

878525

**UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL TIPO DE  
PARTO EN MUJERES PRIMIGESTAS MEXICANAS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**ANA PAULA HÍJAR FLANDES**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Dedico el presente éxito:

A mi mamá:

Sé te sentirás muy orgullosa donde  
sea que te encuentres.

A mi papá:

Por su ejemplo de lucha.

A mis hermanas:

Por ser mis mejores amigas,  
compañeras de vida, hermanas siempre.

A mi Ali:

Porque gracias a ti, pude vivir esta nueva etapa  
de la vida que es ser mamá.

A Juan Manuel:

Por todo su apoyo y cariño.

A Pilo:

Por haber aparecido en mi vida  
y por su amor a la profesión.



## AGRADECIMIENTOS

Gracias mi Ali, mi hija, por llegar a mi vida y ser mi maestra.

Gracias hermanas, por el apoyo incondicional que me han brindado en este trabajo como en cualquier otra experiencia de mi vida; por estar a mi lado y creer en mí.

Gracias a Dios por regalármelas como hermanas.

Papi, agradezco todo tu esfuerzo para que pudiera obtener una licenciatura y tu paciencia por esperar mi titulación.

Agradezco profundamente a Angélica y a Hugo, que gracias a su orientación, comprensión, calidez y apoyo, pude vivir una experiencia hermosa al dar a luz a Ali. Angélica por ser mi fuente de inspiración para realizar esta tesis, gracias a tu valentía y coraje para luchar contra la ignorancia y los mitos, dando toda tu sabiduría y tu ser para fortalecer a las mujeres embarazadas.

Iliana gracias por tu apoyo, paciencia, disponibilidad y orientación.

A Cecilia, por todo tu tiempo, apoyo y asesoría.

A todos aquellos que creyeron en mí: esa fe es la que mueve montañas.

Gracias por creer en mí. ¡LO HICE!

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>I. IDENTIDAD</b>	<b>16</b>
1.1 Formación de la díada madre-bebé y formación de la identidad	16
1.2 Formación y desarrollo de la identidad de género. Características, valores y funciones de la mujer y particularmente de la mujer mexicana	26
1.2.1 Medios masivos de difusión en México	30
1.3 El rol de la maternidad	37
1.4 Embarazo	43
1.5 Temor al dolor	47
1.5.1 Manejo del dolor	49
1.5.2 Miedo versus Información	54
1.5.3 Propuesta psicológica para el manejo eficiente del dolor	56
<b>II. EL PARTO VAGINAL Y LA CESÁREA</b>	<b>60</b>
2.1 Embarazo y gestación	60
2.2 El Parto	63
2.2.1 Tipos de parto	66
2.2.1.1 Parto Vaginal y psicoprofiláctico	67
2.2.1.2 Parto Vertical	72
2.2.1.3 Parto en casa	73
2.2.1.4 Parto en agua	75
2.3 Factores que afectan al parto	78
2.3.1 Rutinas hospitalarias	79
2.3.2 Elección del médico gineco-obstetra y del médico pediatra	79

2.4	Tratamientos médicos para el dolor	86
2.4.1	Analgesia y anestesia	87
2.5	Cesárea	94
2.5.1	La cesárea necesaria	97
2.5.2	Epidemia de cesáreas	99
2.5.3	Índice de cesáreas	104
2.5.4	Desventajas y riesgos asociados a la cesárea	106
2.6	Psicoprofilaxis en México	108
2.6.1	Preparación	108
2.6.2	Información	110
2.6.3	Manejo del dolor	112
2.6.4	Actitudes	115
2.6.5	Parto Psicoprofiláctico	116
<b>III.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>118</b>
3.1	Objetivos	118
3.2	Hipótesis	120
3.3	Variables	121
3.4	Muestra	124
3.5	Tipo de estudio	127
3.6	Instrumento	128
3.7	Procedimiento	131
3.8	Análisis estadístico	134
3.9	Definiciones conceptuales	134
3.10	Definiciones operacionales	135
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>136</b>
4.1	Procesamiento de la información	136
4.2	Análisis de los datos	139

4.3	Conclusiones técnicas	141
<b>V.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>148</b>
<b>VI.</b>	<b>ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</b>	<b>160</b>
6.1	Alcances	160
6.2	Limitaciones	161
6.3	Sugerencias	162
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>163</b>

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **APÉNDICES**

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende apoyar un mejor entendimiento de los conflictos de la mujer moderna al considerar sus antecedentes y su evolución histórica. Si bien el cambio de la posición actual de la mujer en nuestra sociedad pareció brusco e inesperado, es el resultado de un largo proceso en el cual intervinieron muchos factores en interacción.

Dentro del primer capítulo se aborda la identidad y posición de la mujer en México así como en los países del tercer mundo; mujeres que continúan ocupando una posición subordinada a la del hombre (padre, esposo, hermano) pues éste obtiene una mayor autoridad (Casanova, M y cols., 1989). Esta ideología (actitud patriarcal) se transmite a la población a través de diversas instituciones, tales como: el hogar, la escuela, la iglesia y los medios masivos de difusión (Sau, V., 1986). Por otro lado, en este último caso los medios de difusión poseen un papel muy importante en lo que "se cree que se sabe" ya que muchas veces se expresan opiniones sin fundamento científico, lo que da lugar a una mala información, y crea ideas erróneas sobre el proceso de parto, así como la creación de expectativas y/o temores infundados sobre dicho procedimiento (Bustos, O., 1988).

Esto tiene su inicio cuando las mujeres pasada la etapa adolescente comienzan a desarrollar una concepción formal de lo que es ser mujer. Inician por reevaluar la imagen de su propia madre y de todas las mujeres significativas cercanas, de donde toma las actitudes y conductas aceptadas tanto social como culturalmente, que la guiarán en el desempeño de su rol femenino.

En este último siglo la mujer de nuestra civilización ha adquirido una libertad sexual y social totalmente desconocida apenas tres generaciones atrás. En cambio, las circunstancias culturales y económicas de nuestra actualidad imponen graves restricciones al rol tradicional de la mujer. Estos modelos de valores servían de apoyo a la estabilidad de la sociedad. Delimitaban los campos de acción de ambos sexos y también facilitaba a cada sexo sentirse seguro de su papel estrictamente definido (Sau, V., 1986).

La incorporación de la mujer en la actividad económica remunerada ha propiciado una confusión en cuanto al manejo de las funciones y responsabilidades del rol tradicional, que hoy en día pierde actualidad y vigencia. Lo que da como resultado toda una confusión de concepto, según autores como Sau (1986-1989), Casanova, M. (1988), y Gessen, V y M. (2003). Actualmente hay un importante crecimiento de la frecuencia con la que se encuentran trastornos psicosomáticos relacionados con la feminidad o más específicamente con las funciones procreativas: menstruación, concepción, fertilidad, parto y lactancia.

Otros aspectos importantes se abordan en el segundo capítulo como son las estadísticas presentadas por destacadas organizaciones como son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2002), que resultan alarmantes debido a las cifras tan elevadas en la incidencia de cesáreas, ya que sobrepasan por mucho, las expectativas "normales". Dicho fenómeno se puede observar en el continente americano, especialmente en lo que se refiere a Latinoamérica, donde

México ocupaba el segundo lugar hace apenas dos años, dichas cifras, continúan incrementándose año con año.

Un elemento que tiene mucho peso en el proceso de embarazo y por ende, del parto, es el punto de vista médico y el manejo que estos realizan durante el embarazo, dando como resultado una atención médica donde se considera mucho más la "comodidad" para el doctor que los deseos y preferencias de la paciente. Sin considerar los beneficios que el parto en sí, implican para el bebé. El descubrimiento del manejo ineficiente que manifiestan los doctores, partiendo desde una mala preparación, hasta la propia conveniencia y comodidad en la programación de cirugías, son indicadores que se traducen en falta de ética (D'Alvia, R., 2001; Katz, 1973; OMS, 1996 y 1985; Pappalia, 1978 y Suárez, A. 2001).

De la misma manera existe la contraparte, que es la creciente falta de responsabilidad de las mujeres para informarse y prepararse con el fin de lograr un embarazo y parto exitosos (Chávez, A., 2000). Dicha falta de responsabilidad apunta hacia una actitud pasiva y, como se mencionaba anteriormente, surge de una serie de cambios que provocan una profunda confusión en el rol femenino.

En la ciudad de México existen numerosos espacios que brindan una preparación integral a las mujeres embarazadas, acerca del desarrollo del embarazo, parto y posparto, donde se abordan desde los aspectos físicos hasta los psicológicos, con el fin de enriquecer la experiencia de la maternidad. Los cursos psicoprofilácticos están diseñados para recibir a toda mujer embarazada que desee prepararse física y psicológicamente, especialmente para el momento del parto; alrededor del cual, existen numerosos mitos que la buena información se encarga de deshacer. Estos centros pueden encontrarse fácilmente en clínicas, hospitales, consultorios y hasta en casas particulares, que acondicionan para tal efecto, por lo que resulta altamente fácil contactarlos.

La instrucción que se recibe en los cursos de psicoprofilaxis es impartida por especialistas que conocen muy bien las vicisitudes por las que pasan la mayor parte de las mujeres embarazadas, como es el temor al dolor y especialmente los conflictos que se presentan en relación a la atención médica que reciben, la familia y la pareja. Cabe mencionar que el curso no es un grupo terapéutico, solo un grupo de formación. La mayor parte de las mujeres llegan a estos cursos cuando ya se encuentran en el segundo trimestre de embarazo y asisten una vez por semana hasta que llegue el momento del parto. Es importante mencionar que la asistencia que se brinda en este tipo de cursos, rebasa los límites del “salón” para acompañar a la mujer embarazada hasta en el mismo momento del parto, si es que ella lo desea.

Estos espacios de formación y contención, han representado para muchas mujeres, la mejor oportunidad para hacer profundos cambios en la experiencia de la maternidad (Chávez, A., 2000 y Genssen V. y M., 2003).

Lo anteriormente expuesto lleva al planteamiento del problema que es el siguiente:

¿Qué factores determinan que las mujeres mexicanas primigestas de nivel socio económico medio y medio alto elijan de antemano un parto vaginal o una cesárea, donde un factor significativo pudiera ser la preparación integral con respecto al desarrollo del embarazo y parto?

El método elegido para la presente investigación es el correlacional, mediante el cual se intenta identificar la relación entre el comportamiento de las variables independientes y las variables dependientes.

Para la presente investigación se proponen como variables independientes, el nivel de información que maneja la futura madre con respecto a los métodos por los cuales



puede dar a luz, a saber, el parto vaginal, la cesárea y el parto psicoprofiláctico; el tipo de orientación médica que recibe de su médico gineco-obstetra; la presencia de rasgos de sumisión y dependencia; el manejo del dolor y la receptividad que presenta frente a la influencia social, familiar y de pareja.

Como variables dependientes se establecen la elección de la mujer primigesta por el parto vaginal o el parto por cesárea. Y la preparación formal que brinda un curso psicoprofiláctico.

Para observar el comportamiento de los factores propuestos como variables independientes, se diseñó una encuesta para aplicarse a una muestra compuesta por mujeres mexicanas primigestas que radican en la Ciudad de México, que se encuentren libres de contraindicaciones para el parto vaginal o cesárea, en el segundo trimestre de gestación y tengan entre 20 y 35 años de edad. De esta muestra se derivan dos grupos, a saber, mujeres primigestas que reciben una preparación formal (curso psicoprofiláctico) y mujeres primigestas que no reciben una preparación formal.

La hipótesis principal del presente trabajo es: Si las mujeres primigestas se encuentran preparadas con respecto al embarazo y parto, entonces elegirán de antemano un parto vaginal.

La presente investigación apoya el enfoque que se tiene de la práctica deficiente que realizan los médicos y las instituciones de salud, lo que causa un número tan alto de cesáreas. Por lo que propone que se cubra el campo de la información, ya que por diversos medios se observa una alta difusión de información equivocada que se esta adoptando sin atender a las consecuencias. Se entiende que la filosofía del consumismo tiene un papel crucial en este fenómeno. También es cierto que en la actualidad se cuenta con un acceso casi ilimitado a la información, lo que se contrapone a una actitud pasiva y "cómoda", muy frecuente en la actualidad. En relación a esto se encuentran dos actitudes,

una es la de no hacer ningún intento por prepararse (informándose) y la segunda es la adopción de una posición conformista de lo que ya se sabe, sin cuestionar o confirmar dichos datos.

Por tanto, el objetivo general es:

Identificar la relación que existe entre el nivel de información, la orientación médica, la presencia de rasgos de sumisión y dependencia, el manejo del dolor y la receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, y la elección del tipo de parto, a saber, parto vaginal o parto por cesárea. Paralelamente sabiendo que a través de un curso psicoprofiláctico se obtiene una preparación integral de los aspectos que rodean al embarazo, parto y posparto, se cree relevante comparar a una población que asista a un curso psicoprofiláctico y otra que no asista, con el objeto de corroborar si a mejor preparación se tienda a elegir un parto vaginal.

Es importante que se atienda este fenómeno dada la tendencia actual a realizar cesáreas, en lugar de partos vaginales, por las consecuencias que esto representa en la actitud de los nuevos padres y en especial, de la madre.

Cabe señalar que las conclusiones únicamente podrían generalizarse a la población que radica en la Ciudad de México y no a otras poblaciones; del mismo modo se restringe a un grupo de sujetos que cumplan las mismas características especificadas en la muestra.

Como datos importantes que se desprendieron de los resultados, está el fenómeno contrario a lo que se esperaba, en cuanto al número de mujeres que no prefieren una cesárea de antemano. Lo que apoya la hipótesis de la orientación médica.

Pudieron confirmarse los siguientes puntos:

Factor de orientación médica. La falta de ética en la práctica médica, en particular de los gineco-obstetras, debido a que por razones de tiempo, dinero, falta de preparación o por evitar conflictos legales, están optando por la operación cesárea y el uso de la anestesia, como rutina. Utilizan su poder (confianza que el paciente deposita en él) aunado al de las instituciones que los respaldan, para hacer el manejo que mejor le convenga dejando de lado el compromiso que tienen hacia su práctica y hacia su paciente. Estas acciones provocan muy serias consecuencias, como son el reforzamiento del temor al dolor, que es irracional y que conduce a un manejo deficiente de la visión y experiencia del parto. De igual manera refuerzan el mito social y familiar a cerca de este punto; otra consecuencia es, que con esta actitud no apoyan ni promueven la autonomía y fortaleza física natural de la mujer, en lugar de ello, le quitan la posibilidad de disfrutar plenamente de uno de los momentos más trascendentes en la vida de una mujer.

Factor de receptividad a la influencia social, familiar y de pareja. En conjunto con el irresponsable manejo de los médicos, un segundo factor, es la influencia negativa que tiene la esfera social, desde los medios masivos de difusión hasta el círculo de amistades y la esfera familiar, acerca de la experiencia del parto. Lo divulgan y enseñan como un evento al que hay que temer, por el que es muy traumático pasar, que posee muy poca significación, de hecho, estas opiniones abarcarían también la maternidad, a la cual exponen como una carga increíblemente pesada, un evento en el cual una vez que se entra no hay salida, además de tener fin y se plantea más como si fuera una carga, que parte de un proceso de crecimiento y expansión como individuos. Por lo tanto, el mensaje que llevan sus comentarios así como la información que manejan los medios masivos de difusión (entiéndase televisión, cine, revistas, libros, etc.) van dirigidos a promover la falta de conciencia y preparación personal para tomar a la anestesia como la "salvadora", que no solo evita el dolor, sino algo mucho más grave, el SENTIR.

Factor de rasgos de sumisión y dependencia. La actitud de las mujeres, preocupadas por su aspecto físico y su rápida recuperación. Tienden a buscar lo que menos les afecte, por lo que se plantea a la cesárea como un procedimiento sencillo y rápido en el cual resaltan detalles de menor importancia. Pero por la falta de información se desconoce la cantidad de consecuencias negativas, tanto físicas como psicológicas, que tendrán a corto y largo plazo; y el verdadero riesgo que representa. Consecuentemente, esta actitud de “incomodidad” y de irresponsabilidad, no quedara limitado al momento de parir, sino que muy probablemente se extienda a otros campos y circunstancias de su vida. Es decir, si el parto es el primer gran esfuerzo por su hijo y lo evita, ¿qué pasará con las necesidades e inquietudes del bebé conforme crezca?, ¿La madre querrá esforzarse en esta ocasión?

# CAPÍTULO I

## IDENTIDAD

### 1.1 Formación de la Diada Madre-Bebé y Formación de la Identidad.

Donald Winnicott, médico pediatra y psicoanalista se especializó en el desarrollo evolutivo infantil, desde 1923 inició su trabajo con infantes, dedicándose a su estudio por más de 40 años y elaboró nuevos conceptos para mejorar el entendimiento del desarrollo de los infantes. Entre ellos se encuentran: “falso self” y “verdadero self”, el objeto transicional, la técnica del sqwiggle game, y el ambiente facilitador destacando el rol materno en la constitución del verdadero self. Sin llegar a ser iniciador de una nueva escuela sus aportaciones han influido considerablemente en el campo del psicoanálisis. Influenciado por las teorías de Darwin, Freud y Melanie Klein para el desarrollo de su trabajo. Es de Darwin de quien toma teoría de selección natural vinculada a la supervivencia en un mundo hostil, y la traslada al mundo del bebé, donde el pequeño no puede adaptarse solo al entorno, necesitando de un “ambiente facilitador” producido por la madre (Rodman F.R., 1984).

La tarea de la madre según Winnicott es fundamental para la salud mental del individuo, ya que es ella quien cimienta las bases de la fuerza de carácter y la riqueza de la personalidad, a través del ambiente facilitador, que es un espacio donde toman lugar los procesos naturales e interacciones del bebé con su entorno, conforme el modelo que haya heredado ( Winnicott, C., Shepherd, R. y Davis, M., 1990).

Las funciones de la madre consisten en dar seguridad y satisfacer las necesidades del bebé, mediante la creación de un ambiente facilitador; para que pueda darse lo que Winnicott llama "Preocupación materna primaria", que trata de un estado psicológico especial que se relaciona con el deseo de tener un hijo y la posibilidad de identificarse con él, dicho estado inicia con el embarazo hasta las primeras semanas de nacido. Este "algo" que capacita a la madre para atender adecuadamente al bebé y poder satisfacer sus necesidades, no proviene de conocimientos sino de una actitud afectiva y una sensibilidad que va desarrollando conforme el embarazo avanza. Siempre y cuando se sienta segura y respaldada en relación a su propio entorno familiar y principalmente, al padre del bebé. Paralelamente podrá ir desarrollando mayor identificación con el bebé, al grado de saber lo que siente mejor que cualquier medico especializado. Las funciones del padre contribuyen de manera esencial a la realización de la tarea de la madre, ya que Winnicott lo propone como sostén de la madre, protector de la díada madre- bebé y como proveedor de un espacio para que la madre pueda desarrollar sus funciones.

Winnicott, Guntrip y Erickson, coinciden en la idea de que el desarrollo emocional comienza en el umbral mismo del nacimiento, incluyendo la experiencia misma de nacer; ya que como dice Winnicott, al momento de nacer, la relación madre-bebé es una continuación de la vida intrauterina. Kennel y Klaus en 1975 (Pappalia,1978) comprobaron en su investigación sobre la díada madre-bebé que la calidad de la interacción entre madre y bebé era significativamente mejor cuando las madres recibían a su bebé desde el momento mismo de nacer, que 6 u 8 horas después del parto. Entre las vicisitudes que se

encuentran en la formación del vínculo madre y bebé, hay estudios, como el de Schejtman Clara (1999), que destacan la disponibilidad de la mujer para asumir su maternidad; así pues encontraron una relación significativa entre la autoaceptación de la madre y la interacción madre bebé, cuanto mayor era la primera, la segunda aumentaba en calidad. Paralelamente comprobaron que tanto la identificación como la autoaceptación afectaban en mayor grado cuando se trataba de bebés mujeres.

Es fundamental que la madre goce de salud mental porque de encontrarse deprimida, alterada o demasiado preocupada no podrá realizar sus tareas con el bebé. Winnicott (Winnicott y cols., 1990) parte de la premisa de que de la interacción de la madre con el bebé, se deriva lo normal o patológico, de aquí su importancia. Por lo tanto, en el caso de que la madre no haya desempeñado afectivamente su tarea, podrá esperarse que el bebé se constituya como un individuo con miedo, odio, desdichado y carente de afecto. Por el contrario, si la madre fue exitosa en la realización de su rol, podrá observarse un bebé que podrá ir separándose de la madre, para descubrir el entorno de una forma segura, libre de angustia y hasta olvidándose de la madre aunque se encuentre presente porque se siente seguro de su relación amorosa con ella y la imagen mental que tiene de ella se ve reforzada en cada ocasión que ella sigue presente. Por lo tanto no experimentará ningún sentimiento de pérdida, angustia, aislamiento ni desolación cuando la separación física sea real, por ejemplo, cuando inicie la escuela.

Se puede observar en las contribuciones de diversos autores como Lacan (1949) en relación a la importancia del estadio de espejo en la constitución del sujeto; Erikson (1968) con el establecimiento de la línea evolutiva; y del mismo Winnicott (1990) quienes enfatizan la importancia que tiene la interacción del otro como aporte básico en la construcción de la identidad del sujeto y en la sensación de sí mismo.

Es, pues, evidente que el primer objeto a través del cual el sujeto se va constituyendo, es la madre o cuidador. De esta forma el concepto que la madre tiene de

su bebé, interactuando con los aspectos constitucionales del bebé, es lo que determina y conforma su psiquismo y su identidad. Dada la magnífica importancia que se le da al vínculo materno-infantil, se profundizará un poco más la manera en la que se va formando dicho vínculo. (Lartigue, T y Vives, J., 1994)

Berenstein (Lartigue y cols.,1994) entiende por vínculo una ligadura emocional estable, característica del mundo mental en el que se distinguen tres áreas:

1. Intrasubjetiva o intrapsíquica: son ligaduras estables, no inmutables, dispuestas a perpetuarse pero susceptibles de modificarse por experiencias significativas. Caracterizadas por las relaciones de objeto.
2. Intersubjetiva o interpersonal: son las ligaduras estables entre dos sujetos. Caracterizadas por los vínculos. Los prototipos de vínculos son los familiares.
3. Transubjetiva: son las ligaduras estables socioculturales relacionadas con el sentimiento de pertenencia y se refieren a las representaciones ligadas a la ideología, política, religión y ética.

Por su parte, Lartigue y cols (1994) señala que el vínculo materno-infantil se establece durante la gestación, a partir del inicio de los movimientos fetales y se formaliza en el momento del nacimiento. Sin embargo, la formación inicia con la fase del deseo y la fase de la fantasía, considerados como precursores.

La fase del deseo comprende el tiempo anterior a la concepción donde yacen las motivaciones del deseo de tener un hijo. Básicamente todas están relacionadas con el narcisismo normal de los padres, como podría ser el deseo de gratificar a través del hijo los ideales soñados, el deseo de completud, de satisfacer expectativas parentales, de renovar viejos vínculos, de reemplazar a un familiar fallecido, etc. La fase de la fantasía se activa en el momento en que se confirma el embarazo. Es el tiempo en el que se dan lugar diversas fantasías de los padres hacia el futuro hijo; entre las más frecuentes está el creer que el hijo engendrado viene a ser una especie de "salvador". Hay otros autores como



Lester y Notman que proponen que el tipo de fantasías que se presentan van ligadas a determinadas ansiedades según las semanas de embarazo, así como de la madurez o salud mental de la mujer.

Como ya se mencionó, el establecimiento de la relación vincular materno-infantil propiamente dicha tiene lugar a partir de los movimientos fetales que la madre puede percibir; momento en el que la madre puede establecer una relación con un objeto externo aunque esté dentro de su cuerpo.

Estas primeras etapas del vínculo con el feto que se mueve, así como las fases de los precursores vinculares, son de importancia crucial para el desarrollo posterior (Lartigue y cols., 1994), ya que en ellas los padres catectizan al bebé con muchas de las representaciones de su mundo interno e imponen sus expectativas. Del mismo modo, esa imagen que tienen los padres se irá ratificando y rectificando por el bebé real y con frecuencia será la que determine la modalidad con la que la madre cuide al bebé, se haga cargo o no de sus necesidades, mire, atienda y alimente, el afecto con que lo carga y lo mece, es decir, es lo que determina la forma como la madre lo conceptualiza como su hijo y como ser humano. Y es ésta forma, esta calidad, este cuidado que el bebé irá incorporando a su experiencia, a su relación con el exterior, pero sobre todo, como una forma de conocimiento de sí mismo. Aunque este conocimiento que comienza a adquirir es de tipo preverbal, es decir, emocional, le informa de cual es su lugar en la familia y en el mundo, del sexo al que pertenece (visto con beneplácito o repudio por sus padres), la clase social y nación en el que vivirá, envuelto en una ideología y religión particular; así como lo que se espera de él.

Entonces se puede decir que la formación de la identidad del individuo se encuentra íntimamente relacionada con la formación del vínculo materno-infantil. El concepto de identidad es muy complejo y dinámico, ya que se trata de una estructura que continuamente se está transformando y renovando, la cual incluye una sucesión de

imágenes de la persona en el curso del tiempo, diferentes entre sí pero formando parte integral de la representación que tiene la persona de sí misma. Esta formación intrapsíquica incluye desde lo más concreto como es la imagen mental del propio cuerpo, hasta lo más abstracto como es la representación que se tiene de sí mismo en tanto personalidad ideológico-ético-política. (Lartigue y cols., 1994)

Dichas representaciones intrapsíquicas tienen dos orígenes:

1. Las de origen interno, que son las relacionadas con estímulos provenientes del propio individuo.
2. Las de origen externo, entre las que se encuentran, de mayor importancia, las relacionadas con la forma y calidad emocional acerca de la manera en que la madre pudo mirar, acariciar, alimentar y comunicarse con su bebé desde las primeras interacciones, aún antes del nacimiento del bebé. Es esta catexia libidinal la que el bebé irá incorporando y la que constituirá el sustrato primero a partir del cual, construirá la imagen de sí mismo y la cualidad con la que se establezca.

Por otro lado, existe otro factor que goza de gran importancia en la formación del vínculo madre-hijo: el apego (bonding). Término utilizado para describir un importante proceso que se produce inmediatamente después del nacimiento y durante el cual la madre dirige su comportamiento de apego hacia su hijo. Este vínculo se facilita por el contacto piel a piel, y las miradas mutuas entre la madre y su recién nacido que ocurren durante el primer amamantamiento posterior al nacimiento (Klaus y Kennell citados en Pappalia y cols., 1978).

A menudo, las personas, animales, etc., forman vínculos estrechos con sus padres, especialmente al poco tiempo de nacidos. Este vínculo es garantía para que la madre pueda alimentar y criar a los suyos; no obstante, para unir al recién nacido a su madre es mucho más importante el contacto corporal y el bienestar inmediato, que la alimentación.

En los humanos, el contacto físico inmediato después del nacimiento, suele influir en esta relación de forma sustancial. Es decir, que el acercamiento durante los primeros días, suele asegurar una mejor atención y protección desde el principio y durante todo el largo período del cuidado infantil. El niño por su parte, identifica y prefiere el olor de su propia madre y no el de otra. Todo esto, parece indicar, que el contacto inmediato después del parto, reduce la probabilidad de problemas posteriores entre padres e hijos.

De forma más precisa, Klaus y Kennell 1976 formularon siete principios que son componentes cruciales en el proceso de apego:

1. Hay un período sensible dentro de los primeros minutos u horas de vida durante el cual es necesario que los padres estén en contacto íntimo con el niño para que su desarrollo ulterior sea óptimo.
2. Los padres poseen respuestas específicas de la especie, que se presentan cuando les entregan al niño por primera vez.
3. El proceso de apego es estructurado de tal forma que el padre y la madre solo establecen vínculo afectivo con un niño a la vez.
4. Durante el proceso de apego madre-hijo, es necesario que el niño responda a la madre con ciertas señales tales como los movimientos del cuerpo o de los ojos.
5. Las personas que observan el proceso de nacimiento, adquieren un fuerte vínculo afectivo con el niño.
6. Para ciertos adultos, es difícil vivir simultáneamente el proceso de apego y de desapego, por ejemplo en el caso de un nacimiento múltiple, apeгarse a un bebé mientras que la vida del otro está en grave peligro.
7. Ciertos acontecimientos que suceden inmediatamente después del nacimiento, tienen efectos perdurables. Por ejemplo, los primeros días de ansiedad a propósito de un desorden temporal, podrían provocar inquietud de larga duración, que pondría en riesgo la orientación del desarrollo del niño.

El desarrollo continúa y la formación de la identidad también. De acuerdo a la Teoría del desarrollo de identidad del Yo, de Erikson (1950,1968,1972,1978), propone ocho etapas o edades, que abarcan desde el nacimiento hasta la vejez, a las que llamó "Ciclo vital". Se basa en tres aspectos para describir cada etapa, ya que considera al hombre como una unidad bio-psico-social. Cada una de estas etapas representa una crisis emocional en la que se abre la oportunidad de continuar su crecimiento, a través de alcanzar las fortalezas o cualidades adaptativas que van adquiriéndose como recursos personales para afrontar las siguientes crisis, es decir, que cada edad se apoya sobre los logros de las anteriores; en caso de no conseguir dichas cualidades, se dará una respuesta opuesta a la que denomina cualidad desadaptativa. Y dichas crisis están influidas por la cultura particular de la persona y su interacción con la sociedad.

Las ocho edades que propone son:

	Etapas	Tiempo	Cualidad adaptativa - desadaptativa
1.	Confianza - Desconfianza	Lactancia De 0 a 1 año	Esperanza – Retraimiento
2.	Autonomía – Vergüenza y duda	Niñez temprana De 1 a 3 años	Voluntad y autocontrol -- Rebeldía y compulsión a la dependencia
3.	Iniciativa - Culpa	Edad del juego De 3 a 6 años	Finalidad o propósito – Frustración y temor al castigo
4.	Industria - Inferioridad	Edad escolar De 6 a 11 años	Eficacia y competencia -- Inadecuación
5.	Identidad – Confusión de rol	Adolescencia De 12 a 18 años	Fidelidad y devoción – Falta de autoconfianza y oposición obstinada y sistemática
6.	Intimidad - Aislamiento	Juventud De 18 a 29 años	Afiliación y amor – Retraimiento y autoabsorción
7.	Generatividad - Estancamiento	Adulthood Décadas intermedias de la vida	Cuidado y solicitud – Regresión y rechazo
8.	Sabiduría - Desdén	Vejez	Seguridad de orden y significado – Miedo a la muerte y desesperación

Como se mencionó anteriormente, cada etapa representa la lucha por conseguir una nueva fortaleza, es decir, que una buena resolución de la etapa significa que la cualidad adaptativa superó a la desadaptativa. Particularmente la que interesa para la presente investigación, es la que se presenta en la adolescencia, donde las fortalezas a alcanzar son fidelidad y devoción. Fidelidad se refiere a la capacidad de mantener su

lealtad a pesar de las contradicciones en los sistemas de valores y sobre todo, a un ideal, ya que la identidad continua en formación mediante identificaciones ideales; Se cree que es la más tormentosa crisis del crecimiento, que es donde se transfiere la guía parental a otras personas a quien admire y hacia quienes dirige su fidelidad. Durante este tiempo ensaya distintos roles para después insertarse en el mundo adulto. En la adolescencia la pauta de identidad surge, normalmente, de la afirmación o rechazo selectivo de las identificaciones infantiles del sujeto, así como también, de la forma en que la cultura o el proceso social identifica a los jóvenes. Es decir, que un acuerdo gradual entre la variedad de imágenes experimentadas durante la niñez, produce un sentimiento generalizado de identidad y así se va configurando el "self" o sí mismo. Durante esta etapa el individuo debe redefinir su identidad, en especial, con relación a sus padres, de los cuales se va alejando y de la sociedad en la que va creciendo. El resultado opuesto puede darse a través de una difusión de rol, que significa la sobreidentificación con héroes o líderes o grupos, perdiendo su propia identidad.

Para alcanzar una óptima resolución de esta edad, es necesario contar con las fortalezas anteriores, como sería la confianza, la autonomía y la iniciativa de donde sacará la esperanza, la voluntad, el autocontrol y la finalidad para dirigirse a un encuentro más comprometido con su entorno, contando con un sistema de valores que lo guíen en sus siguientes tareas y próximos desafíos.

## **1.2. Formación y Desarrollo de la Identidad de Género. Características, Valores y Funciones de la Mujer. Particularmente de la Mujer Mexicana.**

Los antropólogos que estudian la naturaleza y educación como determinantes del comportamiento humano, encuentran serias discrepancias en la identificación entre mujeres y hombres en el mundo, ya que lo que hace que una mujer sea considerada mujer, varía según la cultura donde se encuentre, del mismo modo el hombre. Es así como se entiende que la diferencia de género abarca todos los rasgos que una cultura atribuye e inculca a hombres y mujeres. Es de particular interés a esta investigación analizar los elementos que hacen que una mujer lo sea, en la cultura y sociedad mexicana actual.

Si se parte del hecho de que todo individuo nace, crece y se desarrolla en grupo, ya sea, familia, escuela, amigos, etc. puede observarse, sin lugar a duda, que dichos individuos reciben ininterrumpidamente influencia unos de otros. Ciertos integrantes del grupo pueden ejercer mayor influencia que otros, tal es el caso en la relación madre – hija para la formación de la identidad femenina (Casanova, M.P., Lopez, M.R., Ortega, L.G. y Vazquez, M.L., 1989)

Puesto que la madre es el modelo principal y más cercano, los mensajes de lo que significa ser mujer, serán recibidos por la hija a lo largo del tiempo. Estos mensajes, a su vez, fueron transmitidos por la madre de su madre, es decir, que el deber ser femenino es transmitido de generación en generación y reforzados por instituciones sociales con el fin de sustentar y continuar el sistema imperante. En México estos mensajes referentes a la identidad femenina, se identifican como negación de la sexualidad, del cuerpo, de la capacidad de pensar y decidir, lo que propicia una actitud de dependencia y sumisión, que en primer lugar se da hacia los padres y después hacia el esposo y los hijos. De forma

paralela se asumen valores como la abnegación, aceptación del sufrimiento y conformismo, entre otros. (Riquer, F., 1991)

En la misma línea, el rol de género comprende todas las funciones, actitudes, capacidades y limitaciones de mujeres y hombres, que son asignadas por la normativa de la cultura vigente, misma que establece como atributos "naturales" a cada sexo (Del Campo Alepuz, G., 1982).

La formación de identidad, se inicia desde el comienzo mismo de la vida extrauterina, (a partir de los elementos de los roles que el niño va asumiendo durante los dramas de la vida cotidiana junto a su familia y amigos) sin embargo la formación de identidad de género comienza a definirse con mayor claridad en la infancia. Existen dos áreas infantiles muy importantes en las que se da el aprendizaje del rol de género, que son la escuela y el juego. En la escuela puede observarse la diferencia de género a través de la jerarquización, dominante – dominada, que se maneja en el contenido del material escolar; por ejemplo, en los contenidos e ilustraciones de lectura, ejemplificaciones, planteamientos de problemas, etc. Esto es muy importante porque deja a las niñas carentes de referencias femeninas fuera de los modelos más próximos como es la propia madre. El juego, entendido como un sistema de aprendizaje de normas sociales donde se pueden anticipar los posibles roles sociales que se manejen en la adultez, cobra gran importancia al observar las diferentes limitaciones que se manejan según se trate de niños o de niñas; del mismo modo, los diseños de los juguetes reflejan los valores establecidos para cada género, en sus colores, diseños, fines, utilización, etc. De esta manera, la escuela y el juego son medios por los que se va extendiendo la diferencia biológica a una serie de comportamientos sociales y culturales prescritos por la cultura que deben seguir, según sea niño o niña. (Sau, V., 1986).

Más adelante, cuando llega la pubertad, con nuevos cambios físicos que a su vez dan paso a los psicológicos, las diferencias entre ellos y ellas se hacen evidentes.



Específicamente la primera menstruación hace que cambie de manera importante la visión de las jóvenes, su personalidad y conducta. Este cambio marca en el tiempo un antes y un después. Ella ya no es la misma y la atención ahora se concentra en su persona. Estos cambios en la visión y el trato, van en todos sentidos: de ella hacia ella, de ella hacia otros y de esos otros hacia ella. El ámbito social adquiere una distinta y mayor importancia. Por lo tanto, el sistema de valores se ve modificado, ahora la privacidad, la intimidad, el cómo se vea, cómo sea vista y el intercambio social cobran una importancia sin precedentes. En estos momentos, la joven comenzará a desarrollar una concepción formal de lo que es ser mujer, iniciando por una reevaluación de la imagen de su propia madre y de todas las mujeres significativas cercanas. De aquí tomará las actitudes y conductas, social y culturalmente aceptadas que la guiaran en el desempeño de su rol femenino (Sau, V., 1986).

Se ha observado una relación significativa entre la biología y el rol femenino, dado que la mujer es la única que puede procrear, se le inviste de roles psíquicos y sociales que engloban el concepto de maternidad (hija, esposa, madre) y del deber ser femenino. En la niñez, se le proporcionan juguetes referentes a los quehaceres domésticos, como maquinas de coser miniaturas, hornitos, casitas con todos sus implementos, etc. lo que la encasilla en un rol de actividades domesticas dejando de lado el aspecto intelectual (esto se puede entender como la transmisión del modelo de mujer servidora que procede de una herencia cultural, representada principalmente por la madre); referente a lo emocional se espera un comportamiento de "niña buena", obediente, sumisa, silenciosa, que por supuesto deja sin lugar cualquier tipo de manifestaciones de cólera, que aprenda a arreglarse y mantenerse de esta forma para gustar a los demás y por último, se le enseña a ocultar su cuerpo dándole mensajes que llevan connotaciones de suciedad o de ser malo, iniciando así la represión.

Cuando llega a la adolescencia, no es de sorprenderse que su despertar a la sexualidad la viva con temor y culpa. En todas sus relaciones su papel estará subordinado

al cuidado y protección del hombre. Continúa su adiestramiento de ser “buena mujer” en los que se refuerzan valores como el arreglo personal, tipo de vestimenta con el fin de agradar ya que su estado civil se pone en juego y es su deber conseguir una pareja estable. Porque la realización de su rol femenino depende de lograr hacer una pareja para casarse, tener hijos y dedicarse a procurar a los miembros de la familia. Como novia formal, pasa de la dependencia del padre a la del futuro marido. Se espera que se case de blanco, atendiendo una vez más a los valores de pureza, honradez, decencia, monogamia, en una palabra, inmaculada y se deja de lado la conducta anterior del futuro marido, ya que carece de relevancia. Una vez casada, la expectativa cultural es que se dedique al bienestar de su pareja y a quedar embarazada; si es que ella continúa laborando se sobreentiende que es para distraerse y mientras llega el primer hijo, por lo que el trabajo carece de toda seriedad. La posibilidad de desarrollarse en otros terrenos queda negada ya que no es considerado su principal función. Llegada la maternidad las expectativas son la búsqueda de bienestar de toda la familia y será valorada según la calidad con la que realice dicha función. No es raro que los hijos aprendan a verla como satisfactor de necesidades. (Casanova, M. y cols., 1989).

En México las cualidades que se esperan de la mujer son: ser cariñosa, afectiva, débil, sumisa, dependiente, pura, virgen, pasiva, suave, femenina, tierna, receptiva, no agresiva, sacrificada, emocional, tolerante e incapaz de pensar y decidir. De los hombres se esperan cualidades como fortaleza, liderazgo, ser trabajador, poderoso, competitivo, poseedor, único, independiente, “macho”, tenaz e inteligente (Casanova, M. y cols., 1989).

En México los valores inculcados por la cultura han ido evolucionando desde la edad precolombina hasta nuestros días, cabe mencionar que no siempre han sido los mismos. La mujer, antes de la conquista, formaba parte de una sociedad organizada sobre la base de la distribución equitativa de tareas y se conformaba como un equipo que procuraba el bienestar de la familia y del grupo social; estas tareas eran vistas con el mismo nivel de importancia dado el objetivo. El cambio de esta organización se inició con

la llegada de los españoles a América. Esencialmente fue la visión del hombre conquistador impuesta y poco a poco acogida por los conquistados, además de encontrar un especial refuerzo tanto en el cambio de actividades y funciones que las mujeres desempeñaban, como nuevos modelos de feminidad, que impusieron a través de la religión católica. El nuevo modelo fue la virgen María a través de quien se transmitieron los nuevos valores: ser santa, callada, modesta, humilde y fundamentalmente, ser madre sin haber gozado del cuerpo, convirtiéndola en el "ideal de madre". La normatividad divina que impuso la iglesia fue el medio por el cual se estableció y se reforzaron las actitudes patriarcales, dictando leyes morales que cuidaban la castidad y la pureza de las mujeres; la sexualidad quedó supeditada a la procreación exclusivamente; justificó y reforzó la autoridad paterna explicando que el padre era responsable de los hijos ante Dios (aunque la madre fuera quien proponían para hacerse cargo de los hijos). Así fue como el ser mujer dentro de este contexto socio-histórico se fue reduciendo cada vez más, hasta que el ser madre quedó como la única forma del deber ser femenino. (Sau,V., 1986; Lagarde,M., 1996).

### **1.2.1 Medios masivos de difusión en México**

En lo referente a las instituciones que apoyan el refuerzo de dichos valores para las mujeres y sus acciones, además del campo familiar y social, se encuentra de manera sobresaliente los medios masivos de difusión. (Burin, M., 1990)

Históricamente las funciones o roles asignados a la mujer por parte de la sociedad, la circunscriben al ámbito del hogar, mientras que a los hombres se les ubica dentro del ámbito público. A pesar de los cambios realizados en años recientes, la concepción de los roles tradicionales persisten en gran medida dentro de los medios masivos de difusión como son la televisión, radio, cine, espectaculares, periódicos, revistas, libros, etc., colocando a las mujeres en una situación de desigualdad en cuanto a oportunidades y

derechos fundamentales de cualquier ser humano como son: Educación, acceso al empleo sin discriminación, salarios equitativos, participación política, acceso a cargos donde se da la toma de decisiones, así como el ejercicio y goce de la sexualidad, por citar algunos (Osborne, R. y Vicent, J., 1991).

La familia, la escuela, la religión y los medios masivos de difusión en conjunto, son los encargados de conformar, transmitir, mantener y perpetuar valores, normas, creencias y actitudes que van a influir en el modo de pensar y actuar de la gente, acorde a un sistema social determinado que obedece a cierta ideología dominante. Durante mucho tiempo la escuela fue considerada el aparato ideológico número uno, sin embargo en la actualidad son los medios masivos quienes ocupan este lugar, dado el avance tecnológico y saturación de publicidad con el que se vive actualmente.

El estudio de Gerbner en 1979 (citado en Bustos, O., 1988) indica que sostiene que la tecnología comunicacional es considerada uno de los cambios que han tenido un fuerte impacto en la conciencia y el comportamiento humano. Por otro lado, el alcance que tienen los medios electrónicos es cada día mayor y concretamente con lo que respecta a la televisión, ésta empieza a tener un fuerte impacto en las personas desde su más tierna edad.

Con respecto al receptor de los mensajes de los distintos medios masivos, se parte del supuesto de que el receptor es un sujeto activo, capaz de recibir, procesar y transformar la información o incluso, desecharla. Es importante hacer notar que la clase dominante (minoría- poder económico-hombres) es la que maneja los medios de producción intelectual de tal manera que las ideas de los que no disponen de los medios de producción intelectual (mayoría-sin poder económico-mujeres) son sometidos a las ideas de la clase dominante. Si bien, se considera que los medios masivos no son los creadores ni impositores, específicamente, de los estereotipos en el que la mujer ocupe una posición de subordinación y discriminación, de lo que si son responsables, sin lugar a

dudas, es de reforzar y mantener el patrón de comportamiento que la mujer debe aceptar según los lineamientos que la sociedad establece. No obstante, si se mira la falta de modelos que existen para la imagen y conducta de las mujeres, y la frecuencia con la que se observan otro tipo de modelos por televisión, hace reflexionar si en verdad no existe en los medios masivos de difusión algún tipo de imposición (Bustos,O., 1988).

Los medios masivos de difusión proyectan la imagen de la mujer de tal manera que fomentan los roles femeninos tradicionales, esto es, la mujer como esposa, madre y ama de casa; además de avalar la subordinación y discriminación hacia la mujer, que aún prevalece en nuestra sociedad. La publicidad ha tomado como blanco la figura femenina para la venta de productos, presentándola frecuentemente como objeto sexual y de consumo. Por ejemplo, a partir del ingreso de la mujer a la vida laboral, las revistas publicaron artículos que llevaban títulos como "Mujer que trabaja fuera del hogar sin descuidar su casa, esposo e hijos". Efectivamente se hablaba del cambio pero exclusivamente en el nivel de adaptación no de cuestionamiento ni de proposición, es decir, respetando los lineamientos preestablecidos; otra sería la idea si el titulo del articulo dijera así: "Mujer que trabaja fuera del hogar, compartiendo labores domésticas y cuidado de los hijos con la pareja".

Se han realizado numerosas investigaciones en las que el estereotipo de la mujer como un ser inferior con relación al hombre, se ha encontrado como denominador común. Entre ellas están las investigaciones realizadas por El Colegio de México, en el programa de Estudios de la Mujer (PIEM, 1988):

- Wirtenberg y Nakamura en 1976 estudiaron los estereotipos que presentan diversos medios de difusión, en relación con el hombre y la mujer. Los resultados fueron:
  1. Los hombres aparecen como equilibrados, independientes, activos, fuertes, poderosos, capaces, autoritarios y responsables; mientras que las mujeres

se les presenta como emocionalmente inestables, infantiles, pasivas, indecisas y con necesidad de ayuda y aprobación.

2. Los hombres son presentados en una mayor proporción que las mujeres.
  3. Comúnmente los hombres presentan roles de trabajo y padres, sin aparente conflicto. En cambio las mujeres, aparecen la mayoría de las veces desempeñando el rol de amas de casa únicamente, pero cuando se les presenta desarrollando un trabajo remunerado, generalmente parece haber conflicto.
  4. Los hombres aparecen en ocupaciones más lucrativas, importantes y poderosas que las mujeres.
  5. Los hombres aparecen realizando actividades fuera del hogar que abarcan desde ser empleado, dueño de una empresa, hasta llegar a ser un héroe. Rara vez se les presenta compartiendo labores del hogar, pero si lo hacen, generalmente son objeto de ridículo. Si las mujeres se les presenta en algún trabajo fuera de su casa, en general son ocupaciones subordinadas al hombre.
- Eitzan en 1980 analizó 134 libros de diversas editoriales y encontró que:
    1. La proporción de biografías masculinas respecto a las femeninas era de 6 a 1.
    2. Únicamente aparecieron 33 niñas inteligentes en comparación a 131 niños inteligentes.
    3. Los libros señalaron 40 ocupaciones para mujeres y 215 para hombres. La mujer adulta es en la mayoría de los casos madre y está en la casa.
  - Medina – Pichardo en 1982 analizaron 20 programas de televisión transmitidos en México (13 americanos y 7 mexicanos), con el objeto de identificar el grado de sexismo que presentan dichos programas.
    1. Hay sexismo en los programas de ambos países, sin embargo es mayor en los mexicanos.

2. Rasgos sexistas en programas mexicanos 62% y en americanos 34%.
3. La ocupaciones como profesionales, técnica, funcionaria o ejecutiva en programas mexicanos es 0%; en hombres profesionales o técnicos 4.72% a diferencia de funcionarios o puestos directivos 14.3%. En los programas americanos se encontró esta diferencia pero de forma menos dramática.
4. Señalan que la televisión presenta una discriminación ocupacional, la cual refleja la ideología discriminatoria predominante en el ámbito nacional de ambos países.

Por otra parte, los efectos dañinos que producen los estereotipos sexuales que se manejan en los medios masivos de difusión son principalmente:

1. La mujer adquiere una motivación para evitar el éxito porque produce conflictos y desventajas, porque el éxito profesional entraña el fracaso personal además de que las cualidades indispensables para conseguir el éxito se oponen a las necesarias para tener éxito como mujer.
2. La sociedad termina por creer que existe algo malo o anormal en ese tipo de mujeres
3. En el ámbito personal se produce un estado de tensión o desequilibrio interno, causado por la discrepancia entre la imagen social de la mujer y lo que realmente ella es.

A este respecto también existen investigaciones que lo avalan:

- En lo referente al hogar, en 1983 Santa Cruz y Erazo realizaron una investigación sobre las revistas femeninas y encontraron que la ideología que subyace a los mensajes transmitidos por dichas revistas, avala y presenta como perfectamente natural el trabajo no remunerado que la mujer desempeña dentro de su casa y que sigue siendo obligatorio para ella, a pesar de que ésta realice un trabajo



remunerado. Además de presentar las labores domésticas como agradables, estéticas, livianas y llenas de compensaciones afectivas.

- La mujer presentada como objeto sexual y consumidora es caracterizada y valorada por el físico. Es por esto que la más mínima imperfección en su cuerpo es motivo de una íntima ansiedad y profundo miedo, por dos motivos, uno, porque significa que está perdiendo valor; y dos, porque estas supuestas imperfecciones lo son con relación al modelo que la moda y la publicidad imponen en cada época. Además si a esto se le agrega que la publicidad promueve un nivel socioeconómico, cultural y un modelo físico que no corresponde a la realidad latinoamericana, no es de extrañar que los individuos perciban una importante falta en sus vidas y por su lado, las mujeres experimenten un sentimiento de "ser inadecuadas" con el físico que poseen.
- Y por último, otro estudio que realizaron Santa Cruz y Erazo también en 1983 al analizar la publicidad a partir de una serie de valores encaminados hacia una auténtica liberación de la mujer, quisieron determinar hasta que punto la publicidad los contempla asumiendo de alguna manera, cambios que son necesarios y exigidos por grupos, cada vez mayores, o si sencillamente se hace caso omiso de ellos y contribuyen a mantener el statu quo. Dicho estudio lo realizaron en cinco países latinoamericanos, a saber, México, Colombia, Venezuela, Brasil y Chile, en donde encontraron de manera homogénea un total desinterés del aparato publicitario por considerar cualquier elemento que pueda contribuir a mejorar la condición de la mujer.

En resumen se puede decir que después de numerosas y diversas investigaciones realizadas a los medios masivos de difusión donde se analizó la presentación de los modelos de mujer y su intento por que la gente crea que estas características son apropiadas y deseables e incitando a que se asuman dichas posiciones, se puede concluir



que prevalece la idea de definir a la mujer no por su condición de individuo integral, sino por su condición reproductora, de la cual se derivan sus funciones principales: procreación, socialización, cuidado de los hijos y ejecución de labores domésticas. Dado que las dos últimas actividades se consideran económicamente improductivas o de apoyo para la función productiva del hombre, en consecuencia hay quienes han podido entender que la mujer es inferior biológica y psicológicamente al hombre. Este "entendido" resulta altamente peligroso porque se percibe como un hecho natural y no cultural como en realidad es. Luego entonces, si no es considerado cultural por tanto inmodificable e incuestionable. Por consiguiente no es de extrañar que al no tener remuneración económica las actividades que realiza la mujer, en un mundo donde el dinero es igual a poder, sea considerada sin valor o en el mejor de los casos, con escaso valor.

Es por este motivo que es de suma importancia destacar el hecho de que es necesario y urgente que se proyecte una imagen diferente de la mujer para apoyar el rescate de la diversidad de potencialidades que como ser humano tiene y evitar estas creencias absurdas y sin fundamento.

En conclusión puede observarse que la cultura (familia, escuela, religión y medios masivos de difusión) es quien determina el valor y el lugar que tendrán tanto hombres como mujeres y que el aprendizaje de la femineidad puede observarse en profundidad, a través de un análisis de la relación madre – hija a partir del modelo que la madre dio a la hija (Sau,V. 1986; Casanova, M., 1989). Creándose un círculo vicioso donde se repite generación tras generación los mismos aprendizajes.

"... en México, así como fundamentalmente en otros países del tercer mundo, las mujeres ocupan una posición subordinada a la del hombre, (padre, esposo, hermano) pues éste adquiere una mayor autoridad. Esta ideología (actitud patriarcal) se transmite a la población a través de múltiples instituciones, tales como: el hogar, la escuela, la Iglesia y los medios masivos de comunicación (Casanova, M. y cols., 1989, P.17).

### 1.3 El rol de la Maternidad

Hay quienes creen que la maternidad es un comportamiento innato en la mujer, que incluye valores como abnegación, sacrificio y amor eterno, dándole tanto valor como para considerarlo la base de la sociedad, sin embargo, paradójicamente los problemas y vicisitudes que surgen de estas funciones, son tratados como situaciones de menor importancia y hasta insignificantes.

El amor maternal se le piensa exento de dudas, errores y ambivalencia de sentimientos, por lo tanto, la idea de ser madre y del amor materno es lo que contiene la confusión, no el hecho. Es decir, que la concepción que se tiene de esta circunstancia, es que ser buena madre es algo natural, luego entonces la mujer que experimente desviaciones con respecto a dicha conducta, quedará perdida, desolada y culpable frente a sus dudas, puesto que implica que algo no está bien en su naturaleza.

“Esta es la tiranía de la noción de instinto maternal, con ella se idealiza la maternidad más allá de la capacidad humana. Se abre un peligroso vacío. La madre siente una mezcla de amor y resentimiento, de afecto e irritación ante el hijo, pero no puede permitirse saberlo”(Casanova, 1989 P.27). El hecho de ser madre en un plano puramente biológico, no garantiza por sí solo que se presente en forma automática un instinto maternal que indique lo que se debe hacer con un bebé. No existe nada en la fisiología de las mujeres que van a parir que las haga aptas para el cuidado posterior de sus hijos, ni mucho menos, alguna razón de tipo instintivo que diga cómo debe amar y cuidar a su hijo posteriormente; como también lo pensaban Winnicott, Erikson y Guntrip (Laing, 2003), proponiendo que es un lazo amoroso que se ha de desarrollar e ir ajustando a través del tiempo, mediante la interacción madre –hijo. Cabe recordar que este amor maternal no se presenta espontáneamente en el momento que nace el niño, sino que el estado de embarazo y deseo, son los momentos en los que se da inicio al desarrollo de este amor.

Se entiende que ser madre es proporcionar cuidados, alimentación y protección al hijo, convirtiéndose en el primer objeto de amor del bebé. Bowlby (1989) resume como función de la madre, quien cumple los deberes de cuidado y atención, como bañarlo, vestirlo, mimarlo, jugar con él, y es a través de estas conductas de la madre que el niño aprende a valorar su ser. Y plantea el caso en el que llegase a faltar el cariño de la madre, la salud mental del infante se deterioraría, sin lugar a dudas (Winnicott, 1990).

Sin embargo, la mujer se encuentra desde hace décadas en una confusión acerca de los valores, funciones y actividades que le competen "por ser mujer". Tal confusión dio inicio con la revolución francesa y la Primera Guerra Mundial, cuando las mujeres se vieron forzadas a dejar sus hogares para salir a trabajar, quedando comprobado que el prejuicio de inferioridad intelectual y emotiva, que se sostenía desde aquel entonces, carecía de fundamento; asimismo se probó que podía competir con el hombre. Cuando la guerra terminó, quisieron que la mujer volviera al hogar, y aunque intentaron por muchos medios reestablecer el orden anterior esto ya no fue posible; de hecho realizaron algunos intentos para manipular el regreso de la mujer a su posición anterior, difundiendo ampliamente la creencia de que los hijos podían volverse delincuentes, drogadictos o enfermos mentales a causa de su ausencia en el hogar. Las consecuencias de estos cambios en las actividades y funciones que produjo la guerra, en hombres y mujeres, se vieron reflejadas en el área económica y social, perdiendo los límites de los campos de acción tanto de hombres como de mujeres y esto a su vez, quitó estabilidad a la sociedad. La seguridad se perdió y a cambio adquirieron cantidad de dudas acerca de sus derechos y deberes en la sociedad. Un claro ejemplo de los cambios que se comenzaron a producir, es observado en la siguiente generación de mujeres a las que ya se les permitió estudiar y trabajar.

De este modo, iniciaron los cambios de todos tipos y magnitudes, con el objeto de encontrar un nuevo orden que a la fecha no se ha conseguido definir. A cambio se encuentra hoy a la mujer "moderna" que sabe manejar autos, ambulancias y hasta aviones

pero no sabe como ejercer su maternidad. Ha ganado mucha más libertad en el ámbito sexual y social, no obstante la confusión persiste. ¿Ha de trabajar? ¿Ha de dedicarse al hogar? ¿Podrá dedicarse a trabajar y al hogar? ¿Querrá ser igual al hombre? ¿Es verdad que sólo ella como mujer está capacitada para atender las necesidades y requerimientos de los hijos? ¿Quién indica lo que debe hacer?

Margaret Mead realizó una investigación (Sau,V., 1986) para definir lo auténticamente femenino y masculino, dada la confusión reinante frente al papel de los sexos en Estados Unidos; las conclusiones de su trabajo en sociedades primitivas indican que el concepto de femenino y masculino es producto de nuestra cultura, ya que la naturaleza humana es sumamente maleable.

Entonces el problema actual ya no se origina de manera significativa en las limitantes de desarrollo con las que se encuentra la mujer en su sociedad, sino en el manejo de las múltiples funciones que debe o puede realizar. Aquí se hace referencia a aquellas mujeres de clase media, media-alta que trabajan porque les gratifica su trabajo, porque encuentran realización personal en el ámbito profesional, porque no quieren delegar en el esposo su propio mantenimiento. Estas mujeres que están en constante conflicto con las exigencias del trabajo, del marido y de los hijos, se sienten sobrecargadas y lo están; viven con la sensación de no cumplir bien ninguna de sus tareas. Esta mujer actual que se adapta a una sociedad antiinstintiva y antimaternal, sufre ya las consecuencias de no alcanzar a integrar su logro profesional con su vida amorosa y de madre. Lo cual no es un reto fácil de vencer.

Por otro lado, se encuentra que las mujeres de hace más de medio siglo, limitadas social y sexualmente pero que gozaban de completa libertad en sus actividades y funciones maternas, presentaban histerias y neurosis; en contraste con las mujeres de hoy día, que gozan de muchas más libertades sociales y sexuales, presentan en la clínica numerosos trastornos psicosomáticos relacionados con las funciones procreativas, como

la menstruación, la concepción, la fertilidad, el parto y la lactancia (Sau, V., 1986). Lo anterior indica que la línea del cambio que inició con la guerra continua basado en la confusión, puesto que se ha ganado pero también se ha perdido lo más cercano a la naturaleza; por ejemplo el amamantamiento, las mujeres modernas no poseen seguridad alguna para realizar esta tarea, viéndose orilladas a realizar lecturas de literatura moderna que las autoriza a expresar sus emociones y a olvidar el temor de echar a perder al hijo, o bien, renuncian de antemano a la tarea.

Quizá la pregunta que surja a este respecto es ¿por qué los trastornos psicosomáticos que presenta la mujer actual, toman como medio de manifestación, lo relacionado con el ser femenino, con las funciones procreativas y maternas? Quizá porque lo que está en conflicto es la femineidad misma. Antes la mujer sabía desde pequeña que las metas en su vida eran casarse y tener hijos. Ahora, la maternidad no es tan deseada, y las fantasías de las niñas son llegar a ser eruditas en algún tema, ser cosmonautas o ser estrellas de televisión pero no saben cual tomar. Ahora hay un dilema vocacional: vive como antes o elige una carrera adecuada, además de la carga emotiva que cada estilo implica. No obstante, carece de importancia la realización de la maternidad, la profesional o ambas, lo que resulta de vital importancia es la aceptación de lo que se haya elegido, de tal forma que la mujer quede relativamente libre de conflictos (Langer, M., 1964; 1984).

Dada esta confusión, los padres de hoy en día bien pueden y deben entrar a dar soporte a sus hijos del mismo modo que se propuso antaño como función de la madre. Si bien, el hombre actual se encuentra en crisis porque tiene que adaptarse a convivir con mujeres más independientes, no porque su rol se haya modificado significativamente, ya que sus modelos ideales y estereotipos masculinos no han cambiado tanto.

Dando continuidad a la importancia que tiene el papel de los progenitores, se puede observar como la formación de la identidad del nuevo ser inicia desde que los padres

comienzan a planear el embarazo, (fase del deseo y de la fantasía) y así continua la formación hasta que llega el nacimiento, y empieza una nueva etapa donde la interacción es cara a cara, y la mirada de los progenitores, las caricias y cuidados de los dos, las expectativas de los dos, la aceptación o rechazo de los dos, la cercanía de los dos goza de una extraordinaria importancia para la formación de este nuevo ser, que crecerá y se constituirá como individuo según lo que haya aprendido, a través de los padres, que es él y lo que es el mundo. Es por esto que los futuros padres deberían iniciar por mirarse a sí mismos y revisar, reflexionar y analizar sus creencias y acciones, porque esas mismas transmitirán a su hijo.

Al respecto se encuentran diversos autores que confirman esta idea, de los cuales se mencionarán tres estudios:

- Stern en 1985 (Lartigue,T. Y cols., 1994) dice que la madre (o procurador de cuidados) aporta a cada encuentro mucho más que su historia personal: ella tiene un modelo o guía de su bebé, un modelo guía de su propia madre, otro de su pareja y otros modelos más que entran en juego en cada interacción que ella sostenga con su bebé. Durante estos acontecimientos interactivos observables, el bebé está dando forma a una experiencia subjetiva diferente, basada en su propia experiencia, pero a partir de los deseos, intenciones y energía que posea la persona que se encargue de él.
- Cramer y Stern en 1988 (Lartigue,T. Y cols., 1994) concluyen que el funcionamiento del infante está ligado íntimamente al de la madre (o figura substituta) y a través de ella, al medio ambiente. Y señalan esta interdependencia como fundamental.
- Lopez, Feder, y Vives (Lartigue,T. Y cols., 1994), hablan de una representación preconceptiva fantasmática que se refiere al concepto que tiene la madre acerca de un bebé específico y por el que desea embarazarse; dicha representación inicia

desde antes que lo padres lo hayan concebido, y que con el tiempo esta imagen ser ratificada o rectificadas en mayor o menor medida por el bebé real. Esta representación goza de gran importancia ya que determinara el modo en que se le procurarán los cuidados al bebé, y si se hará cargo o no de sus necesidades; y porque es el afecto que lo sustenta.

Laplanche habla de la madre como despertadora de la pulsión sexual en el niño; Winnicott, Klaus y Kennell, Bowlby y Anzieu (Bleichmar, N.M., 1982) entre otros, hablan de la importancia del contacto físico entre madre y bebé; Bowlby (1989) habla del apego al que define como la búsqueda de la proximidad del bebé con la madre o figura substituta, es decir, con la persona que regularmente lo alimenta y cuida; Mahler (1977) habla de simbiosis, la Psicología del Yo habla de la madre como yo auxiliar, Winnicott (1990) del holding y Lacan (1987) de la función de espejo de la madre. Todos estos autores y muchos otros, con diferentes nombres y desde distintas aproximaciones hablan de la importancia y trascendencia que tiene la relación madre-hijo (o figura substituta) con respecto al optimo, escaso o en el peor de los casos, patológico desarrollo que consiga el nuevo individuo, ya que de ella parte para constituirse durante los primeros años de vida. Por esto, porque existen numerosas teorías que parten de observaciones y detallados estudios, se sabe que el nuevo ser se conformará a partir de ese otro que lo cuida, que lo ve y acompaña frecuentemente, con el que comparte su crecimiento. Al paso de los años el entorno familiar continuará ocupando el primer lugar del aprendizaje de las relaciones, de los valores, de límites, prohibiciones, etc., así que puede decirse que desde el principio se está formando de su entorno más próximo el cual incluye, por supuesto, al padre y a los hermanos. Quizá se dio una importancia extraordinaria a la madre, porque en aquel tiempo era ella quien se encargaba de la educación y cuidado de los hijos, pero actualmente ya no es de este modo. Entonces, para actualizar estas teorías, bien se podría ampliar la importancia de ejecutar estas funciones a todos aquellos que convivan y se encarguen del bebé, del niño, del puberto, del adolescente y del joven.



La maternidad debe considerarse como un largo y complejo proceso que inicia en el momento de saberse embarazada y que difícilmente puede establecerse el lugar donde termina. Y lo que convierte la maternidad en una experiencia única son los elementos psicológicos, no sólo con respecto a otra madre, sino también en relación a otros embarazos de una misma mujer. Es decir, que la biología por sí misma se encuentra muy lejos de dar los valores para que la madre cree el vínculo con su hijo.

Es vital que se trabaje a la par, hombres y mujeres, futuros padres con el objeto de ampliar y mejorar la conciencia propia porque la modalidad con la que cuidarán y guiarán al bebé, estará totalmente impregnada de sus logros, frustraciones, creencias, represiones, conflictos, miedos, alegrías, significados, valores, etc. Y es a partir de esta relación que el bebé la introyectarán y se convertirá en la base de un modelo vincular, así como de la primera forma de conocimiento que tendrá de sí mismo.

## **1.4 Embarazo**

Sin embargo, a través de todo este tiempo en el que la confusión ha permeado, sobre todo, el papel de las mujeres, el número de embarazos y partos no ha descendido. Y por este motivo, se considera importante para la presente investigación abordar el impacto que causa a los hijos la actitud de los padres frente a la procreación y todos sus estados.

Tener un hijo genera transformaciones físicas, bioquímicas, conductuales y psicológicas, principalmente en la madre pero de igual forma afectan, al mismo tiempo que son influenciadas por el padre. Es bien cierto que la llegada de un hijo produce cambios que van desde lo físico hasta lo psicológico, económico y social que abarcan a la pareja y a todo su entorno. Al iniciar con el deseo de ser padres, habría que pensar en las transformaciones que tendrán en todas las áreas de la vida individual y de pareja, por lo



que se insiste en la importancia de **prepararse** conscientemente para ser padres, desde el primer hasta el último hijo.

Una preparación adecuada aumenta de manera significativa un futuro sano, tanto para el niño como para los padres. Por ejemplo, en el periodo prenatal es vital el tipo de alimentación que procure la madre, así como su estado anímico. Ya desde aquí se establece físicamente la dependencia que seguirá el hijo por un largo tiempo, así como el impacto fundamental que tendrán las acciones que realice la madre y el padre, sobre el hijo. Este punto, psicológicamente hablando representa una de las mayores responsabilidades que se tiene en la vida como seres humanos, su vida depende de otro, por unos cuantos años, de su salud, de su compromiso, de sus actitudes, acciones, pensamientos y valores; él aprenderá absolutamente todo lo que se le enseñe pues es a partir del mundo de sus padres que él conocerá al mundo.

En el caso de que la madre o el padre o ambos, no se sientan preparados para asimilar este nuevo rol padres, lo más probable es que experimenten dificultades en el desarrollo del embarazo, reflejando cierta incomodidad. Y más adelante las consecuencias de esto se podrán observar principalmente, en una interacción "no fluida" del padre con el bebé, así como en los desajustes que se presenten en el entorno familiar.

Son los cambios físicos que impulsan o dan mayor fuerza a los cambios y adaptaciones psicológicas, por ejemplo, los cambios que experimenta el cuerpo, (que generalmente se asocia al atractivo), implican un adaptación. Estos cambios que se dan poco a poco van indicando el camino de la versatilidad, adaptación y flexibilidad que se necesita para ser padres. El conocimiento, comprensión y aceptación de los mecanismos activados por la gestación y la aproximación del momento del parto (Gessen, V. y M., 2003) son de gran utilidad para superar la ansiedad y evitar que se convierta en una franca angustia que llegara a afectar de forma negativa en el desarrollo del embarazo. Como es el caso de los tiempos de gestación que inexplicablemente se reducen o se

extienden más allá de los límites establecidos. Se cree que es el estado psicológico de la madre, el causante de este tipo de trastornos que no tienen base fisiológica aparente.

Durante la gestación se experimentan infinidad de cambios de diversa índole, pero es la primigesta quien vive con mayor fuerza sentimientos contradictorios, ya que se enfrenta por primera vez con la necesidad infantil (que todos albergamos) de ser atendidos y protegidos por un lado y por el otro, con el entendimiento adulto de ser responsable de ayudar a crecer, atender y proteger a este nuevo ser. Se duda de la propia capacidad que hasta el momento no se había puesto en práctica. Por lo tanto esto le implica un cambio dirigido al crecimiento, que es el de abandonar una condición pasiva para asumirse como el dador - proporcionador de cuidados, protección y quien principalmente ayudará a crecer y emancipar al hijo. Es decir, que si la primigesta muestra tendencia a identificarse en forma más significativa con su propia madre, y con las funciones maternas de ésta, entonces las mutaciones intrapsíquicas tenderán a manifestarse en movimientos de tipo progresivo por lo que la crisis del embarazo desembocará en un nuevo nivel madurativo, de mayor satisfacción y complejidad, nivel superior que implica la adquisición de un nuevo rol: las funciones maternas. Este es solo un elemento de muchos que se presentan en el ámbito psicológico de la mujer embarazada, de aquí que sea en esta circunstancia, que se encuentre psicológicamente más frágil que en otros momentos de la vida (Ferro,N., 1991).

La mujer se prepara para la maternidad desde su infancia. Aprende de su madre como es el "ser mujer" y es sobre las huellas de ese modelo que aprenderá también como ser madre. Desde la infancia en el juego de roles, donde se interpreta a mamá y a papá, se inicia la construcción de su significado; y es a través de mecanismos de similitud y diferenciación que se hallan los límites y el espacio individual para ser padre y madre. Y es precisamente durante el embarazo donde se ponen en juego todos estos aprendizajes y se intensifican todas las emociones que rodean a la maternidad / paternidad (Sau,V., 1989).

Por lo tanto es clara, y se desea, ineludible, la responsabilidad de prepararse para ser padres. Se entiende que las ideas que cada individuo tiene de los hechos, están relacionadas por el condicionamiento social y cultural del grupo al que pertenece, así como por la experiencia personal y emocional que ha vivido. Tomando el embarazo como un acontecimiento social, prepararse es poder pensar acerca de ese cúmulo de ideas, conceptos y prejuicios que condicionan, inhiben y delimitan el acceso de los padres a la maternidad / paternidad. Al identificar estos pensamientos que habitan en los padres, abuelos y en los mismos profesionales, se abre la posibilidad de modificarlos para enriquecerlos o para desecharlos, ya que son ellos los que conforman las guías de acción. Por ejemplo, un sentimiento muy común que experimentan, principalmente, los padres frente al embarazo es: "No sentirse como se deberían de sentir" y esto es lógico si se observa las ideas que se promocionan desde el ámbito de la publicidad hasta el familiar, como si se tratara de un secreto del que no se debe hablar, y en caso de hacerlo, no será con la verdad; es como si se tratase de un ideal, que se ha transformado en mito. Lo que trae como consecuencia ideas equivocadas que en escasas ocasiones se aclaran, como la idea de que los padres deben sentir un gozo y un deseo continuos, es decir, sin altibajos, hacia el bebé que empieza a gestarse. Una idea como esta puede causar grandes desequilibrios internos, ya que la experiencia del futuro padre no esta coincidiendo con lo que se supone que debería experimentar; lo que a su vez puede generar culpa, sentimientos de inadecuación y desmotivación, entre otros. Cuando en realidad podría tratarse de tiempo, de un poco más de tiempo para entender y asumir el hecho de estar esperando un bebé.

Por lo tanto revisar las creencias que se tienen antes y durante el embarazo, ayudaría a normalizar situaciones (como ya se mencionó, el estado de embarazo las intensifica) que se perciben como intolerables para la conciencia por generar culpa, validar la expresión de los malestares y aceptar que su reconocimiento no implica un desamor para su hijo. Dicho proceso facilitaría, sin lugar a duda, la aceptación de lo propio

y el reconocimiento de las posibilidades de cada uno para vivir y ejercer su maternidad / paternidad (Chávez, A., 2000).

Sería fabuloso poder proponer una guía general para las mujeres primigestas que les indicara paso por paso las vicisitudes con las que se encontrará en su acceso a ser madre, sin embargo, no es posible porque estarán determinadas por su historia individual, con lo bien o no tan bien que se encuentre su identidad como mujer, su relación de pareja, la relación con su propia madre, los motivos que la llevaron al embarazo, etc. y donde todas y al mismo tiempo se presentarán con mayor fuerza desde el momento que la mujer se sabe embarazada. Es pues el embarazo la oportunidad perfecta para revisar, analizar y dar solución a situaciones, relaciones y sentimientos inconclusos, truncados y hasta olvidados que se presentarán indudablemente en el curso del embarazo.

En conclusión, se puede decir que es de suma importancia que los futuros padres fluyan con la necesidad de expresarse, especialmente durante el embarazo, si se entiende que es un proceso de crisis (significa oportunidad), que moviliza y actualiza situaciones pasadas, y por ende, representa una nueva oportunidad para acceder a la salud.

## **1.5 Temor al Dolor**

Es importante comenzar por definir lo que se entiende por dolor.

La sociedad Internacional dedicada al estudio del dolor lo define como una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión real o potencial, que se describe como daño (D'Alvia, R., 2001).

Las conceptualizaciones psicoanalíticas acerca del dolor, hablan de la fractura que sufre el Yo por la presencia de una agresión externa que rompe la membrana de protección o por la pérdida del objeto amado (D'Alvia, R., 2001).

Por otro lado, el dolor también se considera como un fenómeno multidimensional, complejo, sensorial, afectivo, subjetivo y muchas veces, ineludible, cuyo umbral y tolerancia dependen de varios factores: la historia del individuo, su constitución psicosomática, el contexto social, familiar y médico donde se desarrolla (D'Alvia, R., 2001). Asimismo, el dolor y su correspondiente representación psíquica van a depender de los diferentes modos de procesamiento psíquico de la experiencia dolorosa, desde su inicio y a lo largo de su desarrollo Marcela B. López (D'Alvia, R., 2001).

Se pueden distinguir dos tipos de dolor: el físico y el psíquico, relacionados entre sí, ya que no existe experiencia sin sentido, o al menos una búsqueda de él.

Los dolores psíquicos se asocian con varios factores que se citan a continuación:

1. Experiencias de duelo, que se refieren a la pérdida de algo o alguien, como sería el caso del embarazo y del nacimiento;
2. Pérdidas de objetos de amor, que podría darse cuando se pierde al bebé;
3. Las pérdidas de aspectos del sí mismo que han sido investidos de afecto, como la pérdida de la figura y la independencia de la madre;
4. La distancia entre el yo y los ideales, habla de lo que es la realidad del Yo y lo que se espera o desea del desempeño del Yo; como sería el caso de la propia identidad y del rol materno;
5. Por último se encuentra el aspecto de la pérdida de la confianza en el otro, el cual podría referirse a la pareja o a otras figuras cercanas.

Y pueden acontecer por diferentes causas, como:

- efectos del conflicto con el semejante,
- por la vulnerabilidad ante la naturaleza
- o por la necesidad inconsciente de castigo.

Irene Meler (D'Alvia, R., 2001)

La gente posee diferente sensibilidad, algunas personas pueden responder a la estimulación dolorosa más ligera, mientras otras, la toleran sin dificultad. La reacción al dolor puede variar en la misma persona según el momento en que se encuentre, la educación social que haya recibido, la cultura a la que pertenece, (quien establece el valor de la ecuanimidad o permisividad para reaccionar a un mínimo de dolor), su propia experiencia y aprendizaje (Cofer, C.N., 1971).

Por lo anterior, queda de manifiesto que la manera en que se perciba, experimente, elabore y maneje el dolor, está totalmente determinado por la persona que lo vive. Por tal motivo se puede decir que el significado de dolor y de lo que es doloroso estará determinado en gran medida por la experiencia y el aprendizaje del individuo.

### **1.5.1 Manejo del dolor**

Culturalmente se le ha permitido a la mujer expresar su dolor sin esto provocar conflicto alguno, sin embargo a los hombres esto no se les ha permitido, al grado de restar afecto en función de la eficiencia. Sin embargo, dicha "armadura" se derrumba a ante la enfermedad, entendiéndolo como un dolor continuo, y en el que frecuentemente sufren de regresiones, a diferencia de las mujeres, que soportan con mayor entereza el dolor. La diferencia puede explicarse fácilmente dado que las mujeres poseen mayor número de elementos que les permite elaborar el dolor, dándole sentido; a diferencia de los hombres

que al no estar autorizados a exteriorizarlo, experimentan crisis más fuertes que los llevan a manifestar actitudes infantiles (Hernández, V., 1999).

Produce un gran impacto, la tendencia tan fuerte que existe hacia la evitación del dolor, que encontramos hoy en día. Se ha aprendido generación tras generación, que gracias a los avances médicos, no hace falta experimentar dolor, si se puede conseguir bienestar el mayor tiempo posible; pero desgraciadamente esto se ha llevado al extremo de olvidar o quizá, hasta de borrar, el sentido que tiene el “sufrimiento”, palabra inadmisibles en nuestros tiempos, porque el objetivo es la **simplificación**, que no se batalle, porque “sufrir” y “batallar” no tiene sentido. Sin embargo lo que estas ideas provocan es que a la primera dificultad con la que se encuentre el individuo, se desmotive, se desmorone o de plano claudique. Podría decirse en resumen que lo que se enseña es a no luchar, a conseguir lo que sea, de manera fácil y sin esfuerzos, como si este criterio constituyera el indicador del camino correcto. La palabra “lucha” carece ya de significado, parece más bien que atiende a tiempos antiguos de lanzas, flechas y rifles, pero no de esfuerzo, de entrega y por que no, hasta de sufrimiento que tiene que ver con compromiso, valores, creencias, ideales que albergan sentido a la existencia del ser humano (Sau, V., 1986).

Como se mencionó anteriormente en la adopción de la nueva cultura española, parte de las creencias religiosas indicaban que por mandato divino, la mujer tendría que parir con dolor. Actualmente continua sin ser cuestionada esta creencia y de hecho, se toman acciones en base a ella. Esto se traduce a que las mujeres de hoy en día buscan la manera de evitar el dolor, dado el avance de la tecnología y el nivel de stress que se vive diariamente, sobre todo en inmensas metrópolis como México; hay una búsqueda generalizada, tanto de mujeres como de hombres, de bienestar que implica el máximo de placer y el mínimo de frustración. Es valida esta búsqueda, sin embargo la manera en la que se está intentando alcanzar, es ficticia porque está enfocada al síntoma y no en el origen. En otras palabras, la “salida inmediata” esta dándola la ignorancia, el avance de la



tecnología médica y el manejo que hacen los médicos de ella. Esto se puede observar claramente en el aumento del índice de cesáreas practicadas en México y otros países de Latinoamérica (Jacobson, I., 2003).

Es interesante poner de manifiesto que el dolor por sí mismo, no es el que determina la conducta de los individuos sino el significado o sentido que se le atribuya. Es por esta razón que es importante resaltar que el dolor posee una dimensión física y una dimensión psíquica, razón por la cual se dice que el dolor es relativo. Relativo según la cultura. Se busca alivio **rápido** y más ahora que nunca, por el inmenso valor que la cultura le otorga al funcionamiento sin interrupciones. Actualmente en México, como en otros países de occidente, se observa en la clínica un incremento en los psicomatismos: jaquecas frecuentes, explosiones somáticas, adicciones, inestabilidad, manifestaciones de violencia intrafamiliar y en las relaciones en general, así como anorexias y bulimias. Los metropolitanos que son las principales víctimas del estrés, de ataques de pánico y de hipertensión se quejan de estar excesivamente tensionados, siendo sus discursos muy similares a los de los traumatizados en situaciones de catástrofes sociales (Casanova, M., 1989). Esta cultura tiende a abolir rápidamente el dolor, prueba de ello es el desarrollo de los diferentes fármacos para mitigarlo y su altísima rentabilidad. De igual forma se observa un particular modo de manejo de la frustración y el placer: el placer no se puede postergar y la satisfacción se masifica. Por lo tanto, no es de extrañar que en lo referente al parto al que se le confiere erróneamente un dolor intolerable, la mujer busque irreflexivamente evitar la frustración y el dolor, a través de una cesárea donde el médico le asegura que no sufrirá ningún dolor.

También es cierto que el hedonismo, la búsqueda del placer y la evitación del dolor, juega un papel importante en la vida de los individuos, ya que el placer y el dolor son potentes determinantes de la conducta. La meta de la cual se parte es aliviar el dolor o en el mejor de los casos, evitarlo. El sentido u objeto, es lo que puede cambiar, ya que no es lo mismo un dolor de muela que no tiene ningún otro fin mas que el de ser curado, siendo



su propósito el de restablecer la salud; que el dolor que producen las contracciones uterinas, que tienen como propósito ayudar al descenso del bebé por el canal del parto, además de preparar su cuerpo para que nazca. Así que además de aliviar el dolor, el significado de dicha actividad puede y debe ser más profundo (Cofer, C.N., 1971).

Se puede afirmar que la creencia de que el sufrimiento es inherente al parto y que por lo tanto, debe evitarse a toda costa, no es una visión correcta para enfrentar el dolor, que sí es inherente al ser humano, pero que el modo de experimentarlo está en las manos de la mujer y no en las de su médico (Langer, M., 1984). Debido a esto se encuentran estadísticas que señalan un crecimiento desmesurado en la demanda de cesáreas.

Es entonces claro, que el problema radica en la manera en que la mujer y su mundo circundante, entiende y conceptualiza el trabajo de parto, que es el momento donde se presentan estos “famosos dolores”. Se nombran famosos porque hoy por hoy, constituyen un mito. Con una historia de al menos dos generaciones de mujeres que dan a luz, dormidas, anestesiadas, o bloqueadas, gracias al avance de la medicina que lo hace en nombre de “mejorar la calidad de vida”. La mayoría de las mujeres mexicanas primigestas parten, erróneamente, de la idea de que el parto “debe doler” y por ende sufrir dolores intolerables, dicha creencia las conduce hacia el dilema de creer que son capaces de un acto heroico, o bien, de que no lo son y deben recurrir a las “bondades” de la anestesia y de la cirugía (Chávez, A., 2000).

Por lo anterior, se concluye que es fundamental cuestionar la creencia en sí, que las prepara para evitar el trabajo de parto, el dolor y por lo tanto, el sufrimiento, como si fueran una misma cosa. Se extiende y se refuerza el mito tanto por el cuerpo de médicos y asistentes, como por la misma familia y círculo social más amplio, que repiten en innumerables ocasiones el mismo mensaje: “es algo tan fuerte, difícil y doloroso que no tiene sentido sufrirlo si ya existe la forma de evitarlo”. El mito consiste en creer algo que no es cierto, que dista mucho de la realidad, porque el cuerpo sano cuenta con todo lo

necesario para parir, no requiere de ningún instrumento o medicina, sin embargo, se ha llegado a creer que así es.

Pero antes de continuar, es necesario aclarar lo que se entiende por dolor y sufrimiento, en lo que se refiere al parto. El dolor se encuentra íntimamente relacionado con el esfuerzo de los músculos que ayudan al avance del bebé a través del cuello de la matriz y el conducto de la vagina; cabe mencionar que este esfuerzo puede (no debe) doler y es una función totalmente natural del cuerpo de la mujer. A diferencia del sufrimiento, que implica aspectos de resistencia, de miedo, de falta de sentido y entendimiento del proceso de nacimiento. El cuerpo es el primero en manifestar los cambios que experimenta el individuo. Es decir, que aunque la mente se encuentre ocupada o “distráida” con otras tareas o hasta “bloqueada”, el cuerpo siempre esta consciente y mandando señales del estado en que se encuentra, así como de los cambios que experimenta. Sin embargo, la mente si puede intervenir en el fluir del cuerpo, es decir, que aunque el cuerpo trabaje naturalmente para estar en equilibrio, los procesos mentales o intrapsíquicos pueden interferir en su funcionamiento natural (D’Alvia, 2001). Es importante comprender esta diferencia porque la percepción y las emociones que vengan relacionadas al dolor pueden alterar el funcionamiento del cuerpo y provocar un sufrimiento innecesario. Es decir, que el cuerpo naturalmente llevará a cabo sus funciones siempre y cuando nada se interponga en su desarrollo, como pueden ser las emociones negativas: miedo, extrema ansiedad, pánico, etc. De hecho, la dosis de medicamentos que cada individuo requiere para aliviar el dolor varía según la sensibilidad, personalidad y estado anímico de la persona. Del mismo modo, se encuentran los conocidos placebos que llegan a producir efectos de alivio, por lo que significa para el individuo y no por sus propiedades curativas.

## 1.5.2 Miedo versus Información

Es importante observar la manera en que el miedo y la ansiedad pueden afectar un proceso biológico natural. Se sabe que existen una gran cantidad de casos en los que se presentan síntomas psicósomáticos, esto quiere decir que, la psique interviene y desarrolla malestares en el cuerpo reales, tomando como punto un órgano blanco, es decir, un órgano que se encuentre debilitado. Ya no mencionemos la cantidad de disfunciones que pueden generar un alto grado de stress. Específicamente en el parto, pueden estarse presentando las contracciones con regularidad y sin problemas pero si la mujer comienza a experimentar un alto grado de ansiedad, las contracciones pueden detenerse (Chávez, A., 2000).

Los motivos que pueden generar ansiedad en una mujer embarazada por primera vez, son muchos, de los cuales se mencionarán los principales:

1. Ante una situación totalmente nueva en la que se carece de referencias. Por ejemplo, el ámbito hospitalario. Donde generalmente se hace caso omiso a lo que indica su nombre, hay una serie de procedimientos en los que uno se convierte en un participante obligado sin voz ni voto. No explican las razones de lo que hacen, pueden ser diferentes personas las que revisen a un mismo paciente y generalmente están mal informados de lo que hicieron sus compañeros anteriores, es decir, su quehacer genera mas desconfianza y ansiedad que tranquilidad y seguridad de estar en "buenas manos".
2. Para un parto sin problemas es imprescindible que reine un ambiente de tranquilidad y confianza, porque de lo contrario puede ser tanta la ansiedad que las contracciones pueden detenerse.
3. Falta de información

4. Relación y comunicación deficiente con el médico. Un ejemplo de ello, es si la madre sabe si su médico estará desde el inicio del trabajo de parto o si se presentará hasta que alcance cierta dilatación.
5. El estado anímico, disposición y actitud, tanto de la madre y la pareja, como de las familias de origen.
6. Malestares previos o durante el proceso, a los que ella no está familiarizada.

Posibles consecuencias:

- Por razones de diversa índole, en ocasiones, se hace necesario practicar una cesárea. Pero, muchas veces, las futuras madres solicitan la cesárea para evitar los dolores de parto y parto, decisión motivada por temor e ignorancia de los efectos fisiológicos y psicológicos, tanto para el bebé como para la madre.
- La cesárea puede parecer más cómoda para la madre, pero genera mayor número de complicaciones para ella y, sobre todo, para el bebé.
- Perder la oportunidad de vivir, sentir y presenciar libremente todo el proceso de nacimiento de su hijo.
- El miedo y la ignorancia son factores que contribuyen a la inmovilización del útero. El resultado: parir con dolor.
- El miedo hace contraer los músculos en lugar de relajarlos y extenderlos, actuando en contra de la fisiología del parto.

Existen alternativas como el uso de agua durante el parto, como recurso de relajación, o el mismo parto acuático, que pueden contribuir a modelar un contexto más gozoso en contraste con la experiencia desagradable y común de miedo que viven

numerosas mujeres en las maternidades públicas y privadas en nuestro país; Dr. Lares. (Suárez, A., 2001).

### **1.5.3 Propuesta psicológica para el manejo eficiente del dolor**

A mediados del siglo pasado comenzó a transformarse el concepto de que el dolor solo podía ser tratado por el médico general, gracias a esto, en la actualidad el manejo de un paciente con dolor intratable se lleva a cabo en una clínica especializada. Este tipo de unidades de salud se crearon para investigar y proporcionar una terapia eficaz a aquellos enfermos con dolor crónico que no han podido obtener alivio de forma convencional (Hernández, V., 1999).

La psicología es una de las principales disciplinas que se ocupan del dolor como fenómeno subjetivo de importancia fundamental para la conducta humana. Por ejemplo, en el caso del dolor crónico, el especialista busca identificar los factores psicológicos que contribuyen al desarrollo de los cuadros de dolor crónico, evaluar el peso de cada uno de ellos en la iniciación de un padecimiento crónico degenerativo o los que pueden exacerbar o amortiguar el mismo. La sensación del dolor puede ser almacenada en la memoria y recordada como algo similar a una alucinación; y la experiencia de dolor puede ser evocada a causa de una estrecha asociación con determinadas emociones. De hecho, la reacción emocional a ésta varía con la personalidad del paciente (Hernández, V., 1999).

Las estrategias terapéuticas utilizadas por los psicólogos en la Clínica del Dolor del Hospital General de México (Hernández, V., 1999) son fundamentalmente de tipo no invasivo, en el sentido de que no generan efectos secundarios colaterales. Los procedimientos no invasivos se subdividen en: Procedimientos basados en los modelos de la psicoterapia verbal, terapias de relajación y técnicas de psicofisiología aplicada, (entre las que destacan las técnicas de retroalimentación biológica).

El primer grupo están todos los procedimientos de influencia psicológica que se basan en la sensibilidad que todas las personas tienen a la estimulación social suministrada por otras, en este caso, manejada por un especialista para producir un cambio conductual emocional o fisiológico en las personas a través del uso de la palabra o logoterapia. Un ejemplo es la reestructuración cognoscitiva, que es una técnica en la que los pacientes con dolor crónico aprenden a identificar los significados que ellos le atribuyen al dolor, a su problema; posteriormente intentan modificar uno de esos significados y finalmente ensayan el atribuirle al dolor, significados totalmente diferentes a los originales con el fin de reducir el nivel de impacto negativo de este procedimiento.

El segundo grupo de técnicas es la relativa a la de relajación que incluye todos los procedimientos naturalísticos o sistemáticos para producir cambios emocionales y fisiológicos progresivos en los pacientes con dolor crónico, de manera que mientras más un paciente puede transitar de un estado de intranquilidad o estrés a un estado de relajación o serenidad, el impacto negativo del dolor crónico se va reduciendo. Esto se puede lograr con procedimientos naturales como cerrar los ojos o cambiar el ritmo de la respiración, o a través de procedimientos más sistemáticos como la hipnosis.

El tercero es el relativo a la retroalimentación biológica, constituido por la aplicación de los avances de la ingeniería electrónica, en especial la ingeniería biomédica, en el campo de la salud. Específicamente se cuenta, en la actualidad, con equipos portátiles cada vez más sensibles que permiten con mucha exactitud a un paciente y a un especialista conocer que cambios fisiológicos están ocurriendo en su cuerpo cuando comienza a presentarse el dolor o alguna emoción negativa. De esta manera, el paciente puede, utilizando esta información, controlar más fácilmente procesos adversos de emoción negativa antes de que sean incontrolables. En general, en la Clínica del Dolor se tiende a combinar lo mejor de cada una de estas técnicas para adecuarlo al problema particular de cada paciente.

Cabe mencionar que las técnicas empleadas en los dos primeros grupos son recursos que se enseñan en los cursos psicoprofilácticos.

El doctor Benjamín Domínguez Trejo, asesor externo del Centro Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor del Hospital General de México (Hernández, V., 1999), afirma que en la Clínica del Dolor del Hospital General de México, en los últimos diez años, de cada diez enfermos, siete han logrado la modificación de la percepción de la intensidad de sus cuadros y episodios dolorosos, sin recurrir, o de forma mínima, a medicamentos analgésicos para el control de nivel de sufrimiento e incapacidad. Lo cual prueba que el dolor puede y debe abordarse, en primera instancia, por aquello que lo organiza.

Se ha visto, en el caso de dolores crónicos, que una de las técnicas más eficaces para el manejo del dolor es la resignificación que el sujeto hace de sus dolores. Por lo tanto, trabajar con la expresión de emociones y percepciones resulta de gran importancia para abordar el temor al dolor, que ocupa un lugar central para la forma en que se desarrolle el parto.

Se ha visto en reciente estudios (Wood, S., 2003) que lo que hace del nacimiento una experiencia maravillosa para la madre es la:

- Compañía
- Apoyo
- Y confianza en sí misma de que será capaz de dar una buena respuesta tanto física como psicológica, sobre todo al momento de dar a luz.

Los factores que se destacan como los que permean la percepción de la experiencia de la mujer, **no es el alivio del dolor**, sino:

1. Buena comunicación con el médico que le atiende: sentir que esta de su lado.
2. Participación en las decisiones, trátese de lo que sea, inclusive una cesárea urgente.
3. Apoyo: indispensable tener a alguien que reconforte emocional y físicamente, a la madre.
4. Información: cuanto más sepa, más segura se sentirá en el alumbramiento.

El estudio anteriormente mencionado, constituye una prueba más de que el empleo de medicamentos no debe ser la primera opción para tratar el dolor, destacando que lo más importante es la actitud y posición de la mujer frente al hecho de tener un bebé.

Es de vital importancia que las mujeres tengan conocimiento de la trascendencia que tienen las decisiones que toman con relación a su actitud, conducta y emotividad frente al parto y a la maternidad, ya que éstas impactarán de manera significativa al bebé y su desarrollo como individuo.



## CAPÍTULO II

### EL PARTO VAGINAL Y LA CESÁREA

*“Cuando nace un niño, hace a esa mujer como madre. Se trata de un proceso de mutua procreación y creación constante.” Anónimo*

#### 2.1 Embarazo y Gestación

Al momento de la concepción todo ser humano recibe 23 cromosomas del padre y 23 de la madre. Estos se alienan en 23 pares, de los cuales 22 son autosomas y 1 es sexual. El hombre, junto con otras condiciones físicas de la mujer, determinan el sexo del bebé, por lo cual si recibe X (cromosoma) será mujer y si recibe Y, será hombre. Normalmente el producto de la concepción da como resultado un solo nacimiento, debido a que solo un óvulo queda fecundado por un solo espermatozoide. En ocasiones pueden darse de forma múltiple, ya que si se fecundan dos óvulos resultarán gemelos encigóticos con diferente composición genética y si el óvulo fecundado se divide en dos, nacerán gemelos idénticos o monocigóticos quienes tendrán la misma composición genética.

El desarrollo prenatal se puede dividir en 3 etapas:

- a) La germinal que comprende desde la fecundación hasta las dos semanas y se caracteriza por la rápida división celular y por el aumento en la complejidad del organismo.
- b) La embrionaria que comprende de la segunda a la octava semana, caracterizándose por el rápido crecimiento y la diferenciación de los principales sistemas y órganos del cuerpo.
- c) La fetal, comprende de la octava semana hasta el nacimiento. Y se caracteriza por el rápido crecimiento y cambios en la forma del cuerpo.

Generalmente los defectos congénitos ocurren durante el primer trimestre de embarazo, incluyendo las tres cuartas partes de todos los abortos espontáneos conocidos.

El medio ambiente prenatal ejerce un impacto sobre el organismo en desarrollo al respecto (Pappalia y cols., 1978) indica que un feto oye y aprende durante el periodo prenatal y que existen diferencias individuales en la actividad y el ritmo cardiaco fetales. Dentro del medio ambiente prenatal, se consideran los siguientes estados que afectan a la madre, como son: la nutrición, el consumo de drogas, las enfermedades, la radiación, la incompatibilidad sanguínea y las emociones; son estas últimas las que especialmente interesan para la presente investigación. Los estados físicos están relacionados íntimamente con los estados emocionales, los cuales se manifiestan; las sustancias químicas que se encuentran en el torrente sanguíneo, como son las hormonas y el metabolismo celular, varían según el estado psicológico, siendo las vías de comunicación de dichos estados de ánimo. En un estudio se descubrió que las madres que sufrían de ansiedad con respecto al embarazo eran más propensas a tener problemas en el parto y a dar a luz niños anormales que aquellas que no padecían ansiedad. Otro ejemplo, es el feto

cuya madre esté calmada y descansada, vive un estado apacible y muy diferente al de aquel cuya madre vive tensa y con ansiedad (Pappalia, 1978. p.56).

Aunque es difícil definir los límites de las contribuciones relativas a la herencia y al medio ambiente, ciertos aspectos de nuestro desarrollo están influidos por nuestra herencia y otros, por el medio ambiente en que vivimos y fuimos criados. Nuestro legado genético establece los parámetros para el desarrollo, mientras que el medio ambiente determina el grado hasta donde se realiza dicho potencial.

Una vez que la mujer se sabe embarazada, lo usual es que acuda a su médico para confirmar el embarazo y así dar inicio a los estudios pertinentes para evaluar su estado general de salud y así proceder con los cuidados particulares de su estado y al monitoreo durante el periodo de gestación. A estas revisiones periódicas, se les conoce con el nombre de "control prenatal", que resultan de gran importancia porque es donde surgen los diagnósticos para valorar si existe alguna contraindicación para realizar un parto vaginal o una cesárea, así como el estado de salud tanto de la madre como del bebé. En general, los médicos coinciden en programar una cita mensual para realizar un control eficaz en el desarrollo del embarazo. Dichas citas consisten en realizar ultrasonidos, control de peso, revisar tipo de alimentación, estado y cantidad de líquido amniótico, monitoreo del corazón del bebé, movilidad, etc. Y en ocasiones, según sea el caso, pruebas o análisis, así como pequeñas entrevistas en las cuales se refieran a los cambios esperados y la manera en que la futura madre los va experimentando.

***Antes de conocer las condiciones anormales que hacen la enfermedad ... habría que tratar de conocer las condiciones normales que hacen la salud...***

***Antoine Bechamp***

## **2.2 El Parto**

Se le llama parto a la expulsión del feto maduro desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior. Si se produce dentro de las 37 y las 42 semanas cumplidas se le denomina parto a término o eutócico. Aquellos que se producen antes de las 37 semanas se consideran pretérmino y los que se dan después de la semana 42 se denominan postérmino. Es característica del parto la aparición de contracciones uterinas que ocasionan la total dilatación del cuello uterino y la expulsión del feto y sus anexos, es decir, placenta y cordón junto con las membranas (Fernández, I., 1994).

Desde el punto de vista clínico el parto se puede dividir en tres fases superpuestas:

- a) Fase de dilatación: Inicia con las primeras contracciones efectivas que comienzan la dilatación del cuello y terminan cuando la dilatación completa los 10cm aproximadamente. La función de las contracciones uterinas es el de dilatar al cuello del útero para que pueda pasar la cabeza y el cuerpo del bebé. Comúnmente en las primigestas, esta fase puede llegar a durar alrededor de 12 horas.
  
- b) Fase expulsiva: comprende desde el término de la dilatación, cuando el bebé desciende del útero, pasa a través del cuello y sale del cuerpo de la madre. Ésta suele durar aproximadamente una hora. Por el lado de la mujer, se presenta un deseo de pujar y es en este momento que puede practicarse un corte en el periné, conocido como episiotomía, para evitar desgarros de la vagina y vulva en caso de necesitarlo (su uso sistemático es discutido y polémico).

- c) Periodo de alumbramiento: comprende desde la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y la membrana. Suele acompañarse de una pequeña hemorragia que puede durar entre 40 y 80 minutos.

El trabajo de parto es el proceso que conlleva una serie de cambios, que como su nombre lo indica, van encaminados al parto en sí. Existen diversas teorías acerca del o de los factores que dan inicio a este trabajo, a saber, la maduración de la hipófisis fetal (glándula endocrina de cuyo desarrollo depende la supervivencia del niño), la placenta puede estar programada genéticamente, los cambios en el tamaño del feto y el útero, cambios en los niveles hormonales, así como las influencias fisiológicas y psicológicas externas que reciba la madre, pueden participar, en mayor o menor medida, en dar inicio al trabajo de parto (Pappalia y cols., 1978).

Este se inicia cuando las contracciones se hacen rítmicas, progresivas e intensas, lo que significa que la mujer debe estar experimentando al menos 2 ó 3 contracciones cada 10 minutos y el cuello del útero debe haber alcanzado una dilatación de dos a cuatro centímetros.

Al tiempo que transcurre, entre el momento que se corta el cordón umbilical hasta que el muñón seco del cordón se cae, se conoce como periodo neonatal. Iniciado este periodo, se realiza inmediatamente una evaluación al neonato con la escala de Apgar, que mide 5 factores que indican lo bien que se está ajustando el recién nacido al medio ambiente extrauterino. La escala mide lo siguiente:

1. Ritmo cardiaco
2. Respiración
3. Color
4. Tono muscular
5. Irritabilidad refleja o gesto

El puntaje es de 0, 1 ó 2 en cada una de estas medidas, por lo tanto el puntaje máximo es 10. El 90% de los bebés normales reciben un puntaje de 7 o mayor; pero un niño que reciba 4 o menos necesita tratamiento inmediato para poder sobrevivir (Pappalia, 1978).

Complicaciones:

1. **Prematurez.** Se considera cuando el bebé ha nacido antes de tiempo y no ha logrado un desarrollo completo. Generalmente se calcula la prematurez en términos de peso ya que pocas veces es posible determinar con exactitud la edad gestacional de un bebé. Menos de 37 semanas (lo normal es de 38 a 40 y 42 como máximo) y con un peso menor a 2,500 gramos puede considerarse prematuro. *Posibles Causas:* desnutrición, que haya recibido muy poco o ningún cuidado prenatal; una mujer que haya sufrido de toxemia y otras enfermedades durante el embarazo tiene mayor riesgo; y, generalmente, los partos múltiples.

*Efectos:* Al estar especialmente vulnerables a infecciones y a su incapacidad para mantener su temperatura corporal, los bebés, generalmente pasan las primeras semanas de vida en una incubadora antiséptica que tiene control de temperatura. Es de esperar un deficiente funcionamiento en el sistema respiratorio durante el primer mes de vida postnatal. Epilepsia, parálisis cerebral, autismo, dificultades en el desarrollo del lenguaje y rendimiento académico, así como deficiencias en el crecimiento físico, desarrollo motor y funcionamiento neurológico, son algunas de las deficiencias que se pueden presentar. Mientras más prematuros sean, más marcadas serán sus deficiencias a largo plazo (Pappalia, 1978).

2. **Traumas del nacimiento.** Se le ha llamado así, al paso a través del canal de parto, ya que se ha considerado el viaje más difícil de la vida y puede dejar marcas duraderas en forma de lesiones cuando la atención obstétrica no es adecuada, como por ejemplo, en el caso de presentarse una hipoxia la lesión puede ser cerebral. También se pueden mencionar otras como la privación de oxígeno al nacer, lesiones mecánicas de nacimiento o enfermedades e infecciones neonatales (estas últimas podrían darse por un mal cuidado de las infecciones de la madre, por

parte del médico, ya que constituiría una contraindicación para el parto vaginal), entre otros. Por todos estas consecuencias es vital que el control prenatal sea adecuado y responsable (Pappalia, 1978).

3. **Postérmino.** Se refiere al nacimiento que se da después de la semana 42. Es posible que las causas residan, en un alto porcentaje, en factores psicológicos que inhiben las respuestas naturales del cuerpo. Algunos ejemplos son, el hecho de haber perdido un bebé anterior o experimentar una angustia desmedida (que es un exceso de tensión no procesado psíquicamente) que si aumenta se transforma en pánico. Difícilmente la respuesta puede darse en forma natural por lo que hay que inducirlo o practicar una cesárea (Pappalia, 1978).
4. **Medicamentos obstétricos.** Desde tiempos inmemoriales se ha hecho la asociación del parto con el dolor por lo que se han desarrollado una serie de técnicas para acelerar el parto y hacer que la madre se sienta mejor. Dichas drogas afectan tanto al bebe como a la madre. Las drogas que se administran a la madre durante el trabajo de parto y el parto, pasan a través de la placenta, entran al riego sanguíneo y tejidos fetales y afectan el sistema nervioso central del recién nacido durante la primera semana o más. Los medicamentos obstétricos parecen afectar la recuperación inicial del peso del bebe, su respuesta a los cuidados y la alimentación y su desempeño en las primeras tareas de aprendizaje (Brazelton, 1970 citado en Pappalia, 1978).

### 2.2.1 Tipos de parto

Existen diversas formas de dar a luz. A continuación se presentarán los tipos más comunes de parto vaginal.

### 2.2.1.1 Parto vaginal y psicoprofiláctico

En 1914 el Dr. Grantly Dick-Read (1964), un obstetra inglés, empezó a dudar acerca de la inevitabilidad del dolor en una función natural como es el parto, y fue así como presentó su teoría del "parto vaginal". El Dr. Dick-Read educaba a sus pacientes en fisiología de la reproducción y el parto y les enseñaba a respirar, relajarse y mantenerse en buen estado físico, con el fin de **eliminar el temor** que, según él, era el causante de la mayoría de los dolores de parto. A mediados del siglo XX, el Dr. Fernand Lamaze (1967), un obstetra francés comenzó a utilizar el método psicoprofiláctico de obstetricia, a menudo llamado, parto preparado. Este método se basó en las técnicas rusas que utilizaban los principios de reflejos condicionados a las contracciones uterinas, para sustituir las antiguas respuestas de temor y dolor, con nuevas respuestas, que consistían en diversos tipos de respiración y de actividad muscular (Aguirre, A., 1985).

Estos dos métodos que han ganado mucha popularidad entre médicos y madres, son partidarios de cantidades mínimas de medicamentos obstétricos. Su rápida difusión en años recientes puede atribuirse a:

- Los beneficios psicológicos para los padres: Para la madre despierta que puede participar activamente en el nacimiento de su hijo, y por lo tanto, conocer y disfrutar la experiencia del parto, y para el padre que puede ayudar a su esposa durante el trabajo y el parto y conocer también la alegría de participar en el nacimiento de su hijo. Sin embargo, quienes sentirán los efectos de mayor alcance con este tipo de métodos serán los niños mismos (Becerro, C., 1987,pp.751-758).

Probablemente, siempre existirá la necesidad de utilizar medicamentos obstétricos en los partos que tengan complicaciones. Pero para la gran mayoría de los partos



normales y sin complicaciones, existen muy buenas razones para utilizar la menor cantidad de medicamentos que sea posible.

El parto vaginal es considerado por algunos como la forma ideal de recibir a un hijo ya que permite vivir y participar del nacimiento, profundizando el vínculo afectivo entre madre, padre e hijo (ver Apéndice A).

El parto vaginal no es agresivo, al contrario de una intervención quirúrgica como la cesárea. Favorece el vínculo madre-hijo, pues ella lo ve nacer y puede tenerlo en sus brazos inmediatamente, además de amamantarlo. Ese apoyo emocional que recibe el recién nacido en su primera hora de vida, es fundamental. Las contracciones uterinas que se producen durante el trabajo de parto van "preparando" al bebé para su vida extrauterina, ya que colaboran en su proceso de salida del vientre materno. Luego de un parto vaginal, la recuperación de la madre es más rápida, dándosele el alta a las 48 horas del parto y quedando en mejores condiciones para atender a su bebé. El padre puede participar y acompañar el parto vaginal, de esta manera, se refuerza el vínculo afectivo entre madre, padre e hijo.

A continuación se mencionarán las características de un parto vaginal, siendo las dos primeras las más importantes:

- **Intimidad**, y todo aquello que lo favorezca (habitación, luces, personal, temperatura, en resumen, un ambiente familiar).
- **Respeto por el reflejo de expulsión fetal**. Este reflejo lo podríamos definir como la necesidad imperiosa de empujar que en un momento dado tiene la mujer, y que no puede controlar. Si este momento se respeta, el bebe nace al cabo de pocos instantes. Por lo tanto, la labor de aquellos que atienden un parto debería ir encaminada a no interferir este reflejo.

- **Favorece el desarrollo del vínculo afectivo** entre la madre y el bebé y esto se consigue no separando a ambos inmediatamente después del parto y favoreciendo la lactancia precoz, desde poco después del nacimiento.
- **No utilización de medicamentos.** Ya sea para provocar las contracciones o para aliviar los dolores. Vale la pena mencionar que hay otros métodos naturales como puede ser el empleo de una piscina de agua caliente en la última fase de la dilatación ya que al sumergirse dentro de ella, por un lado, acelera la dilatación, y por otro, disminuye el ritmo y la intensidad de las contracciones actuando como analgésico (no necesariamente debe parir en agua).
- Se puede realizar igualmente en casa, hospitales, maternidades y en clínicas privadas.

Las condiciones que se requieren para un parto vaginal son las siguientes:

En primera instancia, el médico debe brindar de igual forma, su apoyo emocional y de conocimientos, a la madre, según los requerimientos que ella presente (Katz, 1973). Por otra parte debe brindar intimidad para el proceso de dar a luz, es decir, guardar respeto al momento que se está viviendo. Del mismo modo, es importante la presencia de una enfermera o matrona.

Por otro lado, se requiere que el padre haya asistido a un curso de preparación prenatal, para que su presencia esté libre de conflictos.

En cuanto a las creencias es importante que se haya eliminado la idea de que el parto no es seguro.

La preparación del lugar es igualmente importante, se recomienda que la temperatura ambiente sea de 37 grados centígrados, que la luz sea tenue y que en caso de que se vaya emplear agua, esta debe ser potable, a una temperatura no mayor a 37 grados centígrados y el nivel deberá ser entre seis y diez centímetros.

Únicamente deberán estar presentes con la futura madre, el padre, el médico y la matrona. Todo este ambiente le proporcionará confianza y le permitirá a la madre, una maravillosa libertad de expresión y de acción.

En México como en España, la posibilidad de hacer un parto vaginal, que no sea en casa, se reduce a unos pocos centros de salud (Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, 2003). Por este motivo se ha redactado en España una instancia dirigida al Sistema de Salud, donde se solicita el cumplimiento de las Recomendaciones Generales de la OMS sobre el nacimiento (ver Apéndice C).

### **Beneficios:**

Permite a la madre la posibilidad de darle pecho rápidamente a su hijo, lo cual significa la oportunidad de transmitirle suficientes anticuerpos a través de la primera leche segregada o calostro. Además de producirse dos feedback: el del bebé con el seno de la madre, que estimula la succión; y el del seno con el útero, que hace que este último se contraiga y no sangre más (Suárez, A. 2001).

### **Beneficios del parto vaginal para la madre:**

- Mejora la percepción del dolor.
- El uso del agua provoca el reblandecimiento de los tejidos, lo cual evita desgarres perineales; ejerce un importante efecto relajante y reduce la compresión de los tejidos y del abdomen.

- Favorece la circulación sanguínea del útero y la oxigenación del bebé.
- Se facilita la dilatación cervical y la expulsión rápida del bebé.
- Produce una sensación de confort, intimidad, privacidad y seguridad.
- Se recupera más rápidamente, logrando un eficiente reestablecimiento fisiológico a corto y a largo plazo.

### **Beneficios del parto vaginal para el padre**

- El padre se involucra activamente sintiéndose útil, importante y parte del proceso.
- La vivencia del parto produce en el hombre admiración y respeto por la mujer.
- Le permite expresar ternura y sentimientos asumidos erróneamente como sólo femeninos.
- La participación de los padres en el proceso de nacimiento, incrementa la posibilidad de que se responsabilicen en la crianza de los hijos durante los primeros años.

### **Beneficios del parto vaginal para el bebé**

- Le permite salir al mundo exterior con menos posibilidades de traumas no fisiológicos.
- No es afectado por el uso de medicamentos, al no aplicarlos en la madre.
- No es separado de su madre.
- Inicio precoz de la lactancia.
- Muchos psicólogos aseguran que el parto sin traumas permite a los individuos posteriormente lidiar con los conflictos sin violencia.
- Le permite realizar el primer esfuerzo de vida.

### **Contraindicaciones y críticas al parto vaginal:**

No es conveniente realizar un parto en el agua cuando las membranas se han roto prematuramente, pues existe la posibilidad de una infección ascendente hacia la vagina, aunque esto no está comprobado.

Hay quienes creen que en el parto vertical existen posibilidades de infección por la cercanía de la madre al suelo durante el proceso. Aunque hay doctores que aseguran que no hay una incidencia significativa de infecciones en los bebés de acuerdo a recientes investigaciones ( Suarez, A. 2001).

Los riesgos que se corren durante un parto vaginal pueden ser menos o los mismos que comúnmente pueden surgir aplicando otros métodos.

### **2.2.1.2 Parto vertical**

"Es preciso partir de la fisiología y hacer uso de todos los reflejos y procesos naturales con los que cuenta la mujer al momento de parir para que todo marche bien". Opina la ginecóloga y obstetra mexicana, Eva Gundberg. "Regresando a donde las cosas comenzaron" (Suárez, A. 2001)

Se piensa que la adopción de la posición vertical durante el parto representa una de las maneras de escuchar a la sabia naturaleza, pues facilita el trabajo de la madre y del bebé porque el cuerpo de la mujer está hecho para parir de pie, cuando se acuesta la pelvis se aplana y el canal de parto se hace rígido, lo cual complica el proceso, además de que la gravedad ayuda.

La posición vertical: evita infecciones debido a que si se rompen las membranas los líquidos fluyen. Permite que la cabeza del bebé se apoye en el anillo cervical y la madre dilate más rápido. Facilita la oxigenación porque la Aorta está menos comprimida. Hay menos posibilidades de hemorragias porque la vena Cava está menos presionada. Las contracciones aumentan, lo cual significa que el parto es más rápido. El nervio Presacro se ve más liberado y los dolores disminuyen.

### **2.2.1.3 Parto en casa**

El parto en casa representa una opción para aquellas mujeres que no tienen ningún tipo de contraindicación y que su embarazo se ha desarrollado de manera óptima. La Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta una lista detallada de las ventajas que brinda la realización del parto en casa (Apéndice F) en adición a las ya mencionadas del parto vaginal.

Es importante, en el caso que la pareja decida optar por realizar el parto en casa, que tome en cuenta, especialmente la mujer, que debe asumir una gran responsabilidad de su estado de salud, físico, mental y espiritual. Lo cual requiere de su continua participación en lo que se refiere al cuidado y convencimiento para aceptar las consecuencias de las decisiones tomadas. Tres ejemplos de ello son:

1. Socialmente se considera al hospital, el lugar ideal para dar a luz, por lo que la elección de otras opciones puede provocar juicios negativos y falta de apoyo, por parte de familiares y amigos.
2. En el caso de que se llegasen a presentar complicaciones, no pueden ser atendidas en casa.
3. Los seguros médicos no cubren los gastos.

Es interesante observar un estudio comparativo de complicaciones, entre parto en casa y en hospital, realizado en la década de los setentas, donde los avances tecnológicos en medicina obstétrica no eran tantos y sin embargo, el número de complicaciones que se presentaban eran mucho mayor en el hospital que en casa. Lo que hace pensar en la incorrecta e insuficiente atención que brindaba el hospital donde se creía que era más seguro.

En 1976, el Dr. Lewis E. Mehl realizó un estudio comparativo preciso de 1.046 partos en casa contra 1.046 partos en hospital. Los resultados, resumidos abajo, fueron muy inesperados para los cuales habían previamente creído que los hospitales eran los lugares más seguros para el parto. Como las estadísticas de abajo demuestran, el grupo de parto en casa tenía resultados mucho más seguros (OMS,1996).

<b>BEBES</b>	<b>1.046 Partos en casa</b>	<b>1.046 Partos en hospital</b>
Muertes neonatales	0	1
Trastorno respiratorio	1	17
Necesitado Resuscitaciones	14	52
Necesitado Oxígeno	13	93
Lesiones del parto	8	30
Partos con fórceps	17	363
Anormalidades Neurológicas	1	6
Infecciones	2	8
Mala Puntuación de APGAR a 1 min. postnatal.	56	116
Mala Puntuación de APGAR a 5 min. postnatal.	11	23
<b>MADRES</b>	<b>1.046 Partos en casa</b>	<b>1.046 Partos en hospital</b>
Pitocina	69	172
Medicamentos Analgésicos	14	555
Episiotomía	103	914
Laceración	170	223
Cesárea	28	86
Hemorragia Postparto	9	25

#### **2.2.1.4 Parto en agua**

En el siglo VI a.C., Aristóteles concluyó que el agua era el principio de la vida. Observó que todas las semillas tenían una "naturaleza húmeda". Sin embargo no fue antes de 1700 que los científicos empezaron a comprender e identificar las propiedades del agua, incluyendo su valor como método terapéutico.

A lo largo de la historia existen muy pocas pruebas concretas de que las culturas antiguas practicaran el parto en el agua a cualquier escala, pero se sabe que se ha usado en todas las culturas del mundo. Hay leyendas que dicen que los antiguos egipcios daban a luz en el agua a ciertos bebés selectos. Estos bebés se convertían en sacerdotes y sacerdotisas. Se dice que los antiguos súbditos del rey Minos en la isla de Creta usaban un templo sagrado para partos en el agua. El arte de los frescos en las ruinas de Minos representa delfines y su especial conexión con los humanos y el agua. Sólo se puede especular acerca de la conexión entre estas pinturas y sus creadores (Gutman, L. 1984).

Los indios chumash de la costa central de California cuentan historias acerca de sus mujeres que pasan el trabajo de parto en los remansos de las mareas y ensenadas poco profundas a lo largo de la playa mientras los hombres de la tribu tocaban los tambores y cantaban. Las tradiciones de las islas Hawaii mantienen que ciertas familias de las islas han nacido en el agua durante miles de generaciones.

El primer parto en el agua registrado en la modernidad, tuvo lugar en Francia en 1803. El caso, que fue detallado en un periódico de la sociedad médica francesa, argumenta que una mujer que había estado en labor durante cuarenta y ocho horas encontró un alivio en su lento progreso sumergiéndose en el agua caliente. Después de estar breves instantes en el agua el bebé salió tan rápidamente que no tuvo tiempo de salir del agua para dar a luz a su bebé. Se han recogido informes posteriores sobre el parto en el agua hasta 1960, cuando comenzó a haber documentación sobre el mismo en



le Unión Soviética. En ese entonces surgieron historias muy interesantes en la Unión Soviética sobre el trabajo de Igor Chercovsky, científico y curandero ruso primordialmente autodidacta, el cual dirigió una investigación sobre animales pariendo en el agua. También observó la conducta de los bebés en el agua, incluyendo la de su hija Veta, que nació prematuramente en 1963. Chercovsky puso a su recién nacida en una tina de agua caliente durante varias semanas, arguyendo que no tendría que luchar contra la gravedad y por lo tanto no gastaría tanta energía en sobrevivir como la que requeriría en la incubadora del hospital. La hija de Chercovsky sobrevivió y él continuó experimentando en el agua (Harper, B., 2001).

Durante la misma época pero en Rusia, el Dr. Frederick Leboyer introdujo el concepto del baño caliente para el bebé después del parto. El bebé podía experimentar el agradable retorno al placer del mundo fluido que acababa de dejar.

Uno de los primeros que propuso abiertamente el parto en el agua fue el médico francés Michel Odent (1990). Proporcionando una tina con agua caliente para la labor y el parto, Odent ofrecía más comodidad y libertad de las que nunca había gozado la mujer parturienta. El foco principal del trabajo de Odent fue asistir a cada mujer que daba a luz a su propio modo y bajo sus propios instintos. Odent descubrió que cuando las contracciones de la mujer se vuelven más dolorosas y menos eficaces, el descansar en el agua caliente suele proporcionarles alivio, especialmente para las mujeres cuya dilatación no progresa más de cinco centímetros.

En 1981 en América, un grupo de parteras ya conocían el exitoso trabajo de Michel Odent, muchos padres querían dar a sus hijos una entrada en el mundo bastante diferente. Durante los primeros años de la década de 1980, cuando estas parejas renecedoras comenzaron a tener a sus bebés en el agua, la mayoría de los partos no eran complicados y resultaban experiencias muy gratificantes. A veces los padres dejaban a sus propios recién nacidos sumergidos bajo el agua por más de veinte minutos creyendo

que con eso les daban tiempo de estirarse, relajarse y recuperarse del estrés del nacimiento. Desafortunadamente, algunas parejas intentaron dar a luz a sus bebés solas, sin la atención de un doctor. Hubo varias muertes accidentales de recién nacidos, supuestamente por haberlos dejado demasiado tiempo debajo del agua. Esto impresionó a los padres y parteras que defendían el parto en el agua, y empezaron a dudar de su seguridad.

En 1985 había un centro de alumbramiento en Estados Unidos que ofrecía a las mujeres la misma atmósfera que el Dr., Odent en Francia. El Dr. Michael Rosenthal abrió el Centro de Alumbramiento Familiar en Upland, California. Cuando Rosenthal habló con los padres sobre sus partos en el hospital a menudo expresaban poca satisfacción, esto lo inspira a abrir su propia clínica de alumbramiento. En el verano de 1993 casi mil mujeres dieron a luz en el agua en el centro.

Actualmente, en el mundo existen hospitales, sanatorios o clínicas de salud que cuentan con el acondicionamiento necesario para realizar un parto en agua, incluyendo a México.

### **Anatomía de un parto en agua**

La bañera se llena con agua filtrada o potable a un nivel de 6 a 10 centímetros, a una temperatura de 37 grados centígrados. La parturienta se sumerge generalmente cerca del momento del nacimiento. Una vez expulsado del útero, el recién nacido es extraído suave y calmadamente del agua y colocado en el regazo de la madre, donde luego de unos pocos segundos, el padre corta el cordón umbilical. El entorno líquido favorece a que la parturienta tenga la sensación de seguridad para mantener el control durante el proceso, convirtiéndose en un mecanismo de ahorro de energía, alivio del dolor y relajación.

Características que debe tener una mujer para realizar un parto acuático:

Es difícil intentar determinar las características que debe tener una mujer para ser candidata al parto acuático porque cada experiencia es totalmente particular, ya que no existe un patrón de "mujer" o mejor dicho de "pareja" que se encuentre en un perfil característico de los que desean un parto acuático. Lo que sí existe claramente, es la necesidad de estas parejas de vivir una experiencia distinta, encaminada a la espontaneidad del proceso y no al parto medicamentoso o "dirigido". En resumen, el parto acuático es la mejor opción natural para uno de los momentos más trascendentes de la vida.

También es cierto que no todas las mujeres pueden parir en el agua. Hay a quienes se les facilita el trabajo de parto estando en la bañera; mientras que a otras no. En algunos casos es preferencia de la mujer; a veces quiere parir en el agua y luego no lo hace; o dice que no va a parir en el agua y cuando llega el momento, termina metiéndose en la bañera para tener a su hijo Dr. Lares (Suárez, A. 2001). La flexibilidad en la toma de decisiones es importante ya que no hay nada determinado en la forma en que se desarrollará un parto. Es una experiencia tan particular y única como el individuo mismo.

## **2.3 Factores que afectan al Parto**

A continuación se mencionan los dos factores de mayor relevancia.

### **2.3.1 Rutinas hospitalarias**

Muchas pruebas, procedimientos, tecnologías y fármacos usados en la práctica médica habitual comportan un riesgo para la madre y su hijo, y deben evitarse si no existe una indicación científica específica para su uso. El tratamiento de las complicaciones que puedan surgir durante el embarazo, el parto y el postparto debe estar basado en la evidencia. Es decir, no deben emplearse de forma rutinaria prácticas y procedimientos que no estén respaldados por evidencias científicas, lo que incluye pero no se limita a los siguientes: Rasurado del vello púbico, enemas, perfusión endovenosa (goteo), ayuno, rotura precoz de las membranas y monitoreo fetal electrónico.

Otras intervenciones están sujetas a las siguientes limitaciones: La tasa de uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto es del 10% o menor; La tasa de episiotomía es del 20% o menor, con una meta del 5% o menos; La tasa global de cesáreas es del 10% o menor en los hospitales de primer nivel, y del 15% o menor en los hospitales de tercer nivel o de referencia; La tasa de parto vaginal después de una cesárea es del 60% o mayor, con una tasa del 75% ó más.

Casi todos los hospitales practican el llamado "control activo", por el que el personal hospitalario se mantiene "activo", mientras las mujeres de parto no tiene ni voz ni voto. (OMS Apéndice B).

### **2.3.2 Elección del medico gineco-obstetra y del médico pediatra.**

Es de suma importancia tomar en cuenta la filosofía y "estilo" de trabajo del medico, ya que con él, la madre o la pareja, se tomarán decisiones muy importantes a todo lo largo del curso del embarazo, parto y posparto. Por lo tanto, es imprescindible que se construya una relación de confianza y apertura para poder hacer un buen trabajo en equipo. Es cierto que el médico es el experto en ginecología y obstetricia, sin embargo, la paciente es

quien hará el trabajo de parto y quien realizará el trabajo de dar a luz, así que su estado físico y anímico son esenciales para un desarrollo positivo del mismo. Por otro lado, podrá o no, encontrarse sola en este proceso, así que esa tercera persona, que puede ser el marido o algún familiar o amistad, también ejercerá influencia en el desarrollo del embarazo y parto y es importante que sea integrado en el desarrollo de la relación con el médico (Chávez, A., 2000).

Es por estas razones que se considera importante reflexionar sobre algunos puntos que pueden ayudar a evaluar a la madre o a la pareja, qué tipo de médico desean invitar a colaborar en una de las experiencias más significativas del ser humano.

Antes que nada la mujer embarazada debería identificar el tipo de experiencia de nacimiento que le gustaría tener. Durante el embarazo se le presentarán muchas dudas y será gratificante al mismo tiempo que tranquilizante, saber que el médico se tomará el tiempo para responderles y darles la seguridad que necesitan en este proceso.

Para elegir al ginecólogo se sugiere la reflexión de los siguientes puntos o situaciones:

- Manera en que reacciona el médico a las preguntas o dudas de la madre.
- Brinda respuestas claras y satisfactorias.
- Filosofía del médico con respecto al cuidado prenatal y parto.
- Tiempo que planea pasar con la mujer en el trabajo de parto y nacimiento.
- En que hospitales trabaja y cuales son las condiciones y políticas de dichos hospitales.
- Qué expectativas tiene de la mujer embarazada (específicamente de ti).
- Qué procedimientos de rutina practica durante el embarazo y parto.
- Qué índice de cesáreas tiene en su práctica.
- Posee alguna preferencia por el parto vaginal o la cesárea.

- Está dispuesto a escuchar y atender los deseos y necesidades de la madre y el padre.
- Trabaja solo o con algún grupo de médicos y cuales son las condiciones de trabajo.
- Como hace participe a la pareja o a quien acompañe a la mujer, cuando asiste a la consulta prenatal.
- Honorarios.
- Tiempo que tarda la mujer en hacer una cita, en que la pasen al consultorio y en que devuelva la llamada en caso de necesitarlo.

Un mes antes de la fecha probable de parto es conveniente entrevistarse con un pediatra, que usualmente es alguien de quien se tiene una referencia positiva, como es el pediatra de los sobrinos, de los hijos de las amigas, de la familia, del que se ha oído buenos comentarios, el que recomienda el ginecólogo u otra persona confiable. Sin embargo, es importante que antes del nacimiento del bebé establezcan contacto y se conozcan, porque el pediatra será al principio, quien atienda a la madre y el factor empatía es fundamental (Kitzinger, S., 1985).

Ver Apéndice B (OMS).

A continuación se sugieren algunos puntos de reflexión para realizar la elección del médico pediatra:

- Asiste a partos
- Esta de acuerdo y permite el apego
- Apoya el programa de alojamiento conjunto
- Está a favor de la lactancia materna y la apoya. (De ser así, generalmente, no va a complementar con formulas desde el nacimiento y será congruente la información con la práctica).
- Qué opina sobre la circuncisión y si él la realiza.
- Receta medicamentos por teléfono.

- Recibe llamadas a medianoche o en fin de semana por alguna preocupación que los padres tengan en referencia a la salud del bebé.
- Cuanto tiempo tarda en devolver las llamadas.
- Cual es su opinión sobre la ablactación. En que mes introduce alimentos sólidos.
- Honorarios.
- Cuanto tiempo transcurre para hacer una cita.
- Cuanto tiempo tarda en recibir para una consulta.

Es pertinente mostrar un caso presentado por la OMS, en el que pueden observarse los posibles efectos que puede tener la decisión de una madre primigesta al seguir las indicaciones de su médico o escuchar su propio saber.

Se trata del caso de Pat Törngren (OMS, 1985).

### **“DAR A LOS BEBES EL MEJOR COMIENZO EN LA VIDA”**

Pocos adultos asociarían hoy en día la forma en que fueron tratados cuando eran bebés con los problemas que pudieran estar experimentando en sus vidas de adultos. Por otro lado, muchas personas que están pasando a través de varias psicoterapias se dan cuenta de esto perfectamente. “Yo he estado luchando por un largo tiempo dentro de mi terapia con el dolor insoportable de mi propia soledad de cuando era un bebé. No me alimentaban con la suficiente frecuencia ni me cargaban lo suficiente para satisfacer mis necesidades y me hicieron dormir sola desde que nací en adelante. Mi terapeuta me dio recientemente a leer un libro en el que confirmaba perfectamente lo que yo estaba reviviendo en mis sesiones con él y me gustaría compartirlo aquí. Es un libro llamado La Prehistoria del Sexo escrito por Timothy Taylor, que está basado en la arqueología, publicado por Bantam Books en 1997. La sección relevante está en las páginas 189-191”.

Taylor afirma aquí que en las sociedades cazadoras-recolectoras, los niños eran amamantados hasta la edad de cinco o seis años, obteniendo un gran consuelo del amor "incondicional" que brinda el amamantamiento. Ellos aprendían así a confiar, a ser independientes y a compartir. El autor señala que lejos de convertirse en seres dependientes, ellos mostraban una autonomía notable, por que tenían un fuerte sentido interno acerca de su propio valor.

El señala que en las sociedades guerreras sucedía a menudo lo contrario. No se le daba el calostro al bebé y se le destetaba a muy temprana edad. Esto provocaba con frecuencia que el bebé se quedara con dolor, enojo e ira que no podía ni entender ni explicar y que emergía más tarde en su vida en la forma de tendencias agresivas y violentas que eran descargadas sobre alguien más o sobre un grupo de personas y la sociedad se convertía así en una sociedad guerrera.

Hay una práctica que se les está enseñando ahora a los doctores y a los que están a cargo del cuidado de los niños llamada "llanto controlado". En la que se urge a los padres a que la usen para hacer más independientes a sus hijos. Timothy Taylor tiene otras ideas acerca de lo que esto les produce realmente a los bebés. Dice que para que el destete sea exitoso, se debe de dejar a los niños dormir solos y dejarlos llorar. Bajo el 'llanto controlado', al niño se le deja llorar un poco más cada noche antes de responder a sus necesidades de comida y consuelo. Como resultado, el bebé termina por callarse. (En este momento, todo mundo se siente encantado porque piensan que el bebé ha sido 'entrenado' para tener mejores hábitos.)

En contraste, Timothy Taylor sugiere que lo que ha sucedido es que ha entrado en juego un instinto animal básico-observado en bebés de mamíferos y aves, en el que el bebé siente instintivamente que 'si nadie atiende tus señales de sufrimiento, significa que has sido abandonado y que morirás a menos de que conserves tu energía'. El llorar requiere de mucha energía y por lo tanto para poder sobrevivir necesitas dejar de llorar y bloquear el llanto'. Sin embargo, antes de dejar de llorar, el bebé necesita adoptar el conocimiento



de que ha sido abandonado. El resultado de esto es muy serio y Taylor lo relaciona con la teoría de Martín Seligman acerca del 'desamparo aprendido' en la cual argumenta que si el niño llora y su llanto no es atendido ni sus necesidades satisfechas, empieza a desligarse de la realidad ya que el sentimiento es 'no importa que tanto trate ya que nada cambia ni recibo ningún consuelo, así que para qué tratar más si mis esfuerzos son en vano de cualquier manera.'. Un conocimiento semejante es abrumador para un bebé quien para poder sobrevivir lo reprime en el inconsciente y trata de bloquearse hasta dormirse.

El experimentar la futilidad que afecta a su entorno y que describe a su cuidador, se convierte en la base de lo que se conoce como 'desamparo aprendido' en el que el niño ha aprendido desde el principio que es inútil el tratar de hacer que se satisfagan sus necesidades o de afirmarse a sí mismo. Trágicamente el desamparo aprendido es el presagio de una depresión de por vida. ¿Cuántos padres están conscientes del hecho de que sus bebés bien portados y entrenados están en riesgo de deprimirse y de continuar así de por vida a menos de que pasen mucho años de costosas terapias? E incluso así, los resultados de la depresión por el desamparo aprendido son muy difíciles de tratar y por lo tanto es necesario que hagamos algo para remediar esta situación ahora. El doctor Nils Bergman de Ciudad del Cabo cita en un documento leído en 1998 en la conferencia internacional Kangaroo Mother Care la investigación realizada por Lozoff (1977) quien estudió la manera en la que los pueblos cazadores-recolectores crían a sus hijos. El dice que 'un hecho común a todos los grupos es que cargan a sus recién nacidos constantemente. Los bebés duermen con sus madres y su llanto es atendido inmediatamente, se les alimenta cada una o dos horas y el amamantamiento continúa hasta los dos años.' El urge a los padres a darles esta clase de cuidado a sus niños.

"Trágicamente para la mayoría de nosotros esta información ha llegado demasiado tarde. Lo que me entristece es que aunque mi madre no era una persona cálida ni afectuosa, era muy consciente y si los libros del cuidado del bebé de su época le hubieran dicho que me sostuviera y consolara después de nacer, que me cargara cerca de su cuerpo, que me alimentara cada vez que tuviera hambre y que no me dejara llorar de hambre durante ocho

horas cada noche de mi vida, ella habría seguido sus instrucciones y la historia de mi vida habría sido probablemente muy diferente”.

“En vez de eso, el doctor le dijo que no me cargara con demasiada frecuencia ni que me alimentara bajo ninguna circunstancia entre las 10pm y las 6am, porque mi estómago necesitaba ‘descansar’. (Algunas de mis regresiones de bebé más dolorosas han sido acerca de esta terrible prueba nocturna de soledad y hambre), porque mi madre era una madre muy ‘consciente’ y seguía las instrucciones del doctor al pie de la letra”.

“Sin embargo, mi llanto le preocupaba y llamaba al doctor y le decía: ‘No puedo dejar a mi bebé llorar así, ¿que puedo hacer? Y el doctor le respondía, no importa lo que haga, pero de ninguna manera alimente a su bebé antes de las 6 de la mañana porque le puede afectar al estómago. Así que me paseaba durante dos horas desde las 4 de la mañana, pero nunca me alimentaba. Ella me dijo más tarde que se sentía desesperada y yo también. Yo le estaba diciendo tan directamente como podía, que tenía hambre y dolor y sin embargo parecía como si nada de lo que hiciera, pudiera hacerle entender acerca de lo que necesitaba. Esto ha producido en mi vida el miedo de que nunca sea comprendida sin importar qué tan claramente trate de expresarme. Esto también me ha dejado con muchas inseguridades acerca de la comida y el miedo de que nunca va a haber suficiente. Además esto me dejaba la sensación de que era ‘mala’ y que no merecía recibir nada (ni siquiera comida cuando tenía hambre), porque yo podía sentir la irritabilidad y el resentimiento de mi madre por ser levantada tan temprano cada mañana. Así que en mi vida adulta he tenido que batallar para abrirme paso a través de problemas de baja autoestima, sentimientos de no merecer, falta de asertividad, desamparo aprendido y depresión. Todo esto ha contribuido a tener que pasarme años en terapia, recuperándome de mi infancia”.

“Mucho de esto podría haber sido evitado, si el doctor le hubiera dicho a mi madre que simplemente siguiera sus instintos maternos y que escuchara lo que su bebé estaba tratando de comunicarle. Pero él no lo hizo y yo he tenido que pagar el precio. Desafortunadamente, no podemos deshacer el pasado, pero lo que sí podemos hacer es

intentar todo o que este en nuestro poder para ver que los padres de hoy reciban esta información. Necesitan ser re-enseñados acerca de cómo pueden criar a sus hijos, estimulándolos para que confíen en sus instintos maternos. De esta forma, los niños que nazcan hoy, crezcan más sanos y felices que lo que nosotros lo hicimos, con la esperanza de que el mundo sea un lugar un poquito más sano”.

## **2.4 Tratamientos Médicos para el Dolor**

Hay quienes describen el dolor como una sensación penosa y desagradable, con una intensidad variable, que se percibe en algún punto del cuerpo. Y del que se puede derivar sufrimiento físico o psicológico.

Hay que recordar que para cada mujer el trabajo de parto es único. El grado de dolor de dicho trabajo en cada mujer, difiere una de otra. Algunos factores de los que depende son: nivel de tolerancia al dolor, tamaño y posición del bebé, fuerza de las contracciones uterinas y experiencias previas de otros partos. Por lo tanto las decisiones con respecto al control del dolor del trabajo de parto deben ser hechas en forma individual, ya que algunas mujeres logran un adecuado control del dolor con las técnicas de respiración y relajación, mientras otras, pueden encontrarlas inadecuadas o insuficientes (Romero, L., 2003).

Refiriendo a un aspecto religioso, dice en La Biblia que Dios castigó a Eva por haber comido del árbol del bien y del mal, y que por tal motivo le sentenció que habría de parir con dolor. Hay quienes hacen una interpretación diferente: pasará un gran trabajo para dar a luz y no que esté sentenciada al dolor. Desde tiempos inmemoriales se ha hecho la asociación del parto con el dolor por lo que se han desarrollado una serie de técnicas para acelerar el parto y hacer que la madre se sienta mejor. En 1853, cuando la reina Victoria dio a luz a su séptimo hijo, el príncipe Leopoldo, con ayuda del cloroformo anestésico, decidió darle gran impulso al uso de medicamentos para aliviar el dolor. Para

comienzos del siglo XX, se dio por sentado el uso de algún tipo de anestesia durante el parto entre mujeres de clase media del mundo occidental. Dichas drogas afectan tanto al bebe como a la madre. En distintos estudios este descubrimiento se ha confirmado (Howell C. C., 1991). Las drogas que se administran a la madre durante el trabajo de parto y el parto, pasan a través de la placenta, entran al riego sanguíneo y tejidos fetales y afectan el sistema nervioso central del recién nacido durante la primera semana o más. Los medicamentos obstétricos parecen afectar la recuperación inicial del peso del bebe, su respuesta a los cuidados y la alimentación y su desempeño en las primeras tareas de aprendizaje (Brazelton, 1970 citado en Pappalia, 1978).

Otro efecto es el psicológico, un ejemplo de ello es que gran parte de los sentimientos maternos de la mujer surgen de las reacciones positivas que recibe de su bebe. Un niño que coma ávidamente y que sea activo y despierto, produce sentimientos positivos en la madre. Por tanto, el uso de medicamentos trae efectos negativos que se pueden observar claramente en la vinculación entre madre e hijo. Por este motivo la sociedad debiera reexaminar el uso rutinario de los medicamentos obstétricos, ya que existen alternativas.

### **2.4.1 Analgesia y Anestesis**

La analgesia es el alivio total o parcial de sensaciones dolorosas. La anestesia usualmente se considera como un bloqueo más amplio de todas las sensaciones, incluyendo movimiento muscular.

Para nacimientos por operación cesárea se puede administrar anestesia epidural, espinal o general. La selección y extensión dependen de varios factores incluyendo las preferencias de la paciente y las condiciones médicas de la madre y su bebé (Franco G.,A., 1999).

En la actualidad existen diversas opciones:

**1. Analgésicos:** los medicamentos para aliviar el dolor que se inyectan por la vena o en un músculo se llaman analgésicos y ayudarán a disminuir el dolor, aunque no se elimine completamente. Generalmente éstos son recetados por el obstetra (Analgesia y anestesia en el parto, 2003).

**2. Anestesia local:** otros medicamentos para aliviar el dolor pueden ser inyectados por el obstetra en el área vaginal y rectal en el momento del nacimiento. Estos medicamentos se llaman anestésicos locales y proporcionan un adormecimiento o pérdida de sensación del dolor en un área pequeña. Frecuentemente se usa anestesia local para disminuir el dolor del alumbramiento o cuando se realiza una episiotomía para ayudar al parto. Sin embargo, no alivian el dolor de las contracciones (García, E., 2001).

**3. Anestesia regional o bloqueo:** la anestesia regional se refiere a bloqueos espinales y epidurales, los cuales son administrados por médicos especialistas llamados anesthesiólogos y se aplican en la parte baja de la espalda, entre la cuarta y quinta vértebra, provocando un bloqueo de sensibilidad en la zona, así como la pérdida de movimiento muscular. Pueden aplicarse durante el trabajo de parto, ya sea un parto vaginal o cesárea.

- a) Anestesia espinal: para su aplicación se emplea una aguja mucho más fina que la del bloqueo. Las principales diferencias entre la espinal y la epidural son las dosis que se emplean, que son menores cuando se trata de la espinal porque se administra directamente en los nervios. El adormecimiento es muy rápido. Puede presentarse cefaleas después de la anestesia espinal, que si se vuelve recurrente puede tratarse.

b) Bloqueo epidural: es una anestesia parcial que se aplica en el espacio epidural que se encuentra entre el saco de tejidos que contiene el líquido cefalorraquídeo y la médula espinal. Una vez identificado este espacio se introduce a través de la aguja guía un pequeño tubo de plástico flexible llamado catéter epidural. Al introducir el catéter a veces se roza un nervio, causando una especie de calambre o sensación de hormigueo que recorre la pierna y que desaparece al colocar el catéter en su sitio. Una vez colocado el catéter en el lugar correcto, se extrae la aguja y se asegura la posición del mismo con tela adhesiva. A través de este catéter la paciente puede recibir los anestésicos que sean necesarios, durante todo el procedimiento, según lo requiera y de acuerdo al criterio del anestesiólogo. Los anestésicos "bloquearán" la transmisión de cualquier sensación. Cada mujer responde de forma diferente a la analgesia epidural. En términos estadísticos, la primera fase del parto se acorta con la analgesia epidural, mientras que la fase de expulsión suele prolongarse, sin que ello suponga necesariamente un peligro adicional para el niño. El tiempo promedio en que tarda en hacer efecto varía entre 10 y 20 minutos, así como la duración de su efecto puede extenderse de acuerdo al progreso del parto. Al terminar el parto se retira el catéter epidural y la sensibilidad retornará gradualmente (Dickey, N., 1999) .

**4. Anestesia general:** Se usa anestesia general cuando no es posible una anestesia por bloqueo o no es la mejor selección, ya sea por razones médicas u otras causas diversas. Puede empezar rápidamente y causa una pérdida de conocimiento también rápida, por lo que se emplea para casos de cesárea de urgencia. En estas circunstancias, la anestesia general es la mejor opción para el bebé y la mamá. Es deber del anestesiólogo valorar continuamente al paciente, una vez administrada la anestesia (Fastuca, A., 1992).

**Desventajas:** (Ver Apéndice D. Recomendaciones de la OMS)

- La función del bloqueo epidural es, como su nombre lo indica, bloquear la sensibilidad del cuerpo y la movilidad de los músculos. Lo cual bloquea el control de la mujer parturienta sobre su cuerpo y la posibilidad para identificar los mensajes que le envía su cuerpo acerca de su estado, desde el deseo de orinar hasta el deseo de pujar.
- Incrementa de entre 26 hasta un 50 por ciento la probabilidad de que resulte en cesárea. (Gambone, Joseph y Kahn, 1994)
- Inhibe el deseo de pujo y dificulta el pujo en sí. Depende de la cantidad de medicamento suministrado para que pueda existir la posibilidad de pujar. Si la analgesia es ligera, aunque los abdominales no respondan (ya que se encuentran bloqueados), se sostiene el aire y se empuja el diafragma aunque es de esperarse que el pujo no resulte efectivo, también puede ayudarse mediante el empleo de fórceps o de la maniobra de Kriesler, que consiste en empujar desde afuera y con fuerza, el fondo uterino para que el bebé descienda (actualmente proscrita en los libros de medicina, continua empleándose de forma común) (Chavez, A., 2000).
- Debido a los efectos de la anestesia, así como la falta de ayuda del cuerpo de la madre, la cabeza del niño necesitará ser guiada en su camino hacia el exterior. Por lo que se necesitará utilizar un instrumento llamado fórceps o una ventosa, además de que el anestesiólogo tendrá que reforzar el bloqueo para conseguir una mayor pérdida de sensibilidad y mayor relajación muscular que permitan hacer dichas maniobras.
- La anestesia general, tiene muchos mas riesgos y efectos secundarios, que el bloqueo, en la mayoría de los casos en las pacientes embarazadas. Además de

perder la posibilidad de efectuar el apego inmediato para la formación del vínculo madre-padre-hijo.

- El bloqueo debe ser administrado cuando el trabajo de parto está bien instalado porque su administración es muy incómoda e inhibe el trabajo de parto, es decir, que puede reducir la intensidad y frecuencia de las contracciones, retrasando así el proceso de dilatación. De suceder así el remedio es administrar más dosis de oxitocina que fuerzan al útero y al bebé.
- El bloqueo disminuye la elasticidad interna de los músculos pélvicos lo que puede provocar que persistan posiciones posteriores o transversas de la cabeza del bebé. Lo que no sucede cuando la mujer puede moverse y adoptar posiciones favorables que ayuden a que pueda rotar la cabecita del bebé.
- El bloqueo también baja la presión arterial de la madre y por tanto del bebé, poniéndolo en una situación delicada. Lo que genera mayor administración de sustancias para intentar mantenerlo "bajo control".
- El bloqueo quita el control de los esfínteres, de la vejiga y el ano, lo cual hace necesario vaciarlos artificialmente.
- Empleo excesivo de medicamentos. (D'Alvia, R., 2001)

A este respecto existen criterios para su regulación:

- Identificación de las diferencias individuales en el requerimiento de analgésicos.
- Identificación de diferentes respuestas a una misma dosis.
- Las variaciones en la intensidad y formas del dolor en distintos momentos del paciente.



- Evaluación del dolor, mediante la ayuda que se le brinde al paciente para que verbalice su malestar para orientar las acciones a seguir.

### **Contraindicaciones:**

Pacientes que presenten problemas de:

1. Coagulación de la sangre
2. Problemas de columna
3. Enfermedades neurológicas
4. Alergia a anestésicos locales

Por lo tanto, el anestesiólogo deberá evaluar cada caso en particular y decidir si es conveniente su empleo (Ruiz, S., 2003).

### **Riesgos:**

1. Complicaciones más frecuentes:
  - Escalofríos o temblores
  - Sensación de falta de aire
  - Lateralización del efecto de la anestesia o falta total del efecto
  - Baja de la presión arterial
  - Dificultad al orinar por el uso eventual de una sonda
  - Posteriormente: temperatura, molestia en el sitio de la punción especialmente durante cambios de clima y dolor de cabeza (a largo plazo) derivado de la punción accidental de las meninges.

## 2. Complicaciones graves:

- Si el medicamento se infiltra accidentalmente dentro del espacio raquídeo se puede producir una anestesia total que es reversible al cabo de unas horas.
- Si el medicamento se infiltra dentro de una vena puede producir efectos secundarios, como ruidos en los oídos, sensación de gusto metálico en la boca, dolor de cabeza y convulsiones.
- Complicaciones más serias son meningitis, parálisis de las piernas y muerte.

## 3. Efecto dominó: Se constituye por una serie de intervenciones en cadena, que son necesarias al aplicar un bloqueo epidural y que podrían hacer que el nacimiento del bebé finalice en una operación cesárea:

- Confinamiento a una cama, lo que hace que la posición no favorezca el descenso del bebé por gravedad. Una mujer que camina y se mueve favorece la rotación y el descenso del bebé, así como un mejor aporte de oxígeno.
- Aplicación de oxitocina sintética o una conducción que aporte una mayor cantidad de dicha hormona ya que la anestesia al hacer efecto relaja los músculos del útero y piso perineal. Las contracciones que en primera instancia eran favorables dejan de serlo entorpeciendo la rotación y el descenso del bebé.
- Aplicación de una sonda en la uretra para eliminar la orina que se está produciendo al ser hidratada por un suero, ya que la mujer queda imposibilitada para moverse.
- Monitoreo fetal continuo, para detectar cualquier anomalía en el ritmo cardíaco del bebé.
- Chequeo continuo de los signos vitales de la madre: presión arterial la cual puede bajar, temperatura la cual puede elevarse.
- Si el bebé no descendiera y el trabajo de parto se prolongara, puede terminar en cesárea.

#### 4. Para el bebé:

- Si el trabajo de parto se alargara el bebé puede cansarse debido a lo intenso de las contracciones, por lo que uno de los inconvenientes de las anestésicas es favorecer la disminución del flujo sanguíneo al bebé provocando que se estrese y sea necesario practicar una cesárea para evitar el sufrimiento fetal.
- Posible uso de fórceps, realizar una episiotomía o la maniobra de Kriesler que consiste en presionar el fondo del útero para que el bebé descienda.

#### **Ventajas:**

- Una técnica muy rápida para bloquear las sensibilidades del cuerpo.
- Produce buena analgesia en la mayoría de los casos.
- Ofrece un menor número de complicaciones, menos graves y menos efectos no deseados para el neonato y la madre, tratándose de métodos invasivos.
- Permite una participación parcial de la madre.
- Cuando la madre está muy estresada mejora la circulación sanguínea de la placenta y la oxigenación del neonato.

## **2.5 CESÁREA**

La cesárea es una intervención quirúrgica mayor que permite la salida o nacimiento de un feto y sus anexos mediante una incisión de la pared abdominal y del útero. **Una cesárea se realiza cuando el parto vaginal no es posible o representa algún riesgo para la madre o el bebé.**

**715 a.C:** "*Lex cesárea*" Pompilio rey de Roma impuso esta ley que se aplicaba a toda madre que fallecía embarazada, entonces tanto la madre como el feto debían enterrarse separadamente. También se cree que pueda derivarse del verbo latino *caedere* que significa cortar. El término cesárea puede ser debido a que Julio César pudo haber nacido de esta manera, sin embargo hay otras teorías de carácter histórico.

En un artículo publicado en 1920 en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology* del Dr Joseph DeLee (Terra, 2002) subraya que "*La labor de parto es un trabajo de empuje que amenaza al bebé; y es responsable de epilepsia, idiotismo, imbecilidad y parálisis cerebral, así como de muerte*". Él compara el acto de dar a luz con "colgar de la horca, colocando el asidero alrededor del perineo" y que "sólo una minoría de mujeres se escapan a una lesión durante la labor", "en ambos casos la causa de la lesión, colgar de la horca y la presión en la puerta es patogénica, patológica o anormal". El doctor DeLee recomendaba la rutina de usar la episiotomía y los fórceps para evitar que la mujer sufra estas potenciales aflicciones agregando que la episiotomía podía restaurar las "condiciones virginales" ya que el daño provocado la convertía en menos deseable sexualmente. Hace casi un siglo esta filosofía en conjunto con otras creencias, fue precursora del uso inadecuado de los avances médicos, de que la mujer perdiera autonomía sobre el dar a luz y de una percepción totalmente errónea acerca del proceso de dar a luz.

### **Necesaria o epidemia:**

Uno de los momentos más esperados por la mujer es el alumbramiento, cuando la ilusión de conocer a su bebé se hace realidad. Sin embargo, la preocupación de si el pequeño llegará por cesárea o parto vaginal es un asunto que preocupa a la mayoría de las futuras madres.

Es el médico junto con la mujer quienes deciden la modalidad del parto, de acuerdo a las necesidades físicas de la mujer, puesto que hay una serie de condiciones que lo determinan como la edad, el peso, las enfermedades, la condición del feto, la no dilatación, entre otras, que se dan en forma paralela con la preferencia personal de los padres. Es cierto que se puede preparar todo para que nazca de forma natural, y sin embargo, al momento del parto se presenten complicaciones que no lo permitan, y es por este motivo que se dice que el médico “tiene la última palabra” (García, D., 2003).

A pesar de lo anteriormente expuesto, existen numerosas ocasiones en las que se realiza la cesárea de forma innecesaria. En América latina anualmente se practican 850 mil cesáreas innecesarias, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, OPS (García, D., 2003).

Aunque el especialista es quien debe determinar cuál será la vía más adecuada para dar a luz, es esencial que los padres conozcan las características de cada vía de nacimiento, sus indicaciones, riesgos y ventajas. Pues es muy común que los doctores presenten la cesárea de manera incompleta y simplista. Un ejemplo de ello, son las frases más comunes que utilizan para explicar las ventajas del empleo de anestesia en una cesárea: “...permite el parto con un mínimo de dolor y con estado de conciencia de la madre.” O “La anestesia epidural le permitirá descansar durante la parte más larga de todo el proceso de parto, esto es, durante la fase de dilatación del cuello del útero. Cuando llegue el momento final tendrá energías para poder pujar cuando sea necesario”. Con esta guía acerca del proceso de una cesárea, se entiende que, en primer lugar el parto conlleva sin lugar a duda, dolor y que este puede ser minimizado, sin necesidad de conocer la manera individual en que se desarrollará en esa mujer en particular. Y en segundo lugar, se da por hecho que estará tan cansada que de antemano se le sugiere que descanse para que cuando llegue el la fase de expulsión, pueda hacerlo sin dificultad alguna, omitiendo que si la anestesia continua haciendo efecto, ella no tendrá posibilidad de controlar sus músculos para ayudar al bebé a salir. (Franco, G. 1999)

## 2.5.1 La cesárea necesaria

Satánizada por muchos y agradecida por otros, la cesárea **es en realidad una opción médica invaluable cuando se presentan complicaciones**. Esta práctica ha salvado vidas tanto de madres como de bebés. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no está exenta de peligros y que debe realizarse bajo condiciones técnicas adecuadas. Dr. Mario Domenzain, ginecólogo del Hospital Baptist de Miami (García E., David, 2003).

La cesárea es una incisión a través de la pared abdominal y el útero para extraer el feto, que se realiza cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el bebé. La cirugía se realiza normalmente con la madre despierta, con anestesia parcial, desde el pecho a las piernas, que es la llamada epidural o espinal. Se realiza una incisión por encima del pubis en el abdomen inferior, y al quedar expuesto el útero, se abre mediante otra incisión y se libera el líquido amniótico, y luego se extrae el bebé. Tal como se hace después del parto, la boca del bebé y la nariz se limpian de fluidos y el cordón umbilical se liga y se corta.

### Indicaciones para realizar una cesárea:

#### 1. En el bebé:

- Sufrimiento fetal agudo por aporte disminuido de oxígeno al feto (hipoxia).
- Taquicardia o bradicardia fetales (el corazón late con excesiva o insuficiente rapidez).
  - a) Peligro para el bebé:
    - La realización de los cortes en las capas del abdomen de la madre pueden alcanzar al bebé.

## 2. En la madre:

- Útero demasiado pequeño, cicatrizado, o deforme.
- Gestación múltiple.
- Cervix demasiado relajado (incompetencia cervical).
- Presencia de infección activa por herpes genital en la madre.
- Placenta que ocluye el cérvix (placenta previa), o de inserción baja.
- Desprendimiento prematuro de placenta (placenta abruptio).
- Prolapso de cordón (salida del cordón por el canal vaginal).

### a) Peligro para la madre:

- La cabeza del feto es demasiado grande para pasar a través de la pelvis de la madre (desproporción cefalopélvica).
- Trabajo de parto muy prolongado.
- Posición anormal del bebé.
- Madre de edad avanzada.
- Presencia de una enfermedad importante asociada (toxemia, preclampsia, eclampsia, hipertensión).

## Después de la cirugía

La mayoría de las madres y los niños se recuperan con pocos problemas, y la estancia en el hospital puede variar de 3 a 4 días.

La recuperación suele ser más prolongada que de un parto vaginal. Se recomienda caminar desde el primer día de la intervención para mejorar y acortar la recuperación. Para el dolor de la incisión se suelen recomendar analgésicos.

## 2.5.2 Epidemia de cesáreas

El doctor Domenzain (García, D., 2003) sostiene que "El parto es tan inherente a la biología como el ser mismo. Desde tiempos inmemoriales, los partos ocurrían en casa, pero al avanzar la ciencia y darse cuenta de la cantidad de problemas que se pueden presentar, el proceso se llevó a lugares más asépticos y con circunstancias más controladas. Entonces, surgen nuevos enfoques a un procedimiento antiguo, ahora la obstetricia es 95 por ciento rutina y cinco por ciento tragedia, si el niño va bien, prácticamente nacen solos". Sin embargo, latinoamérica ostenta los índices más altos de partos por cesárea del mundo. En opinión del doctor José Belizán, director del Centro Latinoamericano de Perinatología dependiente de la OPS (García, D., 2003), el término mas adecuado para describir dichos índices, es el de epidemia y agrega "pero si bien son muchos los factores que pueden motivar una cesárea, lo importante es que, sumados, no deberían representar más de un 15 por ciento del total de los partos". Cabe mencionar que este porcentaje fue propuesto en 1985 por la OMS como límite máximo, tomando como base los índices registrados en aquellos países que acusan las menores tasas de mortalidad perinatal.



## Promedios permitidos

Datos sobre el índice de cesáreas que se practican en México, de acuerdo con el informe Salud: México 2002 y la Organización Panamericana de la Salud.

**2 millones**  
promedio nacional  
de nacimientos al año

**37.8%**  
promedio nacional  
de atención de partos  
vía cesárea.

**70%** en hospitales privados

**30%** en instituciones  
públicas de salud

**15%** porcentaje  
recomendado por la  
Organización Mundial de la Salud

### MAYOR ÍNDICE

Nuevo León: **48.7%**

Distrito Federal: **45%**

Sinaloa y Tamaulipas: **42%**

### MENOR ÍNDICE

Chiapas: **31.30%**

San Luis Potosí: **27.7%**

Zacatecas: **26%**

Fuente: Ruíz, Sara. Grupo Reforma. Artículo: "Recurren más mexicanos a cesáreas"  
Ciudad de México. 17 agosto 2003.

Por otra parte, en los Estados Unidos y en Europa se implementan programas para reducir el número de cesáreas, mientras que en América latina el número de partos por esta vía continúa creciendo. A este respecto el doctor Belizán (García, D., 2003) opina que "Se ha generado una **malversación del proceso natural del nacimiento** que ha sido **generada por ciertas actitudes de los médicos**, mismas que se han trasladado a la población".

A continuación, se abordarán las principales motivaciones que promueven la realización de numerosas cesáreas innecesarias.

Durante los últimos 30 años la incidencia de este procedimiento ha aumentado a un ritmo constante. Se encuentran diversas causas, de las cuales, se mencionaran las cuatro principales:

1. Comodidad: para médicos y padres.
2. Inversión de tiempo y trabajo: para médicos.
3. Evitar el dolor: para padres.
4. Económica: para médicos y padres.

Un ejemplo que nos puede ilustrar la manera en que se manifiestan las causas numero dos y tres, es la amplia difusión de técnicas de monitoreo fetal, que permiten a los médicos una visión más detallada (aunque frecuentemente inexacta) de los riesgos de nacimiento de cada bebé, dando por resultado la elección de una cesárea para “evitar riesgos”; sin embargo se ha convertido en una tendencia muy socorrida, a veces, acentuada por padres ansiosos que tienen percepciones erradas o exageradas acerca de los riesgos del parto vaginal, especialmente cuando la mujer ya ha tenido un parto por cesárea. Son las mismas mujeres las que reclaman la cesárea, por considerarla **erróneamente**- un método más seguro, indoloro, sencillo y cómodo (Cracken, L., 1995).

Para los médicos, la cesárea es más conveniente, porque permite planificar el momento del parto, fuera del horario de consultorio. Además, la cesárea dura a penas una hora mientras que un parto normal requiere muchas horas de trabajo. Existe cierto temor a las consecuencias legales: es mucho más fácil demostrar por qué se practicó una cesárea que por qué no se la hizo (Jacobson, I., 2003).

Por otro lado tenemos la presencia de los seguros médicos y sus limitantes coberturas, donde se determinaba claramente que la compañía de seguros cubriría única y exclusivamente los nacimientos que fueran por cesárea, dada su baja incidencia. Algunas compañías aseguradoras reembolsan a los doctores o a los usuarios una tasa más alta por las cesáreas que por partos normales. Esta condicionante basada en probabilidades, como lo hacen todas las compañías de seguros, para establecer el costo o pago que representa dicho evento, sin preverlo, provocó que se confabularan padres y médicos e instituciones de salud privadas, con el objeto de “proteger” en un primer termino, la economía familiar, en segundo plano, la economía y tiempo de los médicos, así como la estancia a pagar por recuperación del paciente. Así que los beneficios reportaron ganancias a todo el conjunto de personas involucradas. Hoy por hoy en México, estas condiciones han cambiado; los seguros modificaron sus coberturas y actualmente son una mayoría las compañías que cubren el evento de parto, sin importar la manera en que se realice.

La suma de todos estos factores generó un círculo vicioso en el que, tanto las mujeres como el mismo médico, se convencen el uno al otro de que la cesárea es el método más adecuado.

Como resultado, en muchos países la tasa de cesáreas se ha duplicado en los últimos 25 años. Sin embargo, los índices de cesáreas en México no han bajado significativamente ya que los otros beneficios, que mencionamos anteriormente, continúan siendo un aliciente para muchos.

No hay quien cuestione que las cesáreas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, no obstante recientes investigaciones han empezado a concentrarse en los riesgos del procedimiento.

Aunque los médicos continúan debatiendo los méritos relativos del parto por cesárea, nadie discute los costos adicionales que el procedimiento impone en los sistemas de salud. Varios estudios han demostrado que una cesárea típicamente cuesta entre dos y tres veces más que la atención médica de un parto vaginal (Jacobson, I., 2003).

A pesar de la creciente conciencia acerca de los costos humanos y financieros de las cesáreas innecesarias, las autoridades de salud en la mayoría de los países latinoamericanos han actuado con lentitud. Incluso en ambientes donde se está realizando un esfuerzo concertado con la población para reducir la tasa de cesáreas el progreso es lento y difícil. Los doctores naturalmente resienten cualquier interferencia en su autoridad para recomendar lo que consideran mejor para sus pacientes. Y en algunos países, las mismas parturientas presentan un gran obstáculo. Ana Langer, una experta de salud pública que ha estudiado el problema de las cesáreas en Brasil y México señala que las mujeres brasileñas de clase alta suelen solicitar cesáreas sin razones médicas. "Hay toda una gama de creencias infundadas, por ejemplo, muchas creen que tener un parto vaginal puede disminuir su atractivo sexual después del parto."; de hecho en un reportaje que *Newsweek* realizó, se cita de igual manera un médico regiomontano que cree que la mujer pierde placer sexual por tener partos vaginales (Ruiz, A. 2003).

Hasta el momento existe controversia acerca de los criterios para decidir de antemano practicar una cesárea, de lo natural versus lo artificial. A este respecto, el doctor Domenzain comenta que la diferencia que se ha visto entre cesáreas sencillas y entre partos complicados es enorme, sobre todo por la seguridad, pero siempre hay muchos "pros y contras" en cada decisión (García, D., 2003).

La OMS hace referencia a un fenómeno llamado "obstetricia defensiva" en la que se viola uno de los principios fundamentales de la práctica médica: Lo que haga el médico debe hacerlo en beneficio de la paciente (Apéndice E).

Dicho fenómeno está íntimamente relacionado con una práctica guiada por el miedo, es decir, que las decisiones que toman están dirigidas a evitar problemas legales o económicos con el seguro, por lo tanto el médico está practicando el miedo y la codicia, no medicina. De esta manera, se “defienden” culpando a las mujeres, a los abogados y al sistema legal, de las decisiones que toman. Un ejemplo muy claro es que resulta mucho más fácil demostrar las razones que motivaron una cesárea que un parto vaginal. Irlanda es uno de los ejemplos más representativos, ya que las denuncias registradas por negligencias médicas se han incrementado en un 450% de 1990 a 1998; de estas denuncias, casi el 50% se refieren a aspectos en los que se encuentran involucrados ginecólogos y médicos obstetras. Esto sugiere que, hasta cierto punto, el miedo a la denuncia es sólo una excusa médica para permitir el uso continuo de intervenciones como la cesárea, que muchos médicos prefieren en cualquier caso.

### **2.5.3 Índice de cesáreas**

En 1985, La Organización Mundial de la Salud fijó en 15 por ciento la tasa más alta aceptable de cesáreas, basándose en las tasas prevalecientes en los países con las tasas de mortalidad perinatal más bajas del mundo.

En México, en los hospitales privados, el 90 por ciento de los alumbramientos son a través de cesárea, y en las instituciones gubernamentales el 60 por ciento, refiere Nara Trejo, educadora e instructora en psicoprofilaxis del centro Área (García, D., 2003) En Monterrey algunos hospitales privados tienen tasas de entre 80 y 90 %.

En América latina anualmente se practican 850 mil cesáreas innecesarias, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, OPS.

Según un creciente número de médicos y especialistas en salud pública, coinciden en que la elevada tasa de cesáreas en América Latina es una aberración causada por factores financieros, educativos y políticos.

México ocupa el segundo lugar en el mundo en cesáreas realizadas, según datos de la OPS al 2002:

Fuente: Secretaría de Salud

**Costo de partos en instituciones privadas**

(promedio)\*

■ \$26 mil cesárea

■ \$16 mil natural

**Costo de partos en instituciones públicas**

(promedio)\*

■ \$9 mil cesárea

■ \$4 mil 500 natural

40% Chile  
 37.8% México  
 27% Brasil  
 25% Argentina  
 15% Francia  
 23% EU y Cuba  
 21% Costa Rica, Venezuela  
 17% Colombia

Fuente: Ruíz, Sara. Grupo Reforma. Artículo: "Recurren más mexicanos a cesáreas" Ciudad de México. 17 agosto 2003.

Recomendaciones con respecto al uso y abuso de las cesáreas, proporcionadas por la OMS (1996) en un documento titulado "El nacimiento no es una enfermedad":

- No se justifica la **ruptura artificial de las membranas por rutina**. La ruptura artificial de membranas no es indispensable antes de un estadio muy avanzado del trabajo. Ningún dato científico justifica la ruptura sistemática de membranas por medios artificiales en un estadio temprano del parto.

- El **parto no debe ser provocado por medios artificiales** por comodidad, ni debería provocarse un parto **si no lo requieren indicaciones médicas precisas y justificadas**. Ningún país debería tener tasas de provocación artificial de parto superiores al 10 por 100.
- Los países en los que las tasas de mortalidad perinatal son las más bajas del mundo, también tienen las tasas de cesáreas inferiores al 10 por 100. No hay, pues, ninguna razón que justifique que existan en ningún país tasas de cesáreas superiores a ese número. La tasa nacional de cesáreas en Estados Unidos en 1.986 fue del 24%, y en Francia en 1.988 del 14,3%, mientras que en países que se caracterizan por su baja mortalidad perinatal como los Países Bajos o Irlanda, la tasa de cesáreas observada fue del orden del 6 al 8%. De acuerdo con la opinión de expertos consultados el porcentaje de cesáreas rondaría el 17% teniendo en cuenta solamente razones médicas. Si se consideran oportunas algunas razones no médicas, este porcentaje difícilmente sobrepasaría el 25%.
- **No existen pruebas científicas que demuestren la necesidad de una cesárea en las mujeres que hayan sufrido anteriormente una cesárea segmentaria inferior transversal.** El parto por vías naturales en las mujeres con una cesárea anterior debe ser estimulado, cada vez que se disponga de una infraestructura quirúrgica en caso de urgencia.

#### 2.5.4 Desventajas y riesgos asociados a la cesárea (cirugía mayor)

- Infecciones
- Dolores abdominales fuertes por la acumulación de gases o hemorragias.

- Lesión de tejidos y órganos adyacentes.
- Reacción a la medicación.
- Problemas respiratorios.
- Alteración del funcionamiento intestinal.
- Riesgos de la anestesia y de las transfusiones (más frecuentes en las cesáreas).
- Los bebés que nacen por cesárea tienen un riesgo más alto de complicaciones que los que nacen por parto vaginal.
- Los niños nacidos por cesárea presentan mayor proporción de dificultades respiratorias, ya que la omisión de las contracciones del parto favorecen la activación de las sustancias que preparan los pulmones del bebé para la primera bocanada de aire.
- Presentan calificaciones bajas en el test de Apgar. Que podría deberse al efecto de la anestesia materna sobre el bebé o a un estado general de alteración producido por la intervención.
- Los bebés de peso normal nacidos por cesárea presentan 2.5 veces más probabilidades de morir en el período neonatal temprano que aquellos nacidos por parto vaginal. Fue la conclusión de un estudio realizado (1991) en 25 hospitales privados de la ciudad de México, publicado en el American Journal of Obstetrics and Gynecology (Chavez, A., 2000).
- Bebes prematuros (error en la fecha probable de parto).
- Daños al bebé al hacer incisión uterina.
- Alteración de la relación madre-hijo que se establece desde el primer momento y que incide en el amamantamiento: succión más débil y una menor respuesta a los estímulos maternos.
- La depresión postparto es más común e intensa a causa de la falta de conciencia y/o participación, así como de sentimientos no procesados psíquicamente.
- Mayor tiempo de estancia hospitalaria.
- Recuperación postoperatoria más prolongada que interfiere en el desarrollo de las actividades de su rol como mujer y madre.



- La cesárea conlleva los mismo riesgos que cualquier intervención quirúrgica mayor, como es una operación de corazón o apendicitis.

Aunque nadie niega que las cesáreas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, las investigaciones recientes han empezado a concentrarse en los riesgos del procedimiento. Aparte de los peligros obvios para la madre asociados con una operación de cirugía mayor, hay suficiente evidencia que demuestra que los bebés que nacen por cesárea tienen un riesgo más alto de complicaciones ((Fastuca, A., 1992).

## **2.6 PSICOPROFILAXIS EN MÉXICO**

Con preparación puede cambiarse el concepto inadecuado que muchas personas en la actualidad tienen acerca de lo que es un parto, ya que obtendrán información completa y exacta acerca del embarazo, el parto, la cesárea, el postparto y la lactancia. Es a través de un curso psicoprofiláctico que se entienden temores, evitando el miedo que paraliza y se aprende a trabajar con el cuerpo, sin temor, con respeto y cuidado, del mismo modo que se protege al hijo que se lleva dentro.

El curso psicoprofiláctico es una preparación para tener un parto vaginal, no para aprender cómo ser buenos padres. La preparación para el parto psicoprofiláctico es una educación para lograr que la mujer embarazada y su pareja experimenten una vivencia completa, responsable y gratificante del nacimiento de su bebé.

### **2.6.1 Preparación**

La preparación se divide en tres grandes áreas:

1. El área cognitiva: Comprende la información relativa al embarazo, parto, postparto inmediato, lactancia y cuidados del recién nacido. Esta información debe ser suficiente, clara y enfocada a los aspectos normales, de manera que sin llegar a parecer un curso de medicina, la pareja pueda formarse un criterio a través del cual pueda establecer juicios sanos y tomar decisiones responsables, tanto para los cuidados que deben tener durante el embarazo como para planear el manejo del trabajo de parto y nacimiento. Gracias a esta información se busca que la pareja pueda dialogar con su médico y con el equipo de salud de manera adulta, al compartir ideas, analizar expectativas y posibilidades con responsabilidad y libertad. Por otro lado, los médicos gineco-obstétricos tienen la enorme ventaja de que las parejas que han tomado un curso de preparación para el parto, son gente con conocimientos, y eso los hace más responsables para entender y seguir las indicaciones que les hacen en las consultas. Además de facilitar el entendimiento de los procedimientos y cuidados.
2. El área física: Se trabaja con ejercicios de fisioterapia obstétrica para sensibilizar, dar elasticidad y fortalecer los músculos y articulaciones involucrados en los cambios fisiológicos del embarazo y en la recuperación del postparto. Aunque en la actualidad se incita a que la mujer haga ejercicio desde joven, el objetivo es quemar calorías y mantener el cuerpo esbelto y bien formado. Existen músculos de los cuales no se tiene noticia hasta que se está embarazada y es igualmente importante trabajarlos para que la madre sienta mayor confianza y bienestar físicos.
3. El área emocional: Uno de los principales objetivos de la psicoprofilaxis es el de prevenir el estrés obstétrico. Las clases son impartidas generalmente en grupo por una instructora calificada y comprometida, lo que permite un intercambio de opiniones, emociones, vivencias y actitudes que retroalimentan a todas las parejas, bajando el nivel de ansiedad.  
Lamentablemente la mala información y la cultura, hacen que la mujer viva el embarazo con temor, cuando debería estar feliz. Toda la gente que rodea a la pareja

debiera ayudarle a recuperar confianza en la naturaleza, del mismo modo que el médico se ocupa de la salud física de la futura madre y del bebé, los amigos y familiares deberían ver por la salud mental de la pareja, haciendo comentarios positivos y útiles.

El hecho de que una pareja asista a un curso psicoprofiláctico no quiere decir que firme un compromiso que la obligue a hacer un parto psicoprofiláctico si no es lo que desea. Se trata de que la pareja, y sobre todo la mujer, reciba la información y el entrenamiento necesarios para elegir el tipo de nacimiento que quiere para su bebé. Del mismo modo, apoya a la pareja para cooperar con su médico, en el caso de que se presente un suceso inesperado, que requiera de algún procedimiento o intervención quirúrgica. "El método psicoprofiláctico de obstetricia innegablemente representa una victoria del conocimiento sobre la ignorancia, de la actividad sobre la pasividad ...". Dr. Pierre Vellay. (Ewy, 1981).

## **2.6.2 Información**

El parto psicoprofiláctico es un nacimiento sofisticado en el sentido de que implica educación, es decir, cambios de actitud ante el embarazo, parto y crianza del bebé, no nada más información sobre cómo es un parto. Se cuenta con un marco teórico, se aplican técnicas validadas y estandarizadas de relajación y de respiración, y estrategias para manejar el dolor. Se utilizan ejercicios de fisioterapia obstétrica para obtener mayor bienestar físico durante el embarazo y para preparar el cuerpo para el parto y lograr una recuperación más rápida en el puerperio.

La preparación para el parto psicoprofiláctico la debe proporcionar una instructora capacitada en el método y es importantísimo que ella a su vez haya vivido la experiencia de un parto psicoprofiláctico para poder transmitir correctamente los mensajes, motivar a

las parejas y entenderlas a lo largo de sus vivencias, además de saber qué es lo que está sintiendo la mamá durante su parto.

Hace treinta años, en la preparación se hacía hincapié en el aprendizaje de técnicas respiratorias muy elaboradas que requerían de intensa práctica, se ejercitaba a la mujer con fisioterapia obstétrica y se adquiría habilidad en técnicas de relajación. Actualmente la preparación va más allá de la vivencia del parto, se ocupa de la lactancia al seno materno, de la estimulación del bebé antes y después del nacimiento, de la participación activa y responsable de la pareja en todo el proceso reproductivo y de la planificación de la familia. Ahora pueden escoger entre varios tipos de parto, de hospital, de médicos, de atención al recién nacido, y para hacer una buena elección deben estar bien informados ya que la responsabilidad es únicamente de la pareja (Mitre, S., 1997).

La relación médico-paciente también ha evolucionado; antes la tendencia era ver al médico como a una autoridad absoluta y su palabra era ley; actualmente, gracias a la información que las parejas poseen, hay un diálogo más abierto, dándole al médico sensible la oportunidad de individualizar, y a la pareja, la de recibir una atención personalizada de la cual también debe ser responsable.

El parto psicoprofiláctico rompe con muchos esquemas que siguen actuales hoy en día. Un ejemplo de ello es cambiar el concepto de tener que sufrir durante el nacimiento para llegar a ser madres, por el de gozar intensamente de dicha experiencia, única y maravillosa. Otro, es el de quitar credibilidad a ideas populares que favorecen los sentimientos de culpa, con comentarios como: "si vomitas es que rechazas al bebé".

### 2.6.3 Manejo del dolor

En la actualidad se encuentran mensajes encontrados en relación con la salud y el bienestar. Por un lado hay más conciencia, existe la preocupación por la buena alimentación y el ejercicio para mantenerse sano; y por el otro, se recurre a lo fácil e inmediato como es la comida rápida o los analgésicos de acción inmediata cuando se empieza a sentir el mínimo dolor y no se le da oportunidad al cuerpo de avisar lo que esta sucediéndole.

Esta tendencia a suprimir cualquier dolor, de la índole que sea y por leve que parezca, se ha hecho común. La agitada vida moderna ha quitado a las personas la habilidad de saber escuchar al cuerpo para darle lo que requiere naturalmente. Si estas premisas se llevan al embarazo y al parto, no es de extrañar que muchas mujeres no quieran sentir nada, porque temen experimentar sensaciones desagradables o dolorosas. EL miedo al dolor del parto ha llegado al extremo que hay mujeres que piden se les practique cesárea, sin tomar en cuenta que se trata de una cirugía mayor que implica riesgos importantes y dolor postquirúrgico. La generación actual en su mayoría es producto de partos con anestesia, y el uso de bloqueo epidural se ha hecho algo tan común que desear parir sin utilizar estos adelantos de la medicina moderna, empeñada en quitar el dolor, se considera un retroceso (Schallman R., 2002).

La interpretación que hace una mujer de sus contracciones uterinas puede ser totalmente diferente de la que hace otra, aunque las contracciones sean de la misma intensidad. Porque cada una aporta a su trabajo de parto la propia historia perinatal, motivación y actitud, y vive circunstancias muy personales que pueden hacer que el umbral de la percepción dolorosa aumente o disminuya.

Se pueden referir tres tipos de causas del dolor en el parto:

1. Físicas: Las causas físicas del dolor en el parto son de origen químico, térmico, mecánico y por presión. Cuando cualquiera de estos estímulos rebasa el umbral de tolerancia, entonces se percibe como una sensación dolorosa. El umbral de percepción es algo totalmente individual y puede ser modificado de forma positiva o negativa, con información, cambios de actitud y del ambiente, así como con medidas de bienestar y de apoyo.

Los cambios que provoca la actividad del útero durante el trabajo de parto, así como el esfuerzo para que se acomode y pueda nacer, los mensajes hormonales, el estado físico y anímico de la mujer y de quienes la rodean, influye poderosamente en su percepción del grado de dolor.

El umbral de dolor se eleva con el entrenamiento y educación. Que promueven la producción de anestésicos naturales llamados endorfinas. También ayudan a crear un equilibrio entre la mente y el cuerpo, tan necesario para abreviar, facilitar y disfrutar del parto.

Hay factores físicos que influyen en el dolor de parto, como son la intensidad y duración de las contracciones, el grado y rapidez de la dilatación del cuello, el tamaño y posición del bebé, el que la vejiga este llena, el numero de hijos que haya tenido la mujer, su grado de fatiga y su nutrición. Estos factores se pueden modificar, algunos ejemplos de ello son: la intensidad de las contracciones aumenta con el uso de oxitocina artificial, por tanto, si se evita una inducción innecesaria, las contracciones aumentarán de intensidad de acuerdo al progreso fisiológico del trabajo de parto, dándole a la mamá la oportunidad de adaptarse a ellas y aplicar técnicas de control aprendidas en el curso; acerca de la posición del bebé a la madre puede influir en la colocación del feto adoptando posiciones favorables que la harán sentir más cómoda, esto también se aprende y practica en el curso; una recomendación que se hace con frecuencia es pedirle a la parturienta mantener la vejiga vacía yendo al baño por lo menos cada hora, esto

le ayudará a caminar, y al acomodarse en el inodoro favorecerá la vascularización de la pelvis y la relajación de los músculos del piso pélvico, permitiendo que el trabajo de parto progrese con mayor rapidez y facilite el acomodo y descenso de la cabeza del bebé;

2. Emocionales: Entre las causas emocionales del dolor que se presentan en el parto esta el miedo a lo desconocido, la información negativa y el hecho que se considere un proceso médico y quirúrgico.

El miedo a lo desconocido hace que se magnifique lo que atemoriza y se preste atención a quienes ya pasaron por esa experiencia sin tomar en cuenta que se está relatando una situación muy particular. Lo desconocido va a dejar de serlo con la información que se brinda en las clases, con el material didáctico y la lectura recomendada. Al disminuir el miedo a un nivel que puede ser manejado se evita o reduce, el riesgo de provocar dolor.

Considerar que el parto es un hecho médico, quirúrgico y peligroso, entendido como algo muy doloroso, reduce la confianza que la mujer debe de tener en sí misma y la confianza que debe de tener para parir de manera saludable. En lugar de esto, el hecho de acudir aun hospital y el estar al cuidado de profesionales, debería de aumentar la seguridad de la mujer puesto que está en un medio que cuenta con todos los recursos para resolver cualquier emergencia.

“La causa más importante del dolor en el parto normal, resulta ser el temor”. (Dick Read, Grantley, 1964, p. 59) Por lo que es importante que cada mujer conozca su reacción frente a las sensaciones dolorosas. Hay quien puede necesitar aislamiento, compañía o apoyo, estas necesidades no son mejores unas que otras, lo que se tiene que procurar es un respeto individualizado y de acuerdo con el momento.

3. Culturales: Las causas culturales que favorecen la presencia del dolor en el parto son múltiples, dependen del nivel sociocultural, del país, de la escolaridad, de la

familia de origen y de una enorme variedad de influencias a las que la mujer está expuesta.

Considerar que el parto psicoprofiláctico es un parto sin dolor es un error de interpretación que viene de la publicación de los primeros libros que hubo sobre el tema donde se referían el método psicoprofiláctico como la preparación para un parto " sin dolor", entendiéndose que el nacimiento fisiológico no provoca por sí mismo dolor.

La diferencia más importante entre una mujer preparada y una que no lo está radica en la actitud activa o pasiva de la responsabilidad que tiene ante sí misma, de su cuerpo, de su embarazo, parto y la crianza. Para parir hay que trabajar intensamente, pero para tener un parto psicoprofiláctico hay que entender lo que está pasando en el cuerpo y en la mente.

#### **2.6.4 Actitudes**

La actitud y las creencias que se tienen de la maternidad influyen definitivamente en el tipo de parto. "El trabajo de parto es un evento tanto de la mente como del cuerpo". La manera en que la madre piensa y siente va a afectar la forma en que va a parir" (Jones, C., 1987,p.5).

El concepto de "aguantar" implica pasividad ante un hecho que se nos impone. Puede tratarse de un dolor de muelas o de un dolor que indique que algo no está funcionando bien. En tal caso, se tiene que tolerar la molestia hasta que el médico prescriba tratamiento apropiado que propicie la curación. Las contracciones uterinas, según el criterio de psicoprofilaxis no son para "aguantarse". Se aprende a identificarlas, analizarlas e interpretarlas correctamente aceptándolas como parte necesaria para lograr un trabajo de parto efectivo y fisiológico. La preparación proporciona los elementos necesarios para que la futura madre obtenga de lo aprendido en clase, los recursos para



manejar cada una de las etapas. Al trabajar intensamente durante las contracciones que irán aumentando de intensidad hasta llegar a percibirse como sensaciones dolorosas, la actitud que se asume no es pasiva sino totalmente activa. Ya que desde el inicio se van aplicando las técnicas aprendidas que son apropiadas para cada momento; lo que implica que fueron practicadas durante el embarazo, con constancia por una mamá responsable de su preparación.

### **2.6.5 Parto psicoprofiláctico**

Un parto psicoprofiláctico es aquel que permite el nacimiento del bebé sin la necesidad del uso de drogas, anestésicos, analgésicos o maniobras invasivas que pudieran llegar a convertirse en agresiones físicas y emocionales para la madre y el recién nacido, aunque se manejen con amabilidad y sutileza. Es aquel donde hay una preparación previa dentro de un curso, en donde se aprenden técnicas diversas y se recibe información acerca de todo lo que va suceden durante el embarazo, parto postparto y lactancia. Por otro lado, favorece que la recuperación postparto, física y emocional sea más rápida y fácil.

Un parto psicoprofiláctico es la oportunidad de sentirlo todo y no perder las sensaciones de ese momento único en la vida. Es ser la protagonista activa del milagro de la vida.

La mujer siente una fuerza y un poder que emana de su interior como jamás lo va a volver a sentir en su vida, al mismo tipo este de tipo de parto favorece la participación del padre a lo largo de todo el evento, acompañando, apoyando, trabajando y siendo uno con su mujer. Lo que permite que el vínculo padre-madre-hijo se establezca anticipadamente y con toda naturalidad (Katz, G., 1999).

Un parto psicoprofiláctico es un compromiso personal con la pareja y con el hijo, que va a dar como resultado un proceso de crecimiento positivo al brindarle al bebé la oportunidad de nacer en las mejores condiciones posibles convirtiéndose en una inversión de por vida.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Objetivos**

Los objetivos del presente estudio son:

Objetivo general: Identificar la relación que existe entre el nivel de información, la orientación médica, la presencia de rasgos de sumisión y dependencia, el manejo del dolor y la receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, y la elección del tipo de parto, a saber, parto vaginal y parto por cesárea. Paralelamente sabiendo que a través de un curso psicoprofiláctico se obtiene una preparación integral de los aspectos que rodean al embarazo, parto y posparto, se cree relevante comparar a una población que asista a un curso psicoprofiláctico y otra que no asista, con el objeto de corroborar si a mejor preparación exista mayor tendencia a elegir un parto vaginal.

De este punto de partida se postulan los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar si alguno de los factores propuestos incide en la elección del tipo de parto.
2. Determinar la relación entre un mayor nivel de información general sobre los beneficios y consecuencias del parto vaginal, cesárea y psicoprofiláctico, con una mayor tendencia a elegir un parto vaginal
3. Determinar el conocimiento que poseen las mujeres que asisten a un curso psicoprofiláctico, con respecto a las que no asisten.
4. Obtener información que confirme las teorías actuales sobre la deficiencia en la orientación que los médicos gineco-obstetras proporcionan a sus pacientes. Obtener información que confirme las teorías actuales sobre la inadecuada orientación que los médicos proporcionan a sus pacientes.
5. Ofrecer datos que contribuyan a profundizar en la posible incidencia que presentan las variables con respecto a la elección del tipo de parto.
6. Esclarecer mitos con respecto al trabajo de parto y el dolor que se experimenta.
7. Ampliar la visión que se tiene del manejo del dolor en el parto.
8. Confirmar el papel esencial que tiene la influencia social, familiar y de pareja en la mujer primigesta.
9. Ayudar a las mujeres primigestas a enriquecer la visión de experiencia de un parto.
10. Proporcionar información útil con respecto al manejo de las variables para que puedan plantearse nuevas líneas de educación con respecto a la experiencia del parto y de la maternidad.
11. Apoyar a psicólogos a conocer de manera clara y concisa los problemas que rodean al embarazo y al parto.

## 3.2 Hipótesis

H1: Las mujeres primigestas que eligen de antemano un parto vaginal presentan: mayor información, orientación médica adecuada, menor presencia de rasgos de sumisión y dependencia, manejo adecuado del dolor y menor receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, que las mujeres primigestas que eligen de antemano una cesárea.

Ho1: Las mujeres primigestas que eligen de antemano un parto vaginal no presentan diferencia en cuanto a la información, orientación médica, presencia de rasgos de sumisión y dependencia, manejo del dolor y receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, que las mujeres primigestas que eligen de antemano una cesárea.

Ha1: Las mujeres primigestas que eligen de antemano un parto vaginal presentan: menor información, orientación médica inadecuada, mayor presencia de rasgos de sumisión y dependencia, manejo inadecuado del dolor y mayor receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, que las mujeres primigestas que eligen de antemano una cesárea.

H2: El grupo de las mujeres que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan: mayor información, orientación médica adecuada, menor presencia de rasgos de sumisión y dependencia, manejo adecuado del dolor y menor receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

Ho2: El grupo de las mujeres que asisten a un curso psicoprofiláctico no presentan diferencia en cuanto a la información, orientación médica, presencia de rasgos de

sumisión y dependencia, manejo del dolor y receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

Ha2: El grupo de las mujeres que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan: menor información, orientación médica inadecuada, mayor presencia de rasgos de sumisión y dependencia, manejo inadecuado del dolor y mayor receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

### **3.3 Variables**

El escenario es en la Ciudad de México. El diseño de la investigación es experimental ya que con este se pretende analizar si una o mas variables independientes planteadas para este estudio tienen efecto en las variables dependientes y verificar que se deben a ellas y no a otros factores.

Las variables independientes son:

- Información general y básica en relación a los beneficios y consecuencias del parto vaginal, de la cesárea y del parto psicoprofiláctico.
- La orientación médica
- Presencia de rasgos de sumisión y dependencia
- Manejo del dolor en el parto
- Receptividad a la influencia social, familiar y de la pareja

Las variables dependientes son:

- Elección del parto vaginal: preferencia por el nacimiento del bebé a través del canal vaginal.
- Elección de parto por Cesárea: preferencia por el nacimiento del bebé a través de una cirugía mayor.
- Preparación psicoprofiláctica: preparación física y psicológica referente al embarazo, parto y posparto.

Partes de la encuesta	Variables independientes	Categoría	Definición Operacional	No de items	No. De Item en la encuesta
Primera parte	1. Información:	a. Parto vaginal	Conocimientos generales y básicos para un cuidado prenatal y perinatal adecuado, que posibilite una elección responsable del tipo de parto.	10	3,7,10,12,15,18, 21,23,24 y 26.
		b. Cesárea.		10	2,5,8,11,13,16, 19,22,27 y 29.
		c. Parto psicoprofiláctico.		10	1,4,6,9,14,17, 20,25,28 y 30.
Segunda parte	2. Orientación / asesoría Médica		El médico gineco-obstetra brinde orientación adecuada conforme a los conocimientos pertinentes al desarrollo del embarazo, parto y posparto, mediante una relación de confianza y respeto.	10	3,7,10,13,16, 20,24,29,33 y 37.
	3. Actitudes de sumisión y dependencia.		Acciones que reflejen actitudes de sumisión y dependencia, mediante la evitación de asumir la responsabilidad de prepararse, y buscar los mejores medios y servicios para el desarrollo del embarazo y parto.	10	4,11,17,19,23, 25,28,31,34 y 38.
	4. Nivel de temor al dolor		Manejo que hacen del dolor a partir de la percepción y conocimientos que poseen.	10	1,6,9,12,15,21, 26,30,35 y 39.
	5. Influencia:	Social	La receptividad que presentan a la información que reciben de los medios masivos de difusión, de las amistades, de los familiares (de ambos) y de su propia pareja.	a. 2	2 y 5. 14 y 18.
		a. Medios masivos de difusión. b. Amistades		b. 2	
	Familiar		3	8,32 y 36.	
	De pareja		2	22 y 27.	
	Elegir de las 3 anteriores		1	40	



### 3.4 Muestra

Las características de la población de la muestra son:

- Nacionalidad: mexicana
- Mujeres embarazadas: primigestas
- Tiempo de embarazo: a partir del segundo trimestre en adelante
- Nivel socioeconómico: medio y medio – alto
- Edad: de entre 20 y 35 años
- Ausencia de contraindicaciones para parto vaginal y para operación cesárea

Los controles anteriormente mencionados se determinaron por diversas razones, que se explicarán a continuación:

Una de las principales razones para llevar a cabo la presente investigación, es el interés tanto, de identificar el comportamiento de las variables propuestas, específicamente en la población femenina radicada en la Ciudad de México, así como el de contribuir a la investigación psicológica social de este país y la proximidad con los sujetos que integran la muestra.

Se determina que sean primigestas con el objeto de delimitar el efecto o influencia que puedan presentar las experiencias previas.

La elección de sujetos se delimita al segundo y tercer trimestre de embarazo, ya existe una menor incidencia de abortos, mayor probabilidad de que hayan iniciado sus revisiones con el ginecólogo y se espera, también, que para este periodo se encuentren mucho mas informadas con respecto a los cambios asociados al embarazo y al parto.

El nivel socioeconómico se determina en base a la facilidad y accesibilidad que posee este segmento de la población a la información. Y que cuenta con los recursos suficientes para prepararse de manera adecuada y responsable, durante el embarazo, parto y posparto.

El rango de edad se determina en base a dos criterios: uno, ya que es el rango en que se presenta mayormente el deseo en la mujer de embarazarse voluntariamente y dos, no representan (físicamente) médicamente un factor de riesgo para el embarazo, lo que brinda libertad en la elección de la modalidad del parto.

La ausencia de contraindicaciones médicas, fue vital para que pudiera existir la posibilidad de elegir el tipo de parto.

Es una muestra probabilística, dado que es una técnica de control que tiene como propósito proveer al investigador la seguridad de que las variables extrañas, conocidas o desconocidas, no afectarán sistemáticamente los resultados del estudio.

La forma de selección de los sujetos es aleatoria, es decir que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos. Al ser una muestra probabilística está diseñada para que sea posible que los datos puedan ser generalizados a la población, por medio de una investigación por encuesta.

El muestreo que realizado es probabilístico por racimos, ya que las unidades de análisis se encuentran contenidos en determinados lugares físico o geográficos.

Dado que la distribución de las variables en estudios de ciencias sociales están lejos de ser normales, la distribución de muestras de 100 o más elementos tienden a ser normales y esto sirve para el propósito de hacer estadística inferencial sobre los valores de una población (Teorema del Límite Central). Por lo tanto, la distribución normal en

forma de campana se logra generalmente con muestras de 100 o más unidades muestrales, la cual es útil y necesaria cuando se hacen inferencias de tipo estadístico, como es el caso.

Dado que el objetivo es medir un comportamiento constante, se emplea la Distribución de probabilidad Normal, ya que permite medir un comportamiento constante; en este tipo de distribución, la mayoría de las puntuaciones se concentran al centro de la distribución y en los extremos solo algunos, y una gran cantidad de fenómenos del comportamiento humano se manifiestan así. La Distribución de probabilidad Normal, se divide en dos, uno para muestras pequeñas y otro, para muestras grandes: La distribución t de Student que se elige para realizar inferencias a partir de muestras pequeñas es utilizado para cuando n es menor o igual que 30. Con un nivel de significación  $\alpha = .05$ . La distribución del estadístico de prueba para muestras extraídas de una distribución normal fue descubierta por Gosset en 1908 llamándola Student. Se refirió a la cantidad estudiada como t y desde entonces así se le conoce. La variabilidad de t disminuye a medida que n aumenta. La distribución de t depende del tamaño de la muestra n. Para muestras grandes se utiliza la distribución de probabilidad de z (distribución normal estandarizada) porque su media es igual a cero y su desviación estandar es igual a 1. Las puntuaciones Z, por otro lado, permiten hacer transformaciones a los valores o puntuaciones obtenidas con el propósito de analizar su distancia respecto a la media en unidades de desviación estándar, es decir, que una puntuación Z indica la dirección y grado en que un valor individual obtenido se aleja de la media, en una escala de unidades de desviación estándar. El estandarizar los valores permite comparar puntuaciones de dos distribuciones diferentes. Cuanto mayor sea el tamaño de la muestra los resultados serán mas generalizables porque es más probable que ésta represente verdaderamente a la población. Ya que se quiere conocer las causas de tantas cesáreas es importante tomar un número de sujetos que permitan la generalización de resultados por lo tanto se eligió el diseño estadístico: distribución muestral normal (Z).

La muestra total comprendida en el presente estudio es de 100 (unidades muestrales) sujetos.

La cual es dividida en dos grupos conformados por 50 sujetos respectivamente.

Grupo A: Integrado por mujeres primigestas que asisten a curso psicoprofiláctico.

Grupo B: Integrado por mujeres primigestas que no asisten a curso psicoprofiláctico.

Para elegir a los sujetos del Grupo A, en primer lugar, se identifican dos zonas de la ciudad de México que correspondan a los niveles socioeconómicos: medio y medio alto; y en segundo lugar, que contaran con centros que impartieran cursos psicoprofilácticos. Las dos zonas elegidas son: la zona norponiente y poniente de la ciudad.

Para elegir a los sujetos del Grupo B, se acudió a la Exposición “Tú Bebé y Tú”, que se realizó en el World Trade Center de la Ciudad de México, del 3 al 5 de febrero del presente año. Esta exposición se organiza anualmente con el propósito de facilitar el contacto de mujeres embarazadas con proveedores de servicios y productos relacionados al embarazo y al bebé; adicionalmente presentan especialistas que dan conferencias referentes a la maternidad y al desarrollo óptimo integral del bebé.

### **3.5 Tipo de estudio**

El método elegido para la presente investigación es el correlacional, dado que mediante él se puede intentar detectar los factores que se encuentran relacionados con las variables dependientes, que son, la elección del parto vaginal y la elección del parto por cesárea; de forma paralela se intenta detectar si dichos factores se presentan de distinto modo en mujeres primigestas que reciben preparación psicoprofiláctica y mujeres

que no tienen este tipo de preparación. Se proponen como posibles causas, el nivel de información que maneja la futura madre con respecto a los métodos por los cuales puede dar a luz, a saber, el parto vaginal, la cesárea y el parto psicoprofiláctico; el tipo de orientación médica que recibe de su médico gineco-obstetra; el manejo del temor al dolor; la presencia de rasgos de sumisión y dependencia; la receptividad que presenta frente a la influencia social y familiar que recibe de su entorno; y la asistencia a un curso psicoprofiláctico.

Se pretende investigar si los factores que se mencionaron anteriormente, se relacionan con la elección del tipo de parto. Así como con la preparación psicoprofiláctica. Dicho fenómeno se observa en mujeres mexicanas primigestas que radican en la Ciudad de México.

Se aplica un método de estudio de tipo correlacional, con el propósito de observar la relación o vinculación entre los factores elegidos y el resultado que estos causan en la variables dependientes. Como tal es el método que responde de forma más adecuada las preguntas de la presente investigación.

### **3.6 Instrumento**

El instrumento de medición utilizado es la encuesta, misma que fue diseñada expresamente para la presente investigación dada la particularidad de los factores propuestos.

En el apéndice G se encuentra el instrumento de medición junto con las respuestas correctas señaladas.

Las instrucciones escritas que aparecen en la primera página, explican que se trata de una serie de afirmaciones que pueden ser ciertas o falsas y que según sus conocimientos deberá marcar la opción que piense es correcta. Del mismo modo se explica que la primera parte tiene adicionalmente una opción referente a la fuente de donde obtuvo dicha información (científica, social o familiar). Asimismo se describió brevemente a lo que se refiere cada fuente.

La encuesta se conforma de dos partes. La primera consta de 30 afirmaciones correctas e incorrectas referentes al nivel conocimiento básico (variable independiente no.1) acerca de tres temas, que son: el parto vaginal, la cesárea y el parto psicoprofiláctico. A cada tema le corresponden 10 afirmaciones que se determinaron como los conocimientos básicos que se deben poseer para un buen cuidado prenatal y que posibilitan una elección informada del tipo de parto que se desea. Para responder a estas afirmaciones, se determinaron dos respuestas mutuamente excluyentes: cierto o falso. En cada afirmación debía indicarse la fuente de donde había obtenido dicho conocimiento: ubicando las principales y más comunes fuentes de dicho conocimiento, a saber, se consideraron la científica, la familiar y la social.

La segunda parte de la encuesta, también se conformó por afirmaciones a las que se debía responder únicamente: cierto o falso. En esta sección se formularon diez afirmaciones, respectivamente, para determinar el valor de las variables 2, 3, 4 y 5. Tomando como base las situaciones generales y comunes que experimentan las mujeres que se encuentran embarazadas por primera vez. Para la variable cinco, se asignaron cuatro afirmaciones para la influencia de tipo social: medios masivos de difusión y amistades; dos más para la influencia familiar; dos más para la influencia de la pareja; y por último, una en la que debían determinar de quien se trataba, si de un familiar, una amistad (social) o de la pareja.

El tiempo de respuesta varía entre los quince y veinte minutos.

Para la confiabilidad y validez de la encuesta se empleó la prueba de rachas que es una prueba para la aleatoriedad que estudia secuencias de eventos donde cada elemento puede tener uno de dos valores, cierto-falso. En primera instancia se formularon distintas afirmaciones, por cada variable independiente, en base a la revisión bibliográfica en la presente investigación, señalados como básicos e importantes. Se redactaron de tal forma que consiguieran expresar concisa y claramente (la variable), el conocimiento o la idea que se deseaba medir. Poniendo también la respuesta correcta. Una vez realizadas las 20 afirmaciones se eligieron las diez más relevantes, se aplicó la prueba de rachas para evitar sesgos y comprobar su validez y confiabilidad, hasta que se consiguió una distribución de probabilidad normal, donde el nivel de significación fue de  $(\alpha) .05$ . Posteriormente la encuesta fue sometida a una revisión gramática y semántica por un profesional de la comunicación. Se realizaron las correcciones. Se procedió a cambiar el orden de las afirmaciones de la primera y segunda parte, respectivamente. A las que nuevamente se les realizó la prueba de rachas con el mismo nivel de significación.

El siguiente paso fue la realización de la pre-prueba, para la cual se aplicaron las encuesta a diez mujeres embarazadas primigestas (que cumplieran las mismas condiciones de la muestra propuesta), que acudieron a consulta privada con el médico gineco-obstetra, se hizo esto con el objeto de ratificar la claridad, el tiempo de resolución y calificación de la encuesta, solicitando que hicieran una crítica a los primeros dos puntos. Se realizaron las modificaciones correspondientes según las observaciones realizadas; cabe mencionar que tres sujetos describieron el tiempo de resolución de la encuesta, como "largo"; no se realizó ninguna modificación a este respecto, ya que era imposible reducir aun más el número de afirmaciones por variable sin perder confiabilidad. Por tanto, la pre-prueba tuvo un grado de confiabilidad del 95%.

### 3.7 Procedimiento

El procedimiento empleado para la recolección de datos y selección de la muestra fue el siguiente:

Para el grupo A se solicitó previamente permiso a la instructora del curso psicoprofiláctico para la aplicación de la encuesta, explicando los motivos y el objeto de la misma. En los cuatro días de aplicación, se les hizo una breve presentación a las asistentes al curso psicoprofiláctico que consistió en explicar el objetivo de la encuesta, el fin y el tiempo que les llevaría responderla. Asimismo se les indicó que sólo debían participar las primigestas, mayores de 20 años y menores de 35, de nacionalidad mexicana y que no presentarían ningún tipo de contraindicación para el parto vaginal o para la operación cesárea. Se les invitó a participar voluntariamente, indicando que el tiempo de respuesta variaba entre 15 y 20 minutos. Una vez repartidas las encuestas al grupo de voluntarias, se les indicó que respondieran en forma individual y que dejaran en blanco las afirmaciones que no supieran si eran ciertas o falsas

Para el grupo B fueron aplicadas en forma individual, explicando una a una, los mismos puntos que fueron presentados a las integrantes del Grupo A. Los lugares de la aplicación variaron ya que no se contó con un espacio determinado para la aplicación de la encuesta, es decir, que se realizaron en lugares que permitieran que las personas encuestadas, dado su estado y el tiempo que les llevaría responder, pudieran encontrarse lo más confortables posible. Por tal motivo, la aplicación se llevo a cabo en diversos lugares del salón de la exposición, donde se contara con sillas, como fue en zonas de descanso, comedor, en la sala de exposiciones y en la entrada al salón de la Exposición. Cabe mencionar que en ocasiones, fue necesario compartir la mesa con otras personas no involucradas en la aplicación de la encuesta). La aplicación fue realizada por una sola persona –el investigador- y acercándose para invitarlas a participar.



Para la prueba de hipótesis se empleó el análisis de varianza (de un sólo factor).

El procedimiento de análisis de varianza trata de analizar la variación de una respuesta y de asignar porciones de esta variación a cada variable de un conjunto de variables independientes. El razonamiento es que las variables de respuesta varían sólo debido a la variación de un conjunto de variables independientes desconocidas. Puesto a que difícilmente pueden incluirse todas las variables que afectan la respuesta en la investigación, la respuesta presentará una variación aleatoria, aún si todas las variables aleatorias independientes consideradas se mantienen constantes. El objetivo del análisis de varianza es identificar las variables independientes importantes en un estudio, y determinar cómo interactúan y afectan a la respuesta (Mendenhall, W., 1982).

La mayoría de los experimentos consisten de un estudio del efecto de una o mas variables independientes sobre una respuesta. Las variables independientes pueden ser cuantitativas, (como es el caso del presente estudio), o cualitativas, y pueden ser controladas en un experimento, en el que adquieren el nombre de factores. El análisis de los datos generados por un experimento multivariable requiere la identificación de las variables independientes en el experimento. Éstas no sólo serán factores (variables independientes controladas) sino que también serán criterios para formar bloques. Por ejemplo: Puede ser un factor que represente una sola variable cualitativa con tres niveles.

Requisitos para análisis de varianza de un solo factor.

1. Los sujetos de los diversos subgrupos deben seleccionarse mediante muestreo aleatorio a partir de poblaciones normalmente distribuidas.
2. La varianza de los subgrupos debe ser homogénea
3. Las muestras que constituyen los grupos deben ser independientes, desde el punto de vista estadístico general. A menos de que las muestras sean completamente independientes, y que por lo tanto generen estimaciones de varianza independiente, la razón de las varianzas inter a intra no adoptará la distribución F.

El análisis de varianza se mide a través de una distribución de probabilidad sesgada ya que cada categoría depende de las demás. La distribución ji cuadrada ( $\chi^2$ ) o F permiten medir esta condicionalidad, que es una comparación entre la "tabla de frecuencias observadas" y la denominada "tabla de frecuencias esperadas", constituye la tabla de variables (independientes) que sostuvieran relación. Es decir, es un aprueba que parte del supuesto "no relación entre variables" y el investigador evalúa si en su caso, esto es cierto o no, analizando si sus frecuencias observadas son diferentes de ji que pudiera esperarse en caso de ausencia de correlación (Hernández, S., R., 1991).

Nivel de significación ( $\alpha$ ) : es la probabilidad de equivocarse y se fija antes de probar hipótesis inferenciales.

La probabilidad de que un evento ocurra oscila entre 0 y 1, donde 0= imposible de que ocurra y 1=posibilidad de que ocurra. Aplicando este concepto de probabilidad a la Distribución muestral que es de uno. Entonces para probar hipótesis inferenciales respecto a la media, el investigador debe evaluar si la probabilidad de que la media de la muestra este cerca de la media de la distribución muestral. Si es pequeña, dudará en generalizar los resultados y si es grande, podrá generalizarlos. Pero dicha conclusión se obtiene de suponer un nivel de significancia que es la probabilidad de no equivocarse y se fija antes de probar hipótesis inferenciales. Se afirma que si el nivel de significancia es del 95% ocupa por tanto 0.95 de la probabilidad de que ocurra un evento; si este no ocurre ocupa el 0.05 ( $\alpha$ ). En este trabajo, cualquier conclusión hecha a partir de este supuesto, tiene una veracidad del 95% ya que todas las pruebas estadísticas aplicadas en el presente trabajo, utilizan un valor  $\alpha=0.05$  para negar la probabilidad de que ocurran las hipótesis de trabajo propuestas.

### 3.8 Análisis estadístico

El programa empleado para el análisis de datos es el paquete de estadística llamado Macstat 2.0. Mismo que se eligió debido a que la muestra de categorías que se maneja en esta investigación es pequeña (30) que no supera el nivel básico que es de cincuenta. Otro motivo es que al estar diseñado para manejar muestras menores de cincuenta, lo hace más amigable que otros.

### 3.9 Definiciones conceptuales

Información acerca del tipo de parto: es una variable independiente y se refiere al conocimiento de los beneficios y consecuencias del parto vaginal, de la cesárea y del parto psicoprofiláctico.

Dependencia: Relación social de un individuo para con otro o para con la sociedad, de tal índole, que el individuo en cuestión, que es el dependiente, recibe ayuda o esta bajo el control de otro u otros (Diccionario de Psicología, 1948, FCE, México).

Independencia: Actitud de confianza en sí o negativa a dejarse dominar por otros (Diccionario de Psicología, 1948, FCE, México).

Sumisión: Modo de conducta, en las relaciones de un individuo con otros, caracterizado por la tendencia a ceder o a ajustar la propia conducta al predominio de los demás (Diccionario de Psicología, 1948, FCE, México).

Autonomía: Hecho de dirigir o controlar uno mismo sus propias acciones o conducta (Diccionario de Psicología, 1948, FCE, México).

### **3.10 Definiciones operacionales**

Conducta: hace referencia a cualquiera de las variables independientes y se refiere al nivel de información; tipo de orientación médica; presencia de rasgos de sumisión y dependencia; tipo de manejo del dolor y receptividad a la influencia social, familiar y de pareja.

Mejor conducta: hace referencia a la conducta de las variables independientes y se refiere a un mayor nivel de información; una orientación médica adecuada; una menor presencia de rasgos de sumisión y dependencia; un adecuado manejo del dolor y una menor receptividad a la influencia social, familiar y de pareja.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1 Procesamiento de la Información**

Del cien por ciento de la muestra únicamente el tres por ciento de las mujeres primigestas eligieron de antemano una cesárea, dicho porcentaje no resulta representativo para poder realizar conclusiones. No obstante se presentan los resultados del estudio paralelo que se realizó a la población de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico.

El reactivo número cuarenta de la segunda parte de la encuesta no es posible analizarla porque no fue respondida por la mayoría de los sujetos.

A continuación se presentan los cuadros de resultados obtenidos:

SI ASISTEN A CURSO PSICOPROFILÁCTICO

	INFORMACIÓN					
	Parto vaginal		Cesárea		Parto Psicoprofiláctico	
Correcta	450	84.20%	379	75.80%	434	86.80%
Incorrecta	48	15.40%	116	23.20%	65	13.00%
Ignoran	2	0.40%	5	1.00%	1	0.20%
	<b>500</b>		<b>500</b>		<b>500</b>	
F Científica	360		371		359	
F Social	126		99		125	
F Familiar	53		34		53	

NO ASISTEN A CURSO PSICOPROFILÁCTICO

	INFORMACIÓN					
	Parto vaginal		Cesárea		Parto Psicoprofiláctico	
Correcta	400	80.00%	313	62.60%	351	70.20%
Incorrecta	54	10.80%	134	26.80%	81	16.20%
Ignoran	46	9.20%	53	10.60%	68	13.60%
	<b>500</b>		<b>500</b>		<b>500</b>	
F Científica	226		232		221	
F Social	87		79		85	
F Familiar	77		62		73	

SI ASISTEN A CURSO PSICOPROFILÁCTICO

	GUIA MEDICA		SUMIS-DEPEN		TEMOR AL DOLOR	
Correcta	421	84.2%	377	75.4%	439	87.8%
Incorrecta	77	15.4%	118	23.6%	60	12%
Ignoran	2	0.4%	5	1%	1	0.2%
	<b>500</b>		<b>500</b>		<b>500</b>	

NO ASISTEN A CURSO PSICOPROFILÁCTICO

	GUIA MEDICA		SUMIS-DEPEN		TEMOR AL DOLOR	
Correcta	315	63%	383	76.6%	401	80.2%
Incorrecta	134	26.8%	92	18.4%	73	14.6%
Ignoran	51	10.2%	25	5%	26	5.2%
	<b>500</b>		<b>500</b>		<b>500</b>	

SI ASISTEN A CURSO PSICOPROFILÁCTICO

	INFLUENCIA							
	Social M.M.D.		Social Amistades		Familia		Pareja	
Correcta	80	80%	46	46%	90	60%	54	54%
Incorrecta	18	18%	54	54%	60	40%	46	46%
Ignoran	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%
	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>150</b>		<b>100</b>	

NO ASISTEN A CURSO PSICOPROFILÁCTICO

	INFLUENCIA							
	Social M.M.D.		Social Amistades		Familia		Pareja	
Correcta	76	76%	54	54%	96	64%	40	40%
Incorrecta	18	18%	39	39%	45	30%	56	56%
Ignoran	6	6%	7	7%	9	6%	4	4%
	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>150</b>		<b>100</b>	

## 4.2 Análisis de los datos

Dado que el análisis de varianza determina el grado de condicionalidad entre variables independientes, estadísticamente se realizó un análisis entre los datos del cuadro final obtenido para demostrar que la dependencia entre los datos tienen un margen de error del 5%. Es decir, que se debe aplicar esta prueba para comprobar que los porcentajes que se deduzcan de los datos, infieran estadísticamente a la población en un 95% y se pueda deducir de ellos las conclusiones pertinentes. Para analizar los datos se empleó el paquete estadístico: Macstat versión 2.0

No se realizó un análisis de varianza para comprobar dependencia entre las categorías de la clasificación de afirmaciones porque el número de afirmaciones para cada categoría son iguales y la prueba obliga a que dé una dependencia no justificables teóricamente, pero si se analizaron los datos comparando el tipo de respuesta para cada categoría de clasificación de afirmaciones. Así para la categoría de afirmaciones que proveen información de PV (parto vaginal) que se aplicaron a personas que si asisten a un curso de preparación psicoprofiláctica, se obtienen los siguientes números:

Respuestas correctas	450
Respuestas incorrectas	48
Respuestas que ignoran	2

Que se compararon con las que se aplicaron a las personas que no tiene preparación formal.

Respuestas correctas	400
Respuestas incorrectas	54
Respuestas que ignoran	46



Obteniendo valores en categorías independientes pero dependientes bajo la circunstancia de recibir una preparación, de manera que se aplica un análisis de varianza de un factor para demostrar la hipótesis alternativa de que hay dependencia entre las respuestas, es decir, que sea mutuamente excluyente el contestar una respuesta correctamente de contestarla incorrectamente asegurando que no hay sesgo entre ellas y los valores representan el valor absoluto que indican.

Una vez aplicado el análisis de varianza se obtiene el valor F estadístico correspondiente que mide la dependencia sana, para este caso fue: 91.6289 que comparado con el valor de tablas de F estadístico con 5 grados de libertad, 9.55 deducimos que el valor calculado cae a la derecha del valor de tablas, en la cola de rechazo de la hipótesis nula, aprobando la hipótesis alternativa ya mencionada. (La tabla de este procedimiento se encuentra en el apartado de apéndices).

Así se aplica para cada categoría logrando que ninguna de ellas tenga problema de sesgo o que la muestra no represente a la población.

Para el caso de los datos de la categoría de afirmaciones de información que se clasificaron en función de la fuente ya sea, científica, social o familiar, para que los datos cumplan con lo ya explicado, se aplicó el análisis de varianza de rangos no paramétrica Kruskal – Wallis cuyos requisitos son que la variable represente un valor numérico, esté distribuida normalmente y haya legitimidad de independencia entre mediciones. Las tres propiedades se cumplen ya que ningún análisis de varianza de las categorías a probó hipótesis nula, se aplicó prueba de rachas para la encuesta y se vigiló aleatoriedad e independencia entre categorías.

Para poder aplicar el análisis se acumularon los datos al siguiente cuadro:

	C	S	F
P v	586	213	130
C	603	178	96
P p	580	210	126

Pv = Parto vaginal

C = Fuente científica

C = Cesárea

S = Fuente social

Pp = Parto psicoprofiláctico

F = Fuente familiar

Se obtiene el valor H semejando a un valor  $\chi^2$  ji cuadrada 7.2 que comparado con el valor de tablas  $\chi^2$  ji cuadrada 5.99 con dos grados de libertad se deduce que cae a su derecha en la cola de rechazo de la hipótesis nula, por tanto los datos aún cuando se encuentran acumulados son independientes o tienen dependencia sana. Cualquier conclusión o porcentaje obtenido a través de estos números representan la población en un 95%.

### 4.3 Conclusiones Técnicas

La interpretación de los resultados que se obtuvieron con respecto a la hipótesis número dos son las siguientes:

(Cabe mencionar que para fines prácticos, se presentan por separado cada uno de los factores propuestos como variables independientes).

### Información y Fuentes:

- Grupo A tiene 84.20% de respuestas correctas frente a 70.07% de respuestas correctas. Diferencia de 16.78% entre el grupo A y el B
- El grupo A se maneja un nivel medio alto de información acerca de los beneficios y consecuencias del parto vaginal, de la cesárea y del parto psicoprofiláctico que el grupo B quien se ubica en un nivel medio de respuestas correctas.
- El grupo A tiene 15.27% de respuestas incorrectas y el grupo B 18.8%. Diferencia de 18.78%. De lo cual se indica que el grupo B maneja mayor información incorrecta acerca de los beneficios y consecuencias del parto vaginal, de la cesárea y del parto psicoprofiláctico que el grupo A.
- Sobre las respuestas que se ignoran el grupo A tiene .53% frente al grupo B que tiene 11.13%, la diferencia es de 95.24%.
- Existe un mayor indicador relativo a la ignorancia de respuestas por parte del grupo B.

### Orientación Médica:

- El grupo A presenta un nivel medio alto de 84.2% de respuestas correctas, indicando que el grupo A recibe una adecuada orientación médica.
- Presenta un 15.4% de orientación médica inadecuada y solo un .40% se ubica en la falta de orientación médica.
- El grupo B con un 63% presenta un nivel medio bajo de orientación médica adecuada. El 26.80% recibe una orientación médica inadecuada y el 10.2% no recibe orientación médica.
  - Tanto en el grupo A como en el grupo B reciben una orientación medica inadecuada con algunas diferencias. Hay una diferencia del 25.18% entre los dos grupos con respecto a la recepción de orientación médica adecuada. Se

- traduce en que es mucho mayor la orientación médica adecuada que recibe el grupo A que el grupo B.
- En cuanto a la orientación médica inadecuada es casi el doble de quienes reciben esta orientación inadecuada en el grupo B
  - El grupo B presenta una diferencia del 96% con respecto al grupo A en cuanto a que no recibe orientación médica.
- Tanto en el grupo A como en el grupo B reciben una orientación medica inadecuada con algunas diferencias
    - El grupo A en 3 de los 10 items referidos a este aspecto
    - Los del grupo B su incidencia es en 7 de los 10 items
    - La similitud esta en que los tres puntos del grupo A también se encuentran dentro de los 7 del grupo B.

#### Rasgos de Sumisión y Dependencia:

- Por primera vez el grupo A presenta un nivel medio de respuestas correctas.
- El grupo B presenta un nivel medio de respuestas correctas ligeramente mayor que el grupo A.
- El grupo A en respuestas incorrectas tiene 23.60% que indican una mayor presencia de rasgos de sumisión y dependencia y solo un 1% omite la respuesta a los items de este factor.
- El grupo B en cuanto a respuestas incorrectas presenta un 18.4% y un 5% de respuestas que omitieron.
- En cuanto a respuestas incorrectas el grupo A presenta una mayor incidencia con una diferencia significativa de 22.03% mayor que el grupo B.
- En los items que omitieron responder el grupo B es mayor que el grupo A con una diferencia del 80%.

### Manejo del Dolor:

- El grupo A presenta un nivel medio alto de respuestas correctas que constituyen el 87.8%, de respuestas incorrectas el 12% y de respuestas que omitieron responder solo el .2%. Aquí vemos como la mayoría del grupo A presenta una mejor conducta en cuanto al manejo adecuado del dolor y que es una porcentaje mínimo el que lo maneja de manera inadecuada. De 500 respuestas sólo una fue omitida.
- El grupo B también se ubica en el nivel medio alto con el 80.2% de respuestas correctas sin embargo este se encuentra en el límite entre el rango medio alto y el medio de respuestas incorrectas tiene el 14.6% que es similar al del grupo A y de respuestas que omitieron tiene el 5.2%.
- Comparativamente el grupo B presenta un mayor manejo inadecuado del dolor con respecto a grupo A con el 17.81% de diferencia.
- Una diferencia significativa contundente se refiere 96.15% respuestas en donde se ignora como manejar el dolor dentro del grupo B.
- En el manejo inadecuado del dolor en ambos grupos incide en los mismos items a saber el 12, dar a luz por vía vaginal es una experiencia extremadamente dolorosa y el 35, que dice aunque no se sabe la duración del parto todo el tiempo la mujer sufre dolores. El grupo B, además de estos dos incidió en el item 1 que dice que se puede parir con placer.

### Receptividad a la Influencia:

- En este se consideran tres tipos: 1. Social, se divide en dos: a) constituida por los medios masivos de difusión. b) constituida por las amistades. 2. Familia y 3. Pareja.

- La influencia social de los medios masivos:
  - El grupo A se ubica en un nivel medio alto presentando poca receptividad a la influencia de los medios masivos de difusión, representada por 80%. La diferencia que hay en la receptividad a la influencia de los medios masivos de difusión entre el grupo A y el B alcanza apenas un 5% como una diferencia mínima.
  - El grupo A presenta una significativa receptividad a los medios con un 18%, es un indicador a tomarse en cuenta. En las respuestas que omitieron tiene un 2% mismo que no podemos ubicar en alguna de las dos categorías anteriormente mencionadas
  - El grupo B se ubica en el nivel medio con el 76% de baja receptividad a la influencia de los medios.
  - En una alta receptividad se encuentra un nivel considerable, representado por el 18%. En respuestas omitidas aquí hay un 6% en el grupo B que no se puede ubicar en alguna de las dos categorías anteriores. La baja receptividad es muy similar en ambos grupos que curiosamente la alta receptividad a los medios es exactamente la misma. La mayor diferencia que presentaron es en las respuestas que omitieron habiendo una diferencia significativa del 67% del grupo B con respecto al A.
  - Los dos grupos en la alta receptividad ambos presentaron incidencia en el mismo ítem 2 que habla de la falsedad de los dolores que presentan en las películas las mujeres que están pariendo.
  
- La influencia social de las amistades:
  - En el grupo A se observa un insólito 46% que se ubica en un nivel inferior al rango bajo, de baja receptividad a la influencia de las amistades. En la alta

receptividad se ubica en un porcentaje bajo con un 54%. No hubo presencia de omisiones en las respuestas.

- El grupo B se encuentra en un porcentaje bajo, de baja receptividad a la influencia de las amistades con un 54%. Un 39% de alta receptividad a la influencia de las amistades. De respuestas omitidas se presenta un 7%.
  - Al comparar la receptividad de la influencia de las amistades, en las tres categorías se presentaron diferencias
    - Considerables, en la baja receptividad el grupo B presenta un 15% en referencia al grupo A.
    - Significativas, en la alta receptividad del 28% el grupo A con respecto al B.
    - Altamente significativa del 100% en las respuestas que se omitieron en el grupo B.
  - En la alta receptividad ambos grupos incidieron en los mismos items que son dos, el 14 y el 18. Estos hablan respectivamente, de la preferencia que tiene la información recibida por las amistades hacia la forma en que quiere tener al bebé y los beneficios que mencionan las amistades, hacia el tipo de parto.
- La influencia familiar:
    - El grupo A en la baja receptividad dentro del rango medio bajo con un 60%. En la alta receptividad presenta un 40% y en repuestas omitidas 0%.
    - El grupo B presenta en la baja receptividad un 64% dentro del rango medio bajo. En la alta receptividad un 30% y en respuestas omitidas un 6%.
    - La diferencia es del 6% para la baja receptividad a la influencia familiar, donde ambos grupos presentan un nivel similar. Cabe mencionar que aquí

la categoría indica que un bajo porcentaje de la población marca esta baja receptividad.

- El grupo A en la alta receptividad presenta una diferencia significativa del 25% con respecto al grupo B, lo que significa que los primeros son más receptivos a la influencia familiar.
  - La diferencia entre ambos grupos en la omisión de respuestas es del 100%.
- La influencia de la pareja:
    - En baja receptividad un 54% que corresponde al rango bajo del grupo A. En alta receptividad esta el 46% y en la omisión de respuestas es del 0%.
    - El grupo B presentan un 40% en la baja receptividad en un nivel inferior al rango bajo. En alta receptividad están un 56%, representando más de la mitad y la omisión de respuestas el 4%.
    - En la baja receptividad el grupo A tiene una diferencia significativa del 26% con respecto al grupo B, donde significa que el grupo A es menos receptivo que el grupo B.
    - En la alta receptividad el grupo B con respecto al grupo A se presenta una diferencia considerable del 18%, donde el primero es más receptivo que el segundo. La diferencia en la omisión de respuestas la diferencia es del 100%.



## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

De las dos hipótesis de trabajo propuestas en la presente investigación, solamente una pudo ser verificada, a saber, la hipótesis dos. A continuación se realiza el análisis de la hipótesis número uno.

H1: Las mujeres primigestas que eligen de antemano un parto vaginal presentan: mayor información, orientación médica adecuada, menor presencia de rasgos de sumisión y dependencia, manejo adecuado del dolor y menor receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, que las mujeres que eligen de antemano una cesárea.

La falta de resultados de la hipótesis número uno, se interpreta de la siguiente manera:

La mayoría de las mujeres primigestas no eligen de antemano el parto por cesárea, como podría creerse al observar el índice de cesáreas en México en el año 2002 (OMS y OPS) y en opinión de algunos médicos gineco-obstetras (Franco G., A., 1999). Por lo

tanto, esto podría significar que el alto índice de cesáreas sea causado principalmente por una orientación médica inadecuada y / o de una falta de ética por parte de los médicos como sostiene la OMS (1996). Sin embargo, cabe mencionar que sería imprescindible verificar si estas mismas mujeres permanecen, a través del tiempo, en la misma convicción del tipo de parto que desean, dado que en el artículo escrito por Suárez (2001) se plantea que en la medida que se aproxima más la fecha probable de parto, la ansiedad que experimenta la primigesta puede incrementarse al grado de perder la seguridad, ya obtenida, sobre la forma en que se dará el parto.

La interpretación de los resultados que se obtuvieron con respecto a la hipótesis número dos son los siguientes:

(Cabe mencionar que para fines prácticos, se presentan por separado cada uno de los factores propuestos como variables independientes).

En la hipótesis número dos con un nivel de significancia del 95%, se aceptan tres de los cinco factores en su totalidad y se rechazan el factor de sumisión y dependencia, así como el de receptividad a la influencia social, de familia y de pareja.

H2: El grupo de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan mayor información, mayor orientación médica adecuada, menor presencia de rasgos de sumisión y dependencia, mayor manejo adecuado del dolor y menor receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

El primer factor aceptado es la información:

El grupo de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan MAYOR información, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

Por tanto, se apoya el hecho de que las mujeres primigestas que buscan medios formales para prepararse, como es un curso psicoprofiláctico, poseen mayor número de datos acerca de los beneficios y consecuencias que conlleva el parto vaginal, la cesárea y el parto psicoprofiláctico, que las posibilita a tomar decisiones responsables, es decir, basadas en datos correctos como sostienen Jones, C. (1987), Ewy y cols. (1981), Fernández, I. (1994) y Chavez, A. (2000) entre otros. Este hecho podría evitar que el médico o la institución de salud en la que se atiende, llevaran a cabo decisiones inadecuadas, por falta de ética o de preparación. Es decir, que aquellas mujeres que no tienen un medio formal de preparación, creen poseer datos correctos cuando no lo son, es decir, se consideran bien informadas, pero llegado el momento de tomar decisiones se verán imposibilitadas para realizar un buen desempeño, y se verán en total dependencia de la opinión del especialista.

Del mismo modo, la posesión de mayores conocimientos les permitirá manejar de una mejor manera su nuevo rol como madres, ya que la maternidad comienza desde el momento en que la mujer se sabe embarazada (Sau, V., 1986; Winnicott, 1990; Lartigue y cols., 1994).

Lo anteriormente dicho puede constituir una motivación para aquellas mujeres embarazadas por primera vez, que no cuentan con alguna fuente formal de la que puedan obtener conocimientos básicos e importantes que enriquezcan la experiencia del embarazo y apoyen la concientización de la maravillosa y enorme responsabilidad de ser

madres (Gessen, V. y Gessen, M., 2003; Gutman, L., 1984, Romero, L., 2003; Schallman, R., 2002).

Cabe mencionar que existe un conocimiento incorrecto general en relación a los beneficios y consecuencias que tiene la operación cesárea. Este desconocimiento puede constituir un factor importante en la incidencia de tantas cesáreas injustificadas. Ya que las mujeres primigestas en general desconocen las consecuencias de una operación cesárea, quizá esto puede hacer que les parezca una manera "segura" para que nazca su bebé y accedan con mayor facilidad a esta opción cuando el médico se los propone (Harper, B. 2001).

Es importante destacar que el hecho de no poseer conocimientos suficientes y correctos imposibilita la realización de elecciones adecuadas, lo que puede provocar que la mujer experimente culpa, remordimiento, intranquilidad, angustia y ansiedad; al no sentirse segura en las elecciones que tendrá que llevar a cabo a lo largo del proceso de embarazo y parto. A diferencia de las mujeres que si poseen esta información, aumenta la probabilidad de experimentar satisfacción al elegir lo mejor para ellas y sus bebés, desde el principio; lo que contribuiría a cimentar las bases de un manejo adecuado del rol materno.

La presencia o ausencia de conocimientos básicos con respecto a los beneficios y consecuencias del parto vaginal, de la cesárea y del parto psicoprofiláctico, puede hacer una gran diferencia en la experiencia de convertirse en madres.

El segundo factor aceptado es la orientación médica:

El grupo de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan mayor ORIENTACIÓN MÉDICA ADECUADA, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

Al igual que la información, el recibir una orientación médica adecuada o inadecuada puede hacer una enorme diferencia en la forma en que se viva la experiencia del embarazo y del parto.

Lo que busca una mujer embarazada es en resumen, apoyo y asesoría médica especializada.

La mujer primigesta, como su nombre lo indica, se encuentra por primera vez ante la maternidad, y la experiencia de estar embarazada, lo que se traduce en no saber más que teóricamente acerca de este estado. Es por esto, que el médico especialista en ginecología y obstetricia, posee una gran y especial importancia en la forma en que la mujer vivirá el embarazo y el parto (García, D., 2003).

El recibir una orientación médica adecuada puede propiciar una agradable relación médico-paciente en el que se valore la confianza y el respeto en ambos sentidos. En estos dos últimos puntos radica, en gran medida, el éxito que puede tener tanto el doctor como la futura madre (Katz, G., 1973), en llevar hasta el final un trabajo en equipo mediante el que se logre un cuidado eficiente de la paciente. Evitar complicaciones. Un ejemplo de ello es el siguiente: Si hay confianza en la relación lo más probable es que la paciente siga las instrucciones del médico, si no la hay, lo más probable es que suceda lo contrario; esta situación que a primera vista parece sencilla, de no cumplirse puede entrañar infinidad de problemas que repercutan en la salud de la madre y del bebé. En el caso de que haya poca confianza, el trabajo del médico se puede ver afectado, ya que si

la paciente no le comunica clara y ampliamente lo que va experimentando, el médico no puede realizar eficientemente su trabajo, ya que la ausencia de datos obstruye el que pueda brindarle una atención adecuada (Jacobson, I., 2003).

Se hace especial énfasis en que se procure una relación de confianza y respeto entre el médico y la paciente, porque gracias a ello puede darse una comunicación abierta, la que trae innumerables beneficios para ambos, como el hecho de poder evaluar desde un inicio (serie de consultas a lo largo del embarazo) si es conveniente ser atendida por ese médico o no; puede ser porque no compartan la misma visión acerca de la experiencia del parto, o porque atiende a tantos pacientes que le es difícil dedicar más de 45 minutos de consulta o contestar a una llamada de la paciente, etc (Kitzinger, S. 1985).

Por otra parte, el respeto que manifiesta el médico hacia las opiniones, deseos y preferencias de la mujer primigesta, es vital para que pueda haber confianza en que no existirán manejos faltos de ética por parte del especialista. Es decir, que planea de forma individual que el parto se dará de forma contraria a la que desea la futura madre. Según las estadísticas de cesáreas realizadas en el año 2002 (OMS) en México, existe una alta probabilidad de que los partos concluyan en una operación cesárea.

Gessen, V. y Gessen, M. (2003) señalan como un importante criterio el hecho de buscar recibir una orientación médica adecuada porque contribuye, en todos los aspectos, a que resulte exitosa la experiencia del embarazo y del parto. En caso de recibir una orientación inadecuada, se da lugar a conflictos y discrepancias entre el médico y la paciente, que pueden repercutir en la salud del bebé y de la madre.

Sin duda el especialista es el médico gineco-obstetra pero este título no le da derecho para decidir sobre la vida o salud de otra persona, sin su sano consentimiento. Esto lo sabe cualquier doctor con ética. Desafortunadamente las estadísticas proporcionadas por la OMS y la OPS del año 2002, indican la existencia de un alto

porcentaje de médicos que atienden partos, faltos de ética. Muchos de estos especialistas aprovechan la ignorancia de la mujer primigesta para evitar mayor carga de trabajo o hacerlo de manera que les acomode más. Sacrificando las expectativas, deseos y emociones de la mujer primigesta. Arguyen que las primerizas tardan siempre más, (Pappalia, 1978; García E., D., 1999) y si se añade el dato de que la cesárea puede durar en promedio una hora frente a un parto vaginal que no se sabe la duración, queda claro el concepto de comodidad.

Por último es importante hacer notar que es responsabilidad del médico informar correcta, clara y adecuadamente a la mujer (OMS, 1996) primigesta acerca de los beneficios y consecuencias que conlleva cada tipo de parto. Es entonces interesante puntualizar el resultado que se obtuvo en el factor de información con respecto a la cesárea, donde la muestra en general desconoce o maneja datos incorrectos acerca de esta. Es decir, que aunque ellas reporten una orientación adecuada, no conocen claramente las consecuencias. Esto más que una coincidencia fortuita, parece apoyar el punto del manejo inadecuado que están realizando muchos médicos (OMS, 1996).

Nuevamente se observa que una de las consecuencias de no recibir una preparación por medios formales, es el no poder distinguir entre una orientación médica adecuada e inadecuada, lo que se traduce en una limitación, que muy probablemente afectará el desarrollo y desempeño del rol materno. Lo contrario las sitúa en una posición activa que contribuye a un mejor desempeño y a conseguir más experiencias positivas.

El tercer factor aceptado es el manejo adecuado del dolor:

El grupo de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan un mayor MANEJO ADECUADO DEL DOLOR, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

Es importante poseer un manejo adecuado del dolor porque puede constituir un punto determinante para lograr o no una buena salud mental y física, como sería evitar incrementar el nivel de ansiedad de la mujer primigesta, evitar psicomatismos y experimentar positivamente el embarazo y el parto (Casanova, M., 1989). De este modo podría decirse que se está librando de múltiples conflictos que son innecesarios pero que si se añaden a la ansiedad normal que provoca una experiencia completamente nueva, pueden fácilmente provocar considerables problemas en el desarrollo del embarazo y en la forma en que se presente el parto (Dick-Read, G., 1964). Es nuevamente interesante saber que el manejo de información correcta es de esencial importancia para este punto ya que existe un considerable número de mitos que pueden ser altamente perjudiciales para el manejo del dolor que requiere hacer la mujer primigesta. Los sujetos que no se preparan formalmente presentan menores posibilidades de lograr un manejo adecuado del dolor.

El primer factor rechazado es la presencia de rasgos de sumisión y dependencia:

El grupo de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan MENOR PRESENCIA DE RASGOS DE SUMISIÓN Y DEPENDENCIA, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

Por tanto se acepta la hipótesis alterna de este factor:

El grupo de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan MAYOR PRESENCIA DE RASGOS DE SUMISIÓN Y DEPENDENCIA, con respecto al grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.



Inesperadamente las mujeres que asisten a un curso psicoprofiláctico tienen una mayor presencia de estos rasgos aunque debiera de hablar de personas con mayor autonomía. Sin embargo, la similitud entre los dos grupos, puede deberse a factores culturales. Mismos que han sido estudiados por Sau,V. (1986), Casanova, M. (1989) y Olga Bustos (1988) en referencia a los modelos y mensajes que se transmiten a través de la familia, la escuela y los medios masivos de difusión y el impacto que tienen en la formación de la identidad femenina.

Concretamente este factor refiere la posición activa o pasiva de las mujeres primigestas. Fueron 4 items los que poseen mayor incidencia de respuestas incorrectas, de los cuales tres presentan situaciones con respecto al momento de parto, específicamente, y parece ser que en este momento tan importante y de tanto peso, ellas prefieren dejarle la carga al especialista y ellas desentenderse, es decir, de una posición activa, pasar a una totalmente pasiva, lo que puede traducirse en creencias como: "*ahí no tiene responsabilidad alguna*" o que "*su participación es muy limitada*"; a este respecto, la Doctora Chávez (2000) analiza y trabaja de forma continua con mujeres embarazadas acerca de la papel que juega la mujer en el proceso de maternidad.

El factor de receptividad a la influencia de PAREJA, SOCIAL y FAMILIAR, presenta lo siguiente:

En general, la receptividad a la influencia de estos grupos es constante en ambas muestras, es decir que presentan porcentajes similares y muy próximos al cincuenta por ciento del total de la muestra (como se menciona en el capítulo de resultados), lo que se interpreta como una alta receptividad a ser influenciados por estos tres grupos. Es interesante observar este fenómeno, dado el considerable impacto que se observa en la población, considerándolo como una importante área de oportunidad, en el sentido que propone Olga Bustos (1988) para manejarlo positivamente.

A continuación se revisa en forma individual cada uno de los grupos:

La receptividad a la influencia de pareja es aceptada:

El grupo de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan menor receptividad a la influencia DE LA PAREJA, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

Los sujetos que asisten a un curso psicoprofiláctico y los que no asisten a un curso psicoprofiláctico pueden ser fácilmente influidos por su pareja, aunque los que no asisten todavía pueden ser más. De aquí surgen gran parte de los esfuerzos para integrar a las parejas al proceso de gestación y de parto (Wood, S., 2003).

En la receptividad a la influencia social de los medios masivos de difusión se acepta la hipótesis de trabajo:

El grupo de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan MENOR receptividad a la influencia SOCIAL (M.M.D.), que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

Tanto los sujetos que asisten como los que no asisten manejan un receptividad medida en lo que se refiere a los medios masivos de difusión.

El porcentaje significativo de omisión de repuestas puede tener un sesgo hacia la alta receptividad de influencia, esto quiere decir que las personas que no respondieron muy probablemente sean fácilmente influenciadas por los medios masivos de difusión, dada la ausencia de claridad en su posición .

En la receptividad a la influencia social de las amistades, así como de la influencia familiar se acepta la hipótesis alterna.

El grupo de mujeres primigestas que asisten a un curso psicoprofiláctico presentan mayor receptividad a la influencia SOCIAL (amistades) y FAMILIAR, que el grupo de mujeres primigestas que no asisten a un curso psicoprofiláctico.

Esto nos habla del lugar tan importante que ocupa la opinión y la posición de la familia en el criterio de la mujer primigesta. Lo relevante es notar que la receptividad a la influencia de las amistades, de la familia y de la pareja, resultan muy similares, ya que los porcentajes se mueven muy cerca de la mitad, es decir que aunque hay diferencias significativas entre uno y otro grupo, lo que interesa es que el porcentaje de receptividad se mueve muy cerca del 50%, es decir, que se está hablando de la mitad de la población.

Sin duda es muy importante "lo que digan" las amistades, la familia y la pareja, lo que concluye que hay que desarmar los mitos que se manejan socialmente, ya que ejercen una importante influencia (Sau, V., 1986; Casanova, M., 1989). Tomando en cuenta que muchos de los datos que estos grupos manejan es incorrecto. Esto se puede verificar identificando la fuente principal de donde provienen los conocimientos incorrectos.

Resulta especialmente interesante observar que aproximadamente la mitad de la muestra presenta una alta receptividad a la influencia de amistades, familia y de pareja, lo que hace pensar que hay que poner mucha más atención en el conocimiento que se adquiere a partir de medios informales, ya que las personas los adquieren como datos correctos y fundamentados (Sau, V., 1986; Casanova, M., 1989).

A groso modo ambos grupos pueden ser fácilmente influidos tanto por las amistades como por los familiares. Significativamente más los sujetos que asisten a un

curso psicoprofiláctico. Con esto podemos concluir que no hay duda del gran peso de la familia y de las amistades como grupos de influencia.

En referencia a las fuentes de donde reportan haber adquirido conocimiento sobre los beneficios y consecuencias del parto vaginal, de la cesárea y del parto psicoprofiláctico el primer lugar fue ocupado por las fuentes científicas, el segundo por las fuentes sociales y por último, las fuentes familiares. La mayoría de los sujetos no respondió a las opciones de las fuentes, por lo que resulta imposible realizar una interpretación que pueda generalizarse. Sin embargo existe una alta incidencia de respuestas incorrectas donde la fuente señalada fue la científica; una posible explicación a este hecho podría ser que los sujetos creen poseer datos correctos que avalan al reportar que provienen de fuentes científicas.

## **CAPÍTULO VI**

### **ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

#### **6.1 Alcances**

En base a las estadísticas de los últimos años sobre el número de cesáreas realizadas en México, es importante llevar a cabo investigaciones que proporcionen información sobre las causas de este fenómeno, que lejos de disminuir con los años y a pesar de las regulaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud, continua en ascenso.

La investigación de los factores que causan este fenómeno contribuyen a diferentes sectores de la salud de la persona, a saber:

1. Psicológico: La higiene mental que proporciona la información acerca de los cambios que experimentan las mujeres en el embarazo que incluye las adaptaciones que estos conllevan apoya el paso a una nueva etapa en la vida que

puede enfrentar exitosamente al desenvolverse en su nuevo rol materno con responsabilidad y conciencia.

2. Físico: Igualmente importante; posee gran relevancia en lo que se refiere a la prevención, específicamente, a las secuelas que pueden causar (a largo plazo) las intervenciones quirúrgicas como es la operación cesárea. Información esencial para tener los cuidados necesarios para procurar una recuperación integral.

El objetivo es el de salvaguardar la salud y bienestar de la madre, del bebé y de la nueva familia.

## **6.2 Limitaciones**

La principal limitación que se encuentra para la presente investigación, es que la mayoría de las mujeres encuestadas no prefieren una cesárea de antemano, por lo que resulta imposible hacer inferencias a partir de una población tan reducida. Por otro lado, es posible elegir a una muestra que cumpla con esta condición, sin embargo esto afectaría la confiabilidad de los resultados imposibilitando la generalización.

Los resultados obtenidos de las encuestas realizadas, solamente pueden generalizarse a la población que radica en la Ciudad de México y no a otras poblaciones; asimismo se restringe a un grupo de sujetos que cumplan las mismas características especificadas de la muestra investigada.

### 6.3 Sugerencias

En base a los resultados y su interpretación se pueden sugerir los siguientes puntos para futuras investigaciones:

Profundizar en el factor de receptividad a la influencia social, familiar y social , con el objeto de identificar de manera más precisa los datos que manejan incorrectamente, así como los factores que se relacionan con una alta receptividad por parte de las mujeres primigestas.

Realizar un estudio longitudinal que permita verificar la existencia de una diferencia significativa en el número de mujeres que reportan preferencia por el parto vaginal y las mujeres que lo realizan; asimismo podría verificarse las causas que contribuyeron a cambiar la preferencia del tipo de parto y el momento en el que éste se da.

Clasificar el nivel de importancia de los conocimientos que manejan las mujeres primigestas; lo que permitiría identificar con mayor precisión las repercusiones de su ignorancia.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

Los factores propuestos para la presente investigación, como influyentes en la elección del tipo de parto de mujeres primigestas, concluyen de la siguiente manera:

Las mujeres no eligen de antemano una cesárea como primera opción para dar a luz a su primer hijo; lo que corrobora que no son ellas las principales causantes del aumento desmedido en la realización de cesáreas, como algunos doctores señalan (Franco G., A., 1999). Sin embargo, existen dos factores que al conjugarse pueden dar tal resultado, a saber: 1) Médicos gineco-obstetras que con su falta de profesionalismo y ética realizan cesáreas innecesarias y 2) La falta de preparación por parte de las mujeres embarazadas que junto con sus parejas o familiares, no profundizan en ello para tomar las mejores decisiones y desempeñar responsable y conscientemente su nuevo rol.



Lo anterior habla de falta de ética y responsabilidad de ambas partes, tanto del especialista como de la paciente. Es decir, que este fenómeno se encuentra sustentado por la actitud pasiva de una madre, que por razones diversas, hace responsable al especialista, del bienestar propio y de su hijo, mismo que puede, con este poder que ella le entrega, conducir el parto al tiempo y el espacio que le parezcan más convenientes, sin que la madre y/o el padre, puedan apelar o cuestionar.

Por otra parte se comprueba que aunque la preferencia de la mayoría sea el parto vaginal, toman esta decisión a la ligera, ya que por motivos físicos es una minoría la que presenta problemas o contraindicaciones que la orillen a la operación cesárea.

El problema es que la ignorancia permite al médico señalar determinada situación como problemática o de riesgo, según su criterio; cuando sería posible intervenir en la toma de decisiones con respecto al bienestar de su hijo, ya que es una realidad que el paciente también tiene derechos y obligaciones. La significativa presencia de rasgos de sumisión y dependencia que presentaron ambos grupos, probablemente por elementos culturales, da sustento a este hecho, ya que particularmente la cultura mexicana apunta a obedecer y mantenerse pasivo en la dinámica de la relación médico-paciente. No es un camino fácil, dadas las condiciones que han prevalecido por décadas, en dicha relación, sin embargo el cambio continua y es imprescindible tomar parte activa en lo que se refiere al entendimiento de lo que significa esperar y recibir un hijo.

Por otra parte la mujer primigesta, como su nombre lo indica, se encuentra por primera vez ante la maternidad, y la experiencia de estar embarazada, por lo que busca apoyo y asesoría médica especializada. Y es por este motivo, que el médico especialista en ginecología y obstetricia, juega un papel fundamental en la forma en que la mujer vivirá el embarazo y el parto.

El hecho de recibir una orientación médica adecuada contribuye, en todos los aspectos, a que resulte exitosa la experiencia del embarazo y del parto, con el objeto de preservar la salud física y psicológica de madre e hijo (Gessen, V. y Gessen, M., 2003).

A partir del hecho de que es responsabilidad del médico informar correcta, clara y adecuadamente a la mujer (OMS, 1996) primigesta acerca de los beneficios y consecuencias que conlleva cada tipo de parto, resulta interesante puntualizar que existe un desconocimiento o manejo de datos incorrectos significativo, con respecto a la cesárea en particular. Resultado que apoya la hipótesis del manejo inadecuado que están realizando muchos médicos en la actualidad (OMS, 1996). Dicho desconocimiento puede constituir un factor importante en la incidencia de tantas cesáreas injustificadas, ya que posibilita la creencia de que la cesárea es una manera “rápida y segura” para que nazca su bebé y de este modo, acceder con mayor facilidad cuando el médico se los propone (Harper, B. 2001).

Es importante poseer un manejo adecuado del dolor porque puede constituir un punto determinante para lograr o no, una buena salud mental y física, como sería evitar incrementar el nivel de ansiedad de la mujer primigesta, evitar psicomatismos y experimentar positivamente el embarazo y el parto (Casanova, M., 1989). De este modo podría decirse que se está librando de múltiples conflictos que son innecesarios, pero que si se añaden a la ansiedad normal que provoca una experiencia completamente nueva, pueden fácilmente provocar considerables problemas en el desarrollo del embarazo y en la forma en que se presente el parto (Dick-Read, G., 1964). Es nuevamente interesante saber, que el manejo de información correcta es de esencial importancia para este punto, ya que existe un considerable número de mitos, que pueden ser altamente perjudiciales para el manejo del dolor que requiere hacer la mujer primigesta. Los sujetos que no se preparan formalmente presentan menores posibilidades de lograr un manejo adecuado del dolor. Es decir, que todos los factores relacionados al embarazo y parto, implican

diferentes niveles de salud, tanto física como psicológica, que repercutirán en el desarrollo del embarazo y la formación de la nueva familia.

En lo que se refiere al papel esencial que posee la influencia social, familiar y de pareja en la mujer primigesta, se confirma la significativa receptividad a la influencia social, familiar y de pareja, mismos que al no encontrarse correctamente informados es poco probable que puedan brindar un apoyo adecuado. En orden de mayor a menor en cuanto a la receptividad de la primigesta, el número uno es la pareja, el dos lo ocupan las amistades y el tres la familia.

No se intenta cuestionar la veracidad de las recomendaciones y sugerencias que recibe la primigesta tanto de su familia como de las amistades, sin embargo es importante enfatizar que la experiencia de parir es totalmente individual, lo que imposibilita generalizaciones que erróneamente se han constituido como mitos altamente difundidos.

A continuación se mencionan algunas de las consecuencias y de los beneficios más significativos:

Es cierto que los médicos especialistas tienen parte de responsabilidad, sin embargo, se ven apoyados directamente por la ignorancia y pasividad de los padres, que no se involucran en el procedimiento médico y el proceso integral desde el embarazo hasta el parto. Por lo tanto puede esperarse que dicha actitud prevalezca hasta que quizá, algún evento los lleve a reflexionar acerca de su propia responsabilidad, y probablemente esto suceda, hasta que el hijo llegue a edad escolar y vuelva a presentarse un cambio significativo en la dinámica familiar, como lo fue la llegada del hijo a la vida de la pareja. La presencia o ausencia de conocimientos básicos con respecto a los beneficios y consecuencias del parto vaginal, de la cesárea y del parto psicoprofiláctico, puede hacer una gran diferencia en la experiencia de convertirse en madres Y EN SU POSTERIOR DESENVOLVIMIENTO.

El no poder distinguir entre una orientación médica adecuada e inadecuada, se observa como una de tantas consecuencias de no recibir una preparación por medios formales, ya que se traduce en una importante limitación, que muy probablemente afectará el desarrollo y desempeño del rol materno. Cabe mencionar que lo contrario, las sitúa en una posición activa que contribuye a un mejor desempeño y a conseguir mayor número de experiencias positivas.

Por tanto, se apoya el hecho de que las mujeres primigestas que buscan medios formales para prepararse, como es un curso psicoprofiláctico, poseen mayor número de datos acerca de los beneficios y consecuencias que conlleva el parto vaginal, la cesárea y el parto psicoprofiláctico, que las posibilita a tomar decisiones responsables, es decir, basadas en datos correctos como sostiene Jones, C. (1987), Ewy y cols. (1981), Fernández, I. (1994) y Chavez, A. (2000) entre otros. Este hecho podría evitar que el médico o la institución de salud en la que se atiende, lleven a cabo decisiones inadecuadas, por falta de ética o de preparación. Es decir, que aquellas mujeres que no tienen un medio formal de preparación y creen poseer datos correctos (cuando no lo son), considerándose bien informadas, presentan un mayor riesgo de encontrarse en total dependencia de la opinión del especialista en el momento en que tengan que tomar decisiones significativas.

Es importante destacar, que el hecho de no poseer conocimientos suficientes y correctos imposibilita la realización de elecciones adecuadas, lo que puede provocar que la mujer experimente culpa, remordimiento, intranquilidad, angustia y ansiedad; al no sentirse segura en las elecciones que tendrá que llevar a cabo a lo largo del proceso de embarazo y parto. A diferencia de las mujeres que si poseen esta información, aumenta la probabilidad de experimentar satisfacción al elegir lo mejor para ellas y sus bebés, desde el principio; lo que contribuiría a cimentar las bases de un manejo adecuado del rol materno.

Del mismo modo, la posesión de mayores conocimientos les permitirá manejar de una mejor manera su nuevo rol como madres, ya que la maternidad comienza desde el momento en que la mujer se sabe embarazada (Sau, V., 1986; Winnicott, 1990; Lartigue y cols., 1994).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre de Cárcer, A. (1985) Preparación al parto. Madrid: Morata
2. Althusser, L. (1987) Freud y Lacan. Madrid: Anagrama
3. Becerro, C. (1987) Efectos beneficiosos del método psicoprofiláctico en el parto. Revista de Sanidad e Higiene Pública. Julio- Agosto Pp. 751-758. Madrid.
4. Bleger, J. (1979) La identidad en el adolescente. Bs. Aires: Paidós
5. Bleichmar, N.M. (1982) El psicoanálisis después de Freud: Teoría y clínica. México: Paidos
6. Bowlby, D. (1989) Una base segura. México: Paidos
7. Burín, M. (1990) El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada. Bs.Aires: Paidos.
8. Bustos, O.L. (1988) Socialización, papeles (roles) de género e imagen de la mujer en los medios masivos: ¿Quiénes perciben los estereotipos difundidos?. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) La Investigación sobre la mujer: Informes en sus primeras versiones. Primera edición. Revistas analizadas pp. 739
9. Casanova, M., López, M., Ortega, L. y Vázquez, M.L. (1989) La formación de la identidad femenina. Colección modular. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. 1ra edición.
10. Cofer, C.N. y Appley, M.H. (1979) Psicología de la Motivación: Teoría e investigación. México: Trillas.
11. Cracken, L. (1995) Por qué no funciona el parto hospitalario. Madrid: EDAF
12. Chalmers, Howell. (1991) Analgesia epidural para el dolor del parto. International Journal of Obstetric Anesthesia, 1991; Vol.2, Pp. 1-17
13. Chávez, A. y Weissmann, V. (2000) El parto psicoprofiláctico. México: Diana.
14. D'Alvia, R. (Comp.). (2001) El Dolor: Un enfoque interdisciplinario. Bs. Aires: Paidós.

15. Dickey, N. (1999) Medical Library. Colegio Norteamericano de Obstetras y Ginecólogos. Ca., E.U.A.
16. Dick-Read, G. (1964) Parto sin temor. Argentina: Central.
17. Del Campo A., G. (1982) Antropología de la salud: Antropología del género. Argentina: Marymar.
18. Downie, N.M y Health, R.W. (1986) Métodos Estadísticos Aplicados. México: Harla.
19. Erikson, E. (1950) Infancia y sociedad. Bs. Aires: Paidós
20. Erikson, E. (1968) Identidad, juventud y crisis. Bs. Aires: Paidós
21. Erikson, E. (1972) Sociedad y adolescencia. Bs. Aires: Paidós
22. Erikson, E. (1978) La Aduldez. México: FCE
23. Ewy, Donna y Roger (1981) Preparación para el parto. Prólogo Dr. Pierre Vellay México: Diana.
24. Fastuca, A. (1992) Rol de la Anestesia en Obstetricia: Anestesia epidural. Federación Argentina de Asociaciones de Anestesiología. Reporte.
25. Fernández, I. (1994) La revolución del nacimiento. Madrid: EDAF
26. Ferro, N. (1991) El Instinto maternal o la necesidad de un mito. México: Siglo XXI.
27. Franco G., A. (1999) La Cesárea. Especialistas en Reproducción Humana y Asociados, A.C. México.
28. Gambone, J. Y Kahn (1994) The Effect of Epidural Analgesia for Labor on the Cesarean Delivery Rate. Revista Obstetrics and Gynecology 83, num.6 Junio de 1994 Pp.145-152
29. García, E. (2001) Efectos secundarios de la anestesia epidural sobre la madre y el niño. Desarrollo de aplicaciones informáticas para la salud. México.
30. García E., D. (19Oct2003) ¿Parto natural o Cesárea?. Secc. Hogar. Grupo Reforma. México
31. Gessen, V. y Gessen, M. (2003) Psicología para todos. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Barcelona, España. Editora Alfa Beta.

32. Gutman, L. (1984) La Maternidad y el encuentro con la propia sombra. Bs.Aires: Paidós.
33. Gutman, L. (1997) Desarrollos Posfreudianos: escuelas y autores. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.
34. Harper, B. (1994-2001) Opciones para un parto suave. Bs. Aires: Paidós.
35. Hernández, V. (1999) El Psicólogo en la Clínica del Dolor. IPN Ciencia, Arte y Cultura. Clínica del Dolor: apoyo contra un padecimiento crónico y degenerativo. Clínica del Dolor del Hospital General de México. Enero – Febrero 1999.
36. Hernández Sampieri, R., Fernández, C., C. Y Baptista, P. (1991) Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill / Interamericana.
37. Ibáñez, B., B. (1990-1995) Manual para la elaboración de tesis México: Trillas.
38. Jacobson, I. (2003) Inducción de la demanda por la oferta: el caso de las cesáreas. Tesina. Licenciatura en Economía. UIA. México, D.F.
39. Jones, C. (1987) Mind over labor. Mass: Penguin Books P.5
40. Infante, S y Zárate de Lara G. (1984) Métodos Estadísticos: un enfoque interdisciplinario. México: Trillas.
41. Katz, G. (1973) Relación Médico-paciente. Guía conceptual. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Argentina.
42. Katz, G. (1999) Experiencia de Parto Bajo el Agua en la Argentina. I Simposio Internacional de Parto Bajo el Agua y I Convención Nacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, Septiembre de 1999. Lima, Perú.
43. Kitzinger, S. (1985) Embarazo y nacimiento. Madrid: Interamericana.
44. Lagarde, M. (1996) Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Madrid: Horas y horas.
45. Laing, R.D. (Marzo 2003) Escuela para Padres y Maestros: "Desarrollo Afectivo". México
46. Langer, M. (1951-1964) Maternidad y sexo. México: Paidós.



47. Langer, M. (1984) Caí en idealizar la maternidad. Conferencia inédita en Madrid en el Encuentro llamado "Maternidad y feminidad" Transcripción: Juan Carlos Volnovich.
48. Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1977) Diccionario de Psicoanálisis Barcelona : Labor
49. Lartigue, T. y Vives, J. (1994) Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil durante el embarazo. Manuales de práctica profesional. Departamento de Psicología. Universidad Iberoamericana. México.
50. Mahler, M. (1977) El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación. Bs. Aires: Marymar.
51. Mitre, S. (1997) Parir: Una Oportunidad. Reporte de Maternidad. Hospital internacional General de Agudos José de San Martín, La Plata. Buenos Aires.
52. Odent, M. (1963-1990) El bebé es un mamífero. Madrid: Mandala
53. OMS Apoyo cesáreas (1996) El nacimiento no es una enfermedad. ¿Alguna vez se preguntó porqué dos de cada tres cesáreas son innecesarias?. Del Manual de Atención de Parto Normal.
54. Organización Mundial de la Salud (1996) Clasificación de Actos en el Parto Normal. Manual de Atención de Parto Normal.
55. Mendenhall, W. (1982) Introducción a la Probabilidad y la Estadística. México: Wadsworth Internacional / Iberoamérica.
56. Mendenhall, W. (1990) Estadística para Administradores. México: Iberoamerica.
57. Osborne, R. (1991) La discriminación social de la mujer en razón del sexo. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
58. Pappalia, Diane, E. y Wendkos. O., S. (1978) Psicología del Desarrollo: "de la infancia a la adolescencia". México: McGrawHill
59. Riquer, F. (Comp.) (1991) Bosquejos ... Identidades femeninas. Relaciones de género. México: UIA
60. Rodman, R. (1984) Winnicott: Life and work. Mass: The Harvard Common Press
61. Romero, L. (2003) Preparación psicoprofiláctica: evita problemas en el parto. Gaceta. (Febrero 2003) México, UNAM.

62. Ruíz, S. (17Ago2003) Alarman Cifras a la Secretaría de Salud: Recurren más mexicanos a cesáreas. Grupo Reforma. México.
63. Sau, V. (1986) Ser mujer: El fin de una imagen tradicional. México: Icaria
64. Sau, V. (1989) El vacío de la maternidad. México: Icaria
65. Schallman, R. (2002) Un parto sin violencia, un parto libre. Revista Obstare El Mundo de la Maternidad No.5 Edición Especial Parto y Nacimiento en Casa. Revista trimestral, Tenerife, España.
66. Schejtman, C. (1999) Interacción madre-bebé: incidencia de la variable materna. Barcelona: Plural ediciones.
67. Sin autor. (27Nov2002) Parto quirúrgico. Cesárea: ¿corte necesario?. Artículo publicado en la pagina Web de Terra. Sección de maternidad Artículo No.73447. México.
68. Sin Autor (2003) Analgesia y anestesia en el parto. Revista Anestesiología y Reanimación. Marzo 2003. Vol.50 Num.3 España.
69. Sin autor (2003) Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. Informe anual Septiembre 2003.
70. Suárez, A. (2001) Escuchando a la naturaleza. Revista Mis niños y yo. Carácas, Venezuela. Abril 2001. Vol.18, num.2, p.75-79
71. Törngren, P. (1985) Dar a los bebes el mejor comienzo en la vida. Caso presentado por la OMS en La guía para una lactancia exitosa.
72. Warren, H. (1948) Diccionario de Psicología. México: FCE
73. William, M. y James, R. (1982) Estadística para administración y economía. México: Iberoamericana.
74. Winnicott, C., Shepherd, R. y Davis, M. (Comps). (1990) Los Bebes y sus madres. México: Paidós.
75. Wood, S. (2003) El parto en la actualidad. Revista Parenting en español. (Bimestral) Marzo 2003. México: Notmusa. Pp. 23-27

## **APÉNDICES**

## Apéndice A

### Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento.

#### **Los intereses de la madre y el bebé son superiores a los intereses médicos y el sistema de salud**

- El parto es un proceso normal, natural y saludable. Los padres tienen derecho a apropiarse del parto y elegir la manera más apropiada de parir.
- La sabiduría interna de la mujer conduce a través del proceso del parto.
- La confianza de la mujer y su capacidad para dar a luz y cuidar a su bebé se ven aumentadas o disminuidas por toda persona que le proporcione cuidados, así como por el entorno en donde ocurra el nacimiento.
- EL parto puede realizarse de manera segura en hospitales.
- La mujer tiene derecho a dar a luz libre de intervenciones médicas de rutina.
- EL bienestar psicológico de la madre debe ser asegurado, no solamente por la presencia de una persona de su elección durante el parto, sino también por un sistema de apoyo adecuado por el personal de salud que la asiste.
- La mujer tiene derecho a recibir información fidedigna y actualizada sobre las opciones para su parto y hacer lo que es mejor para ella y su bebé con base en sus valores y creencias individuales.
- El padre debe ser incluido en todos los eventos relacionados con el nacimiento de su hijo.
- Las cesáreas solo deben ser indicadas en cumplimiento de las recomendaciones de la OMS y con segunda opinión.
- Intimidad.
- Respeto por el reflejo de expulsión fetal.
- Que en su gestación el bebé no se sienta aislado e ignorado y en cambio hacerle participe de nuestra ilusión por su existencia.
- Prepararle una bienvenida a la vida tal como la hubiésemos deseado para nosotros escogiendo y planificando cada detalle para su recibimiento.
- Cubrir todas sus necesidades, no solo las físicas sino también las psicoafectivas tan vitales para su desarrollo como ser humano feliz.
- Poner atención en nuestros mensajes verbales y no verbales, evitando sembrar en su corazón semillas de odio, venganza, resentimiento y otras que tanto dolor producen en la humanidad.
- Sobre todo podremos ofrecerle la consideración y el respeto que necesita y merece el "SER" sensible e inteligente que ya es.

## **Apéndice B**

**Clasificación de Actos en el Parto Normal** (del Manual de Atención de Parto Normal, OMS, 1996).

### **1) Actos que son claramente útiles y deberían ser fomentados.**

1. Un plan personalizado acerca de donde y por quién va a ser atendido el parto , hecho con la mujer durante el embarazo con conocimiento de éste por parte del marido / compañero y por la familia si se considera necesario.
2. Evaluación de los riesgos del embarazo durante el cuidado prenatal , reevaluación de este en cada contacto existente.
3. Monitorización del bienestar físico y emocional materno durante el parto, alumbramiento y puerperio.
4. Ofrecer fluidos orales durante el parto y alumbramiento.
5. Respetar la elección informada de la paciente acerca del sitio en donde dar a luz.
6. Dar cuidados durante el parto y alumbramiento en los lugares más periféricos donde un parto sea posible y seguro y donde la mujer se encuentre segura y cómoda.
7. Respetar la privacidad de la mujer en la habitación de parto.
8. Apoyo por parte de las matronas durante el parto y nacimiento.
9. Respetar la elección de la mujer respecto a los acompañantes durante el parto y nacimiento.
10. Dar a la parturienta toda la información y explicaciones que ella desee.
11. Uso de métodos no-invasivos y no-farmacológicos de alivio del dolor, como masajes y técnicas de relajación.
12. Monitorización fetal con auscultación intermitente.
13. Uso único de materiales desechables y descontaminación apropiada de materiales reutilizables durante el parto y nacimiento.
14. Uso de guantes en las exploraciones vaginales , durante el nacimiento del niño y mientras se manipule la placenta.
15. Libertad de movimientos y posición durante el parto.

16. Animar a adoptar la posición no-supina durante el parto.
17. Monitorización cuidadosa del progreso del parto.
18. Empleo profiláctico de Oxitocina en el alumbramiento de mujeres con riesgo de desarrollar una hemorragia postparto.
19. Asepsia, al cortar el cordón.
20. Prevención de hipotermia Neonatal.
21. Contacto "piel a piel " temprano entre la madre y el hijo y ayuda con la iniciación de la lactancia materna, dentro de la primera hora postparto, de acuerdo con las indicaciones de la OMS.
22. Examen rutinario de la placenta y membranas.

**2) Actos que son claramente dañinos o inefectivos y deberían ser eliminados (intervenciones medicas de rutina).**

1. Uso rutinario de enemas.
2. Uso rutinario de depilación púbica.
3. Uso rutinario de infusiones intravenosas.
4. Inserción profiláctica de vías intravenosas.
5. Exploraciones rectales.
6. Uso rutinario de la posición supina durante el parto.
7. Uso de pelvimetrías radiológicas.
8. Administración de oxitócicos en cualquier momento del parto , de tal modo que su efecto no pueda ser controlado.
9. Uso rutinario de la posición de litotomía.
10. Empujes sostenidos y constantes (maniobra de Valsalva) durante el expulsivo.
11. Masajes y estiramientos del periné durante el expulsivo.
12. Uso de comprimidos orales de Ergometrina en el alumbramiento, para prevenir o controlar una hemorragia.
13. Uso rutinario de Ergometrina parenteral en el alumbramiento.
14. Lavado uterino de rutina después del parto.

15. Exploración manual de rutina del útero después del parto.

**3) Actos en los que no existe una clara evidencia para fomentarlos y que deberían ser usados con cautela hasta que diversos estudios clarifiquen el asunto.**

1. Métodos no-farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa.
2. Amniotomía temprana de rutina en la fase de dilatación.
3. Presión sobre el fondo uterino durante el parto.
4. Maniobras relacionadas con la protección del periné y el manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
5. Manipulación activa del feto al nacer.
6. Oxitocina de rutina, tracción controlada del cordón, o combinación de estos dos durante el alumbramiento.
7. Pinzamiento temprano del cordón umbilical.
8. Estimulación de los pezones para incrementar la contractilidad uterina durante el alumbramiento.

**4) Actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea**

1. Restricción de la ingesta de fluidos y sólidos durante el parto.
2. Control del dolor por agentes sistémicos.
3. Control del dolor con anestesia Epidural.
4. Monitorización electrónica fetal.
5. Usar máscaras y batas estériles al atender al parto.
6. Exploraciones vaginales repetidas y frecuentes especialmente por más de un miembro del equipo.
7. Aumentación con Oxitocina.
8. Movilización de la parturienta a otra habitación una vez ha alcanzado la dilatación completa.

9. Cateterización de la vejiga urinaria.
10. Aconsejar a la mujer a que empiece a empujar antes de que se haya diagnosticado la dilatación completa o de que la mujer sienta que tiene ganas de empujar.
11. Rigidez en cuanto a la duración estipulada del expulsivo, por ejemplo, una hora si las condiciones maternas y fetales son óptimas.
12. Partos instrumentales y cesáreas.
13. Uso rutinario de la episiotomía.
14. Exploración manual del útero después del alumbramiento



## Apéndice C

**Solicitud de cumplimiento de las Recomendaciones Generales de la OMS.  
Instancia dirigida al Sistema Nacional de Salud Pública en España. Para solicitar la  
manera en que quiere parir, presentando los desacuerdos y los motivos.**

### INSTANCIA DIRIGIDA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD-INSALUD

Doña ..... de ..... años de edad, vecina de....., provincia de ....., con domicilio en....., número ....., piso ....., teléfono ....., con Documento Nacional de Identidad número ..... y ..... afiliada a la Seguridad Social con el número .....; ante el Sistema Nacional de Salud-INSALUD comparezco y como mejor proceda en Derecho, DIGO:

Que estando en la actualidad embarazada y siendo la fecha calculada de mi parto el próximo ..... de ..... de ....., es mi intención dar a luz en el Centro que me corresponda, dependiente de ese Organismo al que me dirijo.

Que teniendo conocimiento de la manera en que actualmente se desarrolla la cobertura sanitaria y asistencia al parto en los Centros dependientes de ese Organismo, y siendo ésta diferente de la que se propugna en otros medios sanitarios acorde con mi opinión; quiero dejar expresa constancia de las siguientes CONDICIONES bajo las que deseo que se desarrolle mi parto, si no concurrieran en él circunstancias patológicas que excepcionalmente hicieran imposible el cumplimiento de alguna de estas condiciones:

1. Quiero que No se me considere una enferma. El parto es un proceso fisiológico, natural, involuntario y no patológico.
2. Quiero que se respete la expresión espontánea y libre de la naturaleza en mí, sin interferir --innecesariamente o por rutina o por protocolo establecido-- en la fisiología femenina ni en la intimidad necesaria para su buen discurrir.
3. Quiero que No se me practique, sin mi consentimiento expreso:
  - a) Sondaje vesical.
  - b) Rasurado de pubis.
  - c) Analgesia alguna.
  - d) Anestesia alguna.

e) episiotomía alguna.

4. Quiero que se facilite mi participación activa como protagonista de mi parto, mediante:

a) El respeto a la deambulaci3n y a las posiciones que elija para parir a lo largo de todo el proceso del parto: preparto, dilataci3n, pausas, expuls3n y postparto.

b) El respeto al tiempo que necesite para parir incluidas todas las pausas espont3neas; sin que se me practique, innecesariamente o por rutina o por protocolo establecido, acto alguno tendente a acelerar o a retardar el parto, tal como el goteo de oxitocina, la ruptura de membranas, la introducci3n de instrumentos o manos en mi vagina, la tracci3n del cord3n durante el alumbramiento con la placenta todav3a adherida...

5. Quiero que se propicie un ambiente adecuado durante el parto mediante:

a) La utilizaci3n de una habitaci3n silenciosa, con pocas personas, acogedora, con iluminaci3n tenue, evitando estridencias sensoriales y t3cnicas, con un mobiliario adecuado y con el instrumental m3dico guardado excepto cuando se use.

b) Una asistencia al parto respetuosa,3ntima y serena.

c) El control externo -No invasivo- durante el parto del estado y de la frecuencia card3aca de mi hijo.

d) La No realizaci3n de exploraciones internas ni innecesarias.

6. Quiero que se dulcifique el nacimiento de mi hijo, mediante:

a) El estar en mis brazos inmediatamente despu3s de nacer.

b) El que No se le corte el cord3n umbilical hasta despu3s de que 3ste haya dejado completamente de latir y una vez escurrida la sangre residual en el cord3n hacia su extremo fetal. S3lo entonces se practicar3 una buena ligadura del extremo placentario del cord3n y otra igual de su extremo fetal; cort3ndolo a continuaci3n y dejando as3 ambos extremos bien ligados.

c) El que No se le practiquen manipulaciones innecesarias tendentes a estimular el inicio de la respiraci3n, tales como la aspiraci3n de mucosidades y otras.

7. Quiero estar acompa3ada por las personas que desee, especialmente por el padre del beb3, durante el preparto, el parto y el per3odo posterior al mismo.

8. Durante el tiempo que dure mi estancia con mi reci3n nacido en el Centro, quiero que:

- a) Pueda dar el pecho al bebé desde el primer momento de su vida sin horarios ni restricciones.
- b) Pueda permanecer el bebé permanentemente en contacto con mi cuerpo sin horarios ni restricciones.
- c) No se separe al bebé de mi lado para ninguna manipulación: aseo, lavado, examen, prueba..., sin mi consentimiento expreso.
- d) No se le administre al bebé ningún tipo de vacuna.
- e) No se administre al bebé ningún colirio oftálmico ni ningún otro medicamento preventivo o curativo sin presentar el bebé signos patológicos y sin mi consentimiento expreso.
- f) No se practique al bebé ninguna prueba invasiva, diagnóstica o terapéutica, sin mi consentimiento expreso.
- g) No se coloque en la boca del bebé chupete alguno.
- h) No se administre al bebé alimento ni biberón alguno, sin mi consentimiento expreso.
- i) Existan en dicho Centro y en su medio ambiente interno las condiciones adecuadas de higiene y asepsia.
- j) No se nos exponga, como personas No enfermas que somos, a la proximidad ni al contacto con vectores de enfermedades infectocontagiosas, sobre todo de aquellas denominadas hospitalarias.
- k) Ese tiempo de mi estancia sea lo mas breve posible.

9. En el caso de que el parto fuese múltiple, quiero que:

- a) Se respete el tiempo total del parto incluidos los intervalos espontáneos entre las salidas de cada gemelo, sin realizar exploraciones internas innecesarias ni repetidas y sin realizar acto alguno que pueda alterar la duración de esos intervalos o del resto del parto.
- b) Pueda dar el pecho a los recién nacidos sólo inmediatamente después, nunca antes, del nacimiento de todos ellos.
- c) Se cumplan todas las condiciones anteriores si no surgiese una patología asociada que hiciese imposible el cumplimiento de alguna de ellas. Tal incumplimiento nunca será por rutina o por protocolo establecido o de modo innecesario.

10. En el caso de que el bebé fuese prematuro, quiero que:

a) El bebé permanezca a mi lado, si no presentase una patología asociada que hiciese esto imposible.

El modo de permanecer el bebé a mi lado, será en contacto su piel con la mía todo el tiempo día y noche, protegido el bebé por un gorro, otras prendas y una bolsa sujeta a mí que permita este contacto; estando ambos en una habitación sobrecaldeada y pudiendo amamantar libremente al bebé de acuerdo con sus necesidades.

b) Si el bebé precisase una incubadora y no estuviese en una situación de emergencia clínica, se instale una incubadora en mi misma habitación sobrecaldeada para alternar la incubadora con la bolsa descrita anteriormente, hasta abandonar progresiva y paulatinamente la incubadora.

c) Se cumplan todas las condiciones anteriores si no surgiese una patología asociada que hiciese imposible el cumplimiento de alguna de ellas. Tal incumplimiento nunca será por rutina o por protocolo establecido o de modo innecesario.

11. En el caso de que no hubiese ninguna otra alternativa posible y surgiese la necesidad imperiosa de practicármeme una cesárea, nunca por rutina o por protocolo establecido o innecesariamente, quiero que:

a) Se me practique una anestesia que no afecte al estado de alerta ni a la conducta del bebé y que al mismo tiempo me permita vivir el nacimiento de manera consciente.

b) El padre del bebé me acompañe en el quirófano, para poder comunicarnos y disfrutar ambos con el bebé desde el primer momento del nacimiento y sin interrupciones.

c) El bebé se coloque encima de mi pecho desde el primer momento del nacimiento para permitirle, mientras se termina la cesárea, adaptarse a este mundo exterior y a continuación engancharse a mi pezón, comenzando así la lactancia.

d) No se separe el bebé de mí, en ningún momento, y me acompañe en la vuelta a mi habitación.

e) Se cumplan todas las condiciones anteriores si no surgiese una patología asociada que hiciese imposible el cumplimiento de alguna de ellas. Tal incumplimiento nunca será por rutina o por protocolo establecido o de modo innecesario.

12. Dado el espíritu de facilidad, de no intervención y de no interferencia de las condiciones aquí expuestas, es totalmente obvio -al igual que en otros centros bien dotados dependientes de ese Organismo al que me dirijo- que en el Centro que en la fecha de hoy me corresponde para dar a luz, se puede y se debe desarrollar mi parto en las condiciones aquí expuestas. Por ello:

a) Quiero dar a luz en el Centro que en la fecha de hoy me corresponde.

b) Bajo la responsabilidad que me pudiera corresponder; No acepto, por ningún concepto, dar a luz en otro centro distinto.

La exigencia de las anteriores condiciones no solo emana de mis propias convicciones sobre la manera en que debe desarrollarse mi parto, sino también de una amplia y fructífera experiencia europea. Estas condiciones están recogidas en legislaciones de países similares al nuestro. En Francia, en el Decreto Ministerial número 83-24, de 1 de Agosto de 1983 (Maternidad); en Italia, en la Ley del Consejo del Lacio, de 14 de Marzo de 1984 (Derechos de la mujer embarazada y del recién nacido).

En el ámbito mundial estas condiciones han sido aprobadas y publicadas por la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil) del 22 al 26 de Abril de 1985 en forma de veintiuna Recomendaciones. En éstas se parte del principio de que toda mujer tiene el derecho fundamental de beneficiarse de una asistencia prenatal adecuada; debiendo la mujer desempeñar un papel esencial en todo lo que concierne a esta asistencia mediante su participación activa en la planificación, la prestación y la evaluación de dicha asistencia.

A mayor abundamiento, aquí en España, estas condiciones exigidas por mi están respaldadas por:

a) La Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.

b) Las Recomendaciones del Ministerio de Sanidad emitidas el 6 de Julio de 1989.

c) El Decreto 175/1989, de 18 de Julio, del País Vasco, de La Carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios.

d) La Ley 6/1995, de 28 de Marzo, de Madrid, de Garantías de los Derechos de la infancia y adolescencia.

e) El Decreto 101/1995, de 18 de Abril, de Andalucía, de Los Derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento.

f) El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, del Consejo de Europa, en vigor en España desde el 1 de Enero de 2000.

Por lo expuesto, basándome en los fundamentos legales precedentes y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 68 y concordantes de la vigente Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,

SOLICITO del Sistema Nacional de Salud-INSALUD, que teniendo por presentado este escrito con sus documentos adjuntos, se sirva en admitirlo y, en su virtud, atendiendo al contenido del mismo, ordene la adopción de las medidas oportunas para que mi parto y postparto se lleven a cabo en las condiciones aquí expuestas.

En Justicia.

En ....., a ..... de ..... de .....

.....

## Apéndice D

### RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE EL NACIMIENTO

Declaración de Fortaleza. Tecnología Apropriada para el Parto.  
Publicada en Lancet, 1985.

En abril, la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.

Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

#### 1) RECOMENDACIONES GENERALES

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.
- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía



de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.

- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre.
- Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.
- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
- La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.
- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.
- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.
- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.
- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

## **2) RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS**

- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.
- Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.



- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea.
- Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
- La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.
- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No está indicado rasurar el vello púbico o administrar una enema antes del parto.
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones.
- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.
- Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido

### **3) APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES**

- Las anteriores recomendaciones reconocen diferencias entre distintos países y regiones. Su aplicación debe adaptarse a cada circunstancia.
- Los gobiernos deben determinar qué departamentos deben coordinar la evaluación de la tecnología apropiada para el parto.
- Las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación deben participar en la evaluación de la tecnología.

- Las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías.
- Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.
- Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.
- La OMS y la OPS deben promover una red de grupos de evaluación para ayudar a los países a adoptar nuevas tecnologías desarrolladas por países más avanzados. Esta red se convertirá a su vez en un centro para la difusión de la información.
- Los resultados de la evaluación de la tecnología deben ser ampliamente difundidos para cambiar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general.
- Sólo tras una cuidadosa evaluación deben los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.
- Deben promoverse reuniones nacionales y regionales sobre el parto, que incluyan a profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, usuarios, grupos de mujeres y medios de comunicación.
- La OMS y la OPS deben designar un año durante el cual la atención se centre en la promoción de un nacimiento mejor.

Tal vez lo más difícil sea que el médico ceda el protagonismo del parto y se remita a estar presente para controlar o asistir si surge un inconveniente, dado que el embarazo y el nacimiento son fenómenos de salud y no de enfermedad. El entrenamiento médico tradicional es intervencionista y se resiste a relegar al profesional a un papel más pasivo, de observador, dentro de un proceso natural en el que la mujer -y su bebé- son los actores fundamentales.

Eduquemos, devolvámosle la confianza a la mujer en sus capacidades femeninas para que se anime a tomar las riendas de su embarazo y de su parto con responsabilidad. Preguntar, asesorarse e intervenir es la mejor manera de defender sus derechos y los de su hijo. Respetemos el nacimiento como el acto más humano que la naturaleza provee.

## Apéndice E

### **Apoyo a cesáreas: ¿Alguna vez pensó porqué dos de cada tres cesáreas son innecesarias?**

En un documento titulado *El Nacimiento No es una Enfermedad*, la OMS establece algunas recomendaciones con respecto al uso y abuso de las cesáreas.

- No se justifica la ruptura artificial de las membranas por rutina. La ruptura artificial de membranas no es indispensable antes de un estadio muy avanzado del trabajo. Ningún dato científico justifica la ruptura sistemática de membranas por medios artificiales en un estadio temprano del parto.
- El parto no debe ser provocado por medios artificiales por comodidad, ni debería provocarse un parto si no lo requieren indicaciones médicas precisas y justificadas. Ningún país debería tener tasas de provocación artificial de parto superiores al 10 por 100.
- Los países en los que las tasas de mortalidad perinatal son las más bajas del mundo, también tienen las tasas de cesáreas inferiores al 10 por 100. No hay, pues, ninguna razón que justifique que existan en ningún país tasas de cesáreas superiores a ese número. La tasa nacional de cesáreas en Estados Unidos en 1.986 fue del 24%, y en Francia en 1.988 del 14,3%, mientras que en países que se caracterizan por su baja mortalidad perinatal como los Países Bajos o Irlanda, la tasa de cesáreas observada fue del orden del 6 al 8%. De acuerdo con la opinión de expertos consultados el porcentaje de cesáreas rondaría el 17% teniendo en cuenta solamente razones médicas. Si se consideran oportunas algunas razones no médicas, este porcentaje difícilmente sobrepasaría el 25%.
- No existen pruebas científicas que demuestren la necesidad de una cesárea en las mujeres que hayan sufrido anteriormente una cesárea segmentaria inferior transversal. El parto por vías naturales en las mujeres con una cesárea anterior debe ser estimulado, cada vez que se disponga de una infraestructura quirúrgica en caso de urgencia.

Los motivos médicos de tan elevados índices de cesárea:

La "obstetricia defensiva" viola así uno de los principios fundamentales de la práctica médica: Haga lo que haga el médico debe hacerlo en beneficio de la paciente.

## Apéndice F

### **Nacer en casa, es parir en libertad, es la forma natural de dar a luz.**

#### **¿Por qué Parto en Casa? OMS**

- Atención personal e individualizada a sus necesidades y deseos para el mejor experiencia de parto.
- La familia completa participa y tienen un papel activo. Tendrá visitas prenatales largas y extensivas. En casa, la mujer cuenta con la intimidad y la comodidad del entorno familiar, rodeada de sus seres mas queridos, en la posición que ella elija y con la ropa que considere mas cómoda.
- Sus necesidades son lo mas importantes; nada se hace sin su consentimiento.
- La mujer puede hacer lo que desee: caminar, ducharse, tomar un baño comer, beber, etc.
- Poder personal usted puede escoger y sus preferencias serán honradas y respetadas.
- Tomar responsabilidad activa para sus cuerpos, vidas, y experiencia de parto. Durante la fase preparto y el parto en sí, la mujer es consciente de lo que realmente significa su trabajo y el nacimiento.
- La mujer soporta con gran entereza todo el proceso, dejándose llevar por su intuición y experiencia personal del crecimiento como un humano que esta pasando por una poderosa experiencia de cambio en su vida.
- Cuidado continuo tendrá los mismos proveedores con usted durante su embarazo, parto, nacimiento, y el periodo del postparto. Educación para el parto y postparto. Educación para ser padres y amamantamiento.
- Parto y nacimiento con un asistente entrenada. Las estadísticas demuestran que, con un cuidado prenatal adecuado y una asistencia cualificada, el parto en casa es una manera de parir tanto o mas segura que en el hospital debido al bajo riesgo que la mujer corre.
- Todo el proceso del nacimiento fluye con total normalidad, sin que los asistentes intervengan si no es absolutamente necesario.
- Los estudios demuestran que el riesgo de infecciones tanto para la madre como del bebe son menores.
- El equipo medico esta dispuesto y localizado para ir a la casa en cualquier momento.
- La mujer no necesita preocuparse de cuando ir al hospital, no se tiene que mover de la casa.
- Tanto la madre como el bebe tienen asegurada la continua asistencia por parte de la matrona, así como el asesoramiento acerca de los cuidados tras el parto. Apoyo durante el postparto. La relación establecida entre ambas partes se caracterizar por una gran complicidad.

- Se desarrolla un gran vínculo afectivo tanto entre el bebé y su madre como entre ellos dos y las personas que han estado cerca durante el nacimiento. El bebé llegará a un ambiente lleno de amor. La lactancia se hace más fácil así como el contacto entre la madre y el bebé.
- Filosofía holística habrá énfasis en la salud, nutrición, hierbas, y masaje.
- Gastos financieros reducidos.

## **APÉNDICE G**

### **ENCUESTA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nivel socioeconómico: Alto \_\_\_\_ Medio-alto \_\_\_\_ Medio \_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Labora actualmente: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Tiempo completo \_\_\_\_ Medio tiempo \_\_\_\_

Planea volver al trabajo después del parto: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No. de semanas: \_\_\_\_

Primer embarazo: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No. de mes de embarazo: \_\_\_\_

Asistes a un curso psicoprofiláctico: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Tienes pensado asistir a un curso psicoprofiláctico: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Estado civil: Casada \_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_ Separada \_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

Lugar donde planeas el nacimiento:

Casa \_\_\_\_ Hospital público \_\_\_\_ Hospital privado \_\_\_\_

Si elegiste hospital indica el nombre \_\_\_\_\_

Planeo que mi bebé nazca por:

Parto vaginal \_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones en las que marcarás con una cruz la opción cierto, si estas de acuerdo con lo que dice, o falso si estas en desacuerdo.

En la primera parte de esta encuesta, hay afirmaciones que además de tener la opción de respuesta **cierto o falso**, tienen una opción adicional que se refiere a la **fuentes** de donde obtuviste dicha información. Subraya la opción que te corresponda.

Ejemplo: El tiempo optimo de gestación es entre la semana 38 y la 42  
Cierto   X   Falso \_\_\_\_ Fuente: científica, social o familiar

**Fuente científica:** libros, revistas o programas que se basan en conocimientos y/o investigaciones medicas o científicas. Talleres, cursos, conferencias, programas de televisión, documentales, etc. realizados por especialistas en la materia.

**Fuente social:** abarca las amistades o lo que se conoce como círculo social, así como todo tipo de publicidad no científica (anuncios, artículos, programas de televisión, películas, etc.).

**Fuente familiar:** incluye a todos los miembros de tu familia y la de tu pareja.

Al final de la encuesta encontrarás un espacio donde podrás escribir tus observaciones.

Gracias por tu tiempo, interés y cooperación.

Sinceramente

Ana Paula Híjar F.

## Primera parte

1. La preparación que se puede obtener al asistir a un curso psicoprofiláctico ayuda a mejorar el desempeño de la mujer en su nueva función como madre.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

2. La cesárea es más segura, indolora, sencilla y cómoda que el parto natural.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

3. El tiempo de recuperación de la madre es generalmente menor en caso de parto vaginal, que de cesárea.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

4. El hecho de asistir a un curso psicoprofiláctico significa, que de cualquier forma, el parto deberá llevarse a cabo por vía vaginal.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

5. Después de haber tenido un parto por cesárea es imposible tener un parto natural.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

6. Hoy se sabe que el tener contacto físico inmediatamente después del nacimiento, entre la madre y el bebé, mejora el vínculo entre ambos.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

7. El parto natural es un proceso violento y agresivo, tanto para la madre, como para el bebé.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

8. La cesárea es un método que no genera ningún tipo de complicaciones para la madre ni para el bebé.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

9. El objetivo principal de un curso psicoprofiláctico es enseñar a la mujer a respirar, para que pueda manejar de una mejor manera el dolor del parto.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

10. En un parto natural la madre ayuda a nacer a su bebé.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

11. La anestesia general es la más usada cuando se practica una cesárea.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar



12. Durante un parto vaginal se pueden usar analgésicos y hasta anestesia.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

13. La cesárea es considerada una intervención quirúrgica mayor.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

14. El contacto físico amoroso entre la madre y el bebé es importante para el desarrollo posterior del bebé.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

15. El parto vaginal contribuye a la pérdida de placer sexual en la mujer.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

16. Los bebés que nacen por cesárea tienen un riesgo más alto de sufrir complicaciones, como dificultades respiratorias, que los que nacen por parto vaginal.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

17. El asistir a un curso psicoprofiláctico brinda a la mujer una enorme cantidad de información útil, que puede emplear o no, durante todo el embarazo hasta el nacimiento.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

18. La episiotomía o corte del periné, es un procedimiento de rutina que debe ser realizado en todo parto vaginal.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

19. Es lo mismo que un bebé nazca de manera espontánea, que si nace programado para una cesárea.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

20. Al poseer más información, la mujer puede enfrentar y manejar de una mejor manera los miedos y dudas que va experimentando en el embarazo.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

21. Un parto vaginal puede disminuir, a largo plazo, el atractivo físico de la mujer.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

22. La mujer no puede estar consciente mientras se esta realizando la cesárea.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

23. El hecho de que el bebé nazca por vía vaginal le genera muchos beneficios como es el de tener una respuesta física inmediata óptima.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

24. En el parto natural la mujer puede participar activamente en el nacimiento de su bebé.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

25. Los cursos psicoprofilácticos prohíben el uso de anestesia en el parto.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

26. Tengo conocimiento de las ventajas y desventajas que tiene el trabajo de parto, en mí y en mi bebé, así como las desventajas de omitir dicho trabajo.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

27. La anestesia que se administra para la cesárea podría afectar al bebé, ya que ésta le llega por medio de la sangre de la madre.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

28. Las instructoras de psicoprofilaxis pueden acompañar a la futura madre durante todo el proceso de parto, si ella lo solicita.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar.

29. La recuperación postoperatoria de una cesárea no interfiere en el establecimiento del vínculo entre madre - hijo.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

30. Cualquier tipo de parto natural tiene una duración mínima de 4 horas.

Cierto  Falso  Fuente: científica, social o familiar

## Segunda parte

1. Se puede parir con placer.

Cierto  Falso

2. Los dolores que presentan en las películas, las mujeres que están pariendo, es totalmente falsa.

Cierto  Falso

3. Conocer el número de cesáreas que tiene en la práctica, mi ginecólogo, no es relevante.

Cierto \_\_\_\_ Falso

4. El doctor es quien decide la forma en que nacerá mi bebé, sea por parto natural o por cesárea.

Cierto \_\_\_\_ Falso

5. Si "todo el mundo" opta por una cesárea, algo bueno tendrá y vale la pena que yo lo intente.

Cierto \_\_\_\_ Falso

6. Cuando se hace referencia a los dolores de parto, en realidad se están refiriendo a las contracciones.

Cierto  Falso \_\_\_\_

7. No podría dudar de la veracidad de la palabra de mi médico.

Cierto \_\_\_\_ Falso

8. La información que he recibido de mis familiares tiene gran peso en mi decisión acerca de la manera en que quiero tener a mi bebé.

Cierto \_\_\_\_ Falso

9. La tolerancia al dolor es diferente en cada mujer.

Cierto  Falso \_\_\_\_

10. Es fundamental saber la preferencia que tiene mi médico por la cesárea o por un parto natural.

Cierto  Falso \_\_\_\_

11. Es mi responsabilidad confirmar por otros medios la información ofrecida por mi médico.

Cierto  Falso \_\_\_\_

12. Dar a luz, por vía vaginal, es sin lugar a dudas una experiencia extremadamente dolorosa.

Cierto \_\_\_\_ Falso

13. Considero que la relación que tengo con mi doctor es de confianza.

Cierto  Falso \_\_\_\_

14. La información que he recibido de mis amistades me hace preferir la forma en que quiero tener a mi bebé.

Cierto \_\_\_\_ Falso

15. No tengo necesidad de sufrir un parto natural si puedo optar por una cesárea.

Cierto \_\_\_\_ Falso

16. Mi doctor me ha informado sobre las ventajas y desventajas que existen, tanto en un parto natural como en una cesárea.

Cierto  Falso \_\_\_\_

17. Si me sintiera incómoda con la orientación que estoy recibiendo por parte de mi doctor, buscaría ser atendida por otro.

Cierto  Falso \_\_\_\_

18. La mayoría de mis conocidos hablan de los innumerables beneficios que tiene el parto natural / cesárea (según sea su caso). Esta referencia me hace ver el parto natural / cesárea (según sea su caso) más atractivo / a.

Cierto \_\_\_\_ Falso

19. En mis visitas al ginecólogo he acordado junto con él, la manera en la que manejaremos el parto.

Cierto  Falso \_\_\_\_

20. Éticamente, los médicos sólo deberían programar una cesárea en caso de que la paciente tuviera problemas previos y no fuera posible un parto vaginal.

Cierto  Falso \_\_\_\_

21. El dolor puede ser controlado, únicamente, por medio de medicamentos.

Cierto \_\_\_\_ Falso

22. Si contara con el apoyo total de mi pareja, imagino que podría requerir de menor atención médica y / o medicamentos en el momento del parto.

Cierto  Falso \_\_\_\_

23. Aprovecho las consultas prenatales para resolver todas mis dudas e inquietudes.

Cierto  Falso \_\_\_\_

24. Conozco la filosofía que tiene mi médico con respecto al cuidado prenatal y al nacimiento.

Cierto  Falso \_\_\_\_

25. Tengo una ligera idea de la forma en que se dará todo el proceso del parto desde que empiece a tener contracciones hasta el alumbramiento.

Cierto \_\_\_\_ Falso

26. Contar con el apoyo de mi pareja o alguien cercano (familia, amistades o instructora) en el momento del parto, podría ayudarme a manejar de una mejor manera el dolor.

Cierto  Falso \_\_\_\_

27. Para mí es fundamental que mi pareja esté de acuerdo, para que yo pueda proseguir con mi preferencia sobre la forma en que nacerá nuestro bebé.

Cierto \_\_\_\_ Falso

28. Creo conveniente buscar otros medios de información, (como libros, videos médicos, etc) para incrementar mi nivel de conocimiento acerca del embarazo y el parto.

Cierto  Falso \_\_\_\_

29. Mi médico toma en cuenta mi opinión y respeta mis preferencias con respecto a la forma en que deseo tener a mi bebé.

Cierto  Falso \_\_\_\_

30. El dolor se encuentra estrechamente relacionado con la psicología de la persona.

Cierto  Falso \_\_\_\_

31. Es importante para mí, estar bien informada para elegir responsablemente la forma en que deseo que nazca mi bebé.

Cierto  Falso \_\_\_\_

32. La opinión de nuestras familias (mía y de mi pareja), no es determinante para decidir por un parto natural o una cesárea.

Cierto  Falso \_\_\_\_

33. Lo que me ha dicho mi doctor acerca del dolor, me hace pensar que lo más seguro es que requiera de anestesia para dar a luz.

Cierto \_\_\_\_ Falso

34. He buscado apoyarme en otros áreas diferentes a la médica, para disminuir la ansiedad que me provoca el convertirme en mamá.

Cierto  Falso \_\_\_\_

35. Nunca se sabe cuanto podrá durar un parto, sin embargo, todo ese tiempo la mujer sufre dolores.

Cierto \_\_\_\_ Falso

36. En mi familia han existido más casos de parto natural / cesárea (según sea su caso) y este hecho influye en mi preferencia por un parto natural / cesárea (según sea su caso).

Cierto \_\_\_\_ Falso

37. Muchos médicos prefieren la cesárea por "comodidad" y por "ahorrar tiempo".

Cierto  Falso \_\_\_\_

38. No veo la necesidad de informarme más allá de lo que el doctor indique, puesto que él estará a cargo y yo confío plenamente en él.

Cierto \_\_\_\_ Falso

39. Si analizara lo que creo y lo que siento acerca de dar a la luz, podría manejar el dolor de tal forma que pudiera vivir el alumbramiento como una experiencia altamente satisfactoria.

Cierto  Falso \_\_\_\_

40. Si alguien cercano a mí, me aconsejara, que es mejor no saber "demasiado" acerca del parto porque esto podría hacerme sentir más nerviosa, yo estaría de acuerdo.

Cierto \_\_\_\_ Falso  Familia / Pareja / Amistades

COMENTARIOS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **APÉNDICE H**

### **TABLAS DEL PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO**

MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad (gl)	Suma de cuadrados (SC)	Cuadrados medios (CM)	F
Entre grupos de tratamiento (A)	2	191382.3333	95691.1667	91.6289
Error de muestreo (E)	3	3133.0000	1044.3333	
Total (T)	5	194515.3333		



MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad (gl)	Suma de cuadrados (SC)	Cuadrados medios (CM)	F
Entre grupos de tratamiento (A)	2	105697.3333	52848.6667	<b>45.4026</b>
Error de muestreo (E)	3	3492.0000	1164.0000	
Total (T)	5	109189.3333		

MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad ( <i>gl</i> )	Suma de cuadrados ( <i>SC</i> )	Cuadrados medios ( <i>CM</i> )	<i>F</i>
Entre grupos de tratamiento ( <i>A</i> )	2	154484.3333	77242.1667	39.8361
Error de muestreo ( <i>E</i> )	3	5817.0000	1939.0000	
Total ( <i>T</i> )	5	160301.3333		

MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad ( <i>gl</i> )	Suma de cuadrados ( <i>SC</i> )	Cuadrados medios ( <i>CM</i> )	<i>F</i>
Entre grupos de tratamiento ( <i>A</i> )	2	130683.0000	65341.5000	<b>24.4939</b>
Error de muestreo ( <i>E</i> )	3	8003.0000	2667.6667	
Total ( <i>T</i> )	5	138686.0000		

MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad ( <i>gl</i> )	Suma de cuadrados ( <i>SC</i> )	Cuadrados medios ( <i>CM</i> )	<i>F</i>
Entre grupos de tratamiento ( <i>A</i> )	2	144633.3333	72316.6667	<b>390.1978</b>
Error de muestreo ( <i>E</i> )	3	556.0000	185.3333	
Total ( <i>T</i> )	5	145189.3333		

MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad ( <i>gl</i> )	Suma de cuadrados ( <i>SC</i> )	Cuadrados medios ( <i>CM</i> )	<i>F</i>
Entre grupos de tratamiento ( <i>A</i> )	2	195342.3333	97671.1667	<b>261.8530</b>
Error de muestreo ( <i>E</i> )	3	1119.0000	373.0000	
Total ( <i>T</i> )	5	196461.3333		

MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad (gl)	Suma de cuadrados (SC)	Cuadrados medios (CM)	F
Entre grupos de tratamiento (A)	2	6181.3333	3090.6667	579.5000
Error de muestreo (E)	3	16.0000	5.3333	
Total (T)	5	6197.3333		

MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad ( <i>gl</i> )	Suma de cuadrados ( <i>SC</i> )	Cuadrados medios ( <i>CM</i> )	<i>F</i>
Entre grupos de tratamiento ( <i>A</i> )	2	2682.3333	1341.1667	<b>23.8077</b>
Error de muestreo ( <i>E</i> )	3	169.0000	56.3333	
Total ( <i>T</i> )	5	2851.3333		

MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad ( <i>gl</i> )	Suma de cuadrados ( <i>SC</i> )	Cuadrados medios ( <i>CM</i> )	<i>F</i>
Entre grupos de tratamiento ( <i>A</i> )	2	2961.3333	1480.6667	<b>28.4744</b>
Error de muestreo ( <i>E</i> )	3	156.0000	52.0000	
Total ( <i>T</i> )	5	3117.3333		



MacStat - Diseño completamente aleatorizado de un factor.  
Análisis de:

Tabla de análisis de varianza

Fuente de variación	Grados de libertad (gl)	Suma de cuadrados (SC)	Cuadrados medios (CM)	F
Entre grupos de tratamiento (A)	2	7851.0000	3925.5000	<b>68.8684</b>
Error de muestreo (E)	3	171.0000	57.0000	
Total (T)	5	8022.0000		