

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE 8722**



TESIS

EDUCACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO.

Para Obtener el Grado de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

NICANDRA DE JESÚS GUAPO MONTENEGRO.

MORELIA, MICHOACAN.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

AGRADECIMIENTO:

A Dios que me acompaña en cada paso que doy y si cayera me da la mano para seguir adelante, a mi familia que son los que están detrás del telón y saben que hay detrás de cada escena de mi vida, a cada maestro que me enseña a utilizar los instrumentos de la vida para desenvolverme en ella y a la naturaleza porque me permite disfrutar de su belleza con mi amor.

DEDICATORIA:

En primera parte dedico a Dios que me permitió concluir esta presente investigación

A mi familia que siempre estuvo apoyándome todo momento.

A cada uno de mis profesores que directamente o indirectamente aportaron un conocimiento que formo un criterio y que seguí en mi investigación.

ÍNDICE GENERAL.

Portada.....	i
Portadilla	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice general	v

ÍNDICE DE CONTENIDO.

CAPITULO I

1.1. Introducción	2
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación	4
1.4. Planteamiento del problema	5
1.5. Objetivo de la investigación	5
1.5.1. Objetivo general	6
1.5.2. Objetivo particular	6
1.6. Viabilidad	7
1.7. Delimitación del estudio	7
1.8. Importancia del estudio	7
1.9. Pregunta de investigación.....	8
1.10. Hipótesis	8
1.11. Ejes temáticos.....	9
1.12. Delimitaciones del estudio	10

CAPITULO II

2.1. Marco teórico	12
2.2.1. Introducción del marco teórico	12
2.3.1. Concepto de educación	13
2.3.2. Educación en el parto.....	16
2.4. Parto psicoprofilactico	17
2.5. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino	19
2.6. Trabajo de parto	36
2.7. Señales de trabajo de parto	38
2.8. Opciones para contrarrestar el dolor durante el trabajo de parto	38
2.8.1. Métodos naturales.....	39
2.8.2. La aplicación de anestesia	42

CAPITULO III.

3.1. Paradigma de la investigación	45
3.2. Método a utilizar	45
3.3. Positivismo	45
3.4. El método deductivo	47
3.5. Universo y población.....	48
3.5.1. Sujeto de investigación o unidad de análisis	50
3.6. Selección de muestra	50
3.6.1. Instrumentos de recolección de información	54

CAPITULO IV

4.1. Graficas.....	56
--------------------	----

CAPITULO V.

5.1. Conclusiones	93
5.2. Sugerencias y propuestas.....	94
5.3. Líneas de investigación	94

ANEXOS.

Cuestionario	96
Referencias bibliográficas consultadas	101
Referencias bibliográficas citadas	104
Referencias citadas de internet	107

INTRODUCCIÓN.

A continuación se mostrara la información sobre la educación que tiene que tener una mujer en el trabajo de parto, la cual pretende determinarse para que, facilite un su momento oportuno una mejor experiencia del trabajo de parto.

Siendo la investigación realizada en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (H.N.S.S.) a una población determinada a la cual se encuesta obteniendo información sobre su educación que tienen en particular y esta en conjunto ayudara a señalar los conocimientos o ignorancia que tiene la población cuestionada.

Capítulo I

1.1 – INTRODUCCIÓN.

A continuación se mostrara la información sobre la educación que tiene que tener una mujer en el trabajo de parto, la cual pretende determinarse para que, facilite un su momento oportuno una mejor experiencia del trabajo de parto.

Siendo la investigación realizada en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (H.N.S.S.) a una población determinada a la cual se encuesta obteniendo información sobre su educación que tienen en particular y esta en conjunto ayudara a señalar los conocimientos o ignorancia que tiene la población cuestionada.

1.2 - ANTECEDENTES.

El parto.

Y por que la mayoría de las mujeres pasa por un trabajo de parto.

Se tiene datos que el hombre comenzó a existir hace 40.000 a.C., por lo que el parto se atendió por la propia mujer y el esposo pasando el tiempo la mujer adquiere conocimiento el cual se hereda de generación en generación y toman mas experiencia las mujeres de mayor edad las cuales ayudan a la hora del alumbramiento siendo solicitada con mas frecuencia haciéndose uno de los oficios mas antiguos de la humanidad el de comadronas que en termino francés significa sage-femme (mujer sabia).

Hipócrates (460-377 a.C.), describe el primer parto en su libro Naturaleza del Niño.

Soranos (138-98 a.C.), celebre medico griego, dice que el parto tiene que ser atendido por las comadronas y sus ayudantes, el cual se tendría que realizar en una cama y durante el periodo de expulsión se pasara a la silla del parto.

En el siglo XVI, se consideraba el trabajo de parto castigo por el pecado de Eva.

En México la comadrona es sustituida por el chamen, brujo o sacerdote de los rituales de la comunidad el cual tenia mas rango y por ende el liderazgo de una sociedad en la cual el hombre proclamaría sus palabras como leyes que tendría que acatar.

La educación.

La educación se entiende como hecho humano y social. Siendo un proceso en el cual de generación en generación se va trasmitiendo los conocimiento, modo de vida, costumbres, hábitos, experiencias, las ideas y convicciones de las generaciones mayores a las menores.

Se presenta en los pueblos primitivos la educación como la enseñanza de los adultos a los menores y por lo cual al ver la importancia del esto se preocupan interesándose que este conocimiento les llegue a todos, según su estatus socioeconómico según pertenezcan. Siendo este conocimiento espontaneo.

Posteriormente se ve que la educación se hace mas consiente en los cuales según se ve que esta educación impartida ya esta consiente y tiene más fundamentos y sistematizado impartido por autoridades de la comunidad en lugares apropiados según sean los intereses en ese momento religiosos, económicos y políticos.

Esto permitiéndole desenvolverse al individuo apropiadamente en el lugar que vive y se desarrolle y que finalmente este haciendo algo que la sociedad necesita y si es libre de criterio, realizara algo que le gusta hacer o bien que tenga habilidad.

Se le llama actualmente arte educativo ala pedagogía. Se observa, reflexiona acerca de los fines e intenciones y esencia que esta propone alas nuevas generaciones y evolucionando en el campo educativo pues va más allá de impartir un conocimiento, esto propone; adquirirlo y difundirlo mediante las técnicas apropiadas para obtener el mejor aprovechamiento pedagógico.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

La investigación presente se realizo con el fin de saber cuanto sabe las pacientes embarazas sobre le trabajo de parto y si la información es de una fuente fidedigna que sea formal, ya que esta es la apropiada.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se observa que el trabajo de parto lo presenta toda mujer que tiene un embarazo, pero que tanto sabe sobre el tema, pues en la actualidad hay más confusión ya que se ha manejado información errónea ya que hoy en día todos emiten opiniones y estas pueden ser mal fundadas, ya que se deriva de personas no capacitadas en el tema pues puede que se derive de una experiencia, y sabiendo que se habla según le haya ido en el camino, o por comentarios que se escuchado de generaciones anteriores y esto no quiere decir que este conocimiento no sirva sino que no está fundamentado pues no está escrito con un proceso científico, es bueno escuchar pero no basar todo su sentir sobre este tema tan importante para ellas y mejor preguntar a los expertos en el tema.

Por lo que se realizará una investigación en pacientes embarazadas que acuden al servicio de consulta externa del H.N.S.S. Obteniendo información sobre la educación que tienen en el trabajo de parto.

1.5.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.

Los objetivos de la investigación que a continuación se exponen son los que se llevarán a cabo en la investigación presente.

1.5.1.-OBJETIVO GENERAL

Se identificara la educación que tiene en el trabajo de parto las pacientes embarazadas de 20 a 35 años que acuden al H.N.S.S. en el periodo de los meses de marzo, abril y mayo del 2008.

1.5.2.-OBJETIVOS PARTICULARES.

- a) Identificar en las pacientes embarazadas que acuden a consulta externa en el H.N.S.S. el rango de edad que predomina, nivel académico que predomina, cual es su motivación predominante para aprender y con que se le facilita más el aprendizaje y si tiene interés en obtener información sobre el trabajo de parto.
- b) Identificar si tienen conocimiento del parto psicoprofilactico.
- c) Identificar que tienen de conocimiento sobre la anatomía y la fisiología del aparato reproductor femenino, las señales de trabajo de parto, el trabajo de parto y la opción más popular que utilizaran para contrarrestar el dolor en el trabajo de parto.

1.6. VIABILIDAD.

Es viable el tema de la investigación ya que es necesario saber que tipo de educación tiene la mujer embarazada que acude al H.N.S.S. actualmente y saber de donde adquirió la información para tener un criterio propio teniendo esas bases para si en un estudio posterior hacer programas educativos.

1.7. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La investigación presente se llevo a cavo en el hospital de nuestra señora de la salud en mujeres embarazadas de 20 a 35 años de edad las cuales acudieron a consulta externa en el periodo de marzo, abril y mayo del 2008.

1.8. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Es necesario saber que tipo de información tiene la mujer embarazada que asiste al H.N.S.S para que tenga un trabajo de parto sin anomalías, ocasionadas por su falta de conocimientos adecuados.

La investigación será de gran utilidad a las enfermeras y estudiantes de enfermería principalmente, ya que la información obtenida permitirá realizar en un futuro cursos o seminarios de educación en el trabajo de parto encaminado

a capacitar el personal de enfermería para que este informe ala paciente embarazada sobre el tema.

Será de gran utilidad la información que se revelara pues puede servir como base para investigaciones futuras así como saber de donde iniciar o cual es el facto que hace que las mujeres embarazadas no tenga la i nformación del trabajo de parto adecuada.

Es de gran importancia saber educar ala mujer sobre el trabajo de parto ya que de esto depende que tenga mayor seguridad en el proceso.

1.9. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Qué educación tienen las mujeres embarazadas del trabajo de parto durante el periodo marzo - mayo del 2008 en el H.N.S.S.?

1.10. HIPÓTESIS.

- ❖ Las embarazadas tiene educación informal en el trabajo de parto.

1.11. EJES TEMÁTICOS

Las variables de la investigación son las siguientes:

X: educación.

Y: trabajo de parto.

La variable X esta presente en la vida diaria de las personas y evocada al tema de la investigación se dirá que esta poca difundida por el personal adecuado.

La variable Y esta presente en las mujeres embarazadas y esto ya esta establecido científicamente pero no difundido a la mayoría de personas implicadas en este proceso.

X.- Educación.	Y.- Trabajo de parto
<p>X1- Educación en el parto.</p> <p>X2.- Parto psicoprofilactoco</p>	<p>Y1.- Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.</p> <p>Y2.- Trabajo de parto.</p> <p>Y3.- Señales del trabajo de parto.</p> <p>Y4.- Opciones para contrarrestar el dolor durante el trabajo de parto.</p>

1.12. DELIMITACIONES DEL ESTUDIO

El investigador tiene limitaciones de:

- Tiempo ya que en la universidad que esta en la mañana se realiza practica clínica y por la tarde clases así que todo el día lo tiene ocupado.
- Poco material didáctico en la biblioteca de la universidad que encuentra el investigador.
- Financieros ya que no cuenta con dinero para comprar mas bibliografía para la investigación.

Capítulo II

2.1 MARCO TEÓRICO.

2.1.1. -INTRODUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO.

Ya planteado el problema del estudio y que además se han evaluado su importancia y su viabilidad, es importante esclarecer teóricamente el estudio, y el periodo que algunos autores hacen nombrar el marco teórico. Esto implica estudiar y exponer las teorías, los enfoques teóricos las investigaciones y los antecedentes en general que se consideran validos para la elaboración correcta del estudio.

Esta hace referencia a la importancia de este conocimiento que se han elaborado en el pasado. El investigador podrá recolectar información de cualquier fuente siempre que lo considere necesario para la elaboración del estudio, o desecharla si esta no esclarece el planteamiento del estudio.

No todos los estudios que contengan un marco teórico, tienen que fundamentarse en una teoría.

El marco teórico cumple diversas funciones dentro de una investigación:

- Apoya e advierte errores que se han cometido dentro de un estudio.
- Orienta sobre como se abra de realizarse el estudio.
- Amplia el horizonte del estudio o guía al investigador para que se centre en su problema o planteamiento original.
- Conduce el establecimiento de hipótesis o afirmaciones que mas tarde se abran de someter aprueba en la realidad.

- Inspira varias líneas en el área de la investigación.
- Provee un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio.

El marco teórico comprende para su elaboración dos etapas:

- La revisión de la literatura correspondiente, que consiste en detectar obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante y necesaria que tiene relación con el tema de investigación.
- La aceptación de una teoría.

2.3.1. - CONCEPTOS DE EDUCACIÓN:

DEFINICIÓN.

La educación es el desarrollo de las posibilidades de la persona para satisfacer la necesidad de nutrir de conocimientos al sujeto (Balderas 2007).

La define como el cultivo de la inteligencia y como el cultivo de la excelencia (Piaget y Bruner)

La educación se puede entender como un sistema como un proceso y como un producto. (Apuntes de la clase de..... 2007).

Actividad orientada intencionalmente para promover el desenvolvimiento de la persona humana y de su integración en la sociedad. Indicando más el aspecto formativo que el informativo concentrándose mas en la ejercitación de habilidades que en la transmisión de los contenidos.

La educación familiar ó informal: Es la instrucción familiar transmitida básicamente en el núcleo familiar, de donde el niño obtiene las primeras pautas culturales e inicia su socialización. Es esencial, por lo tanto, la vinculación de la familia con la educación ya que mas adelante la escuela aparecerá como una prolongación de la familia, continuando y apoyando los conocimientos adquiridos en el seno familiar.

La educación fundamental nace en 1947 en la conferencia federal de la UNESCO efectuada en México. Al surgir la inquietud de que todo individuo posea un mínimo de educación. La UNESCO se planteo con una meta fundamental el llevar los elementos de la cultura a sectores de la población que viven al margen de la civilización por carecer de los instrumentos culturales necesario, la lectura y la escritura. Se trata de una educación mínima básica, que abarca solo el aspecto más indispensable para participar de manera decorosa en la vida actual. La educación fundamental para adultos abarca por lo tanto los siguientes aspectos: aprendizaje de la lectura, escritura, cálculo y inicios de historia y ciencias naturales; prácticas de higiene y salubridad; enseñanza táctica que facilite un aumento de la productividad; formación cívica; la educación para el ocio y el empleo del tiempo libre; iniciación en las artes laborales que permita el cultivo del espíritu entre otras cosas.

Evidentemente gran parte del programa y los métodos serán diferentes de una región a otra, debido a las defenecías de sus actividades primarias y a sus culturas.

La educación de un sujeto es resultado del medio en el que interactúa y en el que vive.

La educación es permanente, es una dimensión de la vida humana.

La acción educativa puede ser voluntaria e involuntaria, consciente e inconsciente, tener finalidades explícitas o no.

Cuando la educación esta organizada, necesariamente existe la explicitación de propósitos y finalidades.

La educación organizada es la docencia, es intencional y sistemática.

Es frecuente concebir el aprendizaje en términos de conducta observable en el sujeto, susceptible de medición al contrastarlas con su estado inicial.

Esta concepción concibe el aprendizaje como producto

Aprendizaje es definido como el cambio de la conducta debido a la experiencia.

Existe la diferencia en lo que un organismo puede hacer y lo que hace, entre aprendizaje para ejecutar un acto y ejecutarlo.

Esto hace que una gran polémica por lo que se evocara, y se enfatiza la siguiente teoría.

El aprendizaje realmente significa un cambio en el potencial de la conducta más que un cambio real de la misma. (Kimble 1961)

2.3.2.- LA EDUCACIÓN EN EL PARTO

Para educar en el parto se necesita tener la disposición de la pareja o en su defecto el de la madre tener en cuenta que tipo de educación tienen que sabe sobre el tema cuales son sus motivaciones y su forma de aprendizaje. Las clases deberán ser impartidas por personal capacitado en el tema.

Las clases de educación del parto proveen técnicas de auto ayuda para usar durante el parto: cambio de posición de la madre, relajamiento, masaje, caminar, técnicas de confort, las cuales pueden reducir el uso de intervenciones médicas y parto por cesárea. Instrucciones sobre las señales y síntomas de parto prematuro. Apoyo emocional durante el embarazo parto y nacimiento. Responsabilidades para el mantenimiento de buena salud, nutrición, y hábitos cuotidianos durante el embarazo. Plan personal para el parto normal y para posibles complicaciones. Las clases de educación del trabajo parto ayudan a los padres a identificar precauciones sobre los problemas que pueden ocurrir durante el trabajo de parto.

2.4. - Parto psicoprofiláctico.

Entre los aztecas la mujer encinta era cuidada celosamente, se le ofrecían ceremonias, baños con hierbas aromáticas, así como sesiones de relajación y ejercicio, lo que le permitía vivir cómodamente la gestación y dar a luz sin sufrimiento. Este proceso, en la actualidad, está siendo rescatado a través de la preparación psicoprofiláctica.

En tiempos prehispánicos al embarazo se le rendían todo tipo de cultos por considerársele sagrado, por ello, las féminas en gestación gozaban de privilegios y cuidados especiales, entre los que destacaban frecuentes visitas y asesoría de la partera, quien además les proporcionaba consejos para que el futuro bebé se desarrollará adecuadamente y les hacía ver que el parto era una experiencia satisfactoria y gozosa que no tenía que vivirse con sufrimiento. Pero eso no es todo, ya que también se practicaban rituales para que se mantuviera en óptimas condiciones y se ofrecían banquetes en su honor.

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

Algunos aspectos básicos de la presente filosofía la han retomado los instructores en psicoprofilaxis, disciplina que proporciona a la futura mamá

conocimientos sobre gestación, parto y forma de manejar el dolor y ansiedad durante el alumbramiento; puede recurrirse a este método a partir del cuarto mes de embarazo.

Para usar en la práctica el sistema de psicoprofilaxis obstétrica se definirá como un método educativo que capacita a la pareja para participar positivamente en el proceso de reproducción. El objetivo de esta metodología es lograr un bienestar físico y mental de la pareja durante el estado gravídico puerperal.

En México en 1975 en el centro materno-infantil "Gral. Máximo Ávila Camacho." Planearon acciones educativas haciendo cursos de preparación al matrimonio y cursos de preparación para el parto. Años después extendiéndose en toda la república hasta expandirse nacionalmente antes del año 1977. Y en el año de 1979 se especializó y se le llamó educación para la salud reproductiva.

Uno de los métodos más populares es el de Lamaze en los partos psicoprofilácticos.

El enfoque de educación para el parto que prepara a la madre para un parto que requiere un mínimo de anestésicos o drogas. Este método lleva el nombre de su fundador, el médico francés Fernand Lamaze (1890-1957).

El método Lamaze, el cual motivaba tanto a las madres como a los padres a tomar parte activa en el nacimiento del bebé, se hizo popular en los Estados Unidos en la década de los 60. El método promovía técnicas de respiración,

relajación y masaje que ayudaban a reducir el dolor y la ansiedad de la madre embarazada, minimizando así la necesidad de utilizar anestesia o drogas. El curso típico, que comienza en el tercer trimestre, proporciona por lo menos 12 horas de instrucción para la mujer embarazada y su asistente o pareja. Las clases cubren los siguientes tópicos:

- Trabajo de parto, parto y posparto normales.
- Técnicas de masaje para aliviar el dolor.
- Alivio durante el trabajo de parto.
- Destrezas de relajación y respiración
- Apoyo y asistencia para el trabajo de parto.

2.5. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

Los órganos reproductores pueden clasificarse en esenciales o accesorios dependiendo de si participan o no directamente en la creación de la descendencia.

Funciones

Conjunto de órganos de la mujer encargados de preservar la especie humana, para ello cumple las siguientes funciones:

Formación de células sexuales llamados óvulos que han de ser fecundados por los gametos masculinos (espermatozoides).

Producción de hormonas sexuales femeninas, estrógenos y progestágenos, que proporcionan caracteres sexuales femeninos favoreciendo la interrelación de ambos sexos.

Funciones relacionadas con la formación y desarrollo del nuevo ser: fecundación, gestación, parto, lactancia.

Útero

Tamaño y forma.

En la mujer que nunca ha estado embarazada el útero tiene forma de pera y mide alrededor de 7.5 cm. de longitud, 5 cm. de anchura en su parte más ancha y 3 cm. de espesor. Tiene dos partes principales, una porción superior más ancha, el cuerpo y una más inferior con un estrecho cuerpo el cérvix. El cuerpo uterino tiene una prominencia que sobresale por encima del nivel por el que entran las Trompas de Falopio, esta porción superior que sobresale se denomina Fondo.

La pared del útero esta compuesta por tres capas:

El Endometrio o Capa Interna: es un recubrimiento de membrana mucosa, compuesta de tres capas de tejido, una capa superficial compacta de epitelio cilíndrico simple parcialmente ciliado llamado estrato compacto; una capa esponjosa media de tejido conectivo laxo, el estrato esponjoso y una densa capa interna llamada estrato basal, que ancla el endometrio al miometrio subyacente. El endometrio tiene un rico suministro de capilares sanguíneos, así

como numerosas glándulas exocrinas que secretan moco y otras sustancias a la superficie endometrial.

El miométrio o capa intermedia: esta compuesta por tres capas de fibras musculares lisas que se extienden en todas direcciones, longitudinal, transversal y oblicuas, proporcionando gran fuerza al útero. Los haces de fibras musculares lisas se entrelazan con los componentes elásticos y del tejido conectivo y suelen mezclarse en el revestimiento endometrial. El miometrio es más grueso en el fondo y más delgado en el cérvix, esta adaptación estructural sirve para expulsar un feto.

El Peritoneo o Capa externa de membrana serosa: no recubre al cérvix en su totalidad, solo una parte de este menos el curto inferior de su superficie anterior.

Cavidades

Las cavidades uterinas son pequeñas debido al espesor de sus paredes. La cavidad del cuerpo es plana y triangular. Su punta se dirige hacia abajo y constituye el orificio cervical interno, que se abre en el conducto cervical. Este conducto también se estrecha en su extremo inferior, formando el orificio cervical externo, que se abre en la vagina. Las trompas uterinas se abren en la cavidad del cuerpo en sus ángulos supero externos.

Irrigación uterina

El útero recibe un rico aporte sanguíneo de las arterias uterinas, ramas de las arterias iliacas internas. Además, las sangre de las arterias vaginales y

ováricas alcanza el útero mediante anastomosis de los vasos uterinos. Los vasos arteriales entran en las capas de la pared uterina como arteriolas, dividiéndose luego en capilares entre las glándulas endometriales. Las venas uterinas, ováricas y vaginales devuelven la sangra venosa del útero hacia las venas iliacas internas.

Localización

Se localiza entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás.

Posición

El útero suele estar flexionado entre el cuerpo y el cérvix, con el cuerpo apoyado sobre la superficie superior de la vejiga, dirigido hacia delante y ligeramente hacia arriba. El cérvix se dirige hacia abajo y hacia atrás desde el punto de flexión, uniéndose con la vagina en un ángulo prácticamente recto. Varios ligamentos mantienen el útero en posición y lo anclan en la cavidad pélvica, pero permitiendo un considerable movimiento del cuerpo. Las fibras de los diversos músculos que forman el suelo de la pelvis convergen y forman un nódulo llamado cuerpo perineal, que también desempeña un importante papel en el soporte uterino.

Ligamentos uterinos (tres parejas y dos únicos)

Los dos ligamentos anchos son los pliegues dobles del peritoneo parietal que forman una especie de división a través de la cavidad pélvica. El útero está suspendido entre estos dos pliegues,

Los dos ligamentos útero sacros son extensiones peritoneales semejantes a pliegues que van desde la superficie posterior del útero hasta el sacro, uno a cada lado del recto.

El ligamento posterior es un pliegue del peritoneo que se extiende desde la superficie posterior del útero hasta el recto. Este ligamento forma un saco profundo, el fondo de saco posterior (de Douglas) o saco recto-uterino, entre el útero y el recto.

El ligamento anterior es el pliegue peritoneal formado por la extensión del peritoneo desde la superficie anterior del útero hasta la superficie posterior de la vejiga. Este pliegue forma un fondo de saco anterior menos profundo que el fondo de saco posterior.

Los dos ligamentos redondos son cordones fibromusculares que se extienden desde los ángulos supero externos del útero, atraviesan los canales inguinales y terminan en los labios mayores.

Trompas Uterinas u Oviductos o Trompas de Falopio

Localización de las trompas uterinas

Las trompas uterinas miden alrededor de 10cm de longitud y se unen al útero por sus ángulos supero externos. Se encuentran en el margen libre superior de los ligamentos anchos y se extienden hacia arriba y afuera, hacia los laterales de la pelvis, curvándose luego hacia abajo y atrás.

Estructura

Pared de las trompas uterinas: compuesta por las tres mismas capas del útero (mucosa, músculo liso y serosa). Sin embargo la mucosa que reviste las trompas se continúa directamente con el peritoneo que reviste la cavidad pélvica.

Divisiones de las trompas uterinas

Cada trompa esta formada por tres divisiones

El tercio medial o istmo, que se extiende desde el ángulo superior externo del útero

La porción dilatada intermedia o ampolla, que sigue un camino en curva por encima del ovario.

Una parte terminal o infundibulo, que se abre directamente en la cavidad peritoneal. El extremo externo abierto del infundíbulo. Sus proyecciones se denominan fimbrias.

Ovarios

Localización

Son glándulas nodulares que se presentan tras la pubertad una superficie arrugada, su tamaño y forma son similar a la de una gran almendra.

Se localizan a cada lado del útero, debajo y detrás de las trompas uterinas. Cada ovario pesa unos 3g y se ancla en su superficie posterior gracias al ligamento ovárico. Los ligamentos ováricos los anclan al útero. La

porción distal de cada trompa uterina se curva en torno al ovario de forma que las fimbrias lo recubren pero sin llegar a contactar con él.

Estructura microscópica

La superficie de cada ovario, esta cubierta por una fina capa de células epiteliales que constituyen el epitelio germinal. Por debajo de dicha capa encontramos miles de estructuras microscópicas denominadas folículos ováricos, embebidas en una matriz de tejido conectivo. Dichos folículos contienen las células sexuales femeninas inmaduras, u oocitos después de la pubertad se presentan en diferentes estadios de desarrollo. Los folículos primarios están formados por un oocito rodeado por células foliculares secretoras de hormonas, o granulosa.

Las células en división son frecuentes en la porción folicular o granulosa del folículo en maduración. Una vez que el oocito se libera del ovario, se denomina óvulo.

Vagina

Localización

La vagina es un órgano tubular situado entre el recto, posterior a ella, y la vejiga y la uretra, anteriores. Desde su orificio externo, en el vestíbulo y entre los labios menores de la vulva, se extiende hacia arriba y hacia atrás hasta el cérvix.

Estructura

La vagina es un tubo colapsable de unos 7-8 cm. de longitud, con una gran capacidad de distensión. Esta compuesta sobre todo por músculo liso y tapizada por una membrana mucosa que forma múltiples rugosidades. La pared anterior de la vagina es más corta que la posterior, debida a que el cérvix protruye hacia la porción más superior del tubo. El himen, un pliegue de membrana mucosa, forma un pliegue alrededor de la abertura externa de la vagina, cerrando parcialmente el orificio. En ocasiones esta estructura cubre por completo la salida vaginal, situación denominada himen imperforado.

Vulva

Estructura

Los genitales externos femeninos (órganos reproductores) o vulva están constituidos por:

El Monte de Venus

Es un paquete adiposo cubierto por piel que se encuentra por encima de la sínfisis de pubis. En la pubertad aparece un vello púbico que persiste durante toda la vida.

Los Labios Mayores están cubiertos por piel pigmentada y vello en la superficie externa, mientras que en la superficie interna son suaves y sin vello. Cada labio mayor esta formado por grasa y tejido conectivo con numerosas glándulas sudoríparas y sebáceas en la superficie interna. Los labios mayores son equivalentes al escroto en el varón.

Los Labios Menores

Están situados medialmente a los labios mayores. Cada uno está cubierto por piel sin vello. Los dos labios menores se unen anteriormente en la línea media. La zona que existe entre ellos se denomina vestíbulo. Los labios menores son equivalentes al cuerpo esponjoso del pene en el varón.

El Clítoris

Es un pequeño órgano compuesto por tejido eréctil, localizado justo por detrás de la unión de los labios menores y equivalentes a los cuerpos cavernosos y al glande. El prepucio cubre el clítoris, como hace con el pene del varón.

El Meato Urinario (orificio uretral)

Es la pequeña abertura de la uretra y está situado entre el clítoris y el orificio vaginal.

El Orificio Vaginal

Es una abertura mayor que el meato urinario. Su localización es posterior al meato.

Existen dos tipos de glándulas:

La primera Glándula de Bartholin (Vulvo vaginales o paravaginales)

Son homologas de las glándulas de Cowper del hombre.

Están situadas por detrás de los labios menores. Secretan moco ácido que lubrica el vestíbulo vaginal durante el coito.

Los conductos de las glándulas de Bartholin se abren en 2 orificios a uno y otro lado por fuera del himen a la mitad del orificio vaginal.

La segunda Glándula de Skene (Parauretrales)

Son homologas de la próstata del hombre.

Es un órgano vestigial, su función no es conocida.

Dentro de la uretra, en la proximidad del meato urinario existen posterolateralmente dos orificios correspondientes a los conductos de las glándulas de Skene.

CICLO OVÁRICO

En el momento que una niña nace sus ovarios sólo contienen folículos primarios, que son pequeñas bolsas o sacos que disponen de varias capas de aspecto cúbico. Cada uno con un oocito que tiene su proceso de meiosis suspendido antes de completarlo.

En el primer día de la menstruación, una vez al mes, los oocitos de varios folículos primarios completan su meiosis, que a su vez las células foliculares que los rodean comienzan a secretar estrógenos y unas cantidades muy pequeñas de progesterona. Sólo uno de estos folículos madura por completo migrando hacia la superficie del ovario. Justo antes de la ovulación la meiosis del oocito del folículo maduro se detiene de nuevo. Es esta célula que no ha

completado la meiosis la que es expulsada del ovario tras la rotura de la pared del folículo maduro. Sólo se completa la meiosis cuando la cabeza del espermatozoide contacta con el oocito para fertilizarlo.

En un ciclo menstrual de 28 días: la ovulación suele ocurrir 14 días antes de que empiece el siguiente período menstrual o 14 días después de iniciarse.

Después de la ovulación las células del folículo roto crecen, contienen sustancias lipídicas tomando un color amarillento llamado cuerpo lúteo, creciendo durante 7-8 días secretando progesterona en cantidades cada vez mayores. Si no se produjo la fertilización del óvulo, el tamaño del cuerpo lúteo y la cantidad de sus secreciones disminuyen gradualmente. El cuerpo Albicans es una pequeña cicatriz blanca producto de la reducción de los últimos componentes del cuerpo lúteo no funcional, desplazándose hacia la porción central del ovario y acaba por desaparecer.

CICLO ENDOMETRIAL O MENSTRUAL

Las áreas hemorrágicas son el producto de la descamación de trozos de las capas compacta y esponjosa del endometrio. Después de la menstruación las glándulas endometriales y las arteriolas crecen más y se van enrollando, junto con las células de las capas contribuyen al engrosamiento del endometrio, el mismo luego de la ovulación se hace todavía más grueso alcanzando 4-5 mm.

El día anterior al comienzo de la menstruación las arteriolas enrolladas se constriñen, dando lugar a una isquemia endometrial, implicando muerte tisular, descamación y sangrado.

El ciclo menstrual se divide una serie de acontecimientos: (periodo normal de 28 días)

Menstruación: tiene lugar desde el día 1 hasta el día 5 del nuevo ciclo.

Fase posmenstrual: "estrogénica o folicular" debido a las grandes cantidades de estrógeno que se producen. "Proliferativa" ya que se produce se produce la mayor parte de la proliferación del endometrio. Abarca desde el día 6 hasta el 13 o el 14; desde el fin de la menstruación hasta la ovulación, dentro de ella está la fase preovulatoria.

Ovulación: es la ruptura del folículo maduro y la expulsión del oocito en la cavidad pélvica. Ocurre en el día 14.

Fase premenstrual o postovulatoria: "fase luteínica, secretora o progesterónica" porque en ella tiene lugar la secreción del cuerpo lúteo, que es fundamentalmente progesterona. Tiene lugar entre la ovulación y el comienzo de la menstruación, durando 14 días de los días 15 al 28.

CICLO DEL MIOMETRIO

El miometrio se contrae débilmente durante las dos semanas previas a la ovulación, pero con frecuencia ascendente. Dichas contracciones decaen o

desaparecen entre la ovulación y la regla, disminuyendo así la probabilidad de expulsión del óvulo fertilizado en el caso de que esto se produzca.

CICLO GONADOTRÓPICO

La adenohipófisis secreta dos hormonas denominadas gonadotropinas que tienen una importancia capital en los ciclos reproductores femeninos. Son la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). La cantidad secretada de cada una de ellas varía con los cambios en el útero y en el ovario.

CONTROL DE LOS CAMBIOS CÍCLICOS OVÁRICOS

Los cambios cíclicos en los ovarios se deben a los cambios cíclicos en los niveles de gonadotropinas secretadas por la pituitaria anterior. Un aumento en los niveles de FSH circulantes tiene dos efectos: estimula uno o varios folículos primarios y a sus oocitos para que empiecen a crecer, estimulan las células foliculares para que secreten estrógenos. Debido a la influencia de FSH en la secreción folicular, los niveles de estrógenos van aumentando gradualmente durante la fase preovulatoria. Bruscamente, alrededor del día 12 del ciclo, llegan a un nivel pico. Apenas 12 horas después de esta gran cantidad de estrógenos, aparece una alta secreción de LH que produce la ovulación uno o dos días más tarde.

LH produce los siguientes cambios:

Mediante el aumento de la secreción de estrógenos previa a la ovulación, completan el crecimiento del folículo y del oocito. La LH y FSH son sinérgicos en estos efectos.

Produce la rotura del folículo y la expulsión de la ovulación.

Luteinización: es la formación del cuerpo lúteo a partir del folículo roto. Actuando como una glándula temporaria secretando sólo durante la fase postovulatoria; produciendo hormonas progestinas así como estrógenos. El nivel sanguíneo de la progesterona aumenta rápidamente a medida que la LH aumenta y permanece a niveles altos durante una semana, empezando a disminuir después tres días antes de que tenga lugar la menstruación, manteniéndose bajos los niveles de progesterona, así como en la fase posmenstrual. Proviene de los folículos en desarrollo del ovario y de la corteza suprarrenal. Los niveles de estrógenos aumentan durante la fase luteal a un ritmo menor con respecto a antes de la ovulación.

Si no tiene lugar la fecundación, la falta de LH y FSH hace que el cuerpo lúteo regrese en unos 14 días, formando el cuerpo albicans.

LA FERTILIZACIÓN.

En cada ciclo menstrual normal se desprende un ovulo de los ovarios alrededor del catorce día antes de la siguiente menstruación. La liberación del ovulo se le llama ovulación, este ovulo se transporta hacia el extremo de una de las dos trompas de Falopio, caracterizado por su forma de embudo.

Durante la ovulación el moco del cuello uterino se vuelve más fluido y más elástico, permitiendo que el esperma entre en el útero rápidamente. En unos cinco minutos el espermatozoide se moviliza desde la vagina entrando por el cuello uterino al interior del útero, hasta el extremo de una trompa de Falopio, donde habitualmente se produce la fertilización. Las células que recubren las trompas de Falopio facilitan la fertilización.

Si un espermatozoide penetra en el óvulo, se produce la fertilización.

Pequeños cilios que revisten las trompas de Falopio arrastran el óvulo fecundado (cigoto) por las trompas hacia el útero. Las células del cigoto se dividen repetidamente mientras el cigoto baja por dentro de la trompa de Falopio. El cigoto tarda entre tres y cinco días en entrar al útero, ya dentro del útero las células se continúan dividiéndose y se convierte en una bola hueca denominada (blastocito). Si la fertilización no se produce, el óvulo se degenera y pasa de largo por el útero en el siguiente periodo menstrual,

Si se libera y se fecunda más de un óvulo, se produce un embarazo de más de un feto, habitualmente dos (mellizos). Estos mellizos no son idénticos. Los gemelos idénticos se producen cuando un único óvulo es fecundado (por un único espermatozoide) se separa en dos embriones después de haberse comenzado a dividir.

DESARROLLO DEL BLASTOCITO.

Entre cinco y ocho días después de la fecundación, el blastocito se adhiere al revestimiento del útero habitualmente cerca de la parte superior. Este proceso, denominado implantación, se completa alrededor del día nueve y diez.

La pared del blastocito tiene el grosor de una célula, excepto en una zona como en la que equivale al de tres o cuatro células. En esta zona engrosada, las células internas se convierten en un embrión, mientras que las externas penetran en la pared del útero y se convierten en la placenta. La placenta produce varias hormonas necesarias para el mantenimiento del embarazo.

La placenta produce la gonadotropina coriónica humana, la cual evita que los ovarios liberen más óvulos y estimula a los ovarios a producir progesterona y estrógeno continuamente. La placenta también lleva el oxígeno y los nutrientes de la madre al feto y excreta los materiales desechables del feto a la madre.

La pared del blastocito se convierte en la capa externa de las membranas (corion) que rodean al embrión. Entre los días diez y doce se desarrolla una capa interna de membranas (amnios) que forman el saco amniótico. El saco amniótico se llena de un líquido claro (líquido amniótico) y se extiende para envolver el embrión el desarrollo que flota en su interior.

La placenta está completamente formada en dieciocho y veinte semanas aproximadamente, pero sigue creciendo durante todo el embarazo. En el momento del parto pesa como al rededor de medio kilogramos.

DESARROLLO DEL EMBRIÓN

El embrión que se desarrolla dentro del útero. Esta fase se caracteriza en la formación de los órganos internos y de la estructura externa del cuerpo.

La formación de los órganos inicia asila a las tres semanas tras la fecundación, es cuando el embrión tiene forma humana. Después se desarrolla la zona del cerebro y la medula espinal. El corazón y vasos sanguíneos se desarrollaran para el día dieciséis y diecisiete, el corazón bombea liquido alrededor del día veinte o veintiuno, apareciendo los primeros glóbulos rojas. Los vasos sanguíneos se van desarrollando para en el embrión y la placenta.

La formación de los órganos se completa hacia las ocho semanas después de la fecundación esto equivale al diez semanas de embarazo. Pero el cerebro y la medula espinal siguen desarrollándose y madurando durante todo el trascurso del embarazo.

Siendo que la mayoría de las malformaciones se producen durante la formación de los órganos siendo el embrión más vulnerable a los fármacos, radiaciones y virus. Por que es de gran importancia que la mujer embarazada no se vacune con virus vivos y se auto medique y llevar un bue control prenatal.

2.6.- Trabajo de parto.

El trabajo de parto es como una secuencia, eficaz de contracciones uterinas que dan por resultado borramiento y dilatación del cuello uterino y esfuerzos voluntarios de expulsión y todo termina con la salida al exterior del producto de la concepción.

El alumbramiento es la expulsión de los anexos ovulares que incluyen, placenta, membranas y fragmentos del cordón umbilical.

Primer periodo de trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas y termina con la dilatación completa del cérvix.

El segundo periodo de trabajo de parto inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con el nacimiento del bebe.

La tercera etapa de trabajo de parto inicia con el nacimiento del bebe y termina con la expulsión de la placenta y membranas fetales.

Se define el parto como el acto fisiológico de la mujer, mediante el cual el producto de la concepción ya viable, e desalojado del útero atreves del canal vaginal y puesto con en contacto con el medio exterior.

El parto se puede considerar eutócico o de bajo riesgo si la naturaleza sola es capaz de efectuarlo, sin que haya ninguna perturbación en los mecanismos por los cuales se efectúa el parto y entonces naturalmente la expulsión del producto de la concepción se realiza espontáneamente,

entonces se dice que el parto es normal o fisiológico o eutócico o de bajo riesgo.

Trabajo de parto: es la suma de fuerza ejercida por las contracciones que promueven la expulsión.

Mecanismo de parto: conjunto de movimientos que realiza la presentación a través de la pelvis.

La atención del parto es el curso de todas las medidas necesarias de que se disponen, tecnológicas, científicas, humanísticas y de confort para la eficiente atención de la mujer en la culminación del embarazo que es el nacimiento de un nuevo ser, estas medidas se tendrían que realizar donde la paciente las solicite ya sea en un domicilio o en un medio hospitalario siendo este último el ideal por las garantías que le brinda a la mamá y al bebé.

Previamente se tiene que tener el conocimiento de antecedentes gineco-obstétricos así como el control prenatal correspondiente a los últimos días al término de la gestación que tiene características especiales del binomio materno fetal, en estas fechas en las que con frecuencia se hacen presentes complicaciones de gran importancia que pueden atentar contra la vida de la madre o del feto de ambos a la vez.

2.7.- Señales de trabajo de parto:

Recomendaciones en las pacientes:

Cuando allá llegado el final del embarazo se le explicara ala paciente:

- Que la perdida he matica vaginal profusa: se advierte ala paciente acerca de la normalidad en la aparición de pequeñas señales debidas alas modificaciones plásticas de cuello uterino, a la vez que se le pone en guardia ante cualquier perdida he matica en el caso que se tenga previamente un diagnostico de anormalidades de la placenta.
- Ruptura de membranas: conviene explicar a la paciente en la importancia de acudir a hospital ante la pérdida vaginal de liquido vaginal amniótico y tendría explicarse las características como el olor y color sea cual fuera la cantidad de la perdida, aun sin contracciones uterinas.
- Contracciones uterinas: se le dará a conocer a la paciente la actividad normal del útero durante el embarazo y sobre todo el tiempo.

2.8.- Opciones para contrarrestar el dolor durante el trabajo de parto.

El parto es realmente el "problema" de muchas embarazadas. Se sufre mucho, por lo que se intentan buscar alternativas para evitar estos dolores.

Existen métodos naturales y las conocidas anestésicas que ayudan bastante en el alivio del dolor en el trabajo de parto.

2.8.1.- Métodos naturales.

Las **posiciones verticales** (en cuclillas o semicucullas) facilitan la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta el diámetro total de la pelvis. Si el progreso a la segunda etapa del trabajo de parto resultara lento, cambiar a una posición vertical podría ser muy provechoso. En el momento en que el parto es inminente, es probable que deba adoptar una posición más reclinada con el fin de facilitar el control del mismo.

También **la relajación** resulta fundamental, ya que su propósito es reducir la tensión muscular y aliviar el dolor y el estrés del parto. Relajarse trae estos beneficios: durante el embarazo, a muchas les permite dormir de noche y descansar de día. En el momento del trabajo de parto, las técnicas de relajación ayudan a controlar los niveles de estrés físico y emocional. También logra reducir la tensión muscular y ayuda, de este modo, a contrarrestar la fatiga. Por último, cuando nace el bebé, los padres descubren que la vida después del parto es muy exigente y cansadora. Por lo tanto, la relajación contribuye a que esta nueva etapa se viva de una manera menos tensa.

Desde la antigüedad se asocia al tacto con el poder de la curación. Durante el trabajo de parto, muchas mujeres se sienten más cómodas si son; **tocadas, acariciadas o masajeadas**. El contacto físico, por ser una fuente de contra estimulación, puede aliviar el dolor. Los masajes terapéuticos (por ejemplo, el shiatsu) se recomiendan como alivio del dolor durante el trabajo de parto. El masaje de periné (área comprendida entre la vagina y el ano) durante las últimas seis semanas del embarazo puede evitar los desgarros o bien la necesidad de realizar una episiotomía durante el parto.

La **respiración** también resulta importante, por lo tanto el aprendizaje de las técnicas de respiración son muy útiles durante el trabajo de parto. Resulta conveniente que la mujer reconozca la respiración, lo cual significa que debe ser consciente de su ritmo respiratorio normal. Esta forma de atención introspectiva lleva a que la respiración sea más lenta, profunda y rítmica. Familiarizarse con el patrón de respiración normal requiere de práctica, por lo tanto necesitará encontrar un lugar tranquilo, elegir una posición cómoda (excepto acostada boca arriba) y concentrarse en algún aspecto de la propia respiración, que llame la atención, durante un lapso de tres a cinco minutos.

Como en muchos otros momentos de la vida, en el trabajo de parto **la música** ayuda y mucho. Existen registros históricos que revelan que, en la antigua Grecia, era habitual tocar música instrumental relajadora a las mujeres en trabajo de parto. La música puede causar efectos relajantes debido a su capacidad de alterar el humor, reducir el estrés y alentar a tener pensamientos positivos. Puede utilizarse tanto para las técnicas de respiración como de

relajación.

Muchas mujeres opinan que los **movimientos rítmicos** ayudan a aliviar el dolor durante el trabajo de parto. El movimiento es una fuente de contra estimulación y puede estimular la expulsión de las endorfinas propias del sistema nervioso. Por ejemplo, mover la pelvis hacia atrás y hacia delante durante las contracciones con frecuencia alivia el dolor. Esto puede lograrse sentada, parada, arrodillada, acostada o bien en cuatro patas. Otros movimientos rítmicos son golpetear con los dedos, masajear el abdomen, respirar rítmicamente y zapatear.

Otras maneras simples de aliviar el dolor y contribuir a la relajación durante el trabajo de parto **es la aplicación de frío o de calor**. Estos también provocan contra estimulación. El calor puede aplicarse de varias formas: tomando una ducha o un baño caliente, poniendo una toalla caliente sobre el abdomen, aplicando una compresa caliente en el periné. Para las que la aplicación del frío les provoca más alivio, una toalla de mano fría y húmeda es siempre refrescante mientras que una bolsa con hielo suele dar buenos resultados en la zona lumbar.

2.8.2.- La aplicación de anestesia

Es importante que antes de ser anestesiada -con epidural o intradural-, la mujer embarazada se someta a un estudio que descarte contraindicaciones (enfermedades cardiovasculares, problemas neurológicos, etc.). A continuación conoceremos los distintos tipos de anestésicos:

Intradural:

Es una variante de la epidural, que se utiliza cada vez con mayor frecuencia en algunos tipos de cesáreas. También se emplea en partos que requieren fórceps. Se aplica entre dos vértebras, y la aguja atraviesa la duramadre, llegando al líquido cefalorraquídeo. El efecto analgésico se nota a los cinco minutos de su aplicación. Entre los inconvenientes que pueden aparecer, están la hipotensión y los vómitos.

Epidural:

Es una anestesia de tipo local que se usa para aliviar el dolor del trabajo del parto y la expulsión. Suele aplicarse cuando el útero ha alcanzado una dilatación de dos a tres centímetros. Sus efectos tardan en notarse entre 20 y 30 minutos. El cuerpo queda insensibilizado de cintura para abajo, aunque los músculos no pierden su tono; así, la mujer sigue sintiendo las contracciones, pero no el dolor, y puede colaborar empujando.

Locales:

Existen dos tipos que se aplican, en ocasiones, en la última fase del parto, el expulsivo: del periné, se usa para insensibilizar la región perineal, antes de practicar y/o suturar la episiotomía (incisión que facilita la salida del bebé y evita desgarros vaginales). Es de efecto inmediato y dura una hora. Y la de los nervios pudendos, a la cual se recurre para anestésiar la vagina y el periné, con el fin de aliviar la fase de expulsión y también para coser la herida de la episiotomía. Igualmente, está indicada en los partos en los que hay que utilizar fórceps.

General:

Este tipo de anestesia fue uno de los primeros métodos que se utilizaron para eliminar el dolor en el parto. Hoy en día se emplea cuando hay que practicar una cesárea o realizar extracciones de placenta. La embarazada se debe someter a un examen previo para conocer si es alérgica a alguno de los componentes o tiene algún problema médico.

Capítulo III

3.1. PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN.

El paradigma de la investigación es la concepción del objetivo de estudio de cada ciencia acompañada de un conjunto de teorías básicas sobre aspectos particulares del objeto.

3.2. MÉTODO A UTILIZAR.

El método a utilizar será mixto preponderantemente cuantitativo ya que este se enfocara tanto en el cualitativo como en el cuantitativo pero se penetrara mas en el cuantitativo ya que la investigación se realizara en un hospital y se medirá por medio de cuestionarios.

3.3. POSITIVISMO

Augusto Comte filósofo positivista francés, y uno de los pioneros de la sociología. Nació en Montpellier el 19 de enero de 1798. Desde muy temprana edad rechazó el catolicismo tradicional y también las doctrinas monárquicas. Logró ingresar en la Escuela Politécnica de París desde 1814 hasta 1816, pero fue expulsado por haber participado en una revuelta estudiantil. Durante algunos años fue secretario particular del teórico socialista Claude Henri de Rouvroy, conde de Saint-Simon, cuya influencia quedaría reflejada en algunas

de sus obras. Los últimos años del pensador francés quedaron marcados por la alienación mental, las crisis de locura en las que se sumía durante prolongados intervalos de tiempo. Murió en París el 5 de septiembre de 1857.

Diferencias entre la investigación cualitativa y cuantitativa	
Investigación cualitativa.	Investigación cuantitativa.
Centrada en la fenomenología y comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico.
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencias de sus datos	Inferencias más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, diferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos "ricos y profundos"	Datos "sólidos y repetibles"

No generalizable	Generalizable
Holística.	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

3.4. EL MÉTODO DEDUCTIVO.

El método deductivismo, se trata de un procedimiento que consiste en desarrollar una teoría empezando por formular sus puntos de partida o hipótesis y deduciendo luego su consecuencia con la ayuda de las subyacentes teorías formales.

El argumento deductivo se contrapone al método inductivo, en el sentido de que se sigue un procedimiento de razonamiento inverso. En el método deductivo, se suele decir que se pasa de lo general a lo particular, de forma que partiendo de unos enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos, se infieren enunciados particulares, pudiendo ser axiomático-deductivo, cuando las premisas de partida están constituidas por axiomas, es decir, proposiciones no demostrables, o hipotéticos-deductivo, si las premisas de partida son hipótesis contrastables.

3.5. UNIVERSO Y POBLACIÓN.

La población a investigar son las señoras embarazadas de 20 a 35 años de edad que acuden a consulta externa con los ginecólogos de base en la institución, en el periodo marzo – mayo del 2008.

El universo es el hospital de nuestra señora de la salud en el se realizo la investigación presente.

Haciendo una breve reseña como surge el hospital se dice que hace 60 años, en Morelia sólo existían 3 Parroquias: San José, a cargo del P. Edmundo Contreras; Las Monjas, del P. Luis G. Laris y La Merced, del P. Mariano Cerda. Estos Sacerdotes vivían muy unidos y preocupados por la salud de los pobres que eran atendidos por el Hospital General “Dr. Miguel Silva”, que en ese tiempo carecía de todo y era insuficiente; también el Sanatorio de “la Luz” ofrecía sus servicios, pero eran costosos. Tratando de dar solución a este problema, surge la idea de hablar con un grupo de médicos de la ciudad para plantearles la problemática existente y, tras varias reuniones, llegaron al acuerdo de que se construyera un Hospital donde se cobrara muy poco o nada, según la condición económica del enfermo.

Ésta era la propuesta, pero llevarla a cabo significaba esfuerzo y cooperación, y así lo hicieron saber a los fieles de cada Parroquia, pidiéndoles que colaboraran con lo que tuvieran, ya fuera dinero o material de construcción; asimismo, solicitaron a la Diócesis la donación del terreno que en ese entonces eran las huertas de la casa ubicada en la calle Zaragoza # 226, y su petición fue aceptada. El P. Edmundo Contreras –que en ese momento terminaba de

restaurar las torres de San José—, donó todo el material de construcción que le había sobrado y sus colectas, con lo que se pudo construir la planta baja y el primer piso, así como la fachada de la calle Ignacio Zaragoza. Desde este primer momento la obra se puso bajo la advocación y protección de la Virgen Nuestra Señora de la Salud, y así recibió el nombre de Sanatorio y luego Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

El Excmo. Sr. Arzobispo D. Luis María Altamirano y Bulnes, queriendo dar consistencia y estabilidad a la obra y al mismo tiempo seguridad y protección, le encargó al P. Contreras formar un Patronato compuesto por excelentes personas, fundando la Asociación de Beneficencia Privada “Dr. Simón W. García”, afiliándose desde entonces a la H. Junta de Beneficencia Privada del Estado de Michoacán el 24 de junio de 1947.

Para atender a los pacientes, se llamó en 1952 a las Hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, que hacía poco habían llegado a México, después de una ausencia de 75 años. De inmediato, Sor Mercedes Setmenat aceptó el ofrecimiento y mandaron traer de España 10 Hermanas para hacerse cargo de la fundación.

El Dr. Juan Alanís asumió la Dirección del Hospital. Después de un tiempo, se vio que la buena voluntad de los Sacerdotes y del Patronato para dar asistencia totalmente gratuita era irrealizable por la gran demanda, y que la ayuda de las tres Parroquias y la ayuda mensual de la Mitra no eran suficientes. Se tomó entonces la decisión de construir un tercer piso para Clínica Privada, donde todos los enfermos hospitalizados cubrirían sus cuotas

en su totalidad, lo que ayudaría para la atención de las Salas Generales, contribuyendo con ello al fin para el que fue construido el Hospital.

Más tarde, por la necesidad de ampliación, se adquirió un terreno ubicado al oriente y se construye el 15 de marzo de 1954 en la calle Eduardo Ruíz, para lo cual nuevamente se organizaron colectas y donativos de particulares, destacándose entre ellos el bienhechor Dr. Gregorio Gómez Gutiérrez, quien fuera Presidente del Patronato durante 25 años.

Y en años subsiguientes el hospital sigue incrementando los servicios para la población. En la actualidad es un hospital que ofrece una atención de calidad de segunda nivel con todos los servicios necesarios para una oportuna, pronta intervención y rehabilitación.

3.5.1.- SUJETOS DE INVESTIGACIÓN O UNIDADES DE ANÁLISIS.

Los sujetos primarios son las paciente de 20 a 35 años de edad que asistieron a consulta externa en la área de ginecobstetricia en el periodo de marzo, abril y mayo del 2008. Ya que al investigarlos se recaudara información que ayuda a esclarecer la hipótesis en propuesta.

3.6. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Ecuación para sacar el nivel de la muestra:

$$90/100=0.9/2=0.45$$

$$90/2=45/100=0.45$$

Tabla de nivel de confianza.

Z		Tabla
90	4500	1,64

n= universo.

N= tamaño de la muestra.

p= probabilidad positiva.

q= probabilidad negativa.

e= margen de error.

Formula para determinar la media aritmética.

$$Z^2 p q N$$

$$n = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$N e Z p q$$

Datos para sacar la media aritmética.

$$N=620.$$

$$p=.5$$

$$q=.5$$

$$e=10\%$$

Desarrollo de la formula para obtener la media aritmética.

$$(1.64)^2(.5) (.5) (526)$$

$$n= \underline{\hspace{10em}}$$

$$(526) (.10)^2(1.64)^2(.5) (.5)$$

$$(2.68) (.5) (.5) (526)$$

$$n= \underline{\hspace{10em}}$$

$$(526) (0.01) + (2.68) (.5) (.5)$$

$$352.42$$

$$n= \underline{\hspace{10em}}$$

$$5.26 + .67$$

352.42

$$n = \frac{352.42}{5.93} = 59.4$$

5.93

El número de muestra fina es 59 personas.

59 -100%

X - 10%

10% de 59: 5.9 por lo que se redondea y queda a 6.

El piloteo rea de 6 personas.

La prueba piloto sirve para verificar el instrumento el cual se le aplicara a personas con características semejantes a las de la muestra objetivo de la investigación. Se somete a prueba no solo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados. Se analiza si las instrucciones se comprenden y si los ítems funcionan de manera adecuada, se evalúa el lenguaje y la redacción. Los resultados se utilizan para calcular la confiabilidad inicial y, de ser posible, la validez del instrumento y medición. La prueba piloto se realiza con una pequeña muestra según el porcentaje requerido el cual varía desde un 10 % asta un 15% e la muestra fina.

3.6.1.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para recabar datos se requirió de instrumentos para medir las variables.

Escala de Likert fue desarrollado por Renis Likert en 1932; sin embargo, se trata de un enfoque y vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externe su reacción de los participantes es decir se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que se externe su reacción eligiendo uno de los 5 puntos de categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. Opiniones o puntos de escala likertLas son opiniones de respuestas o categorías pueden colocarse de manera horizontal o en forma vertical.

Los instrumentos utilizados fueron dirigidos a mujeres embarazadas de 20 a 35 años de edad que asistieron al Hospital de Nuestra Señora e la Salud el cual tubo propósito el de recabar información sobre la educación del trabajo de parto.

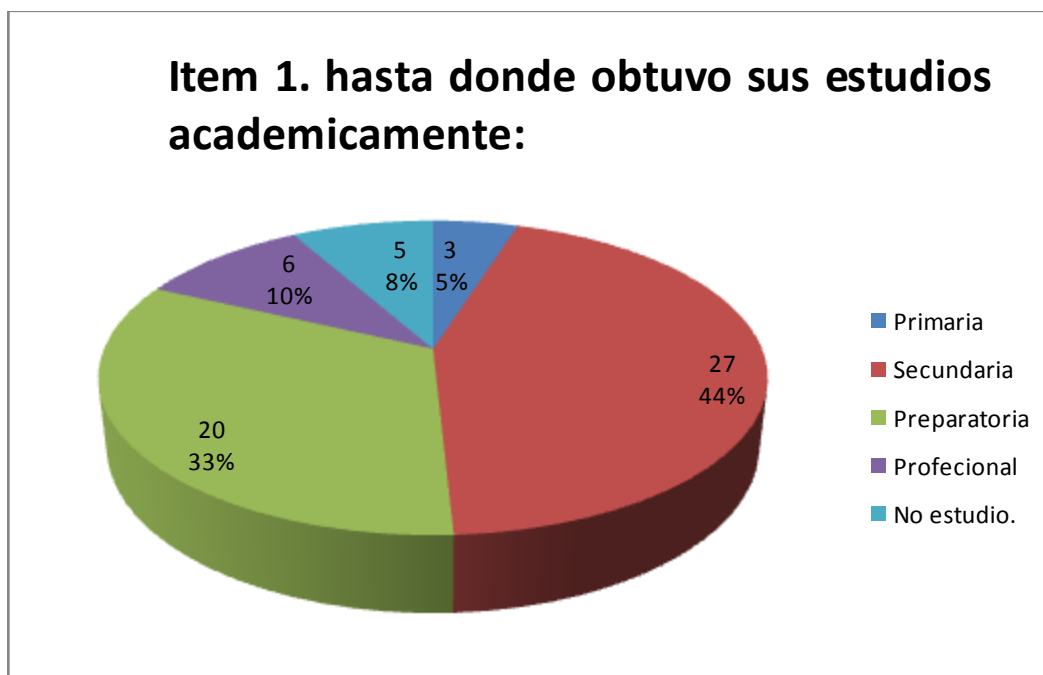
El cuestionario aplicado se encuentra en anexos.

Capítulo IV

4.1.- GRAFICAS.

En el presente capitulo se demuestra por medio de graficas redondas en porcentajes los resultados de los ítems que se obtuvieron al realizar la encuesta a señoras embarazadas de 20 a 35 años que acudieron a consulta externa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

FIGURA 1.



El 44% de las encuestadas contestaron que estudiaron asta la secundaria.

El 33% de las encuestadas contestaron que estudiaron asta la preparatoria.

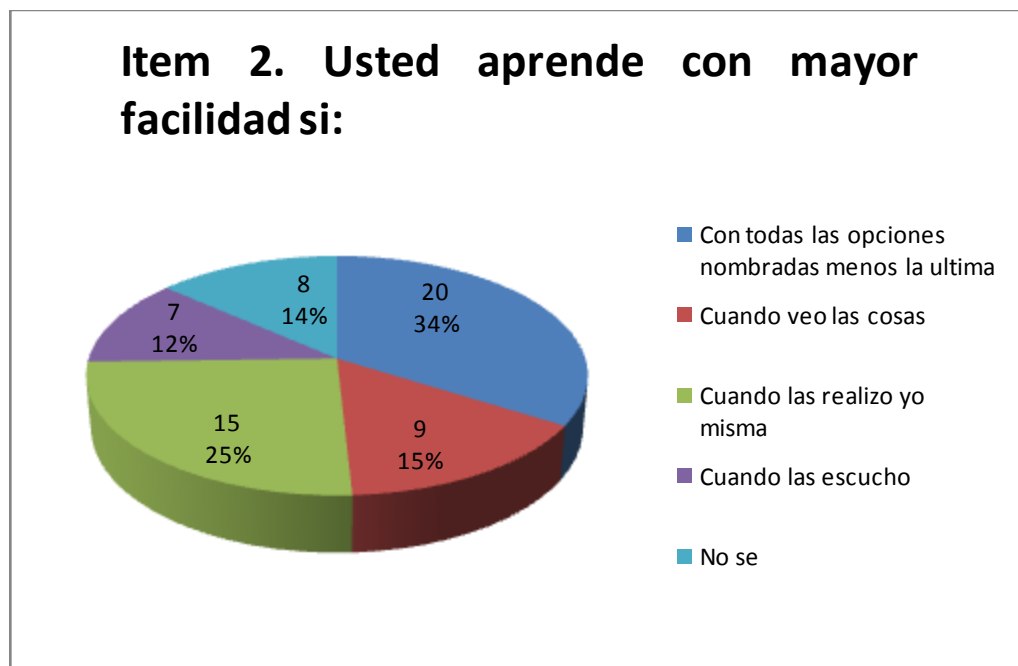
El 10% de las personas encuestadas contestaron que estudiaron hasta tener una profesión.

El 8% de las encuestadas contestaron que no tenía ningún estudio.

El 5% de las encuestadas contestaron que estudiaron asta la primaria.

Con este resultado obtenido se muestra que la gran mayoría de las personas que acuden a este nosocomio son personas que tienen estudios e incompletos con un índice bajo de analfabetas.

FIGURA2.



34% de las personas encuestadas respondieron que tiene mayor facilidad de aprender cuando ven las cosas, cuando las realizan ellas mismas y escuchando.

El 25% de las personas encuestadas respondieron que tienen mayor aprendizaje cuando ellas mismas lo realizan.

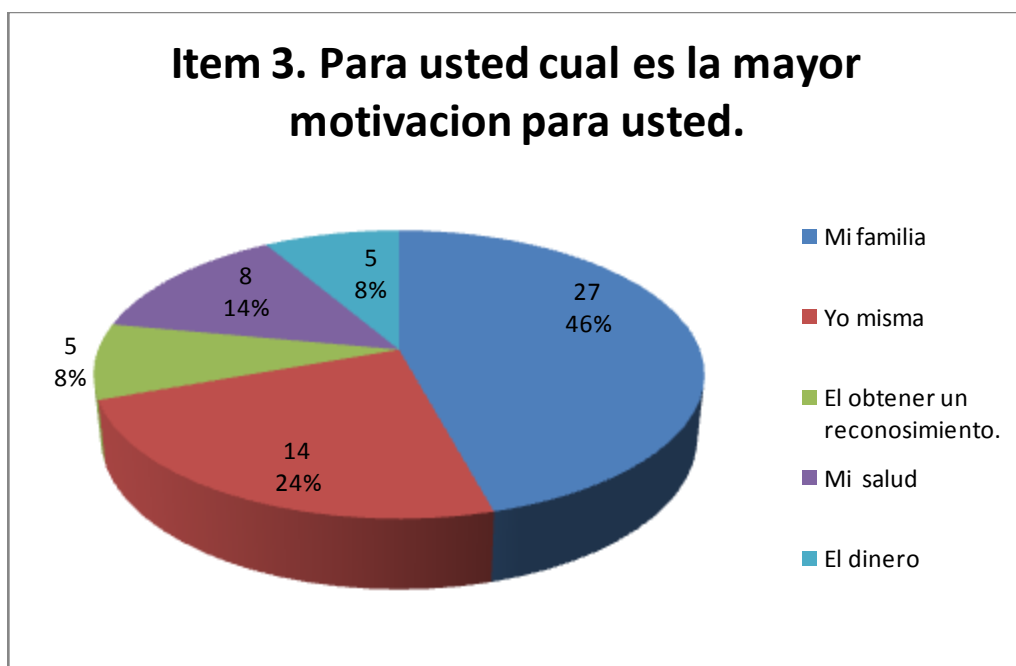
El 15% de las personas encuestadas respondieron ven las cosas.

El 14% de las personas encuestadas contestaron que no saben.

El 12% de las personas contestaron que cuando escuchan.

Se observa que las señoras tiene gran variedad para aprender, predominando pero por muy poco el de utilizar todos los sentidos así como haciendo las cosas ellas mismas sin embargo se denota que hay un índice elevado de las que no saben como aprenden mejor, por lo que se propondrá realizar unos ejercicios sencillos en los cuales se ve con que aprenden mejor, siendo esencial ala hora de adquirir un conocimiento y que este perdure y sirva en su vida.

FIGURA 3



El 46% de las señoras su mayor motivación es su familia.

El 24% de las señoras su mayor motivación es ellas mismas.

El 14% de las señoras su mayor motivación es tener su salud.

El 8% de las señoras su mayor motivación es obtener un reconocimiento

El 8% de las señoras su mayor motivación es el dinero.

Se demuestra que a un la mujer le tiene gran valor a su familia y le continua las señoras que tienen una autoestima alta ya que piensan en ellas mismas, ya sea que la tienen por que son independientes o por que su formación así es, pero por otra parte se ve que la salud y el dinero les importa por igual.

FIGURA 4.



El 39% las personas encuestadas tienen una edad entre los 23 a los 25 años.

El 30% las personas encuestadas tienen una edad entre los 20 a los 22 años.

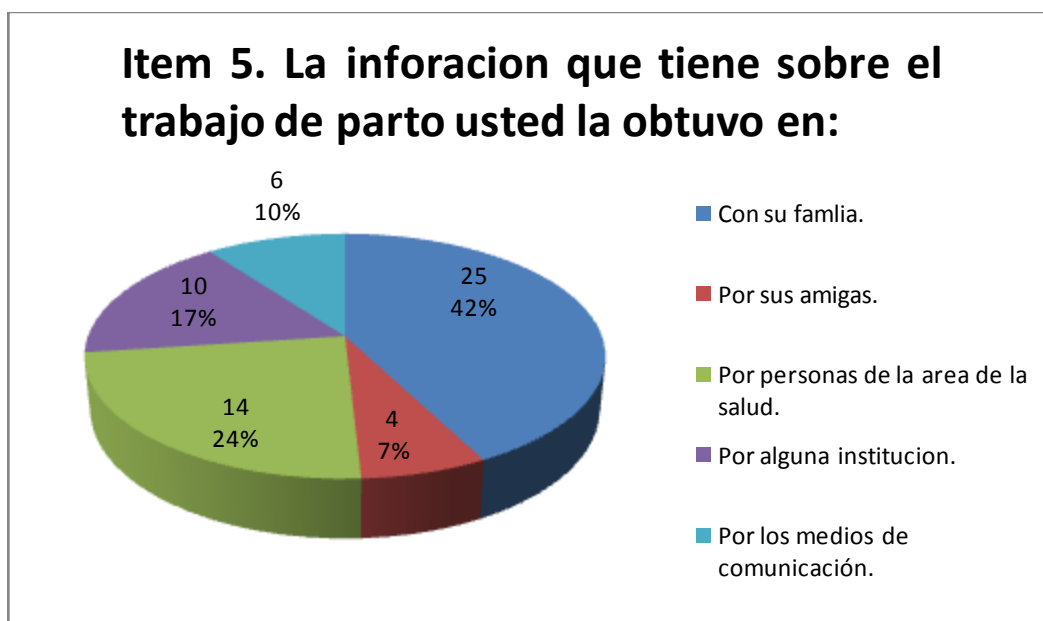
El 14% las personas encuestadas tienen una edad entre los 26 a los 28 años.

El 12% las personas encuestadas tienen una edad entre los 29 a los 31 años.

El 5% las personas encuestadas tienen una edad entre los 32 a los 35 años.

Las pacientes embarazadas que acuden a consulta externa tienen una edad de 23 a 25 años la mayoría de las señoras encuestadas, esto como resultado de que las personas que anteriormente conocen del servicio que se ofrece el hospital lo recomiendan así viniendo nuevas generaciones de la misma familia puesto, que a consulta con su respectivo ginecólogo vienen acompañada de familiares la gran mayoría.

FIGURA 5.



El 42% de las personas encuestadas afirman que sus conocimientos de trabajo de parto lo obtuvieron con su misma familia.

El 24% de las personas encuestadas afirman que sus conocimientos de trabajo de parto lo obtuvieron por personal del área de la salud.

El 17% de las personas que acudieron afirman que sus conocimientos de trabajo de parto lo obtuvieron por alguna institución.

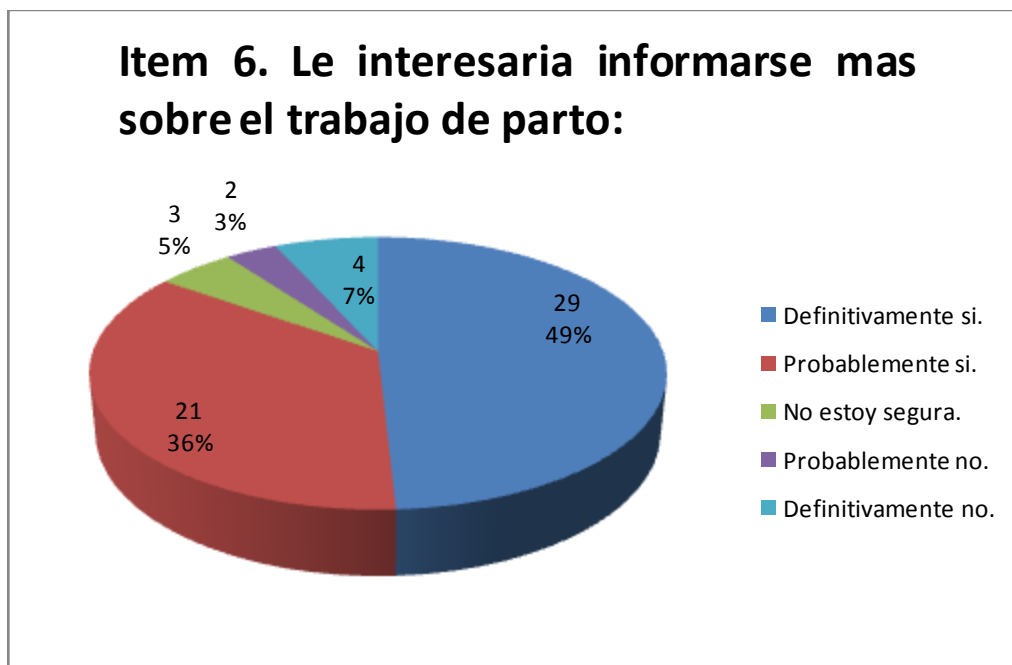
El 10% de las personas encuestadas afirman que sus conocimientos de trabajo de parto lo obtuvieron por los medios de comunicación.

El 7% de las personas encuestadas afirman que sus conocimientos de trabajo de parto lo obtuvieron por medio de sus amigas.

El mayor porcentaje de las personas encuestadas coinciden que la información proviene de su misma familia, siendo así de experiencias pasadas las cuales pueden ser factoriales ya que pudieron ser buenas o malas según como les haya ido en sus experiencias, por lo que puede tener mala información puesto que no todos los trabajos de parto se presentan los mismos factores que todas. Las personas que son informadas por el personal de la área de la salud tiene una gran ventaja ya que la información puede ser más acertada pero esto no indica que sea la mejor ya que depende de la información que tenga. Las personas que tienen información por medio de institución tienen mayor confiabilidad ya que esta seleccionada según su edad y sujeto a un programa educativo el cual tiene objetivos. Los conocimientos

obtenidos por los medios de comunicación tienen valor pero esta sujeto al objetivo que tenga este medio pues puede estar dirigido o no para las personas que adquieran el conocimiento y se puede manejar también como medio para manipular a los espectadores formando una baja moral. Y por lo que se refiere a la información de amigas esta suele ser las menos indicadas ya que esta es factorial y tiene nada más una fuente de información a menos que la amiga sea una erudita en el tema.

FIGURA 6.



El 49% de las personas encuestadas respondieron que definitivamente si les interesaría estar mas informadas sobre el trabajo de parto.

El 36% de las personas encuestadas respondieron que probablemente si les interesaría estar informadas sobre el trabajo de parto.

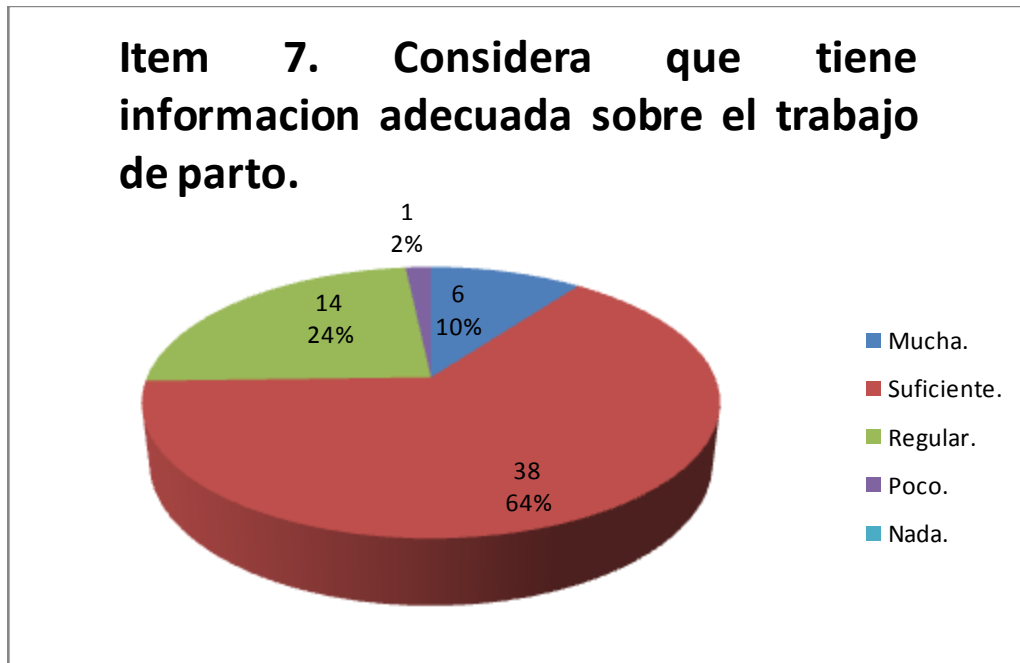
El 7% de las personas encuestadas contestaron definitivamente no les interesa.

El 5% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de querer informarse sobre el trabajo de parto.

El 3% de las personas encuestadas contestaron que probablemente no están interesadas en informarse sobre el trabajo de parto.

La mayoría de las personas encuestadas están interesadas en informarse mas sobre el trabajo de parto ya sea por que no lo tiene el conocimiento o por que se quieren actualizar en el tema.

Figura 7.



El 64% de las personas encuestadas afirman tener suficiente información adecuada sobre el trabajo de parto.

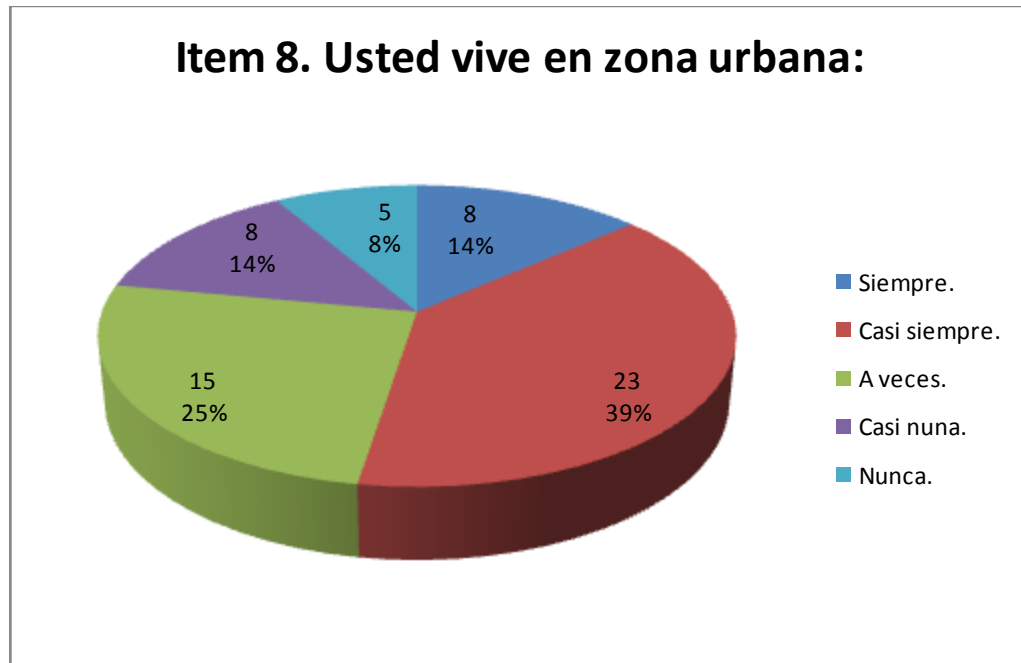
El 24% de las personas encuestadas afirman tener regular información adecuada sobre el trabajo de parto.

El 10% de las personas encuestadas afirman no tener nada de información adecuada sobre el trabajo de parto.

El 2% de las personas encuestadas afirman tener poca información adecuada sobre el trabajo de parto.

La mayoría de las personas consideran que tiene información adecuada sobre trabajo de parto y una minoría de que no sabe.

Figura 8.



El 39% vienen casi siempre en zona urbana.

El 25% viven a veces en zona rural.

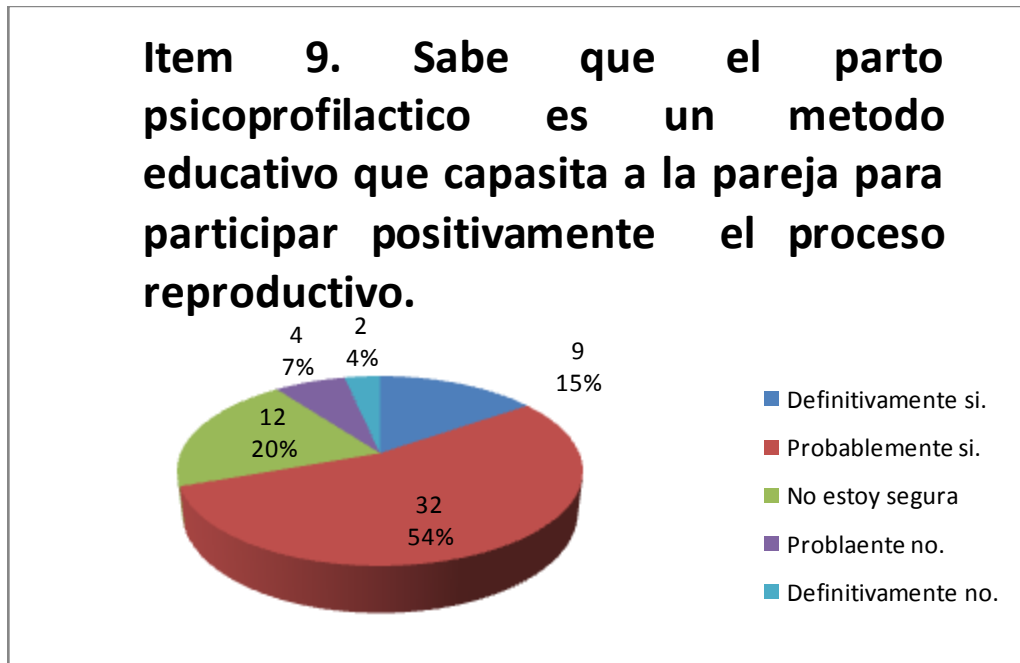
El 14% casi nunca viven en zona urbana.

El 14% siempre viven en zona urbana.

El 8% nunca viven en zona urbana

La mayoría de las personas que acuden a consulta externa viven en la ciudad y las demás en zona rural

Figura 9.



El 54% probablemente sepan sobre el parto psicoprofilactico.

El 20% no esta segura de saber que es el parto psicoprofilactico.

El 15% definitivamente si baben del parto psicoprofilactico.

El 7% probablemente no sepan del parto psicoprofilactico.

El 4% definitivamente no saben sobre el parto psicoprofilactico.

El mayor porcentaje de las personas encuestadas demuestra tener información pero no total de ello y un índice minoritario no conocían de el.

Figura 10.



El 31% tiene suficiente conocimiento de las ventajas.

El 15% tiene poco conocimiento de las ventajas.

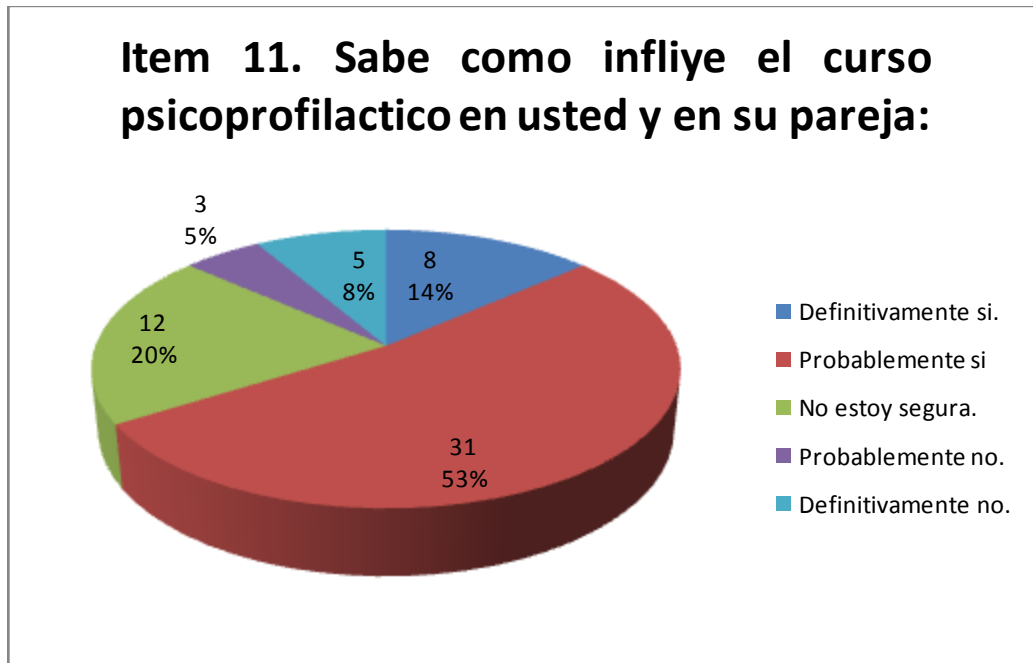
El 14% tiene mucho conocimiento de las ventajas.

El 10% tiene regular conocimiento de las ventajas.

El 8% no tiene nada de conocimiento.

La mayoría de las personas encuestadas tienen información sobre las ventajas que ofrece el parto psicoprofilactico y las demás dicen no tenerlo.

Figura 11.



El 53% probablemente si saben como influye.

El 20% no están seguras de cómo influye.

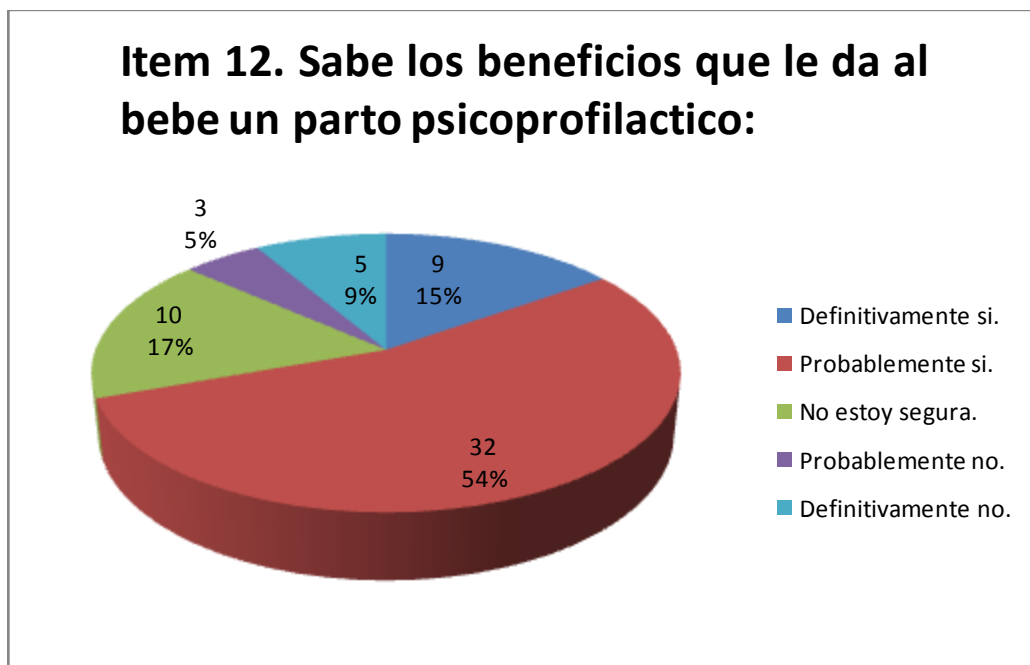
El 14% definitivamente si sabe como influye.

El 8% definitivamente no sabe como influye.

El 5% probablemente no sabe como influye.

La mayoría de las personas encuestadas si tienen conocimiento sobre como influye el curso psicoprofilactico en ellas y en su pareja.

Figura 12.



El 54% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si saben los beneficios que le da al bebe un parto psicoprofilactico.

El 17% contestaron que no están seguras de saber los beneficios que les da al bebe un parto psicoprofilactico.

El 15% contestaron que definitivamente si saben los beneficios que da al bebe el parto psicoprofilactico.

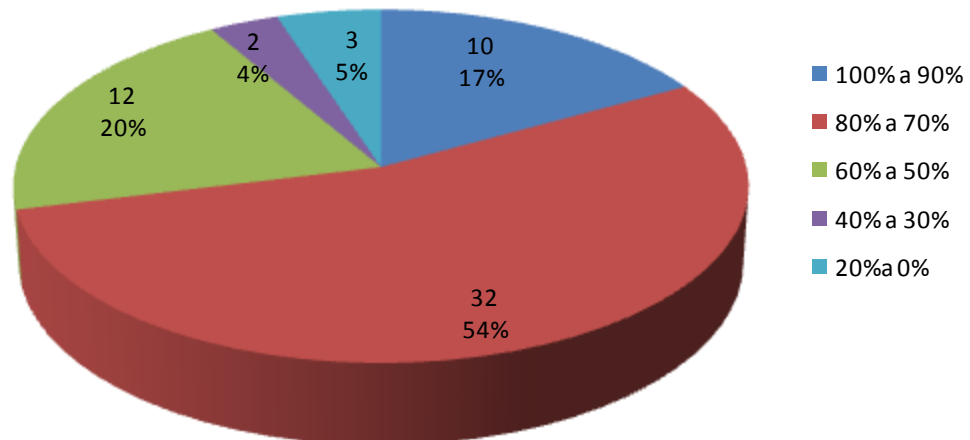
El 9% de las encuestadas contestaron que definitivamente no saben los beneficios que les da el parto psicoprofilactico.

Y el 9% de las personas encuestadas contestaron que probablemente no saben los beneficios que le da al bebe un parto psicoprofilactico.

La mayoría de las personas encuestadas saben de los beneficios que ofrece el parto psicoprofilactico esto confirma que las personas que acuden al hospital de nuestra señora de la salud tienen información.

Figura 13.

Item 13. La definicion de parto es un proceso en el cual se expulsa el feto y sus anexos por via vaginal con un embarazo mayor de veinte semanas de gestacion y que el bebe pesa mas de medio kilo. A hora usted sinceramente aga una comparacion de su conocim



El 54% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a la definición que se presentó en la pregunta ellas tienen del 80% a 70% del conocimiento de la definición de parto.

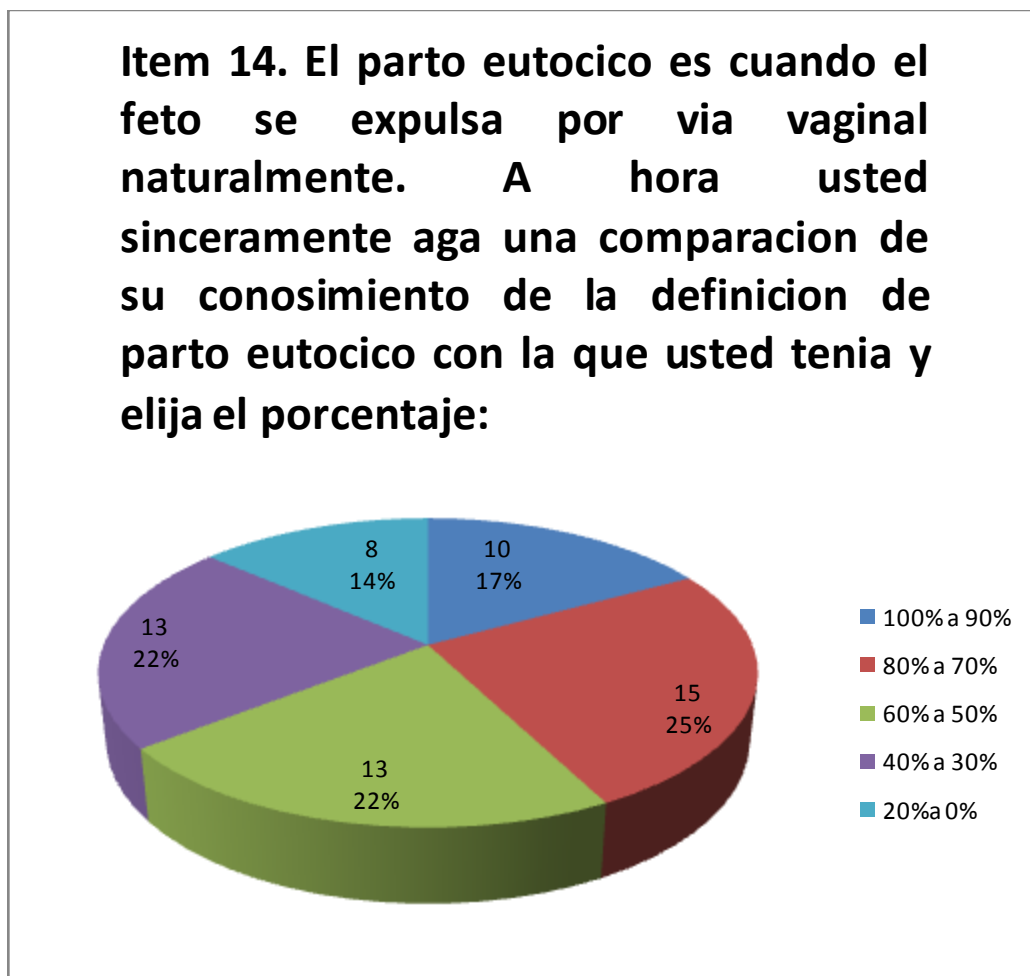
El 20% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a la definición que se presentó en la pregunta ellas tienen del 60% a 50% del conocimiento de la definición de parto.

El 17% contestaron que de acuerdo a la definición que se presentó en la pregunta ellas tienen del 100% a 90% del conocimiento de la definición de parto.

El 5% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a la definición que se presentó en la pregunta ellas tienen del 20% a 0% del conocimiento de la definición de parto.

Con esta pregunta se trata de resaltar el conocimiento empírico con el científico que tiene cada una de las personas encuestadas ya que una cosa es lo que uno piensa y lo es en la realidad y que está sustentado arrojando un resultado positivo pues la mayoría de las personas lo saben y por la otra parte de las personas que no saben la definición no es por que no sepan, si no que no saben expresarse apropiadamente.

Figura 14.



El 25% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a la definición de la pregunta tiene un 80% a 70% del conocimiento del parto eutócico.

El 22% de las personas encuestadas contestaron que tienen de acuerdo a la definición un 60% a 50% del conocimiento del parto eutócico.

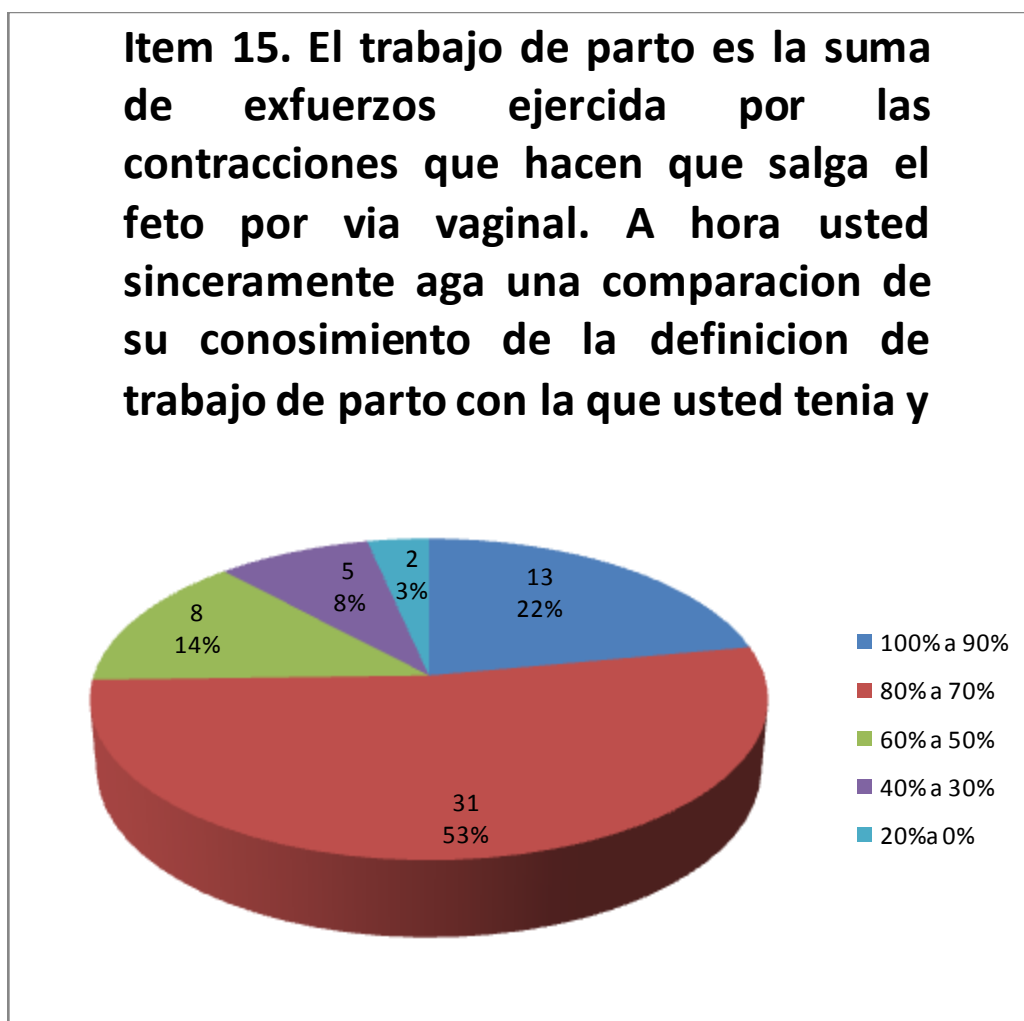
El 22% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a la definición un 40% a 30% del conocimiento de parto eutócico.

El 17% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a la definición de la pregunta tienen un 100% a 90% del conocimiento de parto eutócico.

El 14% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a la definición de la pregunta tiene un 20% a 0% del conocimiento de parto eutócico.

En esta consulta se observa con que todas las respuestas están variables indicando una gran confusión aunque tubo aciertos estos fueron inferiores a las esperadas.

Figura 15.



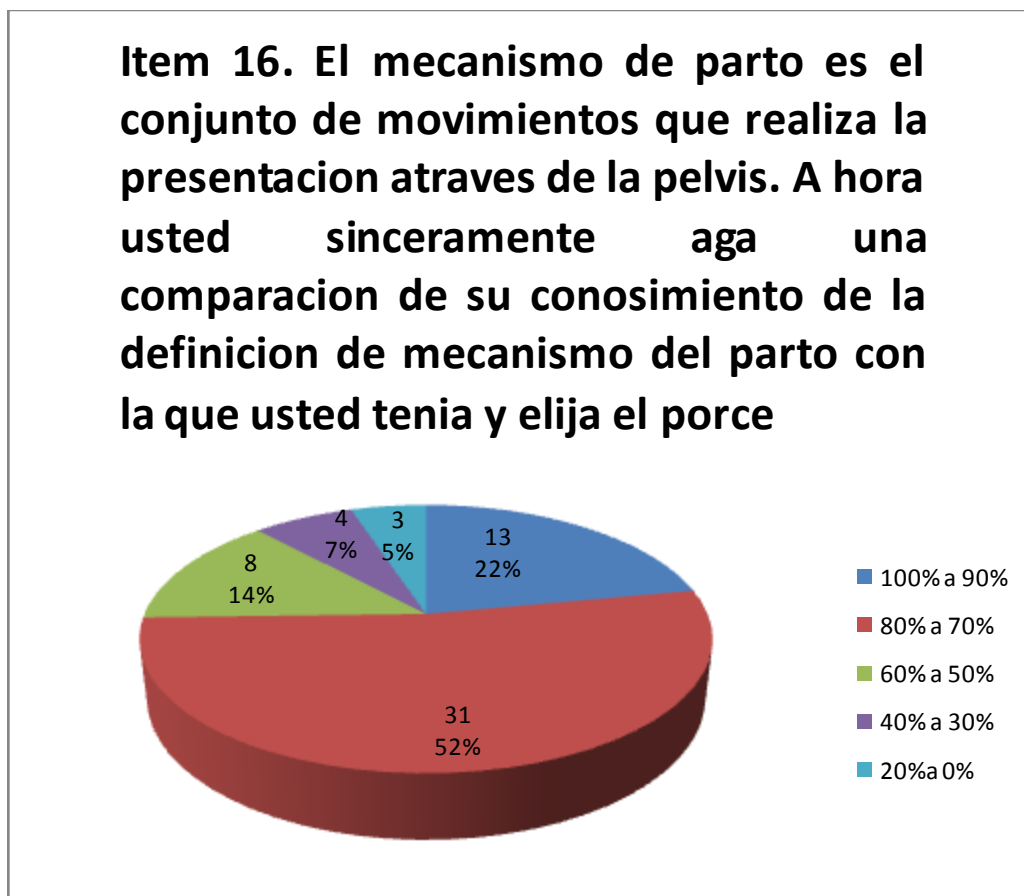
El 53% de las personas encuestadas respondieron que de acuerdo al conocimiento que tienen un 80% a 70% sobre la definición del trabajo de parto.

El 22% de las personas encuestadas respondieron que tienen un 100% a 90% sobre la definición de trabajo de parto. El 14% de las personas encuestadas respondieron que e acuerdo al conocimiento que tienen un 60% a 70% sobre el trabajo de parto.

El 8% de las personas encuestadas respondieron que de acuerdo al conocimiento que tienen un 40% 30% de trabajo de parto.

El 3% de las personas encuestadas respondieron que de acuerdo al conocimiento que tienen un 20 a 0% sobre el trabajo de parto.

Figura 16.



El 52% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a su conocimiento que tiene un 80% a 90% sobre mecanismo de parto.

El 22% de personas encuestadas contestaron que de acuerdo a su conocimiento que tiene un 100% a 90% sobre mecanismo de parto.

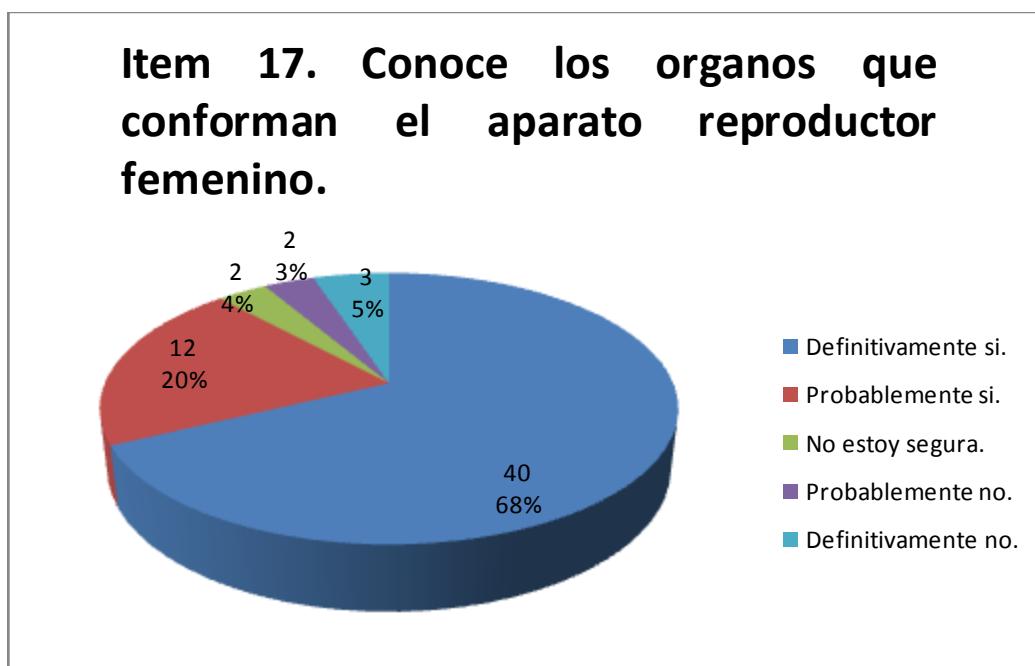
El 14% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo al conocimiento que tiene un 60% a 50% sobre mecanismo de parto.

El 7% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a su conocimiento que tiene un 40% a 30% sobre mecanismo de parto.

El 5% de las personas encuestadas contestaron que de acuerdo a su conocimiento que tienen un 20% a 0% sobre mecanismo de parto.

En esta pregunta en cuestión se observó que la mayoría de las personas encuestadas saben que es mecanismo de parto. Esto se debe que por lógica se deduce la definición puesto que las mujeres si aún no han pasado por ello, saben por las demás personas que les cuentan y si no dedujeron la definición es por que no tienen información y no están socializadas.

Figura 17.



El 68% de las personas encuestadas respondieron que definitivamente si conocen los órganos que conforman el aparato reproductor femenino.

El 20% de las personas encuestadas respondieron que probablemente si conocen los órganos femeninos.

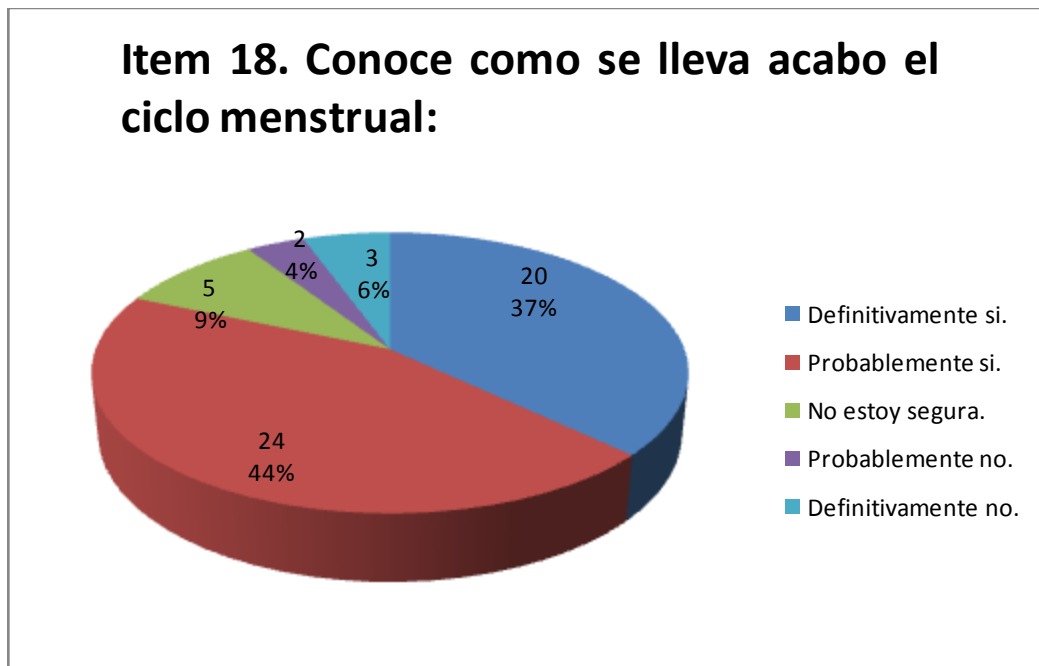
El 5% de las personas encuestadas respondieron que definitivamente no conocen sobre el aparato reproductor femenino.

El 4% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de conocer el aparato reproductor femenino.

El 3% de las personas encuestadas respondieron que probablemente no conocen los órganos reproductores femeninos.

Las gran mayoría de las personas encuestadas contestaron que si conocen los órganos que conforma el aparato reproductor femenino y es por que esto es enseñado asta en la primaria y además que son mujeres y aunque no lo vean saben que los tienen y sobre las que respondieron que no conocían es por que no fueron ala escuela y no se sienten seguras de lo que contestan a demás saben de algunos pero no de todos esa es la apreciación del investigador al aplicar la encuesta.

Figura 18.



El 44% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si conocen como se lleva acabo el ciclo menstrual.

El 37% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente si conocen del ciclo menstrual.

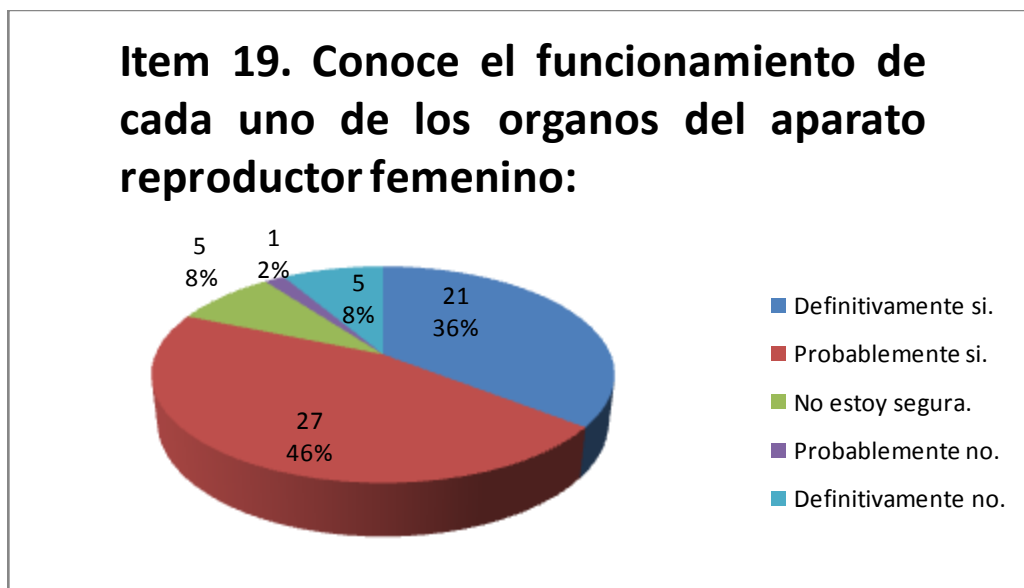
El 9% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de conocer sobre el ciclo menstrual.

El 6% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente no conocen sobre el ciclo menstrual.

El 4% de las personas encuestadas contestaron que probablemente no conocen sobre el ciclo menstrual.

Esta pregunta nos permite identificar algo más del conocimiento de las personas encuestadas ya que el ciclo menstrual es algo importante en la mujer y saber sobre el es de suma importancia por que el saber sobre como funcionamos y arrojando un resultado elevado en que si conocen por lo menos algo y siendo minoritario las personas que no saben esto va dándole un giro importante a favor a esta investigación por que confirma que la mujer aprende de si misma mediante la observación.

Figura 19.



El 46% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si conocen el funcionamiento de cada uno de los órganos del aparato reproductor femenino.

El 36% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente si conocen el funcionamiento de cada uno de los órganos del aparato reproductor femenino.

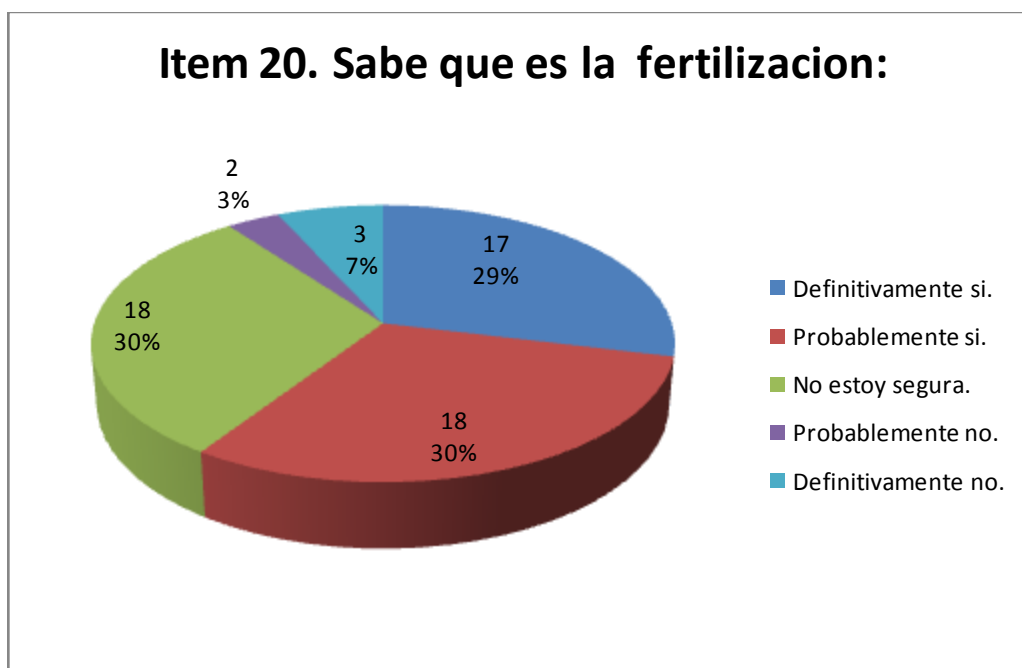
El 8% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de conocer el funcionamiento de cada uno de los órganos del aparato reproductor femenino.

El otro 8% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente no conocen el funcionamiento de cada uno de los órganos del aparato reproductor femenino.

El 2% de las personas encuestadas contestaron que probablemente son conozcan el funcionamiento de cada uno de los órganos de la aparato reproductor femenino.

El que conozcan de la existencia de los órganos es una gran mejoría y el que conozcan el funcionamiento de cada uno de los órganos que conforman el aparato reproductor esto hace referencia que la mayoría de las personas se interesan saber más allá y que la información fluye y fluirá si esta se enseña. La gran mayoría de las personas encuestadas contestaron que conocen como funciona el aparato reproductor femenino y por las que no contestaron a favor es por que no tiene el conocimiento o no están seguras de tenerlo por completo.

Figura 20.



El 30% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si saben que es la fertilización.

El 30% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de saber que es la fertilización.

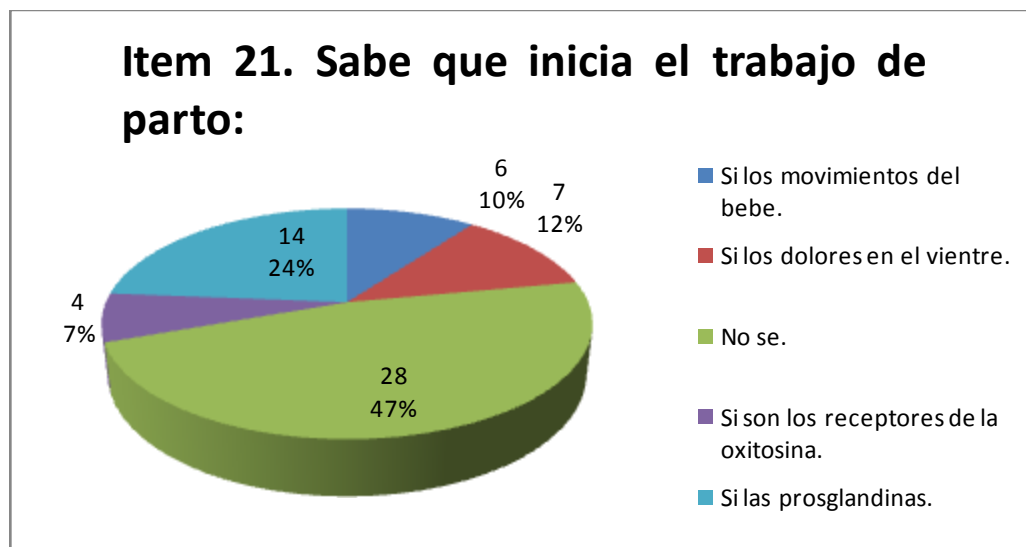
El 29% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente si saben que es la fertilización.

El 7% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente no saben que es la fertilización.

El 3% de las personas encuestadas contestaron que probablemente no saben que es la fertilización.

La fertilización es la oportunidad del inicio de una nueva vida. Y las personas encuestadas respondieron con mayor porcentaje que si saben que es la fertilización. Y por otra parte las personas encuestadas y con un elevado porcentaje contestaron no estar seguras se puede pensar que en ese momento no identificaban con claridad lo es pues lo sabe pero no saben como se llama y de definitivamente las personas que no saben es por que no tenían idea como es que se lleva a cabo la fertilización en la cual se inicia una nueva vida.

Figura 21.



El 47% de las personas encuestadas contestaron que no saben que inicia el trabajo de parto.

El 24% de las personas encuestadas respondieron que si saben y lo que inicia son las prosglandinas.

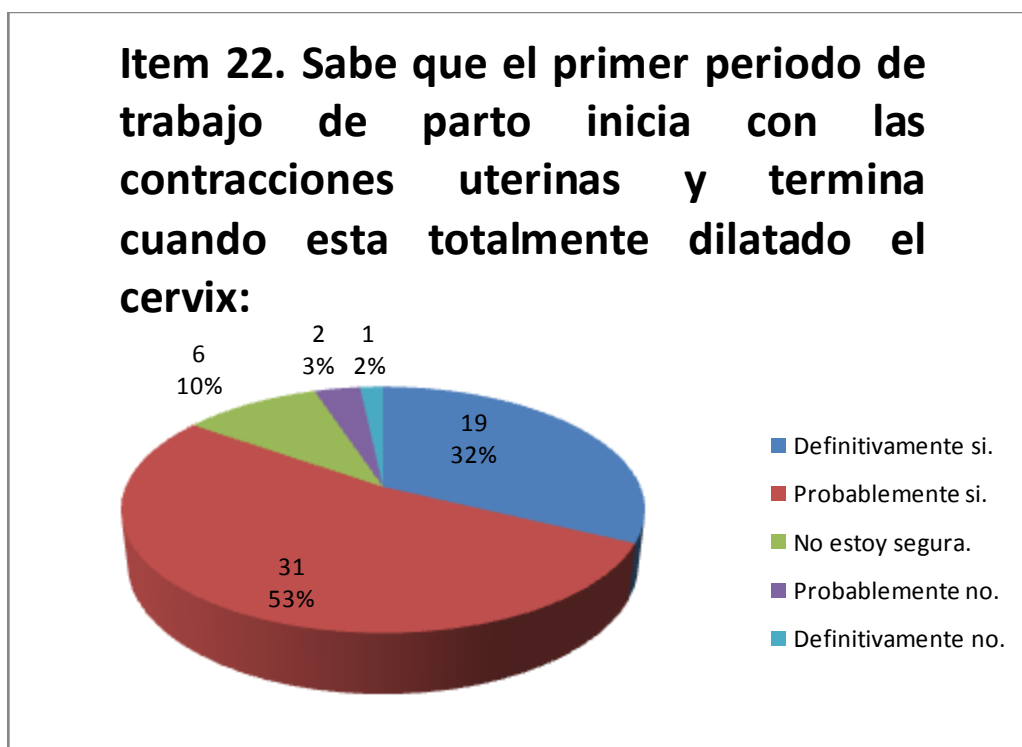
El 12% de las personas encuestadas respondieron que si y que lo que inicia el trabajo de parto son los dolores en el vientre.

El 10% de personas encuestadas contestaron que si saben que inicia el trabajo de parto y que son los movimientos del bebe.

El 7% de las personas encuestadas contestaron que si saben que inicia el trabajo de parto y lo que lo inicia son los receptores de la oxitócica.

En esta pregunta se buscaba saber que tanto esta informadas las pacientes embarazadas encontrando que la mayoría de las pacientes no saben que es lo que inicia el trabajo de parto. Pero se observo en la aplicación de esta encuesta que no les preocupa que es lo que inicia el trabajo de parto mostrando mas interés en otras preguntas por eso se observa gran índice de falta de conocimiento puesto que no les interesa y precisamente que no se les allá informado al igual se les informo pero no retuvieron esa información por falta de interés. Las dos primeras respuestas expuestas son incorrectas, estas son las mas populares respondidas verbalmente por personas que acudieron a consulta externa en un primer piloteo por que se consideraron y se imprimieron para respuestas de la encuesta final. Y las otras dos respuestas son teóricamente respuestas acertadas las cuales son las iniciadoras del trabajo de parto y si eligieron las personas esa opción es por que tenían conocimiento previo siendo el porcentaje mas bajo que las respuestas incorrectas.

Figura 22.



El 53% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si saben que el primer periodo del trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas y termina cuando esta totalmente dilatado el cérvix.

El 19% de las personas encuestadas respondieron que definitivamente si saben que el primer periodo del trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas y termina cuando esta totalmente dilatado el cérvix.

El 10% de las personas encuestadas respondieron que no están seguras de que el primer periodo del trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas y termina cuando esta totalmente dilatado el cérvix.

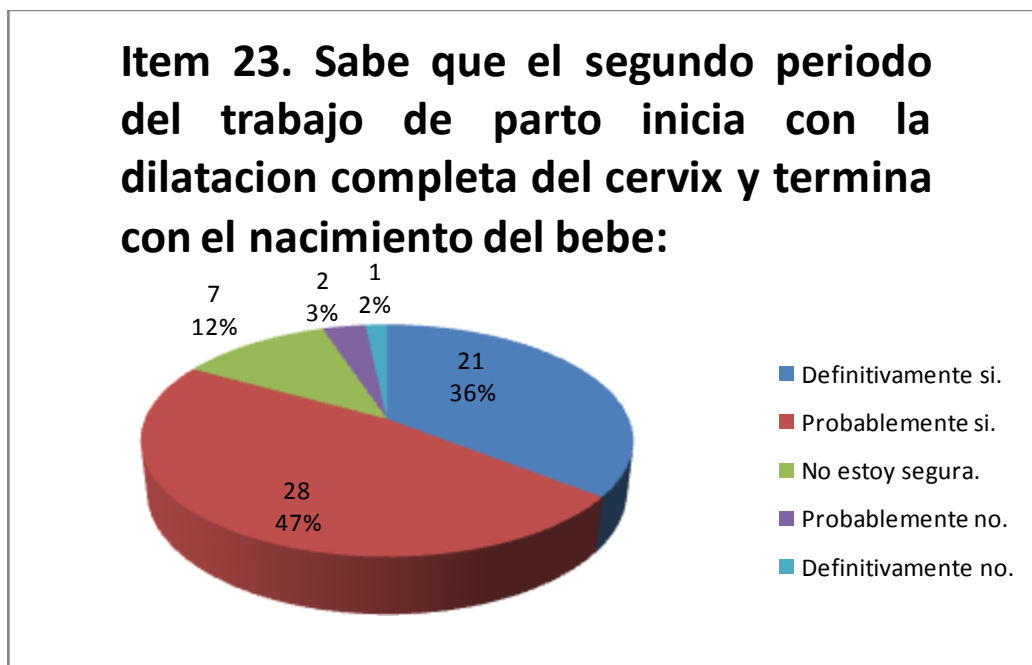
El 3% de las personas encuestadas respondieron que probablemente si sepan que el primer periodo del trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas y termina cuando está totalmente dilatado el cérvix.

El 2% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente no saben que el primer periodo del trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas y termina cuando está totalmente dilatado el cérvix.

En esta pregunta se buscaba ver que tanto saben sobre el primer periodo de trabajo de parto la cual fue positiva pues el índice es elevado al conocer algo del primer periodo del trabajo de parto observándose que en la

aplicación de esta encuesta de que si saben que inicia cuando están con contracciones uterinas pero no saben que terminaba cuando está totalmente dilatado el cérvix en la gran parte de las encuestadas y sobre las que no están seguras pues esta vez fueron mayor de las que saben y esto indica de que saben algo pero no lo afirman y definitivamente las que respondieron que probablemente no y las de definitivamente no saben sin duda es por que no tienen el conocimiento y además son primigestas y no han tenido educación maternal.

Figura 23.



El 47% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si saben que el segundo periodo de trabajo de parto inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con el nacimiento del bebe.

El 36% de personas encuestadas contestaron que definitivamente si saben que el segundo periodo de trabajo de parto inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con el nacimiento del bebe.

El 12% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de saber sobre que el segundo periodo de trabajo de parto inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con el nacimiento del bebe.

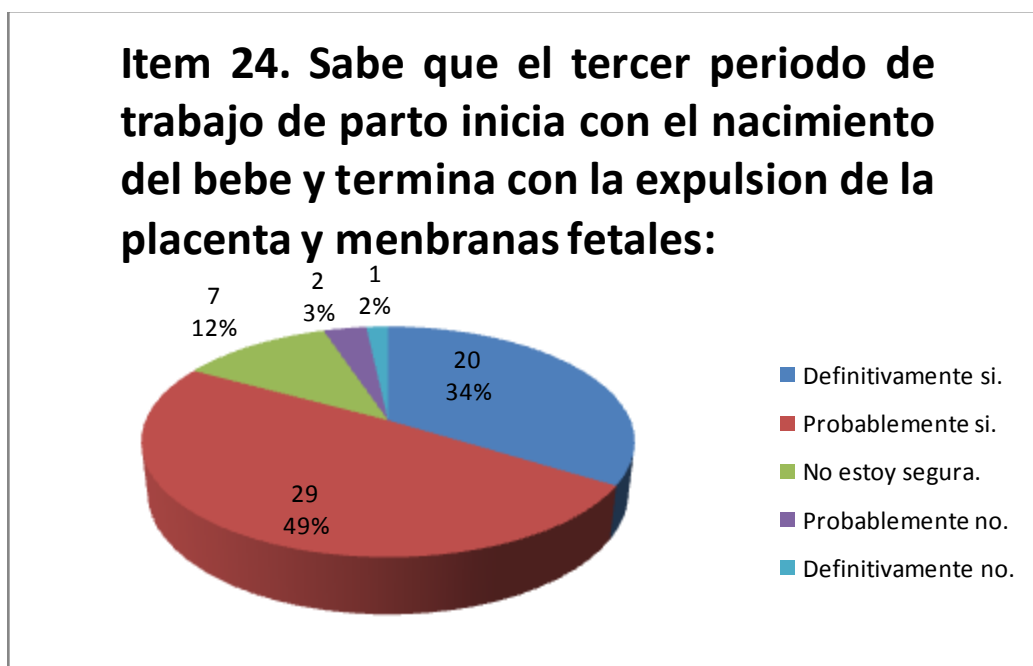
El 3% de las personas encuestadas contestaron que probablemente no saben sobre el que el segundo periodo de trabajo de parto inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con el nacimiento del bebe.

El 2% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente no saben sobre el que el segundo periodo de trabajo de parto inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con el nacimiento del bebe.

En esta pregunta es secuencia de la anterior demostrando que sigue el índice elevado de saber de los periodos sin embargo bajo y esto se debe de que las personas encuestadas saben del trabajo de parto pero que no se

dividía en periodos. Por lo que no identifica cuando inicia y termina uno del otro.

Figura 24.



El 49% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si saben sobre que el tercer periodo de trabajo de parto inicia con el nacimiento del bebe y termina con la expulsión de la placenta y membranas fetales.

El 34% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente si saben sobre que el tercer periodo de trabajo de parto inicia con el nacimiento del bebe y termina con la expulsión de la placenta y membranas fetales.

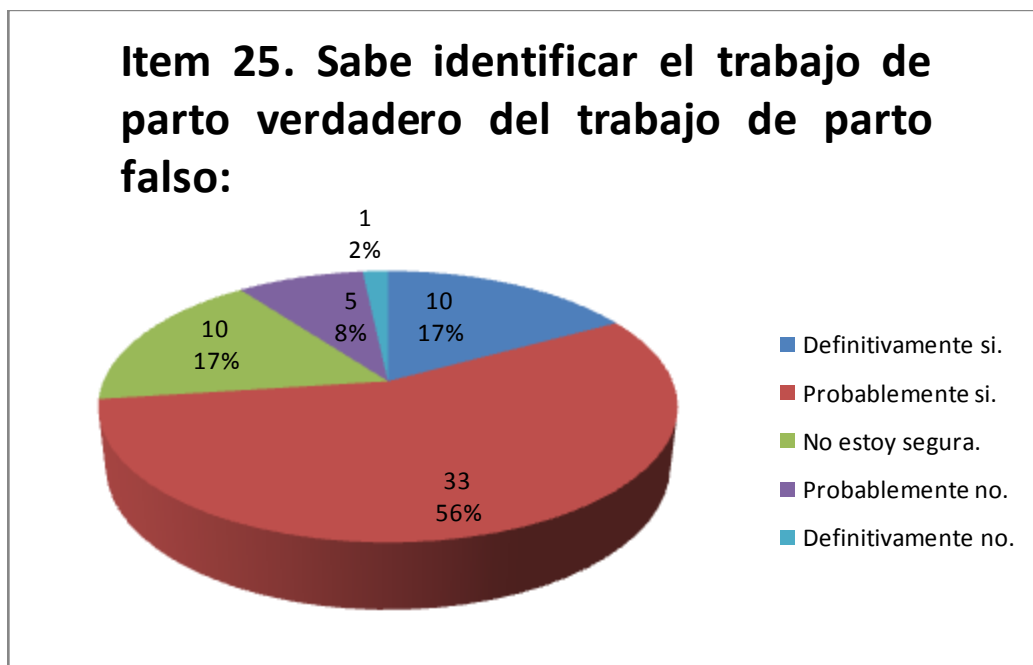
El 12% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de saber de que el tercer periodo de trabajo de parto inicia con el nacimiento del bebe y termina con la expulsión de la placenta y membranas fetales.

El 3% de las personas encuestadas respondieron que probablemente no saben que el tercer periodo de trabajo de parto inicia con el nacimiento del bebe y termina con la expulsión de la placenta y membranas fetales.

El 2% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente no saben que el tercer periodo de trabajo de parto inicia con el nacimiento del bebe y termina con la expulsión de la placenta y membranas fetales.

Al igual esta pregunta es secuencia de las dos anteriores observando que el índice aun es elevado al saber sobre el tercer periodo de trabajo de parto esto se debe a que saben como termina el parto.

Figura 25.



El 56% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si saben identificar el trabajo de parto verdadero del trabajo de parto falso.

El 17% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente si saben sobre identificar el trabajo de parto verdadero del trabajo de parto falso.

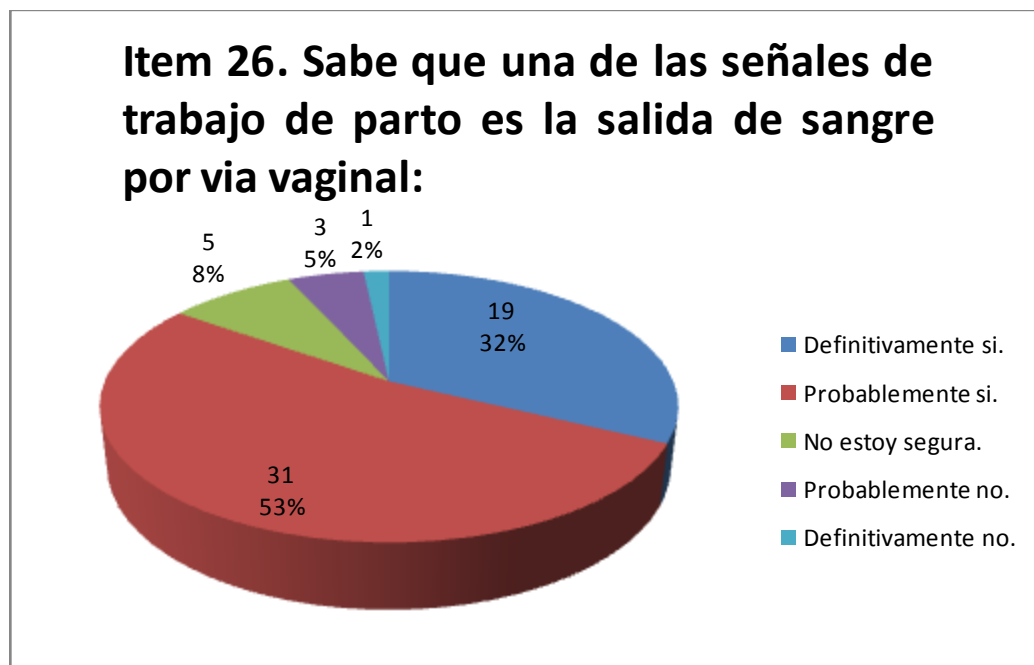
El 17% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de saber identificar el trabajo de parto verdadero del trabajo de parto falso.

El 8% de las personas encuestadas contestaron que probablemente no saben identificar el trabajo de parto verdadero del trabajo de parto falso.

El 2% de las personas contestaron que definitivamente saben identificar el trabajo de parto verdadero del trabajo de parto falso.

Esta pregunta al igual que las demás es de suma importancia puesto que el saber identificar el trabajo de parto falso al verdadero es una clave para acudir al hospital y ser atendidas. Y el resultado es alto en saber identificar o por lo menos identificar una de las señales haciendo que estas se alerten. Las que contestaron que están inseguras es por que no tienen la seguridad de sus conocimientos que tienen. Las que contestaron negativamente es por que no tienen experiencia en eso y no han sido informadas sobre lo que es el trabajo de parto verdadero y falso.

Figura 26.



El 53% de las personas encuestadas contestaron que probablemente una de las señales de trabajo de parto es la salida de sangre por vía vaginal.

El 32% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente si una de las señales de trabajo de parto es la salida de sangre por vía vaginal.

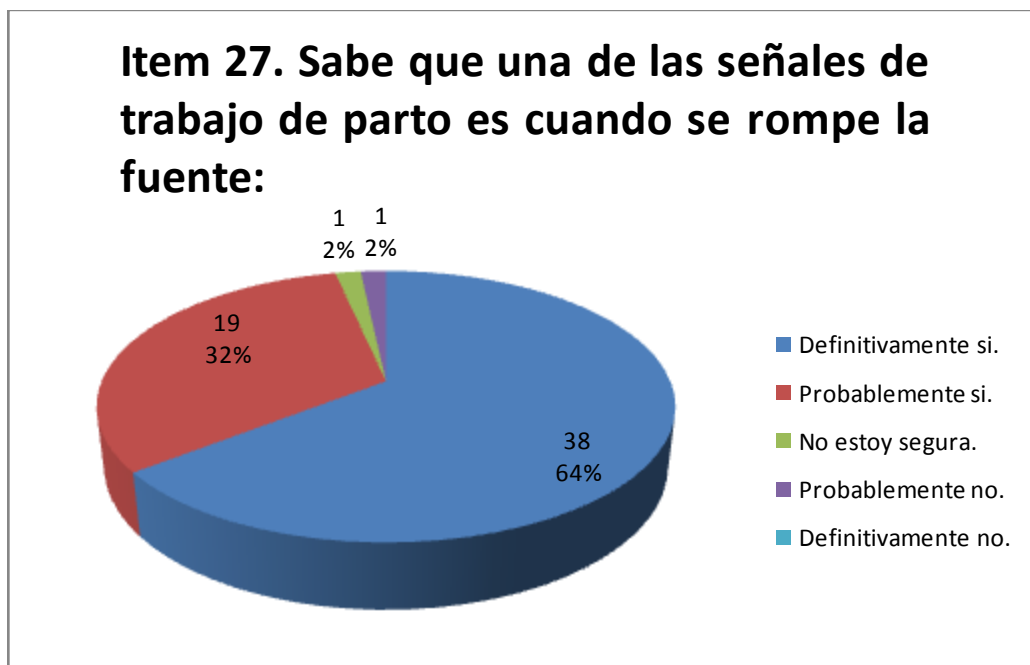
El 8% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de saber que una de las señales de trabajo de parto es la salida de sangre por vía vaginal.

El 5% de las personas encuestadas contestaron que probablemente no saben que una de las señales de trabajo de parto es la salida de sangre por vía vaginal.

El 2% de las personas encuestadas contestaron definitivamente no saben que una de las señales de trabajo de parto es la salida de sangre por vía vaginal.

Las señales de trabajo de parto son importantes tenerlas en cuenta y la mayoría de las personas encuestadas contestaron positivamente siendo negativamente el no saber.

Figura 27.



El 64% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente si saben que una de las señales de trabajo de parto es cuando se rompe la fuente.

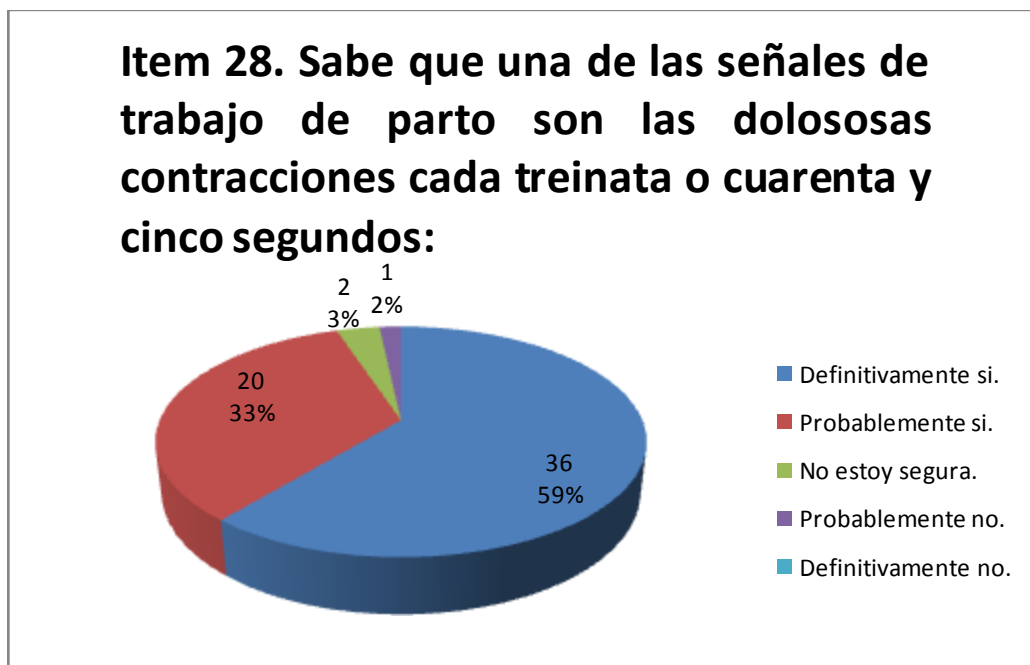
El 32% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si saben que una de las señales de trabajo de parto es cuando se rompe la fuente.

El 2% de las personas encuestadas contestaron que no estaban seguras de saber sobre que una de las señales de trabajo de parto es cuando se rompe la fuente.

El 2% de las personas encuestadas contestaron que probablemente no saben que una de las señales de trabajo de parto es cuando se rompe la fuente.

Las personas encuestadas contestaron afirmativamente la mayoría que si saben que una de las señales de trabajo de parto es cuando se rompen las membranas saliendo liquido amniótico. Siendo muy bajo el nivel de ignorancia en respuestas negativa.

Figura 28.



El 59% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente si saben que una de las señales de trabajo de parto son las dolorosas contracciones cada treinta o cuarenta y cinco segundos.

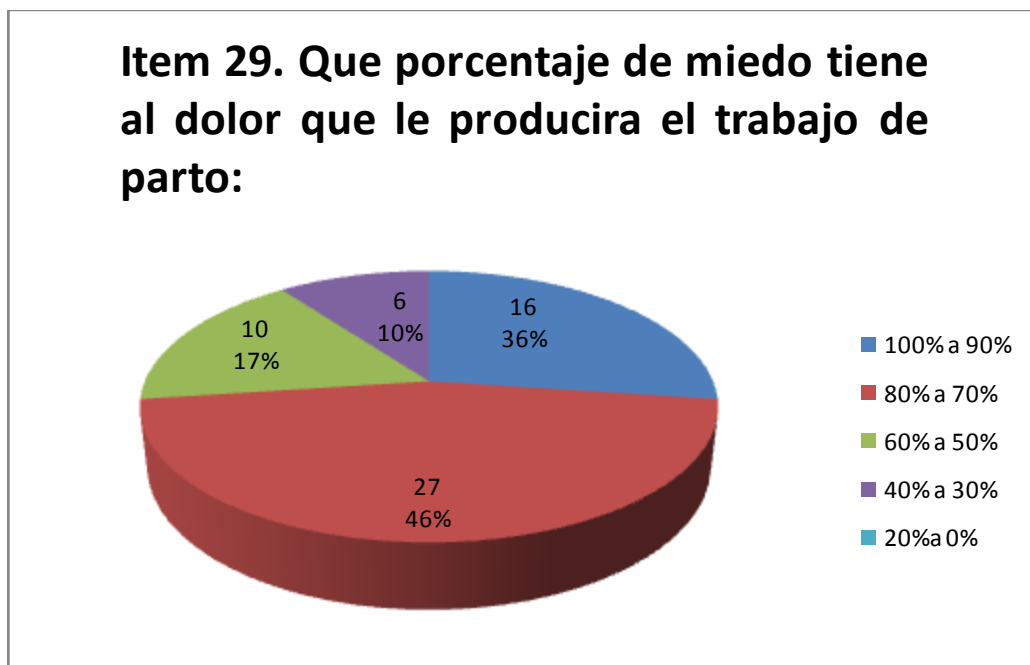
El 33% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si saben que una de las señales de trabajo de parto son las dolorosas contracciones cada treinta o cuarenta y cinco segundos.

El 3% de las personas encuestadas contestaron que no estaban seguras de saber que una de las señales de trabajo de parto son las dolorosas contracciones cada treinta o cuarenta y cinco segundos.

El 2% las personas encuestadas contestaron que probablemente no saben una de las señales de trabajo de parto son las dolorosas contracciones cada treinta o cuarenta y cinco segundos.

La mayoría de las personas encuestadas contestaron que una de las señales de trabajo de parto son las dolorosas contracciones cada treinta o cuarenta y cinco minutos. Y una minoría de las personas contestó negativamente al no saber.

Figura 29.



El 46% de las personas encuestadas contestaron que tienen de un 80% a 70% de miedo al dolor que le producirá el trabajo de parto.

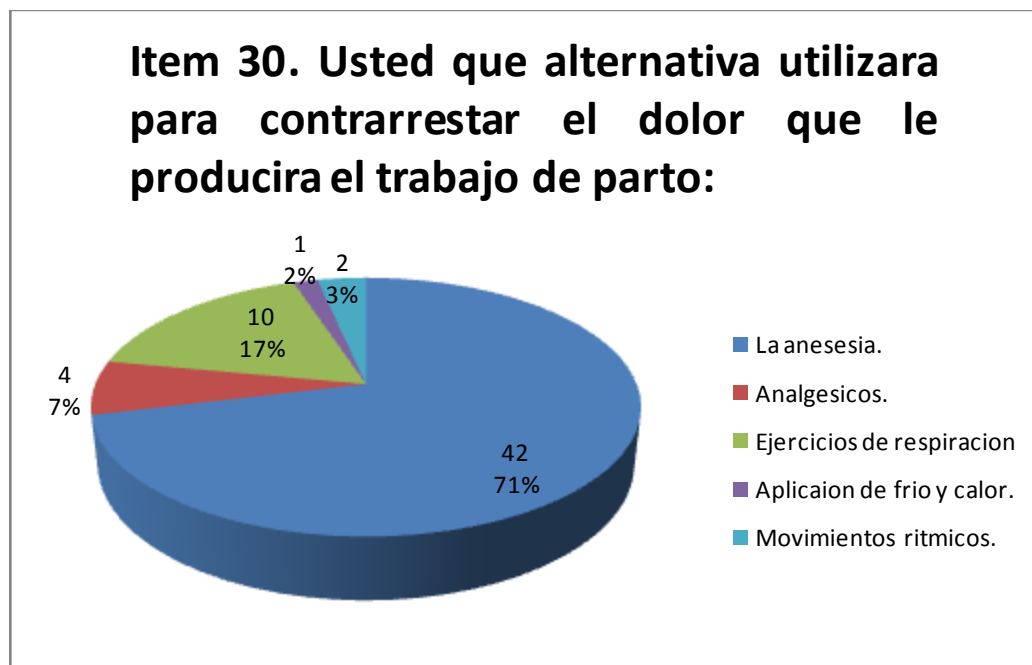
El 36% de las personas encuestadas contestaron que tienen un 100% a 90% de miedo al dolor que le producirá el trabajo de parto.

El 17% de las personas encuestadas respondieron que tienen un 60% a 50% de miedo al dolor que le producirá el trabajo de parto.

El 10% de las personas contestaron que tienen de un 40% a 30% de miedo al dolor que le producirá el trabajo de parto.

En esta pregunta la mayoría de las personas encuestadas contestaron que les da más del 50% de miedo al dolor que le producirán las contracciones del trabajo de parto. Y una minoría de las encuestadas contestó que casi no tienen miedo. Esas respuestas son así por el mito del dolor que se transmite de generación en generación y por el miedo al sufrir y siendo bajo el de las personas que no tienen miedo y eso se da a base de la experiencia o de la información adecuada.

Figura 30.



El 71% de las personas encuestadas contestaron que una la alternativa que utilizara para contrarrestar el dolor que le producirá el trabajo de parto será la analgesia.

El 17% de las personas encuestadas contestaron que una la alternativa que utilizara para contrarrestar el dolor que le producirá el trabajo de parto será los ejercicios de respiración.

El 7% de las personas encuestadas contestaron que una la alternativa que utilizara para contrarrestar el dolor que le producirá el trabajo de parto será los analgésicos.

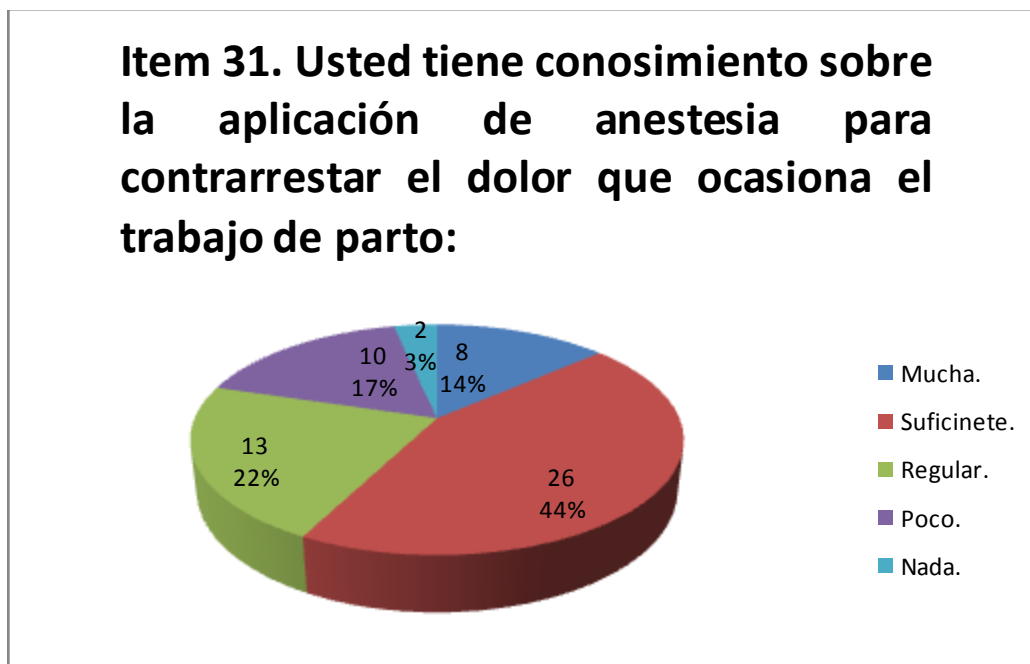
El 3% de las personas encuestadas contestaron que una la alternativa que utilizara para contrarrestar el dolor que le producirá el trabajo de parto será la aplicación de frio y calor.

El 2% de las personas encuestadas contestaron que una la alternativa que utilizara para contrarrestar el dolor que le producirá el trabajo de parto ara movimientos rítmicos.

En esta pregunta es claro que tiene mas popularidad la analgesia pues es la más utilizada y las demás opciones casi no la prefieren ya en estas tendrán que concentrarse en otras cosas excepto la de aplicación de

analgésicos que estos se tendrían que aplicar después del trabajo de parto ya que si se aplican estos pueden tener efectos negativos al bebe.

Figura 31.



El 44% de las personas encuestadas contestaron que tienen suficiente conocimiento sobre la aplicación de anestesia para contrarrestar el dolor que ocasiona el trabajo de parto.

El 22% de las personas encuestadas contestaron que tienen regular conocimiento sobre la aplicación de anestesia para contrarrestar el dolor que ocasiona el trabajo de parto.

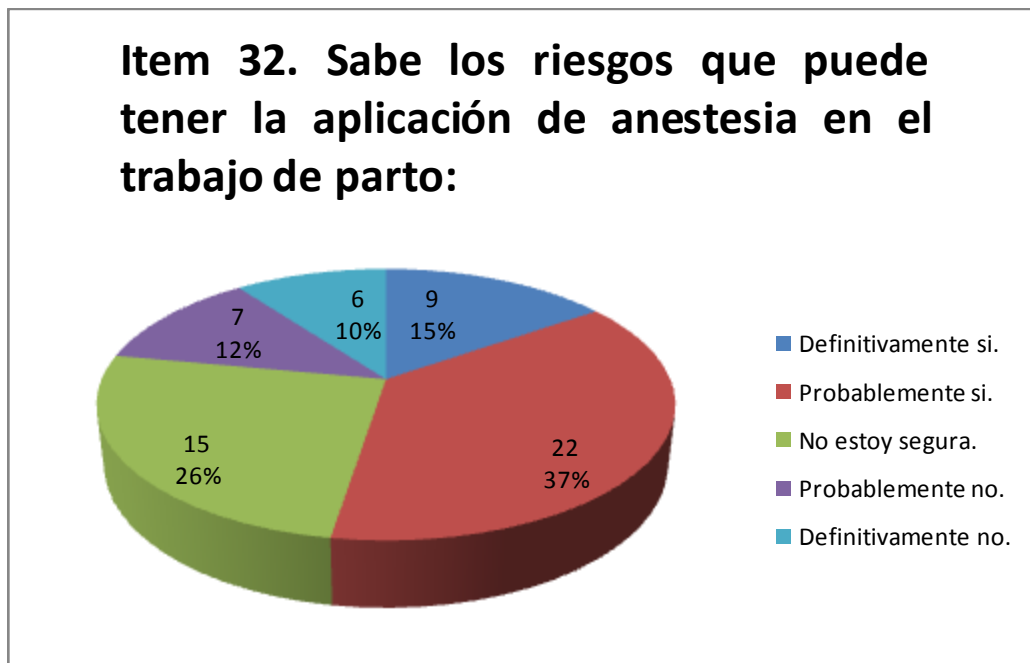
El 17% de las personas encuestadas contestaron que tienen poco conocimiento sobre la aplicación de anestesia para contrarrestar el dolor que ocasiona el trabajo de parto.

El 14% de las personas encuestadas contestaron que tienen mucho conocimiento sobre la aplicación de anestesia para contrarrestar el dolor que ocasiona el trabajo de parto.

El 3% de las personas encuestadas contestaron que no tiene conocimiento sobre la aplicación de anestesia para contrarrestar el dolor que ocasiona el trabajo de parto.

La respuesta de esta pregunta es positiva al tener el conocimiento de la aplicación de anestesia y bajo al no saber como se aplica.

Figura 32.



El 37% de las personas encuestadas contestaron que probablemente si saben los riesgos que puede tener la aplicación de anestesia en el trabajo de parto.

El 26% de las personas encuestadas contestaron que no están seguras de saben los riesgos que puede tener la aplicación de anestesia en el trabajo de parto.

El 15% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente si saben los riesgos que puede tener la aplicación de anestesia en el trabajo de parto.

El 12% de las personas encuestadas contestaron que probablemente no saben los riesgos que puede tener la aplicación de anestesia en el trabajo de parto.

El 10% de las personas encuestadas contestaron que definitivamente no saben los riesgos que puede tener la aplicación de anestesia en el trabajo de parto.

El saber de los riesgos que causa la anestesia es de suma importancia y las personas encuestadas contestaron la mayor parte que si sabían y siendo minutaría el que no saben, pero se encuentra una parte considerable de las personas encuestadas las cuales no están seguras.

Capítulo V

5.1. CONCLUSIONES.

La educación en el trabajo de parto es responsabilidad de cada una de las personas embarazadas ya que dependerá de esto tener una buena experiencia en el trabajo de parto y ayudar a que el nuevo ser nazca y tenga menor índice de complicaciones ocasionadas por la madre a la hora del nacimiento.

De acuerdo a los objetivos establecidos se recabaron las siguientes respuestas.

Edad predominante: de los 20, 21 y 22 años.

Nivel académico predominante: secundaria.

Motivación para aprender predominante: su familia.

Con que se les facilita el aprendizaje: cuando ven las cosas las escuchan y las realiza ellas mismas.

Interés para informarse más sobre trabajo de parto: si les interesaría informarse más.

Cuanto conocimiento sobre el parto psicoprofiláctico: contestaron la mayoría que probablemente si tienen información sobre el parto psicoprofiláctico.

Cuanto creen que tienen de conocimiento sobre:

Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino: la mayoría saben sobre la anatomía pero sobre la fisiología probablemente si lo conocen.

Señales de trabajo de parto: en las señales de trabajo de parto la mayoría contestó que una de las señales es la ruptura de membranas y tener dolorosas contracciones cada treinta o cuarenta y cinco minutos.

Trabajo de parto: las personas encuestadas la mayoría denotaron que probablemente si lo conocen el trabajo de parto.

La opción más popular que utilizaran para contrarrestar el dolor en el trabajo de parto: la opción más popular que utilizaran es la aplicación de anestesia.

La hipótesis de la investigación fue positiva al arrojar un resultado en el que la información que tienen las encuestadas la obtuvo con su familia siendo esta una fuente de información informal. Y al hacer una serie de preguntas afines al tema estas fueron respondidas en su mayoría que tienen el conocimiento pero que es probablemente.

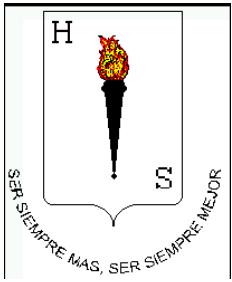
Estos resultados fueron así ya que las propias embarazadas no están al 100% seguras de sus conocimientos puesto que no viene de una fuente 100% segura ya que la información es factorial ya que depende de las personas que transmiten el conocimiento pudiendo ser verdadera o falsa.

5.2. SUGERENCIAS Y PROPUESTAS:

- Por eso es importante que la licenciada en enfermería y obstetricia ejerza su profesión dando un giro en la enseñanza y aprendizaje llevando un seguimiento.
- Sugiero que se investigué a nivel nacional este tema para obtener los datos y realizar un programa nacional en la que las mujeres embarazadas a lleven un seguimiento de su embarazo así como proponerle tipos de parto que sean factibles para cada una de ellas.
- Que los médicos tenga mas ética ala hora de informarles sobre las alternativas que existe para controlar el dolor en la hora del trabajo de parto.
- Promoción del partos psicoprofilactico y sus beneficios.

5.3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

- El por que no planean un embarazo.
- El por que no se informan adecuadamente sobre el trabajo de parto.
- El por que no es tan conocido el parto psicoprofilactico.



Anexos

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8722

Instrumento de recolección de datos dirigido a mujeres embarazadas de 20 a 35 años.

Objetivo: el presente cuestionario es con la finalidad para una investigación de un tema llamado educación en el parto.

Instrucciones: Sea tan amable de subrayar la respuesta que crea que es la correcta según su juicio.

A1.-Hasta donde obtuvo sus estudios académicamente:

- a) Primaria.
- b) Secundaria
- c) Preparatoria.
- d) Profesional.
- e) No estudio.

A2.-Usted aprende con mayor facilidad si:

- a) Con todas las opciones nombradas menos la última.
- b) Cuando veo las cosas.
- c) Cuando las realizo yo misma.
- d) Cuando las escucho.
- e) No se.

A3.-Para usted cual es la mayor motivación para aprender:

- a) Mi familia.
- b) Yo misma.
- c) El obtener un reconocimiento.
- d) Mi salud.
- e) El dinero.

A4.-Cuántos años tiene:

- a) 20,21,22.
- b) 23,24,25.

c) 26,27,28.

d) 29,30,31.

e) 32,33,34,35.

B5.-La información que tiene sobre el trabajo de parto usted la obtuvo en:

a) Con su familia.

b) Por sus amigas

c) Por personal de la área de la salud.

d) Por alguna institución.

e) Por los medios de comunicación.

B6.- Le interesaría informarse más sobre el trabajo de parto:

a) Definitivamente si.

b) Probablemente si.

c) No estoy segura.

d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

B7.- Considera que tiene información adecuada sobre el trabajo de parto.

a) Mucha.

b) Suficiente.

c) Regular

d) Poco

e) Nada.

B8.- Usted vive en zona urbana:

a) Siempre.

b) Casi siempre.

c) A veces.

d) Casi nunca.

e) Nunca.

C9.-Sabe que el parto psicoprofilatico es un método educativo que capacita a la pareja para participar positivamente el proceso de reproductivo:

a) Definitivamente si.

b) Probablemente si.

c) No estoy segura.

d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

C10.- Sebe las ventajas que ofrece el parto psicoprofilactoco.

a) Mucho.

b) Suficiente.

c) Regular

d) Poco

e) Nada.

C11.- Sabe como influye el curso psicoprofilactico en usted y en su pareja:

a) Definitivamente si.

b) Probablemente si.

c) No estoy segura.

d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

C12.- Sabe los beneficios que le da al bebe un parto psicoprofilactico:

a) Definitivamente si.

b) Probablemente si.

c) No estoy segura.

d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

D13.- La definición de parto es un proceso en el cual se expulsa el feto y sus anexos por vía vaginal con un embarazo mayor de veinte semanas de gestación y que el bebe pese más de medio kilo. Ahora usted sinceramente haga una comparación de su conocimiento de la definición de parto con la que usted tenía y elija el porcentaje.

- a) 100% a 90%.
- b) 80% a 70%.
- c) 60% a 50%.
- d) 40% a 30%.
- e) 20% a 0%.

D14.- El parto eutócico es cuando el feto se expulsa por vía vaginal naturalmente. Ahora usted sinceramente haga una comparación de su conocimiento de la definición de parto eutócico con la que usted tenía y elija el porcentaje.

- a) 100% a 90%.
- b) 80% a 70%.
- c) 60% a 50%.
- d) 40% a 30%.
- e) 20% a 0%.

D15.- El trabajo de parto es la suma de esfuerzos ejercida por las contracciones que hacen que salga el feto por vía vaginal. Ahora usted sinceramente haga una comparación de su conocimiento de la definición de trabajo de parto con la que usted tenía y elija el porcentaje.

- a) 100% a 90%.
- b) 80% a 70%.
- c) 60% a 50%.
- d) 40% a 30%.
- e) 20% a 0%.

D16.-El mecanismo del parto es el conjunto de movimientos que realiza la parentación a través de la pelvis. Ahora usted sinceramente haga una comparación de su conocimiento de la definición de mecanismo del parto con la que usted tenía y elija el porcentaje.

- a) 100% a 90%.
- b) 80% a 70%.
- c) 60% a 50%.
- d) 40% a 30%.
- e) 20% a 0%.

E17.- Conoce los órganos que conforman el aparato reproductor femenino.

- a) Definitivamente si.
- b) Probablemente si.
- c) No estoy segura.
- d) Probablemente no.
- e) Definitivamente no.

E18.- Conoce como se lleva a cabo el ciclo menstrual.

- a) Definitivamente si.
- b) Probablemente si.
- c) No estoy segura.
- d) Probablemente no.
- e) Definitivamente no.

E19.- Conoce el funcionamiento de cada uno de los órganos del aparato reproductor femenino.

- a) Definitivamente si.
- b) Probablemente si.
- c) No estoy segura.
- d) Probablemente no.
- e) Definitivamente no.

E20.- Sabe como que es la fertilización:

- a) Definitivamente si.
- b) Probablemente si
- c) No estoy segura.
- d) Probablemente no.
- e) Definitivamente no.

F21.- Sabe que inicia el trabajo de parto:

- a) Si los movimientos del bebe.
- b) Si los dolores en el vientre.
- c) No se.
- d) Si son los receptores de la exitosita.
- e) Si es la prostaglandinas.

F22.- Sabe que el primer periodo de trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas y termina cuando está totalmente dilatado el cérvix:

- a) Definitivamente si.
- b) Probablemente si.
- c) No estoy segura.
- d) Probablemente no.
- e) Definitivamente no.

F23.- Sabe que el segundo periodo de trabajo de parto inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con el nacimiento del bebe:

- a) Definitivamente si.
- b) Probablemente si.
- c) No estoy segura.
- d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

F24- Sabe que el tercer periodo de trabajo de parto inicia con el nacimiento del bebe y termina con la expulsión de la placenta y membranas fetales:

a) Definitivamente si.

b) Probablemente si.

c) No estoy segura.

d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

G25.- Sabe identificar el trabajo de parto verdadero del trabajo de parto falso:

a) Definitivamente si.

b) Probablemente si.

c) No estoy segura.

d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

G26.- Sabe que una de las señales de trabajo de parto es la salida de sangre por vía vaginal:

a) Definitivamente si.

b) Probablemente si.

c) No estoy segura.

d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

G27.- Sabe que una de las señales de trabajo de parto es cuando se rompen la fuente:

a) Definitivamente si.

b) Probablemente si.

c) No estoy segura.

d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

G28.- Sabe que una de las señales de trabajo e parto son las dolorosas contracciones cada treinta o cuarenta cinco segundos:

a) Definitivamente si.

b) Probablemente si.

c) No estoy segura.

d) Probablemente no.

e) Definitivamente no.

H29.- Que porcentaje de miedo tiene al dolor que le producirá el trabajo de parto:

a) 100% a 90%.

b) 80% a 70%.

c) 60% a 50%.

d) 40% a 30%.

e) 20% a 0%.

H30.- Usted que alternativa utilizara para contrarrestar el dolor que le producirá el trabajo de parto:

a) La anestesia.

b) Analgésicos.

c) Ejercicios de respiración.

d) Aplicación de frio y calor

e) Movimientos rítmicos.

H31.-Usted tiene conocimiento sobre la aplicación de anestesia para contrarrestar el dolor que ocasiona el trabajo de parto.

a) Mucha.

b) Suficiente.

c) Regular.

d) Poco.

e) Nada.

H32.- Sabe los riesgos que puede tener la aplicación de anestesia en el trabajo de parto:

- a) Definitivamente si.
- b) Probablemente si.
- c) No estoy segura.
- d) Probablemente no.
- e) Definitivamente no.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CONSULTADAS:

Aldrete Velasco Jorge.(1999). Perinatología Moderna. Editorial trillas. Caracas, Mexico, tercera edición.

Baquero Ofelia. (2001) Enciclopedia Autodidactica Milenium, editorial norma, Colombia.

Eduardo Nuñez. (2001) Ginecología y Obstetricia.editorial cuellar. Guadalajara, tercera edición. P.P. 535

Edward J. Quilligan Frederick (1989) Ginecología y obstetricia, volumen 3.edición ciencia y técnica, Editorial limusa, impreso en México.

F. Gary Cunningham Norman. (2003) Obstetricia de Williams. Editorial Panamericana 2da reimpresión

Hector Mondragon Jonathan Bece.(2001)Ginecología de Novak. Editorial trillas. segunda edición. P.P. 245

Hernandez Fernandez y Baptista. Metodología de la investigación. Chile 2003. McGraw-Hill interamericana tercera edición P.P.705.

Hernandez S. Roberto. (2006) Metodología de la investigación. Editorial –Mc Graw-Hill 4ta edición, Mexico D.F. P.P. 705

J.A.F. Tresgerras (1992) Fisiología Humana. Editorial, Interamericana. Mc Graw Hill. Nueva York.

Mendez Cervantes Francisco. (2000) Ginecología y Obstetricia. Editorial. Mendez. Mexico D.F. P.P.245

Méndez, C. Francisco. (2000) Ginecología y Obstetricia. Editorial México D.F. Merck Sharp Dohme. (1992) Manual de Merck. Edición española, España, octava Edición.

Mexico, Ahued Ahued. Ginecología y obstetrica Aplicada. Editorial trillas. Mexico, Segunda edición. P. P.313

Miguel Zamora García. (1995) Gineceo obstetricia. Tercera edición, editorial trillas, México.

Mondragòn Castro Segunda edición 2006, Editorial trillas S.A de Impreso en México.

Mussen Henry Paul. (1976) Desarrollo de la Personalidad del niño. México

Ramirez Alonso Felix. (2002) Obstetricia para la enfermera profesional. Editorial. El manual moderno. Mexico D.F. P.P.453

Ramón de la F. (1997) Psicología Medica. Editorial fondo de cultura económico, México.

Roberto Castro. (2000) Ginecologia Basica. Editorial trillas. Mexico, segunda edicion. P.P. 12

Rojas Soriano Raul. (1995) Guia para realizar investigaciones sociales.Plaza y Valdez 17 edicion. Mexico. P.P 302

Rojas, S. Raúl. (2003) Guías para realizar investigación. Editorial, plaza y Valdés, 4ta. Edición, México D.F. P.P. 437

S. Jean Herriot E. (2000) Ginecología en Pediatría y la Adolescente. Editorial, Mc. Graw-Hill interamericana 4ta edición.

Tortora. Derrickson. (2006)Principio de Anatomía y Fisiología, Editorial Panamericana. México. P.P. 1095

Yordi Currel Guerra. Trastornos del Desarrollo, Editorial océano, México. P.P.58

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CITADAS:

Aldrete Velasco Jorge.(1999). Perinatología Moderna. Editorial trillas. Caracas, Mexico, tercera edición.

Baquero Ofelia. (2001) Enciclopedia Autodidáctica Milenio, editorial norma, Colombia.

Carol Perrot Mary (1974) Principios de conducta. Editorial trillas, México.

Eduardo Nuñez. (2001) Ginecología y Obstetricia.editorial cuellar. Guadalajara, tercera edición. P.P. 535

Edward J. Quilligan Frederick (1989) Ginecología y obstetricia, volumen 3.edición ciencia y técnica, Editorial limusa, impreso en México.

Enfermería Materno infantil. Editorial interamericana. México. Mexico, Ahued Ahued. Ginecología y obstetrica Aplicada. Editorial trillas. Mexico,Segunda edición. P. P.313

F. Gary Cunningham Norman. (2003) Obstetricia de Williams. Editorial Panamericana 2da reimpresión

Hector Mondragon Jonathan Bece.(2001)Ginecologia de Novak. Editorial trillas.
segunda edicion. P.P. 245

Hernandez Fernandez y Baptista. Metodologia de la investigacion. Chile 2003.
McGraw-Hill interamericana tercera edicion P.P.705.

Hernandez S. Roberto. (2006) Metodologia de la investigacion. Editorial –Mc
Graw-Hill 4ta edicion, Mexico D.F. P.P. 705

J.A.F. Tresgerras (1992) Fisiologia Humana. Editorial, Interamericana. Mc Graw
Hill. Nueva York.

Jeat Piaget. (1983) Seis estudios de psicología. Editorial ensayo. México.

Mendez Cervantes Francisco. (2000) Ginecologia y Obstetricia. Editorial. Mendez.
Mexico D.F. P.P.245

Méndez, C. Francisco. (2000) Ginecología y Obstetricia. Edith México D.F.

Merck Sharp Dohme. (1992) Manual de Merck. Edición española, España, octava
Edición.

Miguel Zamora García. (1995) Gineco obstetricia. Tercera edición, editorial trillas,
México.

Mondragòn Castro Segunda edición 2006, Editorial trillas S.A de Impreso en México.

Mussen Henry Paul. (1976) Desarrollo de la Personalidad del niño. Mexico

Ramirez Alonso Felix. (2002) Obstetricia para la enfermera profesional. Editorial. El manual moderno. Mexico D.F. P.P.453

Ramón de la F. (1997) Psicología Medica. Editorial fondo de cultura económico, México.

Roberto Castro. (2000) Ginecologia Basica. Editorial trillas. Mexico, segunda edicion. P.P. 12

Rojas Soriano Raul. (1995) Guia para realizar investigaciones sociales.Plaza y Valdez 17 edicion. Mexico. P.P 302

Rojas, S. Raúl. (2003) Guías para realizar investigación. Editorial, plaza y Valdés, 4ta. Edición, México D.F. P.P. 437

Ruch Floyd. (1971) Psicología y Vida. Editorial trillas, México.

S. Jean Herriot E. (2000) Ginecología en Pediatría y la Adolescente. Editorial, Mc. Graw-Hill interamericana 4ta edición.

Tortora. Derrickson. (2006)Principio de Anatomía y Fisiología, Editorial Panamericana. México. P.P. 1095

Yordi Currel Guerra. Trastornos del Desarrollo, Editorial océano

REFERENCIAS CITADAS DE INTERNET

[http:// www. Bebes mas.com.](http://www.Bebesmas.com)

[http:/ http:/ www. Salud.com.](http://http://www.Salud.com)

<http://www.parto.com>

<http://www.lamaze.com>