 2.- También sobre los diferentes tipos de anestesia y los momentos en que deberá aplicarse, etc.

4ta. SESION.

OBJETIVOS:

- La participante practicará el último simulacro lo mejor posible.
- Aclarará cualquier duda que tenga respecto al curso en total.

ACTIVIDADES:

Es para concluir el programa se hace el último simulacro sobre el parto tratando de que sea lo más real posible y si existe alguna falla corregirla.

Así como resolver cualquier duda que tengan respecto al curso o todo lo que encabe alrededor de él.

Se sugiere que se les a los participantes el siguiente tema "Ultima Etapa del Embarazo que se encuentra en la siguiente página como complemento y refuerzo al mismo tiempo que se practica el simulacro.

ULTIMA ETAPA DEL EMBARAZO

En este capítulo se va a reunir todo lo que se aprendió durante el programa.

Antes de discutir lo que se va a hacer cuando se te suceda. Veamos por un momento que es lo que debemos esperar que haga la matriz.

Ella tiene un problema único durante el parto. - Es un problema puramente mecánico pero le resulta de un esfuerzo considerable. Lo que experimentará la madre es esto y ella deberá contribuir para que ese esfuerzo sea provechoso y el resultado eficiente.

La guía para esto son los 3 diagramas que vienen en páginas subsiguientes que considero es recomendable que se de a el padre para que lo vaya guiando de la forma en que debe ayudar a su esposa, e irle indicando el tipo de respiración que corresponderá en cada momento del parto.

En el diagrama.- Las líneas gruesas representan la actividad de la matriz y las líneas de zig-zag la respiración que se necesita para cada etapa en especial. Nótese

que en el diagrama 1 las curvas son cortas y no sobresalen mucho de una línea recta. Esta es una representación visual de la ligera contracción uterina que la mujer va a sentir durante la fase pre-parto. Diagrama 2 la curva es distinta y la cosa ya va entonces más en serio. Este diagrama representa el tipo de contracción que sentirá la madre al principio de la fase de dilatación.

En este caso, aunque las contracciones empiecen siendo tan ligeras como antes, después de unos segundos se vuelven más fuertes y luego más intensas aún. Con el aumento de la fuerza de la acción uterina los músculos abdominales entrarán en acción paulatinamente.

Deberá ahora cambiar la respiración que la mujer controla pues de otra manera lo que está haciendo le será muy incómodo.

Así pues, según el aumento de la intensidad que la mujer sienta durante las contracciones deberá cambiar su manera de respirar del Nivel A al B y luego al C con suficiente amplitud para su comodidad en esta etapa del parto.

Después de respirar a Nivel C durante un tiempo - la mujer notará que la contracción se debilita entonces deberá cambiar a nivel B y luego al A a medida que desaparece la contracción ella se provee de oxígeno cuando ya pueda hacerlo.

Hay mujeres que durante el adelgazamiento del cervix tienen contracciones cada 3 minutos y con duración de - 30 seg. desde el principio la única forma que tiene para - diagnosticar cuanto ha progresado sin sonetería a un examen interno es combinando los 2 factores de duración lo importante es que la matriz trabaje o no y no los periodos de - descanso entre contracciones.

Además pueden suceder otras 2 cosas entonces o - después. La primera es algo que lo llaman la muestra que es un tapón de moco que se forma en el cervix para sellar la - matriz para evitar cualquier infección este tapón se descaja parcialmente a manera de un escurrimiento mucoso ligeramente sanguinolento. Se recomienda advertirle a la madre - que cuando esto pase anote la hora.

Luego viene la bolsa de agua o de las membranas -

que en el diagrama 1 las curvas son cortas y no sobresalen mucho de una línea recta. Esta es una representación visual de la ligera contracción uterina que la mujer va a sentir durante la fase pre-parto. Diagrama 2 la curva es distinta y la cosa ya va entonces más en serio. Este diagrama representa el tipo de contracción que sentirá la madre al principio de la fase de dilatación.

En este caso, aunque las contracciones empiecen siendo tan ligeras como antes, después de unos segundos se vuelven más fuertes y luego más intensas aún. Con el aumento de la fuerza de la acción uterina los músculos abdominales entrarán en acción paulatinamente.

Deberá ahora cambiar la respiración que la mujer controla pues de otra manera lo que está haciendo le será muy incómodo.

Así pues, según el aumento de la intensidad que la mujer sienta durante las contracciones deberá cambiar su manera de respirar del Nivel A al B y luego al C completamente suficiente para su comodidad en esta etapa del parto.

Después de respirar a Nivel C durante un tiempo - la mujer notará que la contracción se debilita entonces deberá cambiar a Nivel B y luego al A a medida que desaparece la contracción ella se provee de oxígeno cuando ya pueda hacerlo.

Hay mujeres que durante el adelgazamiento del cervix tienen contracciones cada 3 minutos y con duración de - 30 seg. desde el principio la única forma que tiene para - diagnosticar cuanto ha progresado sin someterla a un examen interno es combinando los 2 factores de duración lo importante es que la matriz trabaje o no y no los períodos de - descanso entre contracciones.

Además pueden suceder otras 2 cosas entonces o - después. La primera es algo que le llaman la muestra que es un tapón de moco que se forma en el cervix para sellar la - matriz para evitar cualquier infección este tapón se descong - ga parcialmente a manera de un escurrimiento mucoso ligeramente sanguinolento. Se recomienda advertirle a la madre - que cuando esto pase anote la hora.

Luego viene la bolsa de agua o de las membranas -

(la fuente) deberá anotar pues de repente se sentirá mojada como si perdiera el control de la vejiga. A estas alturas - deberá avisar al médico y a sus instructores del programa - del parto Psicoprofiláctico solo si la cantidad de agua es considerable (2 tazas de agua en adelante).

Pero puede que nada de esto le suceda hasta que - esté en el hospital, pero si la mujer se encuentra en su casa cuando las contracciones se han vuelto de mediana intensidad durante media o 3/4 de hora o mejor dicho cuando se - ha cambiado del diagrama 1 al diagrama 2 y han continuado - durante media hora o poco más, sabrá que el trabajo de parto ha empezado esto es lo que deberá hacer. Recomienda que se de un baño tan caliente como lo sienta a gusto pero no - hirviendo. Será un baño de tina con mucha agua tanto como - lo permita la tina y el vientre. Esto es con el fin de ayudar a aumentar la circulación de la sangre hacia el abdomen y de esa manera facilita el manejo de transición de las con- tracciones de débiles a mediana intensidad.

Al llegar al hospital le tomarán la temperatura y la tensión arterial, le afeitarán el vello púbico esto es - por razones de higiene; luego le pondrán un enema, una infu

sión jabonosa en la parte baja del intestino este se vaciará y ya no ofrecerá la resistencia de un intestino lleno - contra la abertura del cervix.

La mujer en esta etapa deberá estar atenta para poder controlar la respiración en cada contracción. Sabrá - que está cambiando la naturaleza de las contracciones porque ya no podrá manejar las contracciones cómodamente según el diagrama 3, entonces se dará cuenta que la mujer va llegando a la etapa de transición.

La etapa de transición las contracciones son por lo general más cortas, muy rara vez duran más de un minuto y con frecuencia son menos fuertes.

De aquí en adelante el instructor o el esposo estará sin separarse de la paciente con los diagramas para ir guiando a la paciente el tipo de respiración que deberá - practicar de acuerdo a la evolución del parto.

Al llegar ya el momento de expulsión la paciente tendrá que estar practicando las respiraciones adecuadas y estar alerta de lo que está pasando.

Cuando su médico le indique que ya puede pujar, - pujará tanto como se lo pide su matriz, cuando lo esté haciendo su esposo y el instructor deberán estar diciendo frases para alentarlas por ejes. que ya se le ve la cabeceita - al bebé, que ya se ve que color tiene su pelo ya que es muy alentador para la mujer saber que el esfuerzo que está haciendo por pujar hacia fuera no es una mera sensación sino algo muy real. En la siguiente contracción dejará salir la cabeza del bebé hasta el mentón como esto deberá salir lentamente la siguiente contracción ya no pujará. Hará algo en cambio que permita a la matriz liberar la cabeza del bebé - ella sola sin ningún esfuerzo por parte de sus músculos abdominales esta contracción dura aproximadamente 5 segundos, para que salgan los hombros primero uno y otro y el resto - del cuerpo se deslice hacia afuera puede que la paciente - tenga que dar una ayudadita pujando muy suavemente. Mientras todo esto está ocurriendo el esposo deberá estarle diciendo cosas dulces y carinosas a su esposa.

La madre. De repente sentirá que todo el tiempo - que dedicó a sus lecciones que todos los tediosos meses de práctica respirar y controlar sus músculos fue muy poco por que habrá cosechado su premio por todos los meses de traba-

jo paciente. Tendrá en sus brazos a su hijo por cuyo nacimiento ella ha hecho lo mejor posible que cualquier otra cosa que suceda ella ha hecho lo mejor que ha podido por su hijo.

Algunas veces el médico prefiere ser él mismo el que saque la placenta en ese caso sentirá la mano dentro de su matriz y pudiera incomodar a la madre, habrá que recomendarle lo siguiente:

Si siente el paso de la mano inmediatamente respire a nivel C empujando levemente hacia adelante su piso pélvico; es decir dejándolo suelto. Así verá que casi no siente nada.

Si le hacen la episiotomía o si ocurre un desgarro en su piso pélvico, obviamente tendrá que recuperarse oociéndolo, si llega a suceder debe comportarse de la siguiente manera:

Primeramente le pondrá una serie de pequeñas inyecciones alrededor del área que va a reparar con esto le adormecerán la zona pero no le quitarán las sensaciones, la

madre deberá respirar a nivel A y descontractar el piso pélvico de hecho la trata de empujar al piso pélvico hacia adelante un poquito para que no haya tendencia a apretar los músculos que aleje hacia afuera el piso pélvico y que continúe respirando a nivel A y casi no sentirá nada.

Se sugiere se les den estos ejercicios de fisioterapia al comenzar el curso para que se realicen en su casa. Durante el embarazo, ya que son para prevenir molestias musculares durante este.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

- 1.- El sistema de Psicoprofilaxis Obstétrica es un método de educación a la procreación e integración del núcleo familiar.
- 2.- La Psicoprofilaxis es un sistema creado por Valovski - Platonov Fleticher y Shugon fundamentado en los trabajos de Ivan Pavlov y su escuela.
- 3.- El sistema de Psicoprofilaxis Obstétrica va más allá de ser una preparación física para el parto.
- 4.- La Psicoprofilaxis es la educación de la madre y al padre respecto a los eventos que ocurrirán en el embarazo trabajo de parto nacimiento y frente al recién nacido.
- 5.- Las parejas que obtienen conocimiento adquieren educación responsabilidad e identificación que estrecha la unión de los futuros padres incrementando la conciencia de paternidad.
- 6.- Obliga a ampliar el enfoque de la conducta del hombre como compañero sexual como progenitor y como padre.
- 7.- La integración del hombre en todo lo concerniente al embarazo el parto y la educación del hijo no solo lo enfrenta como ser humano esposo y padre sino que además todo el grupo familiar se cohesionara se une pues los vínculos afectivos entre los miembros se fortalecen. En la Psicoprofilaxis Obst. es un método educativo para la comun.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

La sugestión no es sólo un medio para tranquilizar o un analgésico, en lo que se puede utilizar para producir un reflejo condicional positivo de seguridad y relajamiento. La sugestión puede utilizarse con un beneficio con mujeres no preparadas para el trabajo de parto.

El sistema de preparación psicofísica para el trabajo de parto es benéfico tanto al padre como para la madre y el neonato en los aspectos físico, mental, emocional y también para el médico ya que este le permite llevar y atender el parto de una mujer preparada, tranquila, segura, relajada, cooperadora, lo cual hace que el parto sea más fácil.

LOS BENEFICIOS SON:

Para la madre: Un parto natural, consciente en el que participa activa y voluntariamente, de un parto indoloro, emocionalmente trascendente en forma positiva al realizarse como mujer como esposa, como madre. Es una experiencia que satisface la necesidad básica inherente al ser humano según la psicología clásica. Para el hijo: Un parto natural (sin medicamentos, analgésicos, ni anestésicos) fisiológico y menos traumático.

A N E X O S

EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA OBSTETRICA

Consultando un libro de Fisioterapia del embarazo. El autor considera de suma importancia mencionar que para la mujer embarazada es muy importante cuidar la postura ya que de no ser así puede presentar problemas de tipo muscular.

La fisioterapia Obstétrica cumple un papel muy importante dentro de la Preparación Psicoprofiláctica y creemos necesario poner énfasis en los problemas músculo-esqueléticos que la mujer presente durante el embarazo, así como el origen de los mismos.

Fue el Dr. Boomer, Director de la Clínica de la Mujer de la Universidad de Tübinga en Alemania, el primero en señalar que la postura erecta del ser humano, podía provocar dificultades latentes para el parto que no se presentan en otras especies animales.

La posición erecta ha jugado un papel muy importante en la evolución del ser humano, para la cual el organismo ha requerido de una construcción muy especial la columna vertebral, a la vez rígida y flexible que permite realizar movimientos laterales hasta de 75° y sagitales de hasta 130° - -

constituida por múltiples segmentos articulados entre sí mantenidos y manejados por fuertes tirantes musculares.

En el caso específico de la mujer podemos resumir una serie de factores que exageran estas exigencias como por ejemplo la mayor anchura de la pelvis que aumenta el genu valgus fisiológico al acortamiento de los isquiotibiales por el inadecuado uso del tacón el acortamiento del psoas mayor por compensación de los anteriores y agravado por posiciones inadecuadas al sentarse o acostarse que desplazan la línea de gravedad hacia adelante pronunciando más la lordosis lumbar.

Tomando como base lo dicho hasta ahora vamos a pasar a analizar los cambios que tiene la mujer durante el embarazo.

PLATICA SOBRE LAS MADRES PRIMERIZAS

La mayoría de las mujeres primerizas no conoce la verdadera situación del parto pero tienen algo que las desorienta.

La mala educación. En algunas familias el parto es feliz, pero en otras (la mayoría) no lo es. En las primeras la idea de que el parto es un acto sencillo y normal se transmite de madres a hijas de generación en generación, pero en el segundo caso, cada generación añade un elemento dramático que debilita aun más las posibilidades de resistencia de la mujer embarazada.

Una mujer puede tener a la sociedad en que vive y el temor reaparecerá en el embarazo o en el parto. Puede haber leído libros impropios que describen el alumbramiento como un acto terrible, dramático que hace que la madre corra un gran riesgo.

En la actualidad la educación del parto psicoprofiláctico solo se imparte a las mujeres embarazadas que van cuando han sido preparadas y se han despojado de todas las nociones estúpidas que habían adquirido previamente que el parto es un acto fisiológico sencillo.

Dentro de pocos años estas mujeres hablarán de su
nora muy distinta a sus hijas. Hoy día la enseñanza es noble
tiene que acabar con las influencias de una mala educación y
luego dar una nueva instrucción racional.

ANATOMIA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES

El aparato genital de la mujer, está compuesto por: dos glándulas de secreción interna, dos conductos por donde se dirigen los óvulos del ovario al útero (trompas uterinas), un órgano que recibe y contiene el huevo fecundado (útero) y un conjunto de órganos que intervienen en la cópula (vagina y vulva); a los que se agrega, por la íntima relación fisiológica.

OVARIO:

Los dos ovarios, derecho e izquierdo son las glándulas genitales de la mujer; glándulas mixtas cuya secreción interna origina los óvulos y las hormonas ováricas que intervienen en la producción de los caracteres sexuales de la mujer. Normalmente los ovarios son los de un color rosa pálido en la niña y rosado en la mujer adulta, color que aumenta de intensidad durante el período menstrual. En la mujer adulta alcanza un peso de 8 grms. en estado de reposo pero después del período menstrual disminuye su peso en 1 a 2 grms.

CONSTITUCION ANATOMICA:

El ovario está constituido por una envoltura, el

epitelio ovárico que encierra un extremo conjuntivo donde están contenidos los folículos de graafio.

LAS TROMPAS UTERINAS:

Las trompas uterinas o trompas de falopio es un conducto que se extiende de la superficie exterior del ovario al ángulo lateral del útero, recorriendo el borde del ligamento ancho. La trompa uterina mide 10 a 12 cm. de longitud y su diámetro al salir del útero es de 2 a 4 ml. aumentando progresivamente para medir en su extremidad ovárica 8 ml.

UTERO:

El útero o matriz, es un órgano hueco destinado a mantener el huevo fecundado durante su evolución y expulsarlo cuando este ha alcanzado su desarrollo completo.

Está situado en la parte media de la excavación pélvica entre la vejiga y el recto, por arriba de la vagina y por abajo de las asas intestinales. El útero es único normalmente, pero puede ser doble o bien estar atrofiado hasta faltar totalmente. El útero de la nulípara mide 7 cm. de longitud por 4 de ancho en su cuerpo y 2 cm su cuello con -

un espesor medio de dos y medio cms.

En la multipara su longitud es de 8 cm. de ancho y 3 cm. de espesor tiene un peso de 40 a 50 gra.

VAGINA:

La vagina es un conducto muscular membranoso que se extiende del cuello uterino a la vulva, su dirección es oblicua hacia abajo y adelante y forma con la horizontal, - un ángulo de 70 grados, abierto hacia atrás, además la vagina no es recta pues cuando los órganos adyacentes están vacíos prestan una ligera concavidad hacia atrás.

La vagina, en estado de vacuidad es aplanada de adelante y detrás y sus paredes se aplican una a una en toda su extensión, menos en sus extremidades.

La longitud de la vagina es de 8 cms. como promedio tiene en su cara anterior una longitud de 7 cms. mientras que la posterior que es la más larga mide 9 cms. sin embargo, puede dilatarse aumentando su longitud de 3 o 4 cm. y vaginas largas que alcanzan de 12 a 14 cms.

VULVA:

La vulva está constituida por el conjunto de los órganos externos de la mujer. Presenta en su parte media - una depresión en cuyo fondo se abren la uretra y la vagina.

Está constituido los labios mayores que se unen - hacia adelante y se pierden en un saliente mediano o monte de Venus. Los labios menores se unen hacia adelante para en volver al clitoris que con otras formaciones constituye el aparato erectil de la vulva.

LABIOS MAYORES:

Poseen dos caras dos bordes y dos extremidades.

LABIOS MENORES:

Están situados por dentro de los labios mayores y son dos repliegues cutáneos que poseen como los mayores dos caras dos bordes y dos extremidades.

MONTE DE VENUS:

Es un saliente redondo, que se halla por delante de la sínfisis del pubis con un espesor que varía de 2 a 4 cms. según la constitución de la mujer.

CLITORIS:

Es un órgano erectil homólogo al pene del hombre situado en la parte anterior de la vulva formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas.

GLANDULAS MAMARIAS:

Las mamas o pechos son órganos encargados de segregarse la leche existen en ambos senos y normalmente son dos uno derecho y otro izquierdo, situados en la parte anterior superior del tórax por delante de los músculos pectorales.

PARTO NORMAL:

El parto se ha definido como el acto fisiológico de la mujer mediante el cual el producto de la concepción ya viable es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior.

Un parto es cuando el embarazo ha tenido una duración completa (9 meses solares) 110 meses lunares, 40 semanas. Se llama parto prematuro, cuando tiene lugar antes de que el embarazo alcance el término pero cuando ya el producto es viable es decir, cuando ya puede vivir al salir al exterior. Se acepta que a los 6 meses de embarazo es un parto prematuro.

Cuando el desalojamiento del contenido uterino - ocurre antes de los 6 meses de embarazo entonces se le llama aborto.

Después de que ocurre el parto, viene la expulsión de los anexos ovulares es decir, de la placenta de las membranas y del fragmento de cordón que se quedó adherido a la placenta. A este proceso se le llama alumbramiento.

La causa exacta por la cual el parto se desencadena no se conoce. Se han lanzado muchas hipótesis pero en realidad no se conoce ninguna causa exacta que explique todas las circunstancias que pueden rodear a la aparición del trabajo de parto lo que se acepta actualmente es que una serie de factores influyen en el desencadenamiento del trabajo de parto; pero la convergencia de todos los factores en un momento dado sí actúa como determinante del trabajo de parto.

Existe una teoría muy vieja de tipo mecánico que señala que el trabajo de parto se desencadena como consecuencia del desarrollo del contenido uterino y de la distensión que este desarrollo impone a la víscera uterina. Esta

teoría de la distensión sigue conservando algo de verdad, y que llegando a determinado umbral de estiramiento entonces el músculo uterino empieza a contraerse a tratar de expulsar aquello que lo empieza a distender en forma anormal si debe tomar como uno de los factores que intervienen.

Recuérdese que el líquido, la estimulación mecánica que en sí misma determina el producto de la concepción - sobre el útero es otro factor que contribuye a desencadenar el trabajo de parto.

Del producto la parte que pudiera ser tomada como estimulante más directo, es la presentación. Por otra parte la placenta se desarrolla desde el tercer mes del embarazo, hasta el sexto o séptimo mes. La placenta empieza a envejecer dos o tres meses antes que termine el embarazo.

EL CUIDADO DE LA PIEL:

No se refiere con esto a la piel de la cara sino a la que se está estirando de su vientre y busto. Es posible que ya haya notado que se le está resacando y le da coceazón, signo seguro de que necesita que la nutra. Las cremas faciales caras sólo las pueden usar las esposas de los

millionarios las demás necesitamos algo más barato: el aceite para bebé, la crema Nivea (N.T.Cold Cream), el aceite de almendras dulces, lanolina líquida son excelentes. El aceite de oliva mancha de amarillo la ropa interior y no se quita.

El método más simple de nutrir la piel es agregar dos cucharaditas de aceite para bebé al agua de su baño diario. Si no le gusta la idea. Dése masaje con aceite o crema después de bañarse cuando su piel aun esté caliente. No tiene quedarse como ensalada de lechuga bañada de aceite pues su piel lo absorberá verdamente.

No olvide que sus senos también sufren de estiramiento de la piel. Al mismo tiempo que se unta el aceite puede muy bien preparar sus pezones para alimentar.

PREPARACION PARA LA ALIMENTACION AL PECHO:

Hágalo todos los días. Ponga aceite en un platito y mójese en él los dedos índice y pulgar de una mano. Sostenga el seno por debajo con la otra mano y ponga sus dedos aceitados por arriba y abajo de la areola (el área café que rodea al pezón). Luego, con un movimiento suave combinado -

con presión guíe sus dedos hacia adelante y hacia abajo sobre el pezón. Repita el movimiento de cuatro a seis veces. Después haga lo mismo con el otro seno. El aceite también evitará que el calostro se pegue al pezón y podrá lavarlo más fácilmente. El masaje sobre sus pezones, imitando la acción de la boca del niño estimulará la lactancia y ayudará a los pezones a adoptar la forma correcta para alimentar.

VESTIDO:

Se deben de evitar las ropas que comprimen cualquier parte del cuerpo, o que dificulte la circulación normal.

CALSADO:

Esto debe ser cómodo evitando el tacón alto.

HABITOS INTESTINALES:

Se deben evitar el estreñimiento, por lo que se recomienda tomar estas frutas y verduras, así como jugos naturales pero si estos persisten se debe consultar al médico se deben de evitar los lavados intestinales.

EJERCICIOS Y DESCANOS:

Durante los primeros meses se debe de continuar con sus ocupaciones habituales, evitando la sobrecarga de trabajo físico, movimientos bruscos y evitando levantar objetos pesados.

El hierro y el fósforo lo encontramos en las verduras como: las espinacas, coliflor, leguminosas, vísceras como: el hígado y los riñones.

La sal debe tomarse en proporciones moderadas, al igual que los azúcares tanto como para endulzar los alimentos como aquellos que las contienen en grandes cantidades: pan, torilla, avena, frijol, pastas y refrescos que son poco nutritivos y en cambio dan abundantes calorías que solo aumentarían de peso. Se debe de cuidar mucho el aumento de peso ya que esto puede tener consecuencias durante el desarrollo del parto.

HIGIENE PERSONAL:

La limpieza personal debe ser objeto de atención para evitar las posibles infecciones. El baño debe ser diario no se aconsejan los baños de tina o en alberca durante los últimos meses del embarazo.

Los lavados vaginales no se recomiendan en ningún mes. Se deben evitar los tistes de palo ya que estas son sustancias tóxicas que pueden ocasionar graves consecuencias.

HIGIENE DENTAL:

Se deben evitar las infecciones e inflamaciones dentales si estas se presentan será necesario visitar al dentista, se recomienda por lo menos hacerlo dos veces durante el embarazo. Los tratamientos dados por el dentista no representan ninguna complicación para el desarrollo del embarazo.

La actividad física debe establecerse para activar la circulación sanguínea ayudando a evitar la constipación por lo que se recomienda el ejercicio de dicho programa y caminar al aire libre.

Se debe descansar 8 horas de sueño en las mejores condiciones de tranquilidad.

MEDICAMENTOS:

No se debe tomar ningún medicamento que no sea ig

dicado por su médico, principalmente para los trastornos digestivos y de vías respiratorias (Gripe).

Es importante que visite periódicamente a su médico si llega a presentar alguno de estos síntomas como son: mareos, vómito orina en pequeñas cantidades, además de hinchazón de manos y cara estreñimiento, dolor, sangrado y dificultad para respirar.

RELACIONES SEXUALES:

En las relaciones sexuales, mucho se dice sobre la abstinencia sexual en algunas etapas del embarazo pero algunos autores están de acuerdo que si el embarazo curso sin complicaciones estas se pueden realizar, pero si se presentan algunos de estos síntomas como por ejemplo, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, sangrados estas se deben suprimir consultando oportunamente a su médico.

LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS DE LA MUJER DURANTE LA GESTACION

El embarazo es una circunstancia fisiológica que puede ocurrir en cualquier etapa de la vida sexual activa de la mujer. Durante su evolución se presenta en el organismo femenino profundas modificaciones físicas y químicas que dan lugar a síntomas determinados así como acentuadas variaciones emocionales.

Dichos cambios le atribuyen al medio y sobre todo al hombre. La mujer siente simultáneamente rechazo hacia las relaciones heterosexuales; por un lado a través de las relaciones sexuales quienes confirman el amor y la aceptación de que son objetos por parte del hombre al que piensa que solo está interesado en sí mismo, y por otro lado también perciben una inconsistencia por parte de las figuras que representan autoridad como padres y médicos lo que provoca en ellas una mayor tensión.

Experimentan una considerable necesidad de reconocimiento, inclusive en demostraciones de afecto físico, por su temor de ser rechazadas las hace evasivas impersonales y desconcertantes, por lo que las personas que los rodean encuentran muy difíciles de percibir estas necesidades, se -

considera a así mismo débil, sin energía, frágiles con miedo a ser agredidas, lastimadas, características que la hace defensivas, muy necesitadas de depender de confiar en alguien llegando a ser desconfiantes y exigentes.

PLATICA: PARTICIPACION DEL PADRE

Es importante la colaboración del padre durante - el embarazo y trabajo de parto. No se le debe inutilizar en una sala de espera como un animal raro esperando que le den la noticia con el aspecto de una cara asustada, temerosa - privándole de una experiencia emocional y trascendente.

Por qué no daría al padre el papel del director - del trabajo de parto? lo cual haría que la mujer sintiera - que el acto de tener un hijo le brinda la oportunidad al pa - dre de disfrutar la maternidad.

Se enfatiza que el marido no representa una perso - na adicional en la sala de parto, si no un sustituto de la anestesia. Es un derecho moral como esposo y padre que este pueda estar presente en el momento del parto.

Tanto la mujer como el marido participan en la - preparación y entrenamiento para lograr un nacimiento sin - el uso de anestésicos.

La presencia del marido debe ser: cuando la mujer y el esposo hayan sido entrenados para realizar el trabajo

de parte y que esta entienda como y que le está sucediendo a su esposa y le permita dirigir y estimular para que esta se sienta segura.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wright Erna. Parto Psicoprofiláctico.
Primera Edición 1978.
- 2.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez. Anatomía Humana.
Ed. Porrúa, México, Tomo III.
- 3.- Donna y Rodger Ewy. Preparación para el Parto Guía para
el Alumbramiento Psicoprofiláctico.
Ed. Diana.
- 4.- Reida Hatif Salomón G. Psicología Médica.
Ed. Méndez Ochoa. Primera Edición 1969.
- 5.- Dr. Pierre Velley. Parto sin Dolor.
Ed. Myfa.
- 6.- Scivaleri Eyda. Yoga para el Parto Natural Consciente
Ed. Diana Primera Edición 1989.
- 7.- Hubert Bradley. Participación del hombre en el Parto -
Natural.
Ed. Diana.

- 8.- De la Fuente Monis Ramón. Psicología Médica.
Ed. Galvo.
- 9.- Dolor Unidad Didáctica N°.4 del Dpto.de Internado de -
la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.
- 10.- Reflejos condicionados. manual de Fisiología Médica.
Manual Moderno 1979.
- 11.- Williams Redger. Obstetricia
Ed.Salvat Segunda Edición.
- 12.- Campuzano Lora David. Dolor. Unidad Didáctica N°.4 del
Dpto.de Internado de la Facultad de Medicina de la UNAM
- 13.- Virginia Satir. Relaciones Humanas en el Núcleo Fami-
liar.
Ed. PAF. México. Cuarta Edición.
- 14.- Dr. Elías Shapiro Ackerman Ginecología y Obstetricia.
Vol.36 Julio 1974.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Diccionario de Medicina Dr. Dabout pág. 423
- (2) Diccionario de Medicina Dr. Dabout pág. 382
- (3) Parto sin Dolor: Dr.Pierre Vellay y otros pág. 7 Edít.
Asteca.
- (4) Parto sin Dolor: D.Pierre Vellay y otras pág. 19 Edít.
ASTECA.
- (5) Diccionario Enciclopédico Salvat Básico pág.1153