

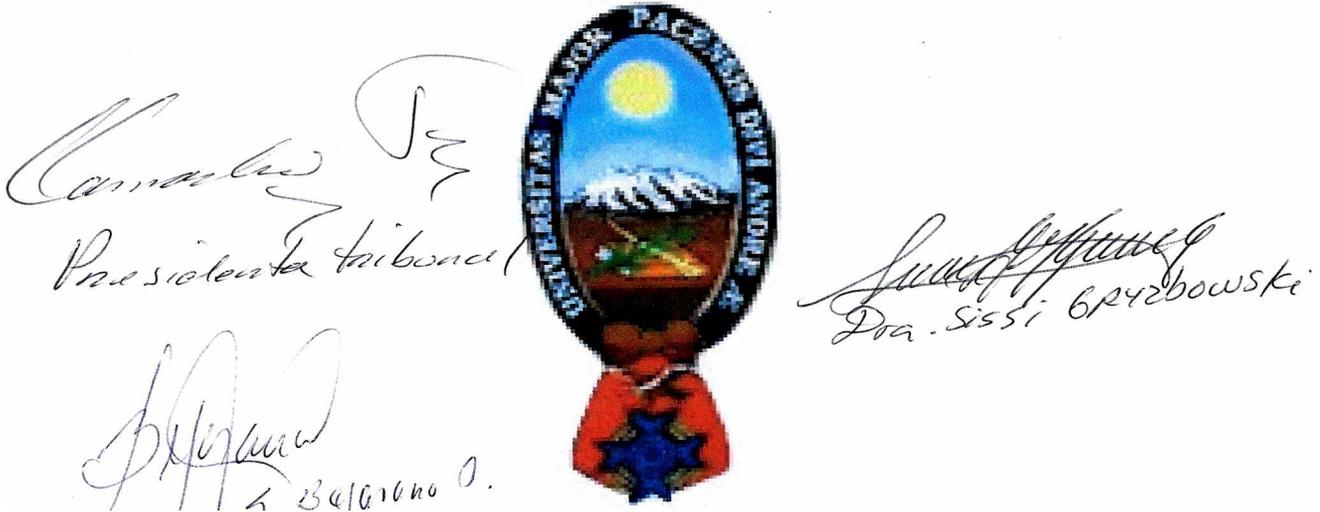
Aprobada

-7

T 985

# UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

## FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION CARRERA DE PSICOLOGIA



### RELACION ENTRE LA PREPARACION PREVIA, NIVELES DE ANSIEDAD Y DESARROLLO DEL TRABAJO DE PARTO EUTOCAICO INTRA HOSPITALARIO

Postulante: Erika Avila Gutiérrez  
Profesor Guía: Dr. Sergio Bejarano

La Paz - Bolivia  
2003

2: < t u r k t

№ 01

Con cariño:

a mis padres

## AGRADECIMIENTOS

Mi más cordial agradecimiento a la Licenciada Carmen Camacho, Directora de la Carrera de Psicología y a todos mis docentes por haber coadyuvado a mi formación profesional con su experiencia y conocimientos transmitidos en clases.

Al Dr. Sergio Bejarano por su valiosa ayuda en la realización de esta investigación brindándome su confianza y orientación como Profesor Guía.

A la Dra. Sissi Gryzbowski por su gran espíritu de colaboración brindándome sus conocimientos, sus observaciones concretas, su tiempo y su amistad enriqueciendo de esta forma el contenido de la presente investigación.

Al Lic. René Calderón por su participación como docente y Tribunal, contribuyendo grandemente la realización de este trabajo.

Al Lic. Marcelo Aguirre, docente de la UMSA, por su colaboración y tiempo dedicado a la elaboración y procesamiento estadístico de la información.

Al personal del Hospital La Paz, Dr. Rodolfo Jiménez, Dr. Eddy Castellón, Dr. Franz Conchari, Lic. Rosa Doria Navas quienes me acogieron y me brindaron su ayuda y conocimientos.

Y un agradecimiento especial y sincero al Dr. Carlos Bello C. por toda la ayuda prestada en los pequeños y grandes detalles que suponen la realización y presentación de este trabajo. Gracias por el apoyo constante, el tiempo, la paciencia, el consejo desinteresado y hasta las palabras de aliento en momentos difíciles o de desconsuelo.

Gracias por estar ahí.

## **Tabla de Contenidos**

### **Capítulo I**

1. Introducción	1
2. Planteamiento del Problema	2
3. Justificación	3
4. Objetivos	5

### **Capítulo II**

#### **MATERNIDAD Y PROCESO DE PARTO**

1. Consideraciones psicológicas del embarazo.	6
2. Modificaciones fisiológicas durante el embarazo	7
3. El Canal del Parto	10
4. Mecanismo del Parto en General	11
5. El Pre Parto	13
6. Comienzo del Parto	14
7. El Parto Normal	14
8. El Dolor	32

#### **ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PROCESO DE PARTO**

1. Ansiedad	39
2. Triada Miedo-tensión-dolor	49
3. Emoción	51
4. Estrés	54
5. Técnicas de Relajación	61
6. Técnicas de Respiración	64
7. Situación Hospitalaria	66
8. Apoyo Social	68

### **Capítulo III**

#### **METODOLOGIA**

1. Preguntas de Investigación	71
2. Hipótesis	72
3. Definición de Variables	72
4. Definición del Tipo de Estudio	76
5. Tipo de Diseño	76
6. Sujetos	77
7. Ambiente	78
8. Técnicas e Instrumentos	78
9. Procedimiento	80

### **Capítulo IV**

1. Resultados	82
---------------	----

### **Capítulo V**

1. Conclusiones	108
-----------------	-----

Bibliografía	118
--------------	-----

Anexos	122
--------	-----

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

En el transcurso de la vida, el ser humano se halla expuesto a una serie de situaciones que demandan respuestas del organismo y que a veces desbordan sus recursos afrontativos ya sea por lo desconocido, desafiante o por considerar una situación dañina, fuera de control o irremediable, entonces se dice que surge la ansiedad como mecanismo adaptativo, (Papalia y Wendkos, 1985).

La ansiedad es una de las vivencias más presentes en nuestro medio, que puede ser perjudicial si existen ideas inadecuadas que median la reacción emocional del sujeto ante un hecho particular produciendo interferencias en el individuo.

En lo que se refiere al campo de la salud, la ansiedad está presente en mayor o menor grado ante cualquier problema médico y el proceso de parto eutócico no escapa a su influencia (Goldman, 1995).

El parto eutócico constituye un proceso fisiológico natural que en nuestro medio ha sido atendido desde un enfoque médico, dejando de lado componentes psicológicos que se desarrollan simultáneamente a este proceso y que pueden influir negativamente en su desarrollo.

El ginecólogo inglés Grantly Dick Read llegó a la conclusión de que probablemente el miedo puede ejercer un efecto perjudicial en la calidad de las contracciones uterinas y en la dilatación cervical (Pritchard y Macdonald, 1990).

Una mujer con un embarazo normal, relajada y preparada adecuadamente para el parto sentirá menos molestias dolorosas y el trabajo de parto resultará más fácil y en buenas condiciones (Benson, 1977).

El disminuir la ansiedad puede contribuir a un parto más fácil y satisfactorio ya que la existencia de ansiedad ante cualquier circunstancia y también en el proceso de parto, produce desgaste energético y emocional excesivo que puede dificultar el desarrollo de las diferentes fases del parto y traer consecuencias negativas para la madre y el niño, más aún si es la primera vez como lo indica Rodríguez (1997). Los pioneros en el campo de la relajación y Jacobson y Schultz ya vislumbraron la enorme importancia que la tensión y los estados emocionales en general podían tener en la aparición y desarrollo de problemas médicos (Cautela y Groden, 1986). Este tema tan poco estudiado en nuestro medio tiene gran importancia, por que coadyuva a una maternidad más saludable y feliz (Barbero, 1998).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde tiempos remotos y de generación en generación se ha considerado el parto eutócico como una experiencia difícil, atemorizante y generadora de diferentes grados de ansiedad en las mujeres. (Medrano, 2000).

Para una mujer primigesta, el parto constituye un evento desconocido, ella no sabe con certeza qué es lo que sucederá en esos momentos, qué sensaciones o signos percibirá en su cuerpo, si son normales o no y qué es lo que puede hacer ante ellos. Utiliza como referencia la información que el medio transmite, la cual

puede ser parcial o sobredimensionada, contener creencias diversas, muchas veces erróneas y una actitud negativa hacia los centros hospitalarios que predispondrían a la madre al miedo, desconfianza, desamparo, a generar expectativas amenazantes hacia el parto. Este desconocimiento favorecería la generación de síntomas de ansiedad durante el desarrollo del mismo.

Por tanto, considerando que las mujeres que se enfrentan al proceso de parto por primera vez, se encuentran ante una situación novedosa, sin preparación previa y con antecedentes amenazantes, podemos preguntarnos:

Disminuirá la ansiedad en el trabajo de parto y mejorará el desarrollo del mismo si se prepara previamente a las pacientes para este proceso?

## JUSTIFICACIÓN

Una de las razones por las que se considera importante estudiar la relación entre la preparación previa al parto, la ansiedad y el desarrollo del trabajo de parto en pacientes nulíparas es que ayudará a evidenciar y reconocer la existencia de procesos psicológicos que pueden constituirse en interferentes y/o facilitadores para el adecuado nacimiento del niño y para el bienestar materno infantil dentro de la intervención médica.

Permitirá confirmar para nuestro medio las consideraciones realizadas por Ralph Benson sobre la importancia de los aspectos emocionales en el parto y el estrés, que es considerado por el grupo Procrear como un enemigo oculto en el proceso de parto. (Ferguson, 1996).

La aplicación de un Programa de Preparación para el Parto permitirá evidenciar en nuestro medio los hallazgos de científicos como Nicolaiev, Read y Lamaze que indican la presencia de síntomas de ansiedad y plantean la necesidad de que las madres reciban ayuda para enfrentar el parto a través de la preparación y educación previa. (Pérez-Sánchez, 1999).

Así mismo, Barbero (1998) también señala que el conocimiento y la preparación de la embarazada son importantes para adquirir una actitud positiva frente al parto y permiten a la paciente colaborar con los profesionales en el desarrollo del mismo.

Este estudio coadyuvará a consolidar más aún la tendencia de atención integral de la salud materna. Permitirá incluir técnicas psicológicas en la atención hospitalaria que disminuyan los síntomas de ansiedad presentes en las mujeres.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre la preparación previa a las pacientes, los síntomas de ansiedad y el desarrollo del trabajo de parto.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Desarrollar y aplicar un programa de reeducación incluyendo técnicas de respiración, relajación progresiva para reducir los síntomas de ansiedad en el trabajo de parto.
- Comparar los grados de ansiedad registrados en los grupos de investigación según su exposición a la variable independiente.
- Establecer la relación entre el nivel de ansiedad y el desarrollo del trabajo de parto en pacientes nulíparas.
- Identificar creencias personales y socioculturales relacionadas con el parto eutócico que pueden favorecer la generación de síntomas de ansiedad.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### MATERNIDAD Y PROCESO DE PARTO

##### 1. Consideraciones psicológicas del embarazo.-

Para la mayoría de las mujeres la decisión de tener un bebé les da un nuevo sentido a la vida. Señala un punto fundamental de transición en la vida de ella y de su pareja. Este evento, más que ningún otro, les lleva a reconocer que ya no son niños, sino adultos.

De acuerdo con Papalia (1983), el embarazo puede ser una etapa feliz, pero también una época de crisis, muchas mujeres experimentan sentimientos variados en las primeras semanas. Se necesita tiempo para adaptarse al hecho de tener un bebé. La adición de una tercera persona totalmente dependiente puede originar tensiones especialmente en la madre, pues se imponen nuevas exigencias físicas, emocionales y sociales que obligan a la redistribución de roles en el grupo familiar, se generan demandas y nuevas responsabilidades. Estos aspectos influyen más en la mujer debido a que la mayor responsabilidad con respecto a la crianza de los niños recae sobre la madre. Es por eso que existe mayores dificultades en las mujeres para el ajuste emocional que impone la maternidad.

Ser padres es un estadio del desarrollo humano. Puede y debe ser una experiencia creativa de auto crecimiento. Se pueden especificar en él cuatro fases:

Anticipación, Luna de miel, Meseta, Desvinculación.

Es en la fase de anticipación donde se encuentra la mujer primigesta. Durante el embarazo las personas piensan en el significado de la paternidad y en la forma en que educarán a sus hijos. Con frecuencia son ambivalentes con respecto al deseo de asumir esta responsabilidad y también a la necesidad de cambiar la auto imagen que tienen: pasar de hijos de sus padres a padres de sus hijos.

## 2. Modificaciones fisiológicas durante el embarazo.-

Aparte de los cambios emocionales que supone el embarazo, Schwarcz (1998) indica que el aparato genital femenino también se modifica morfológicamente y funcionalmente durante la gestación.

Las modificaciones en las glándulas mamarias más notorias son el crecimiento de su tamaño y su consistencia dura ya desde el inicio del embarazo.

A esto se suman la aparición de estrías por es estiramiento (hiper distensión) de la piel; a nivel del pezón, hay mayor tensión, sensibilidad y capacidad eréctil; hay un aumento de la coloración (hiper pigmentación) del mismo y de su aréola; se da la formación de una aréola secundaria, de pigmentación más tenue, en la periferia de la anterior; aparición de una sutil red venosa en la superficie periférica de la glándula; existencia de nudosidades blanquecinas llamadas corpúsculos de Montgomery en la aréola primaria.

En la pared abdominal se presenta un aumento de la pigmentación en la parte central del abdomen (línea Alba) y aparición de estrías abdominales por distensión de la piel.

Existe un aumento de espesor de la pared abdominal, por la sobrecarga adiposa y aumento de la masa muscular (hipertrofia muscular), hay distensión de los tegumentos, aumentando su superficie; la piel es tensa (turgente) en las primigestas; se presenta un hundimiento del ombligo al principio sustituido posteriormente por el aplanamiento del mismo. El estiramiento (distensión) de los orificios facilita la producción de hernias.

A nivel de útero, se producen las principales modificaciones del aparato genital. Aumenta su volumen unas 24 veces, la capacidad se considera unas 50 veces mayor, el peso del órgano se eleva de 60gr a 1 kg, las dimensiones se modifican elevándose en altura a 32-35 cm, en ancho a 24-26 cm y en sentido anteroposterior a 23-24 cm; el espesor de la pared aumenta por la hipertrofia hasta 2,5 o 3 cm, para disminuir algo al final del embarazo, y se eleva a cerca de un litro el volumen sanguíneo alojado en el plexo arteriovenoso de la pared.

La consistencia por el mecanismo del reblandecimiento, disminuye. La situación indica que el útero se eleva con su cara anterior adosada a la pared anterior del abdomen. Así mismo, se observa algún grado de rotación sobre su eje, dirigiendo su cara anterior más frecuentemente hacia la derecha.

El cuello presente las siguientes características funcionales: es extensible, como lo prueba el proceso de dilatación; es sensible (pinzamiento, distensión): es

irritable, transmite sus excitaciones al cuerpo en forma de contracciones; es retráctil, como lo prueba su cierre después del parto.

La capacidad vaginal aumenta considerablemente, ampliándose tanto en longitud como en anchura, hecho que se considera como un fenómeno preparatorio para el parto. Las paredes se reblandecen al tiempo que el tejido elástico aumenta, lo que facilita la distensión; el tejido muscular experimenta hipertrofia e hiperplasia. Aumentan también las papilas y los folículos, así como las arrugas y los pliegues transversales, y dan al tacto una sensación áspera similar a una vaginitis granulosa.

Por otro lado la secreción vaginal aumenta y presenta aspecto blanco grumoso. Su pH se torna más ácido, desciende a un valor entre 4 y 3,8, principalmente por la acentuada producción de ácido láctico.

La vulva presenta hipertrofia de los labios mayores y menores, y carúnculas prominentes. Como en el resto de los genitales, las várices y varicosidades son frecuentes.

La pigmentación del periné se acentúa. Hay imbibición del intersticio, hiperplasia del tejido elástico y relajación de los músculos de la pelvis, en particular del elevador del ano. Estos cambios son preparatorios para facilitar el pasaje del feto por el último trayecto del canal del parto.

En relación a la pelvis, el incremento hormonal durante la gestación, en particular de los estrógenos y la relaxina, se asociaría al aumento de la sinovia y la relajación del aparato ligamentoso. Esta acción hormonal sería responsable

del reblandecimiento que se observa en la sínfisis pubiana y en las articulaciones sacroilíacas.

El conjunto de fenómenos derivado de la imbibición, de hiperemia y del reblandecimiento que abarca a casi todos los órganos, con particular participación de las articulaciones, acentúa la capacidad pelviana para el tránsito fetal (Schwarcz, 1998)

### 3. El canal del parto.-

El feto no tiene una conducta activa en el trabajo de parto. Se comporta como un elemento móvil pasivo, cuya evolución está dada por su forma y por la adaptación de la misma a la peculiar conformación que presenta el canal del parto.

Las contracciones uterinas hacen progresar esta móvil dentro del canal hasta ser expulsado fuera del claustro materno.

Dicho canal tiene la forma de un conducto o túnel cilíndrico acodado y está constituido por una estructura ósea, la pelvis, y un conjunto músculo aponeurótico, el canal blando o suelo de la pelvis.

La pelvis ósea está formada por cuatro huesos: los dos coxales, el sacro y el coxis, pero desde el punto de vista obstétrico es la pelvis menor la que cobra mayor importancia, ya que determina el desfiladero óseo del canal del parto por sus límites estrechos.

La entrada de dicho canal se denomina estrecho superior y su salida estrecho inferior, recibiendo el nombre de excavación la zona comprendida entre ambos.

El móvil fetal, al sortear estas tres zonas, cumple en cada una de ellas un tiempo del mecanismo de parto.

#### 4. Mecanismo del parto en general.-

Desde el punto de vista fisiológico, las contracciones uterinas tienen por efecto hacer que el feto franquee el canal pelvi-genital hasta su salida al exterior. El conjunto de movimientos que realiza pasivamente el feto durante su progresión se denomina mecanismo del parto.

En cada etapa de su avance el feto cambia de actitud y ejecuta movimientos de rotación para acomodarse a los distintos ejes y diámetros de la pelvis. Esta acomodación es la resultante de las fuerzas propulsivas de la contracción y para franquear los obstáculos opuestos por el canal del parto.

Existen cuatro tiempos intrapelvianos en el mecanismo del parto:

1. Acomodación al estrecho superior.
2. Encajamiento y descenso.
3. Rotación intrapélvica de la presentación.
4. Desprendimiento.

Durante el trabajo de parto los cambios de actitud y de orientación del feto no son fenómenos activos, sino pasivos de la cabeza. Sin tener en cuenta que la flexión de la extremidad cefálica es la actitud natural que imprimen al feto las ondas contráctiles del útero.

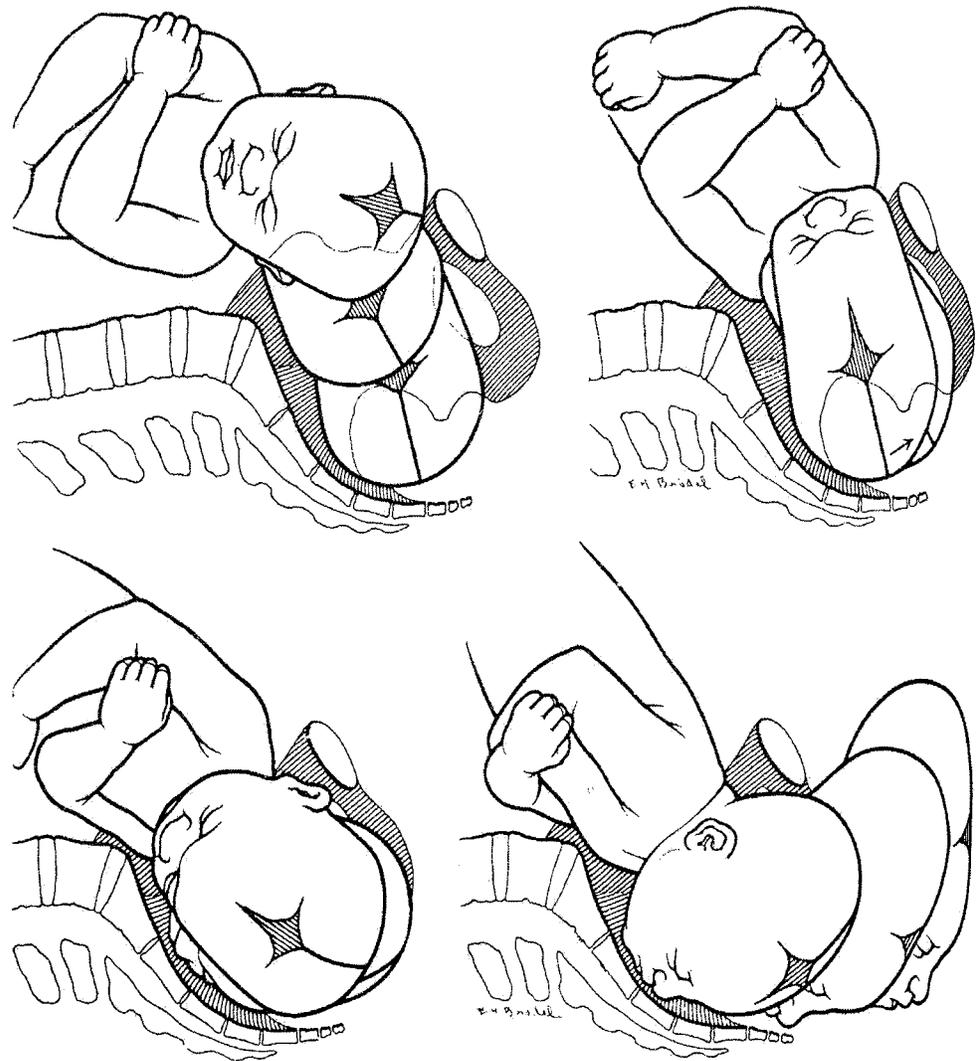


Fig. 15-4. Mecanismo del parto para la presentación occipito izquierda transversa, vista lateral. Presentación parietal posterior en el reborde seguida por flexión lateral, que da lugar a una presentación parietal anterior después del encajamiento, ulterior descenso, rotación y extensión. (Según Steele y Javert. Surg. Gynec. Obstet., 75:477, 1942.)



## 5. El Preparto.-

Es el período de actividad uterina creciente que corresponde a las últimas semanas de la gravidez. Después de la 30ª semana de gestación se produce un aumento gradual de la intensidad y la frecuencia de las contracciones de Baxton Hicks, las que invaden áreas progresivamente mayores del útero a la vez que adquieren un ritmo más regular.

Entre ellas se registran las pequeñas contracciones de poca intensidad, cuyo número disminuye a medida que el preparto progresa y desaparecen por completo en los trazados obtenidos en los partos normales.

Las contracciones del útero constituyen uno de los factores que causan la maduración progresiva del cuello uterino que ocurre durante el preparto. A lo largo de este proceso el cuello uterino sufre distintos cambios, que se han clasificado como grados de madurez cervical:

- a) Grado I: cuello inmaduro, en situación muy posterior respecto al eje de la vagina, de consistencia firme, con una longitud de 3-4 cm, sin dilatación del orificio interno ( ni del externo en la nulípara).
- b) Grado II: cuello parcialmente maduro, que presenta distintas variedades intermedias entre los grados I y III.
- c) Grado III: cuello maduro, bien centralizado en el eje de la vagina, de consistencia muy blanda, longitud acortada a 1 cm o menos, borrado o en vías de borramiento, dehiscente hasta 2-3 cm.

## **6. Comienzo del parto.-**

No existe un límite neto entre preparto y parto, sino una transición gradual y progresiva, tanto en las características de las contracciones uterinas como en los cambios que ocurren en el segmento inferior y cuello uterino.

Convencionalmente se acepta que el parto comienza cuando la dilatación cervical progresa más allá de 2 cm. En este momento, las contracciones uterinas tienen una intensidad promedio de 28 mm Hg. y una frecuencia media de 3 contracciones cada 10 min. El promedio de la actividad uterina es de 85 unidades Montevideo y el del tono, 8 mm Hg.

La posición materna tiene un efecto muy manifiesto sobre las contracciones uterinas. Cuando la madre se halla recostada de espalda, la frecuencia de las contracciones es mayor y su intensidad menor que cuando está recostada de lado.

Cuando la madre se halla sentada, de pie o deambulando, la intensidad de las contracciones uterinas es mayor que cuando está de espalda. En posición vertical (bipedestación), las contracciones uterinas tienen mayor efecto para dilatar el cuello.

## **7. El parto normal.-**

Según Schwarcz (1998), el parto significa la expulsión de un feto con un peso mayor de 500 gr. (20 semanas de gestación, aproximadamente).

En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo (parto a término), entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea.

De acuerdo con Pérez y colaboradores (1999), el parto normal o espontáneo es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto.

#### **Clasificación del Parto.-**

De acuerdo a su inicio el parto puede ser:

- a) Espontáneo: si se inicia sin que hayan intervenido agentes externos.
- b) Provocado o inducido: si en el inicio han intervenido agentes externos.

De acuerdo a su evolución, puede ser:

- a) Normal o eutócico: si evoluciona sin que haya ninguna alteración que salga de lo fisiológico.
- b) Distósico: si durante el parto ocurriera alguna alteración.

De acuerdo al modo de terminación:

- a) Espontáneo: si termina bajo la sola influencia de las fuerzas naturales.
- b) Artificial: si hubo alguna intervención manual o instrumental.

Si durante el parto de iniciación espontánea se practicó la amniotomía en forma precoz, o se administraron a la madre oxitócicos, analgésicos, anestésicos o

tranquilizantes, se habla de parto médico, dirigido o corregido. (Schwarcz, 1998)

Mecanismo de la iniciación del parto.-

Para el nacimiento de un niño capaz de adaptarse sin problemas a la vida extrauterina es muy importante que el parto ocurra en el momento más apropiado, período que se conoce como término de la gestación.

El estímulo para iniciar el parto se desconoce. Es posible que pueda deberse a la oxitocina circulante secretada por la hipófisis posterior, pero no existen pruebas directas que apoyen esta hipótesis (Manual Merck, 1994).

El parto en la especie humana, a diferencia de otras especies animales, no está precedido por un cambio brusco en los niveles maternos de progesterona y de estrógenos. Además el papel del feto humano parece ser menos directo para la iniciación del parto.

Sin embargo se admite que la concentración de cortisol en el líquido amniótico aumenta hacia el término de la gestación y que la concentración de esta hormona en la sangre del cordón umbilical es mayor en fetos cuyos partos se iniciaron espontáneamente que en aquellos con partos inducidos o cesáreas electivas.

El concepto de Liggins y colaboradores indica que "La iniciación del parto en el ser humano es fundamentalmente la consecuencia de una maduración, determinada genéticamente en el amnios o en el corion. El feto y la madre por sí

mismos pueden modular, pero raramente controlar, el momento del nacimiento (Schwarcz 1998).

### **Trabajo de parto.-**

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.

El trabajo de parto se divide en tres períodos:

#### **a) Período de dilatación y borramiento del cuello uterino.-**

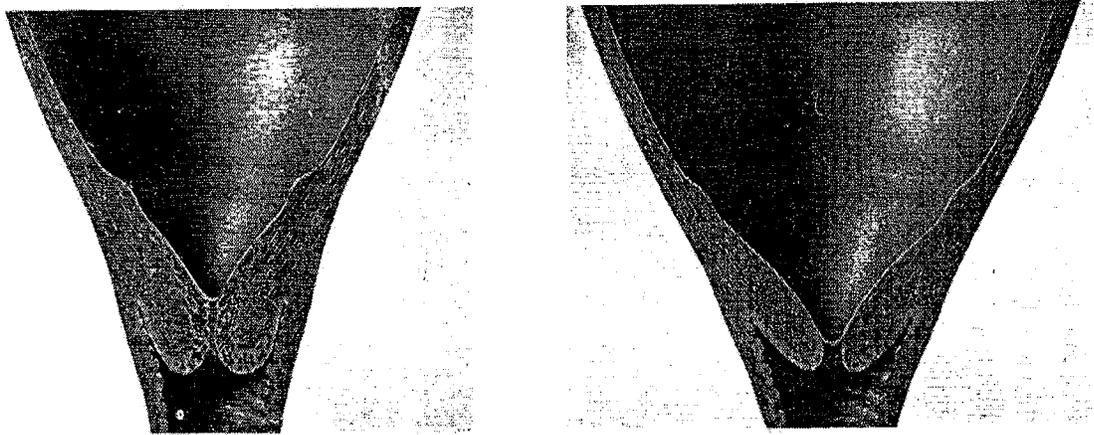
Se extiende desde el comienzo del parto hasta que la dilatación del cuello uterino alcanza 10 cm. de diámetro. Durante este período, las contracciones uterinas dilatan el cuello. A medida que la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas aumenta, la dilatación cervical progresa gradualmente; al final del período de dilatación los valores promedio son de 41 mm Hg. para la intensidad y de 4,2 contracciones cada 10 min. para la frecuencia; la actividad uterina medida es de 187 unidades Montevideo y el tono uterino medio de 10 mm Hg.

Son dos fenómenos característicos del trabajo de parto. Se los interpreta como la continuación natural de la formación del segmento inferior, que se va ampliando por la inclusión del cérvix

El progreso de la dilatación no es regular en la unidad de tiempo. Al principio, hasta la mitad de su lumen, el cuello se deja dilatar con más lentitud. Después de vencida su elasticidad, la dilatación progresa con mayor rapidez.



g. 14-5. Cuello cerca de término, pero antes del parto. Izquierda, primigrávida; derecha, multipara.



14-6. Comienzo del borramiento del cuello. Obsérvese la dilatación del orificio interno y el conducto cervical en forma de embudo. Izquierda, primigrávida; derecha, multipara.

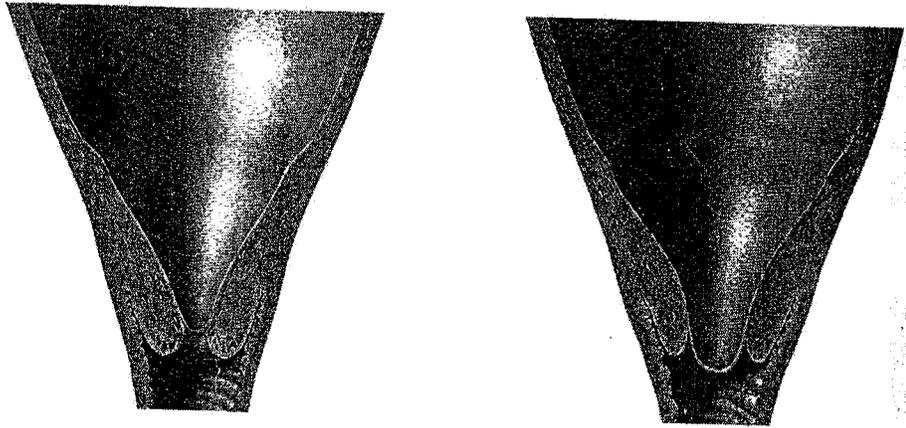


Fig. 14-7. Continuación del borramiento del cuello. Obsérvese la posición más alta del orificio interno y la prominencia de las membranas. Izquierda, primigrávida; derecha, multípara.

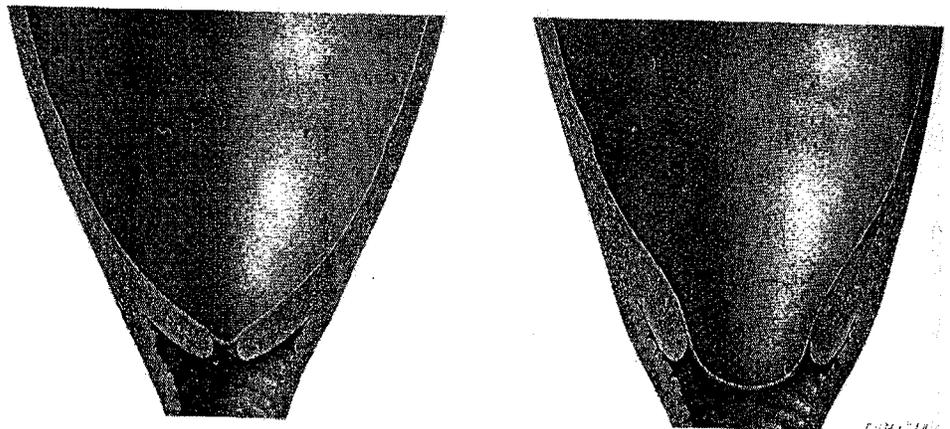


Fig. 14-8. Conducto cervical borrado. Izquierda, primigrávida; derecha, multigrávida.

El grado de dilatación se aprecia por el tacto vaginal y se valora por el número de dedos introducidos en el cuello cervical. Un dedo corresponde a 1,5 cm; dos dedos a 2,5 — 3 cm. Cuando los bordes del orificio alcanzan las paredes de la pelvis, la dilatación es completa.

**b) Período expulsivo.-**

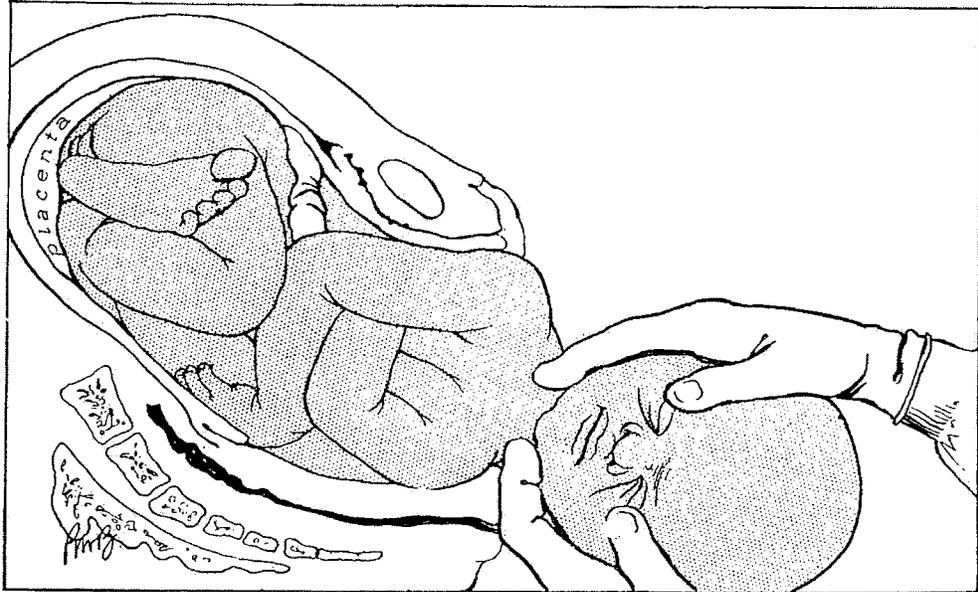
Constituye la segunda fase del trabajo de parto.

Se extiende desde que la dilatación cervical se completa hasta que el feto es completamente expulsado fuera de la vulva.

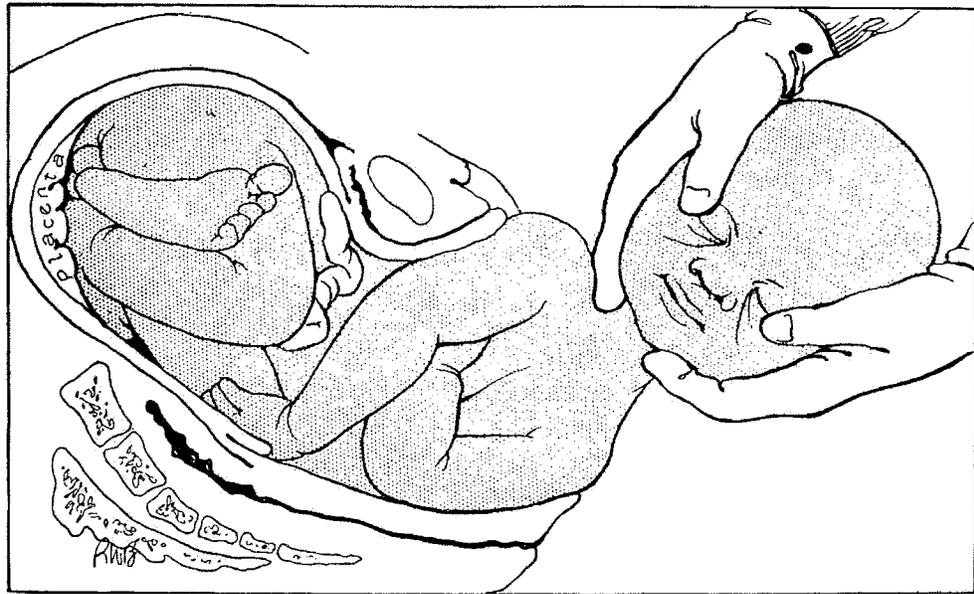
Su duración es de 30 a 45 min. aproximadamente en la primigestas, y de 15 a 20 min. en las multíparas.

Cuando el cuello se ha dilatado totalmente, las contracciones uterinas completan el descenso y causan el parto del feto con la ayuda de los esfuerzos de pujo.

Durante el período expulsivo, la frecuencia de las contracciones aumenta hasta un promedio de 5 cada 10 min. y la intensidad sube hasta 47 mm Hg. La actividad uterina promedio es de 234 unidades Montevideo, la más alta que se registra durante el embarazo y el parto normales. El tono promedio es de 12 mm Hg.



**Fig. 16-11 A.** Tracción suave para hacer descender el hombro anterior.



**i-11 B.** Terminación del nacimiento del hombro anterior; tracción suave para extraer el hombro posterior.

c) Período placentario.-

Se designa de este modo al tiempo del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares; se inicia por lo general, breves instantes después del período de expulsión fetal.

Comprende 4 etapas:

1. Desprendimiento de la placenta.- A continuación del nacimiento, se agregan contracciones rítmicas, que son continuación de las del parto. Esta actividad contráctil será el motivo fundamental del desprendimiento de la placenta.
2. Desprendimiento de las membranas.- Las membranas se desprenden por idéntico proceso. Este proceso finaliza luego de expulsada la placenta.
3. Descenso de la placenta.- Esta desciende por la poca actividad contráctil del útero y por el peso de la placenta.
4. Expulsión de la placenta.- Lo absolutamente normal es que se repitan algunos pujos para terminar la expulsión placentaria al exterior. En caso de no ser así, se procede a extraerla manualmente.

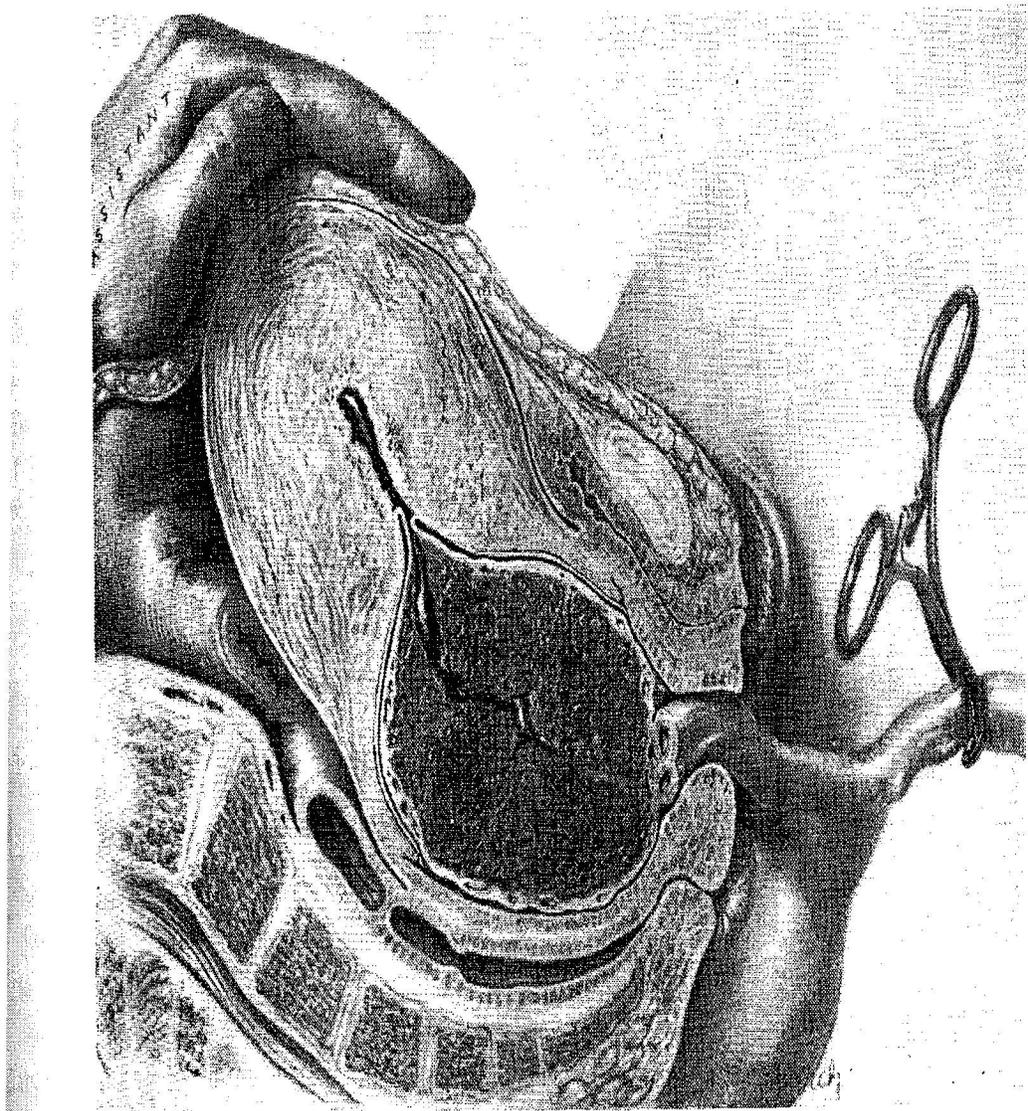


Fig. 16-13. Expresión de la placenta.

Durante el trabajo de parto las contracciones del músculo uterino suministran la fuerza y presión que borra y dilata el cuello y expulsa al feto y la placenta. Las contracciones de los músculos toracoabdominales (esfuerzos de pujo) cooperan en la expulsión del feto.

En el trabajo de parto se encuentran dos tipos de fenómenos: "fenómenos activos" y "fenómenos pasivos".

1. Fenómenos activos.- Constituyen las contracciones uterinas y los pujos.

Contracciones uterinas.-

Las contracciones uterinas pueden controlarse clínicamente por palpación abdominal y también con ayuda de equipos especiales.

Se caracterizan por el tono, que es la presión más baja registrada entre las contracciones. La intensidad (amplitud) es el aumento en la presión intrauterina causada por cada contracción. La frecuencia se expresa por el número de contracciones producidas en 10 min. El intervalo es el tiempo que transcurre entre los vértices de dos contracciones sucesivas. El intervalo entre las contracciones varía en razón inversa a la frecuencia de las mismas.

La actividad uterina ha sido definida como el producto de la intensidad por la frecuencia de las contracciones uterinas y se expresa en mm Hg. por 10 min. o unidades Montevideo.

Percepción de las contracciones por palpación.-

Las contracciones del útero grávido pueden ser percibidas por palpación abdominal como un endurecimiento de sus paredes. Para que las contracciones

sean percibidas, su intensidad debe sobrepasar el umbral de percepción que es de 10 mm Hg. por encima del tono normal.

La duración clínica de la contracción es el tiempo que la presión amniótica permanece por encima del umbral de percepción por palpación. Por este motivo, cuanto mayor es la intensidad de la contracción, tanto mayor es su duración clínica.

En el período de dilatación, la duración clínica de las contracciones es de 15 a 20 seg.; aumenta con la intensidad de las contracciones a medida que el parto progresa, para alcanzar 30 a 70 seg. al final del período de dilatación y durante el período expulsivo.

Cuando mayor es la intensidad de la contracción, tanto más se endurece la pared uterina.

Esfuerzos de pujo.-

Son fuertes contracciones de los músculos espiratorios de las paredes torácica y abdominal. En el período expulsivo los pujos refuerzan la propulsión fetal causada por las contracciones uterinas.

Pujos espontáneos.-

El pujo fisiológico está precedido por una corta inspiración, después de la cual la glotis se cierra parcialmente durante la contracción de los músculos espiratorios. Cada pujo causa una rápida y breve elevación de la presión abdominal, la que se transmite a través de la pared uterina y se suma a la presión ejercida por el miometrio para elevar la presión intrauterina.

El deseo imperioso de pujar aparece normalmente cuando la dilatación cervical es completa. Este deseo es provocado por la distensión de la vagina, vulva y periné causada por la presentación que progresa en el canal del parto propulsada por una contracción uterina.

El primer pujo durante cada contracción uterina recién se inicia cuando la contracción ha elevado la presión amniótica a un valor promedio de 35 mm Hg. En condiciones normales, los esfuerzos de pujo espontáneos se producen únicamente durante la cima de una contracción uterina. Esta coincidencia permite la adición eficaz de las presiones expulsivas desarrolladas respectivamente por el miometrio y por los músculos de la pared toracoabdominal materna.

No es conveniente que la madre pujan mientras la dilatación cervical no se ha completado ni tampoco cuando el útero está relajado. En ambas condiciones los pujos son poco eficaces para la propulsión fetal y pueden ser perjudiciales.

Es habitual que la onda contráctil en el parto se inicie en la derecha y luego se difunda hacia el cuerpo uterino, al segmento inferior donde se intensifica al máximo y luego desaparece gradualmente.

#### **Funciones de las contracciones uterinas y los pujos durante el parto.-**

Las funciones más importantes son la preparación del canal del parto y la propulsión del feto.

- La preparación del canal del parto comprende el borramiento y la dilatación del cuello y la distensión del segmento inferior.

- La dilatación de la inserción cervical de la vagina.

La expulsión de los limos.

La formación de la bolsa de las aguas.

Las contracciones uterinas preparan el canal del parto por medio de la acción combinada de dos mecanismos:

- a) por la presión ejercida sobre el segmento inferior y el cuello por la bolsa de las aguas o la presentación.
- b) La tracción longitudinal ejercida por el cuerpo uterino sobre el segmento inferior y el cuello.

Durante el parto, después de cada contracción, el cuerpo uterino queda más corto y su pared más gruesa, mientras que el cuello queda más borrado, dilatado y afinado.

Cada contracción uterina normal, bien coordinada causa un incremento transitorio de 1 - 3 cm en el diámetro cervical, que disminuye lentamente durante la relajación uterina debido a la retracción elástica del cuello. Cuando la disminución es menor que el incremento, el balance de este vaivén es un progreso permanente de la dilatación cervical.

La dilatación cervical progresa en función exponencial del trabajo uterino. Cuanto mayor sea la dilatación cervical, menor es la cantidad de trabajo requerido para aumentar la dilatación en 1 cm adicional. Este trabajo uterino es mayor en primigrávidas, en presentaciones podálicas, en el parto inducido con

oxitocina, cuando la madre se halla acostada en posición horizontal (decúbito dorsal).

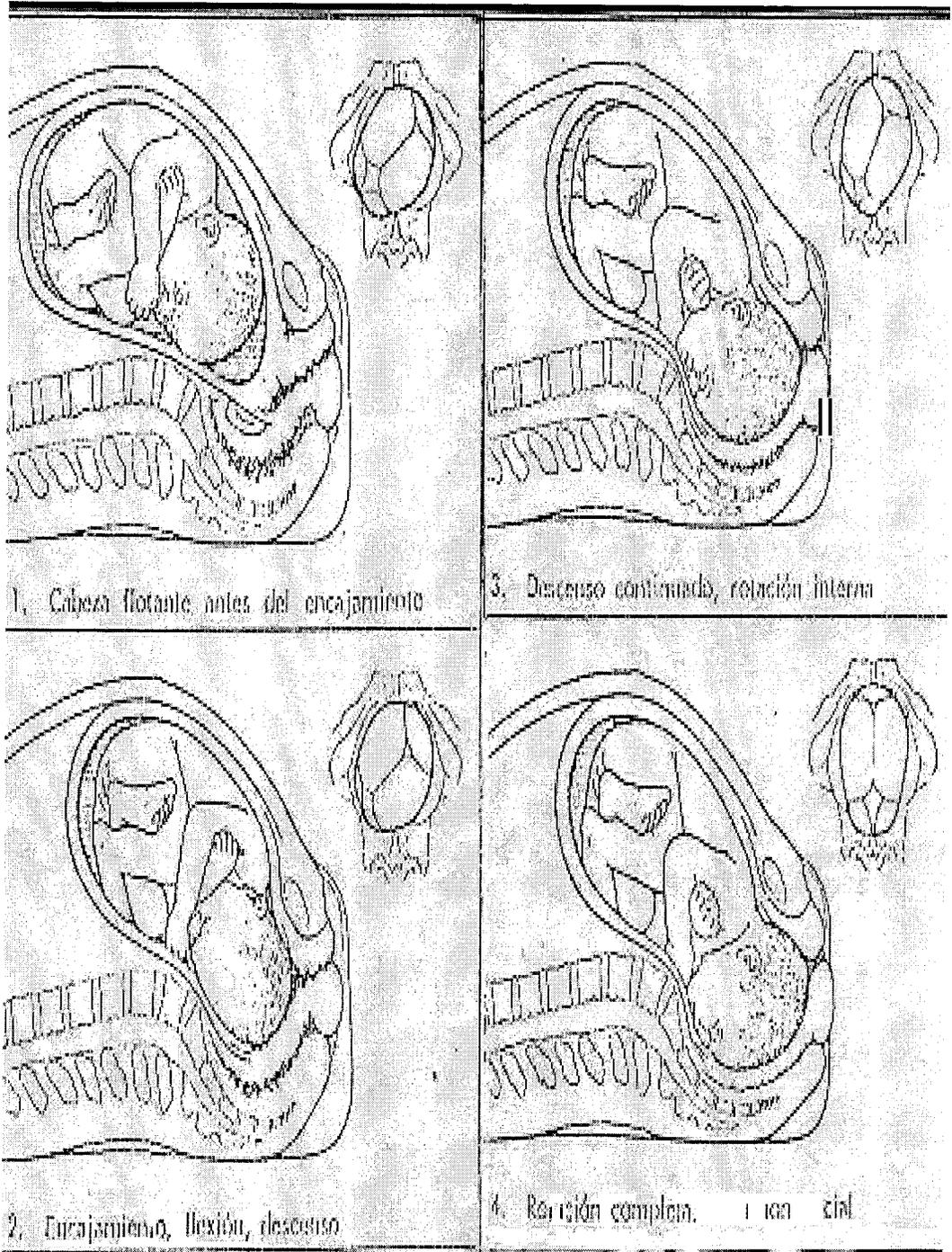
La otra función de las contracciones uterinas y los pujos es la propulsión del feto haciéndolo avanzar por el canal del parto hasta su expulsión.

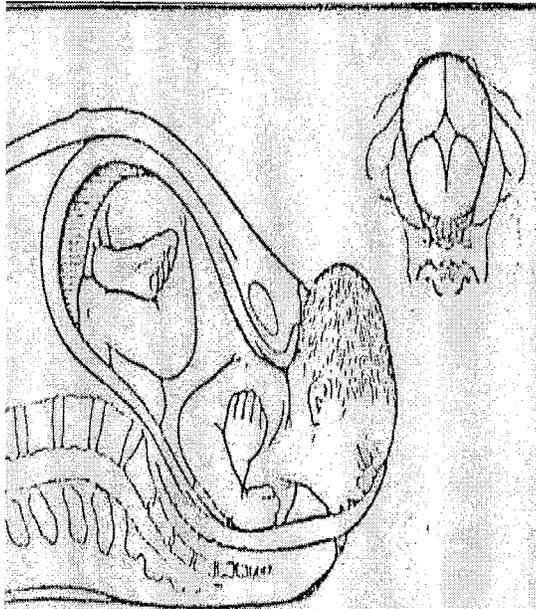
La propulsión fetal comienza gradualmente con las contracciones del parto, se continúa durante el período de dilatación y cumple su parte más importante durante el período expulsivo, en el cual los esfuerzos de pujo colaboran en forma muy significativa con las contracciones uterinas.

Durante el período de dilatación, las contracciones uterinas producen un ascenso del cuello en relación con la pelvis y los ligamentos de Mackendodt se ponen tensos. Cuando el cuello no puede ascender más, el acortamiento del útero durante cada contracción empuja al feto haciéndolo progresar por el canal del parto. Los ligamentos redondos traccionan el fondo uterino hacia la pelvis, contribuyendo a la propulsión fetal.

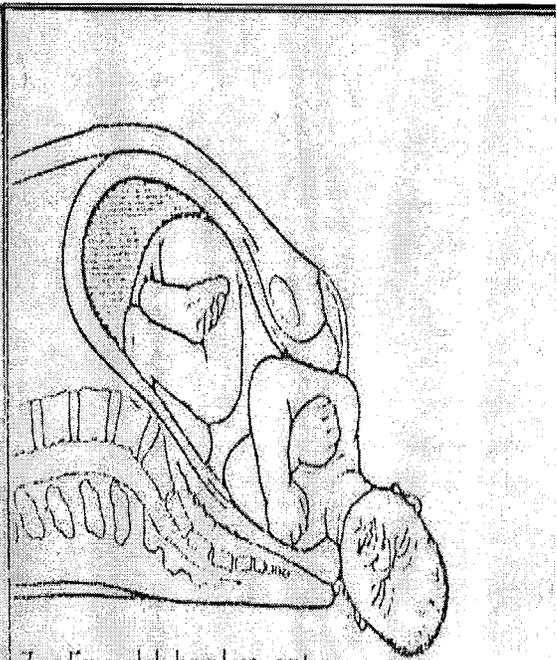
Durante cada contracción uterina la fuerza propulsora hace avanzar la presentación siguiendo el eje del canal del parto. Al avanzar, distiende las paredes del canal blando hasta que la reacción elástica de las mismas equilibre a la fuerza propulsora.

Cuando el útero se relaja, la presentación retrocede. Cada uno de estos ciclos de avance y retroceso deja un balance positivo: la presentación queda algo más descendida y el canal del parto algo más dilatado que antes de la contracción.

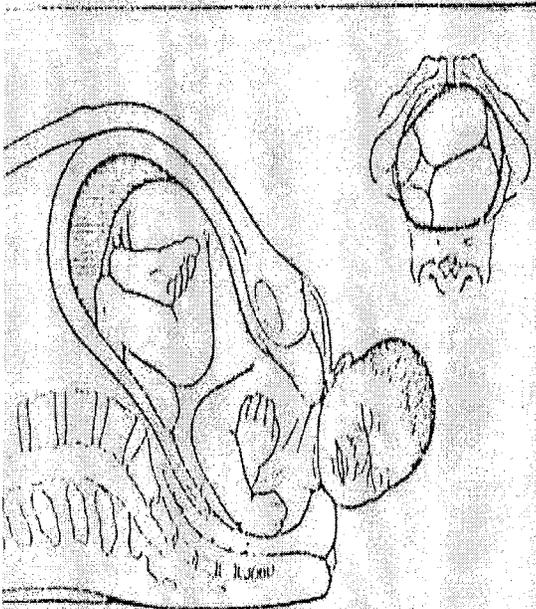




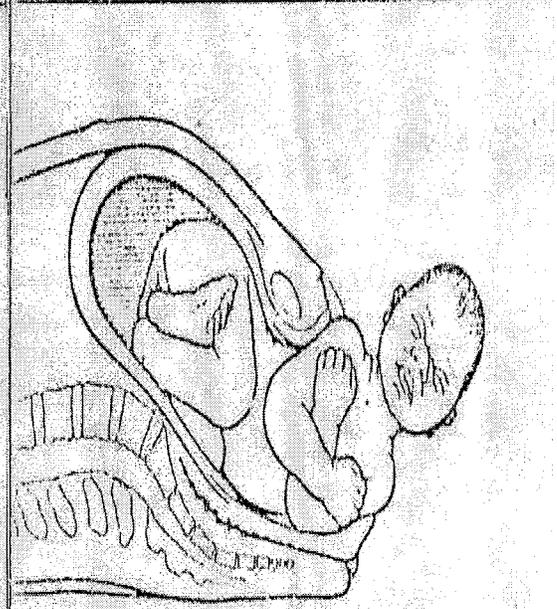
5. Extensión completa



7. Exp. del hombro ant.



6. Desfiladero posterior



8. Expulsión anterior

## 2) Fenómenos pasivos del trabajo de parto.-

Se refieren a los efectos que los fenómenos activos tienen sobre el canal del parto y el feto.

Las modificaciones consecutivas a la actividad contráctil del útero constituyen: la ampliación del segmento inferior, el borramiento y dilatación del cuello, la expulsión de los limos, la formación de la bolsa de las aguas, la ampliación del canal del parto, el mecanismo del parto y los fenómenos plásticos del feto. (Schwarcz, 1998).

### Anormalidades en el desarrollo del trabajo de parto.-

De acuerdo a Friedman y el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) se establecen los siguientes tiempos como anomalías en el desarrollo del trabajo de parto. (Insunza, 1999).

Fase latente prolongada	> 20 horas
Fase activa retardada	< 1.2 cm/h de dilatación.
Cese de la dilatación	por 2 hrs. O más
Fase desaceleración prolongada	> 3 hrs.
Falla del descenso	No hay descenso
Descenso retardado	< 1 cm/h
Cese del descenso	Detenido por 1 h o más
Parto precipitado	Dilatación o descenso > 5 cm/h

## 8. El dolor.-

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial descrita en términos que hacen referencia a tal lesión. Es clásico atribuirle al dolor el carácter de señal de alarma frente a la agresión y de aviso protector. Esto vale para el dolor agudo. No cumple esta misión el dolor crónico, que es en sí mismo una enfermedad. (Vidal-Alarcón, 1986).

Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal interrelacionada con aspectos psicológicos y culturales. Se trata de un fenómeno fundamentalmente subjetivo donde el propio paciente es quien evalúa la intensidad.

Las variaciones individuales en el umbral del dolor dificultan su evaluación. Diversos factores pueden variar el umbral doloroso como ser la edad, sexo, estado psicológico (mayor en pacientes intranquilos). (Torregosa y Bugedo, 1994)

### Dolor durante el trabajo de parto.-

En el dolor del parto intervienen factores biológicos producto del trabajo uterino como la dilatación del cuello, la distensión de ligamentos uterinos, músculos perineales y estructuras adyacentes. Pero también ejercen influencia factores adquiridos dados por la propia historia del hombre, susceptibles de ser modificados a través de la preparación para el parto (Pérez -Sánchez, 1999).

A nivel fisiológico, las contracciones del período de dilatación y de expulsión se acompañan habitualmente de dolor. Comienza después de iniciada la contracción y se extingue antes de que el útero se haya relajado completamente. No existe dolor en los intervalos entre las contracciones uterinas.

En cada mujer el dolor aparece cuando la presión amniótica sube por encima de un cierto nivel (umbral del dolor) y desaparece cuando la presión cae por debajo del mismo.

El valor promedio del umbral corresponde a una presión amniótica de 25 mm Hg., o sea, 15 mm Hg. por encima del valor promedio del tono normal que es de 10 mm Hg.

Localización del dolor.-

Usualmente al comienzo del parto el dolor tiene localización abdominal; más adelante se irradia hacia la pelvis. En el periodo expulsivo el dolor es principalmente perineal. Algunas mujeres acusan dolores lumbares y sacros.

Mecanismo del dolor.-

El dolor durante el trabajo de parto posee las características de un dolor agudo, y frecuentemente produce tensión de la musculatura. (Pérez-Sánchez, 1999).

El dolor que acompaña a las contracciones uterinas del parto se debe fundamentalmente a la distensión que ellas producen en el canal del parto.

Durante el período de dilatación las contracciones distienden el segmento inferior y el cuello; durante el período expulsivo distienden la vagina, la vulva y el periné. La distensión de estas estructuras es la causa más importante de dolor.

La vía nerviosa aferente que conduce la sensación dolorosa originada en el útero corresponde a los nervios torácicos 11° y 12°. La inervación del cuello uterino y del periné está dada por los nervios sacros 2°, 3°, 4° y vías aferentes que se integran a nivel de la corteza cerebral.

Alivio del dolor.-

#### 1. Métodos farmacológicos.

Una manera de aliviar el dolor de la madre es a través de analgesia y sedación, la madre debe quedar tranquila durante las contracciones, y aunque se sientan molestias en la cima de una contracción uterina eficaz, el dolor no es intolerable. Finalmente, la paciente no recuerda el parto como una experiencia negativa. La selección y administración del fármaco adecuado tiene que cumplir estos objetivos en la gran mayoría de las mujeres.

De acuerdo con Hurford y colaboradores (1999), pueden utilizarse medicaciones sistémicas para aliviar el dolor y la ansiedad en el parto, aunque todas atraviesan la placenta y pueden deprimir el feto.

El bloqueo epidural puede proporcionar analgesia durante el parto y la expulsión proporcionando las siguientes ventajas:

- La madre está despierta y preparada para participar en el parto y en la expulsión.
- La reducción del dolor disminuye la secreción de catecolaminas endógenas y, de este modo, aumenta la irrigación sanguínea (perfusión) útero placentaria.

- La reducción del dolor puede reducir la hiperventilación durante las contracciones y minimizar la disminución de la perfusión útero placentaria que se da por la alcalosis.

Entre los inconvenientes presentados por el uso de este procedimiento se encuentran:

- La hipotensión que puede producir insuficiencia útero placentaria.
- El proceso de parto puede retrasarse.
- Son posibles algunas reacciones tóxicas a agentes anestésicos locales así como una cefalea post punción dural. (Hurford W. y cols, 1999).

## 2. Métodos psicológicos.-

La utilización de métodos psicológicos de alivio al dolor del parto tienen como fin común la elevación del umbral de resistencia al dolor a través de la preparación mental y relajación física. (Pritchard y Macdonald, 1990).

La adecuada educación y preparación de la madre durante la gestación, combinada con el apoyo afectivo brindado durante el parto por familiares y por quienes atienden el mismo, reducen marcadamente la sensación dolorosa. Las técnicas de respiración y relajación permiten manejar y atenuar las sensaciones dolorosas del parto evitando un sufrimiento físico y psicológico innecesario. (Barbero E., 1998).

Uno de los métodos utilizados para ayudar a la gestante en este proceso es el planteado por el obstetra francés Fernand Lamaze.

### **Parto sin dolor de Lamaze.-**

El método Lamaze se basa en la creencia de que el embarazo y el nacimiento son procesos naturales para los cuales el cuerpo femenino está diseñado en forma única.

Basado en los trabajos de Iván Pavlov sobre el condicionamiento, Fernand Lamaze llegó a la conclusión de que a las mujeres también se les podía enseñar a reaccionar frente a las contracciones del trabajo de parto de forma condicionada. Ideó varios ejercicios diseñados para minimizar la ansiedad y reducir el dolor.

Ante la primera señal de una contracción, la mujer enfoca su vista en un objeto en particular, introduciendo un estímulo visual que se dirige directamente al cerebro. Luego hace una inspiración profunda, seguida por una respiración rítmica que mantiene el mismo tipo de relajación introducida hace siglos en las culturas orientales. Luego continúa un suave masaje con la punta de los dedos sobre su abdomen o muslos. El masaje introduce un estímulo táctil que nuevamente se dirige al cerebro. Finalmente se introduce una serie de órdenes o una palabras de aliento que introducen un estímulo auditivo al cerebro.

El resultado es que varios estímulos poderosos (visuales, táctiles y auditivos) se dirigen rápidamente al cerebro antes de que el dolor llegue. Este método se orienta hacia un parto preparado en el cual el conocimiento de sus fases y el apoyo reduce en gran medida la ansiedad y el dolor (Lamaze Internacional, 1991).

### **Iván Pavlov.-**

Es el autor de la teoría de los reflejos condicionados.

Han sido llamados reflejos las reacciones definidas constantes e innatas de los animales superiores a determinadas influencias del mundo exterior, reacciones que tienen lugar mediante la actuación del sistema nervioso y han sido durante largo tiempo objeto estricto de investigación fisiológica.

Pavlov distinguía varios reflejos innatos o incondicionados derivados del reflejo de la vida y cada uno conectado con un mecanismo sensorial concreto o analizador y con un centro del sistema nervioso.

Entre estos están el estímulo alimenticio que provoca la reacción de salivación, estímulos de corriente eléctrica que provocan la reacción de defensa. Estímulos destructores o estímulos dolorosos que provocan el reflejo defensivo.

Un reflejo condicionado se forma en presencia de determinadas condiciones. Siempre que un estímulo indiferente sincroniza con un estímulo productor de un reflejo incondicionado concreto, entonces, tras un cierto número de tales coincidencias, el estímulo anteriormente indiferente, administrado solo, provoca el mismo reflejo que el estímulo activo al que previamente acompañaba. (Wolman, 1978).

Pavlov creía que el condicionamiento tienen lugar en el córtex cerebral por lo que puede llamarse un fenómeno psíquico.

Este autor consideraba al dolor como un excitante comparable a los demás.

Insistiendo en el tiempo preciso, respetando todas las leyes del

condicionamiento, había llegado así a crear un reflejo tal que el perro ensalivaba de placer cuando recibía una descarga eléctrica, incluso con ausencia de carne. De este trabajo nació la técnica del parto sin dolor. (Bonafront, 1977).

**Factores que aumentan o disminuyen el dolor producido por las contracciones.-**

El umbral del dolor presenta variaciones individuales muy notables que se atribuyen a diferencias en la percepción por los centros nerviosos superiores.

La experiencia del dolor es un fenómeno complicado que tiene que ver también con los estilos culturales, la percepción individual y la química del cerebro (Schwarcz, 1998).

La intensidad del dolor en el parto está condicionada por factores biológicos dependientes de la fisiología de la contracción uterina, de la enervación e irrigación del aparato genital femenino, como también por factores culturales, creencias y tradiciones, factores psicológicos como la angustia y el temor. (Pérez Sánchez, 1999).

Por lo tanto el estado psíquico de la parturienta tiene una gran influencia: el temor a lo desconocido, la angustia, tensión pueden llevarla a considerar el parto como un evento amenazante.

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PROCESO DE PARTO

En el 3er. Trimestre del embarazo, la profunda modificación del esquema corporal, la lentitud de los movimientos y el temor hacia el próximo parto por el dolor y la posibilidad de perder el control, en algunas pacientes producen impaciencia y agravan la ansiedad y excitación. (Schwarcz,1998).

### 1. Ansiedad.-

La ansiedad se encuentra presente en diversas situaciones durante la vida de las personas, más aún cuando se trata de situaciones amenazantes o estresantes.

Quienes se sienten ansiosos no están conscientes de las razones de sus temores, se quejan de sentirse nerviosos, tensos, aprensivos e irritables, se fatigan con facilidad. (Sarason y Sarason, 1996).

La experiencia de ansiedad intensa se puede presentar después que tiene lugar un evento, como anticipación a un suceso futuro, al aproximarse a un estímulo que provoca miedo o también como una manifestación de la preocupación apropiada acerca de los trastornos médicos.

Los individuos reaccionan con grados de ansiedad variables, que dependen de su propia predisposición a padecer ansiedad, dependen también de condicionantes culturales y del tipo de amenaza a la que responden.

Dependiendo de la magnitud y el tipo de respuesta que presente el organismo, la ansiedad será positiva o negativa. En el caso de episodios de persistente ansiedad (ansiedad negativa), pueden llegar a ser nocivos, pudiendo incluso, llegar a desarrollar enfermedades físicas.

### **Definición de ansiedad.-**

La ansiedad es un estado cuya definición ocasiona mucho desacuerdo entre los investigadores (Papalia y Wendkos, 1985).

Existen autores que indican que para definir ansiedad es necesario definir el miedo (Vidal-Alarcón, 1986). Miedo es el estado emocional de alerta ante un peligro amenazante caracterizado por un conocimiento intelectual de este y de control cortica], con sensación psicológica solamente. La ansiedad y el temor son emociones ubicuas. Los términos ansiedad y temor tienen significados específicos y científicos, pero el uso común los ha hecho intercambiables.

Por ejemplo, una fobia es un tipo de ansiedad que también se define en el DSM.IV-R como un "temor persistente o irracional". El temor se define como una respuesta emocional y fisiológica a una amenaza externa reconocida (como por ejemplo un automóvil fuera de control). Debido a que el temor a amenazas reconocibles causa tensión mental displacentera y cambios físicos similares, los pacientes utilizan los términos temor y ansiedad de manera intercambiable. (Goldman, 1995).

Howard Goldman (1995) indica que la ansiedad es un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar; frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso agotamiento.

Por otro lado, Papalia y Wendkos (1985) la definen como un estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre o tensión surgidas de la anticipación de una amenaza, real o imaginaria.

De acuerdo Grenet y Benavides (1988), la ansiedad se define como "un estado afectivo desagradable, que implica expectación, inquietud, temor y que puede estar acompañada por intranquilidad motora y trastornos vegetativos".

En el Diccionario de Psicología (Pierron, 1964) se indica que la ansiedad es el malestar a la vez psicológico y físico caracterizado por un temor difuso, un sentimiento de inseguridad, de desgracia inminente.

Spielberger (1997) definió la ansiedad como el estado emocional transitorio o condición caracterizada por sentimientos de tensión y aprensión y por una actividad intensificada del sistema nervioso autónomo. En general se reconoce que está relacionada con un complejo de otras emociones tales como miedo, culpabilidad, sorpresa y fatiga. Distinguió además la ansiedad como rasgo de personalidad y la ansiedad como estado que responde a un acontecimiento o situación específica. (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

De esta manera todos parecen coincidir en que la ansiedad es un estado emocional con participación psicofisiológica y que resulta de la percepción de un daño posible, que es amenazante y causa preocupación, aprensión por sus condiciones no definidas.

### **Ansiedad normal y patológica.-**

El límite entre ansiedad normal y patológica no puede trazarse con precisión o seguridad.

Los rasgos y parámetros para establecer la línea divisoria entre ansiedad normal y patológica han sido establecidos por patrones socialmente aceptados.

La ansiedad es considerada como una reacción normal si es proporcional con el peligro real que la produce, disipándose luego de desaparecer el peligro y además no reduce la libertad personal. En caso de que la reacción fuera desproporcionada en relación con el peligro que la provoca, se mantuviera aún en caso de desaparecer el estímulo y presentaría síntomas somáticos y algún tipo de alteración a nivel social e intelectual, se considera como anormal. (Hurtado P., 1998).

La ansiedad como síntoma puede estar implicada en diferentes síndromes y entidades nosológicas como por ejemplo: el síndrome ansioso, la neurosis de ansiedad, también puede estar formando parte de las características de personalidad de los sujetos (personalidades ansiosas), e independientemente de esto puede aparecer ansiedad en personas sometidas a tensión, a grandes cargas de trabajo, o a preocupaciones, y otros.

Sobre la base del conjunto de trabajos llevados a cabo por Grenet y Benavides (1988), publicados en la Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, ha sido sistematizada una demarcación de la ansiedad en tres de sus formas básicas de expresión:

1. **Ansiedad Personal.**- Que sobresale como una particularidad de la personalidad, como una predisposición o un rasgo.
2. **Ansiedad Situacional.**- Que se manifiesta como un estado temporal reactivo ante determinadas circunstancias estresantes.
3. **Ansiedad Patológica.**- Que se expresa como un síndrome especialmente en las enfermedades neuróticas.

Fisiología de la ansiedad.-

La ansiedad puede ser entendida a partir del funcionamiento total del organismo. Los síntomas que van asociados a la ansiedad responden a las funciones específicas de sistemas cognitivos, afectivos, conductuales y psicológicos, los que a su vez integran un sistema principal. Estos sistemas funcionan de manera aislada, por lo general sus operaciones están coordinadas e integradas al sistema principal.

El sistema principal responde a cierto tipo de objetivos como el de la preservación, los subsistemas responden a este mismo objetivo, trabajando de manera coordinada.

El organismo reacciona de diferente manera frente a estímulos diversos. En cualquier caso la información recibida del medio ambiente es evaluada selectivamente por el aparato cognitivo, el que además determina el tipo de respuesta que debe dar el organismo frente a dicho estímulo. Se establece una secuencia de señales de los subsistemas afectivos, conductuales y psicológicos.

En el caso de la ansiedad, el componente afectivo apresura la reacción intensificando el sentido de urgencia; el componente conductual se ocupa de los patrones de activación e inhibición; el componente psicológico se ocupa de la movilización somática. (Hurtado, 1998)

El cerebro puede producir efectos corporales producidos por estimulación psicológica de tres maneras:

1. Por transmisión de señales por el sistema nervioso vegetativo.-

Casi cualquier emoción puede afectar al sistema nervioso autónomo. Por ejemplo, la agitación muy intensa incrementará la excitabilidad del sistema activador reticular, y éste a su vez excitará la actividad simpática por todo el cuerpo. Por lo tanto, la estimulación simpática generalizada de los órganos es uno de los efectos psicósomáticos más comunes.

Muchas emociones como excitación, ansiedad o ira suelen descargar al sistema simpático en masa, lo que produce aumento notable de la presión arterial, palpitaciones cardíacas y escalofríos sobre la piel.

Los efectos psicológicos también estimulan a menudo a los centros parasimpáticos del hipotálamo. Lo hacen así las emociones como el pesar, depresión y letargo, todas ellas con efectos opuestos a los producidos por las que excitan al sistema simpático. En ocasiones, sin embargo, se estimulan simultáneamente ambos sistemas. El miedo, por ejemplo, puede producir estimulación simpática extrema que da por resultado elevación de la presión

arterial, y a la vez estimula al parasimpático para que ocurra actividad gastrointestinal intensa.

2. Por transmisión de señales hacia los músculos a través del área bulbo reticular.

El sistema reticular activador envía señales por la médula espinal, y desde ella directamente hacia los músculos. Por tanto, las mismas emociones que excitan al sistema simpático suelen incrementar al mismo tiempo el tono de los músculos del organismo. A veces el tono se vuelve tan intenso que produce temblor muscular, lo que explica por qué ciertas emociones culminan en verdadero estremecimiento.

Por otra parte, las emociones que estimulan normalmente al sistema parasimpático suelen disminuir la actividad de la formación bulbo reticular. Como resultado, el tono muscular disminuye a un nivel muy bajo, lo que explica la astenia muscular (debilidad muscular) que caracteriza a ciertos estados psíquicos.

3. Por regulación de ciertas glándulas endocrinas.

El sistema nervioso regula varias glándulas endocrinas por completo o parcialmente. Por ejemplo, el sistema nervioso simpático regula a la médula suprarrenal, y el hipotálamo lo hace con casi todas las actividades de la hipófisis. El hipotálamo logra esta regulación de la hipófisis anterior mediante secreción de sustancias neurosecretoras dentro de la masa del hipotálamo; estas se absorben a continuación hacia capilares locales, y pasan

por venas minúsculas desde el hipotálamo hacia la hipófisis anterior, sitio en el que se producen secreción de varias hormonas importantes: hormona del crecimiento, corticotropina, tirotropina, prolactina y gonadotropina. A su vez estas hormonas regulan el crecimiento, el metabolismo de las proteínas, el metabolismo global, la lactancia y la mayor parte de las funciones sexuales. Además, los núcleos supraópticos del hipotálamo regulan la secreción de hormona antidiurética; esta a su vez, regula el grado de retención de agua por el riñón.

Está claro, por tanto que pueden medirse muchos efectos psicossomáticos por las glándulas endocrinas.

Por ejemplo, los efectos psíquicos que estimulan manifiestamente el hipotálamo pueden producir hipertiroidismo. Las señales psíquicas también pueden afectar la producción de hormonas sexuales, y por tanto producir falta de ovulación, menstruación excesiva, disminución de la menstruación, esterilidad u otras anomalías sexuales (Guyton, 1987).

Síntomas de la ansiedad.-

Los síntomas comunes de la ansiedad de acuerdo a Sarason y Sarason (1996) pueden ser:

- |                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| - Nerviosismo, agitación  | - Tensión muscular |
| - Sensación de cansancio  | - Vértigo          |
| - Frecuencia de micción   | - Temblor          |
| - Palpitaciones cardíacas | - Sudoración       |

- Sensación de desmayo
- Dificultad para respirar
- Dificultad para concentrarse
- Aprensión
- Preocupación
- Insomnio
- Vigilancia

Ansiedad y parto.-

Aunque muchas veces pasa desapercibida, la ansiedad está presente en las futuras madres en grados diferentes durante el proceso de parto.

En el 3er. Trimestre de embarazo, la grávida se enfrenta con el evento culminante de la gestación: el parto.

En este tiempo surgen 3 ansiedades básicas:

- a) Miedo al dolor
- b) Miedo a la posibilidad de tener un hijo enfermo
- c) Miedo a morir en el parto

Con el miedo al dolor, la madre está expresando miedo por su desconocimiento. Con frecuencia, de acuerdo a su escolaridad, desconoce su aparato genital. Los cambios, sensaciones, síntomas no están claros, no conoce las causas ni sus efectos por lo tanto todos pueden ser percibidos como dañinos, más si se acompañan de sensaciones incómodas y dolorosas. (Vidal-Alarcón, 1986).

La asociación parto y dolor es muy habitual, inclusive en el equipo de salud. Esta asociación es tan característica que en muchos países se sustituye la denominación de contracciones por la de dolores. Así mismo, ya en la Sagrada Biblia, como en la literatura universal y en los medios de comunicación se ha

mantenido este concepto reforzando en la mujer la concepción de que el parto es una experiencia negativa.

Producto de esta influencia cultural y del desconocimiento de la mujer sobre el proceso reproductivo, se genera en ella un estado de temor, angustia y tensión. (Pérez- Sánchez, 1999).

El miedo al posible hijo con problemas de salud, o con malformaciones es universal y es otra causa de preocupación.

La ansiedad o miedo a morir en el parto es el temor a dejar una situación de seguridad y protección para introducirse en otra sobre la que se han tejido infinidad de fantasías. (Vidal-Alarcón, 1986).

El doctor Read y su escuela sostiene que conocer cómo sucede el embarazo, qué cambios fundamentales suceden, por qué y cómo es el parto, cuáles son sus periodos y cuáles sus mecanismos, van a coadyuvar a que el parto no resulte un fenómeno desconocido y parezca en cierta forma familiar.

Así mismo Barbero (1998), indica que debido a que el parto constituye una experiencia nueva para la paciente primigesta, puede llenarla de ansiedad y despertar temores naturales por lo que es necesaria una preparación para ese momento, saber todas las alternativas que conllevará, procedimientos, etc. La embarazada debe adquirir una actitud positiva que le permita colaborar con los profesionales logrando que el parto sea vivido como una experiencia feliz. Esto se logra conociendo y comprendiendo todas las posibles alternativas de su parto para que nada la sorprenda ni asuste (Barbero, 1998).

Tomando en cuenta estos aspectos la preparación emocional apropiada para el parto es muy importante, procura un trabajo de parto más fácil.

El saber más sobre un acontecimiento, en este caso sobre el parto, hace que la valoración del mismo sea considerada menos amenazante y acrecenta la sensación de control de la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

El miedo al parto es miedo a lo desconocido y sólo el conocimiento lo puede disipar.

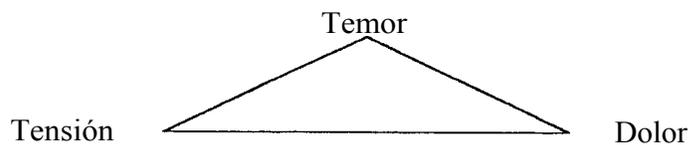
## 2. Triada Miedo — Tensión — Dolor.-

Después de examinar muchos casos, el ginecólogo inglés Grantly Dick Read indica que el temor provocado por la ignorancia, superstición e influencias negativas del medio confiere a la mujer una carga emocional negativa que intensifica la percepción de los estímulos dolorosos, lo cual provoca una respuesta mental y motriz de tensión perjudicial, pues ésta causa una perturbación en la dinámica del útero que se manifiesta clínicamente por una actividad anormal del cuello uterino y una prolongación del trabajo de parto. Read fue pionero en los procedimientos de atención a la gestante quien observó las diferencias individuales en el modo de afrontar el estrés del parto, así como las diferentes actitudes culturales hacia el mismo.

Read señala que según su experiencia el parto transcurre con mayor facilidad, más rápidamente y casi siempre con menos problemas o situaciones patológicas, en mujeres que casi instintivamente o de una forma aprendida viven dicha experiencia como algo natural y reaccionan ante los diferentes momentos del

parto de forma controlada, sin que el miedo a dicha situación aparezca y consiga romper el equilibrio que cuerpo y mente se mantienen en el individuo. Ese equilibrio puede sostenerse, bien por la total ignorancia de las características de un nuevo fenómeno, en cuyo caso no debe aparecer el temor puesto que el dolor o cualquier otra sensación de alarma no es esperable; o bien porque el fenómeno se conoce globalmente, se asocia a algo positivo y se reconoce como propio (Medrano, 2000)

El esquema establecido por Read dibuja un triángulo, un círculo vicioso donde el ángulo promotor es el temor, que origina después la tensión y esta se expresa orgánicamente en forma de dolor. El temor surge ante una situación que frecuentemente hemos asociado con el peligro o con el dolor.



El organismo reacciona de diferentes maneras ante los fenómenos que pueden implicar peligro, uno de ellos es el aumento de tensión tanto psíquica como física. Se sabe que la tensión mantenida en un músculo puede llegar a ser dolorosa. Si además esa tensión es apreciable e involuntaria, no controlable y se sospecha su continuidad, es probable que el temor que ya existía vaya exagerándose paulatinamente, por el dolor que representa.

Por otro lado, al contraerse simultáneamente todos los grupos musculares, su acción se antagoniza y contrarresta. De esta forma se anula el curso fisiológico del trabajo de parto, dando lugar al cansancio y al agotamiento no sólo de la

mujer sino también del útero. La fatiga física y mental aumenta la sensibilidad al dolor, favorece la desilusión y facilita la sugestión por la ansiedad (Medrano, 2000).

Read considera el temor a dar a luz como el punto de partida de todos los problemas que rodean al parto. Afirma que aunque una mujer sea perfectamente sana y su embarazo y parto totalmente normales, se produce el siguiente fenómeno:

Mujer tensa	cuello uterino tenso
Mujer relajada	cuello uterino relajado

Si se recuerda que el cuello uterino debe dilatarse para dejar pasar el producto, debe estar relajado y para esto la madre también debe relajarse.

### 3. Emoción.-

La emoción es una experiencia subjetiva. Al hablar de emoción nos referimos a una reacción afectiva que conlleva cambios psicossomáticos neurovegetativos y neuro-endocrino-metabólicos relacionados con el estímulo desencadenante de la reacción. No es un hecho aislado, ya que participan factores cognitivos, sentimentales, emotivos, neurofisiológicos y neuroquímicos. (Castañón Gómez, 1993).

En la emoción existe una interrelación psicossomática y cognitiva que genera una conducta.

La emoción es el resultado de las interpretaciones, de la importancia y el significado personal de una transacción, los juicios culturalmente determinados

de lo que es importante, deseable, perjudicial o ennoblecedor, influyen en la determinación de las emociones particulares.

Schachter (1971) ha formulado la teoría psicológica-cognitiva de las reacciones emocionales. Según este autor todo estímulo externo excita el sistema inespecífico de la activación, con lo cual surge a la vez en el organismo la necesidad de denominar y ordenar el nivel respectivo de activación. El sentimiento que surja en un nivel dado de activación dependerá de la interpretación cognitiva de la situación del estímulo. Si interpreto una situación como peligrosa, surgirá la ansiedad; si la interpreto como ayuda, surgirá la alegría. En ambos casos los fenómenos fisiológicos son los mismos. Así pues, los supuestos para el nacimiento de un sentimiento son un determinado nivel de excitación y la valoración subjetiva de la situación en armonía con el nivel respectivo de activación (Herrmann, 1982).

El componente cultural tiene una importancia principal en la vida emocional del individuo. Influye en la configuración de una reacción emocional, así como la forma en que se exprese o se domine, depende del significado y de la importancia que la cultura le otorgue. Debido a esta influencia es que existen diferencias culturales en la respuesta psicofisiológica y emocional (Castañón-Gomez, 1993).

La emoción suele identificarse por la conducta externa que la acompaña, y por los informes subjetivos acerca de lo que siente el individuo (Baron R, 1985)

### **Indicadores de la emoción.-**

Existen tres indicadores diferentes, que se utilizan con frecuencia para identificar la emoción expresada y el nivel de prevención y sentimiento que es experimentado. Estos son:

- a) Informes personales (hablar o escribir)
- b) Observación del comportamiento por parte de otro (gestos, expresiones faciales, movimientos).
- c) Evidencia de reacciones fisiológicas (cambios en el ritmo cardiaco, respiración agitada) que acompañan a la emoción.

### **Tipos fundamentales de emoción.-**

En general se acepta tres tipos básicos de emociones:

**Temor:** Puede ser visto como una respuesta a algún estímulo productor de sentimiento. Esta respuesta es provocada por alguna circunstancia que podría ser descrita como que asusta, impacta o alarma. A su vez, la respuesta de temor podría servir para motivar comportamientos de escape, ataque o pánico.

El estímulo productor de temor parece cambiar en importancia a medida que la persona crece.

**Ira:** La reacción emocional de ira puede variar de estar modestamente "disgustado" a agudamente encolerizado o furioso. Tales reacciones se provocan por estímulos desagradables o frustrantes. Como otras reacciones, estas pueden servir para iniciar respuestas adicionales, en forma de hostilidad, agresión o regresión.

Placer: Se extiende de simples reacciones de deleite o diversión a experiencias de éxtasis de amor. En general, las reacciones placenteras son generadas por la presencia de un estímulo favorable de aproximación a una meta. (Wittig A, 1986).

#### 4. Estrés.-

La teoría del estrés propuesta por Lázarus y Folkman en su libro *Estrés y Procesos Cognitivos*, constituye uno de los mejores planteamientos del tema.

Estos autores conceptúan el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

#### La evaluación **cognitiva**.-

La evaluación cognitiva es el proceso evaluativo realizado por el sujeto que determina por qué y hasta qué punto, una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y entorno resultan estresantes.

Este proceso de evaluación tiene determinadas características que median en sus reacciones, siendo por tanto esencial su consideración al intentar entender adecuadamente sus reacciones psicológicas.

La evaluación cognitiva es un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo: las reacciones emocionales y las conductas; es algo evaluativo, que hace referencia a las repercusiones y consecuencias, y que tiene lugar de forma continua durante todo estado de vigilia.

La evaluación cognitiva presenta diferencias individuales y grupales en cuanto a grado y clase de respuesta (sensibilidad y vulnerabilidad), la interpretación y reacción ante los diferentes acontecimientos no son los mismos.

Lázarus hace una distinción básica entre evaluación primaria y evaluación secundaria, diferenciando con ello los dos aspectos valorativos básicos de la evaluación.

a) La evaluación primaria está referida a la situación en relación al sujeto: si le perjudica o beneficia, ahora o en el futuro, determina lo que hay en juego; consideramos tres clases de evaluación primaria:

La irrelevante (situación no problemática).

La benigna positiva (situación positiva, que ayuda o que parece ayudar: alegría, amor felicidad)

La estresante, en esta última consideramos situaciones de daño/pérdida, amenaza y desafío: en daño/pérdida, el sujeto recibió un perjuicio (enfermedad, daño a la estima), en la amenaza hay una pérdida que no ha ocurrido pero que se prevee. En este caso se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas como miedo, ansiedad y mal humor.

El grado de amenaza que experimenta el sujeto depende en parte de su evaluación de los recursos de que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación y en parte de los condicionantes que limitan su aplicación. La amenaza extrema interfiere con los modos de

afrontamiento dirigido al problema, mediante sus efectos sobre el funcionamiento cognitivo y la capacidad de procesamiento de la información.

- b) La evaluación secundaria se refiere a las estrategias de afrontamiento, en ella se analiza lo que se puede hacer frente a una determinada situación; es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que puede hacer algo y de lo que está en juego. La evaluación secundaria es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva.

La evaluación primaria y la evaluación secundaria, son interdependientes, interaccionan entre sí, determinando el grado de estrés, la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional; esta interacción puede ser muy compleja.

- c) Factores que influyen en la evaluación **cognitiva**.-

Existen dos tipos de factores que influyen en la evaluación cognitiva. Unos provienen del individuo que son los compromisos y las creencias. Otros como la novedad, la incertidumbre, la ambigüedad, provienen del entorno. (Lazarus y Folkman, 1986).

Factores en el individuo.

Compromisos. Estos determinan qué es lo más sobresaliente para conservar el bienestar, de que modo entiende el sujeto la situación, poniendo en marcha reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento y cuales serán las bases para evaluar los resultados.

Creencias. Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. Son nociones preexistentes de la realidad que sirven de lente perceptual en la evaluación, determinan la visión de cómo son las cosas en el entorno y condicionan el entendimiento de su significado. Actúan a un nivel tácito por lo que no somos concientes de su influencia.

Las creencias negativas pueden disminuir el afrontamiento del problema. Pueden llevar a una evaluación de desesperanza que a su vez disminuye el afrontamiento. La creencia en un Dios castigador puede llevar al individuo a aceptar situaciones como un castigo y no hacer nada para manejar la situación. La creencia negativa sobre la propia capacidad para ejercer control sobre una situación o sobre la eficacia de una estrategia, puede disminuir la capacidad de afrontar los problemas.

Por ejemplo la percepción de ineficacia en la resolución de un problema irá acompañada de un grado importante de miedo anticipatorio, no hay percepción de control de la situación. La mayoría de las investigaciones sugieren que evaluar una situación como controlable reduce el estrés.

Creencias socioculturales.

Todas las sociedades están organizadas de cierta manera.

La cultura es la fuerza, realidad o principio genérico que singulariza al hombre. Es decir, la cultura modela al hombre de acuerdo con un diseño, imagen y estilo propios; es por eso que se reconoce cuando se ve a un ruso, iroqués, mexicano o a un inglés.

En su significado más general, cultura es el diseño de vida total sustentado por un pueblo. Es la forma de vida, la organización de ideas, creencias y de tecnologías.

La cultura es adquirida, se transmite a través de relaciones sociales. Además, la cultura es acumulativa. Crece con el tiempo, en la medida que cada generación agrega algo a su herencia cultural. La cultura evoluciona de acuerdo con las normas características de pensar, asociarse y producir herramientas y bienes que un pueblo tenga. Crece y se acumula a través de cada generación y guía las formas primarias de vida social.

Recuérdese que un sistema de ideas básicas y un sistema de normas, reglas y guías de conducta constituyen los dos componentes esenciales de la cultura.

En la dimensión ideacional, cada cultura genera valores, creencias y supuestos que no siempre se designan de forma explícita pero no obstante forman parte del entorno humano, son como un "inconciente cultural" que indica concepciones, comprensiones y valoraciones. Responde a las preguntas como: qué es la vida, el tiempo, la belleza, la muerte, los seres

humanos, las relaciones padre-hijo, hombre-mujer, "por qué he de hacer esto", la justicia, el bien y el mal.

El sistema cultural no sólo ciñe a la sociedad en una atmósfera de justificación ideacional y de valores, sino que también tiene importancia en la creación de un sistema de guías normativas que facilitan la interacción social.

Las normas son reglas, estándares, expectativas o guías que definen las situaciones sociales. Son pautas abstractas de una conducta específica situada en la mente del sujeto actuante, adquiridas de otros ; una vez interiorizadas, la pauta normativa se vuelve un componente del sujeto y crea un sentido de obligación de actuar de un modo socialmente aceptado.

Conforme el niño crece, interioriza expectativas normativas del grupo en su estructura psíquica en maduración, donde quedan como parte intrínseca de su personalidad.

En todas las sociedades, los niños están sujetos a una forma familiar básica y a valores paternos recurrentes que refuerzan al actor interno y su sentido de identidad propia. Estos valores que los padres de todo el mundo cuidadosa y continuamente refuerzan en sus hijos no son creencias idiosincrásicas o personales, sino que representan valores culturalmente aprobados, característicos de la sociedad, o un componente esencial de la misma.

La familia introduce al niño en el sistema circundante de expectativas normativas (Dobriner W, 1985).

Queda claro que mucho de la naturaleza humana, tal como la definimos, no es la evolución mecánica de poderosas fuerzas internas, sino que está moldeada por las expectativas de la comunidad humana, en cuanto a cómo debe comportarse la persona.

Factores del entorno.

La novedad de la situación: una situación nueva resulta estresante sólo si existe una asociación previa con el daño, el peligro. Una situación nueva es ambigua dependiendo de la claridad y significado que tenga para el sujeto.

La combinación de novedad e información inadecuada, genera una evaluación incorrecta.

La incertidumbre del acontecimiento: es cuando no se puede decidir una pauta de acción, es no saber si va a ocurrir o no un determinado suceso. A mayor incertidumbre se da menor adaptación.

La ambigüedad: se da cuando la información necesaria para la evaluación de una situación es insuficiente y poco clara, es la falta de claridad situacional. Siempre que hay ambigüedad, los factores dependientes del individuo determinan la comprensión de la situación. La ambigüedad puede ser amenazante, se la puede reducir con información, procesos deductivos o juicios arbitrarios.

En el caso de las madres primigestas, nulíparas, el parto es una situación novedosa y ambigua pues está asociada al sufrimiento y a una información

inadecuada pues está basada en los comentarios negativos de otras mujeres impregnados de nerviosismo, sufrimiento y exageración.

La información preparatoria a la paciente sobre lo que va a ocurrirle en estas circunstancias médicas dolorosas y estresantes influye en la evaluación. La información que resulta más beneficiosa puede ser información sobre la sensación que experimentará y la seguridad de los procedimientos.

#### Afrontamiento.-

Lázarus define el afrontamiento como un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales permanentemente cambiantes desarrollados para hacer frente a las demandas específicas internas y/o externas evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos.

El afrontamiento sirve para manipular o alterar el problema con el entorno (dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (dirigido a la emoción).

El modo de afrontamiento está determinado por los recursos que el individuo tiene, las creencias culturales, compromisos, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales, salud física.

#### 5. Técnicas de relajación.-

La relajación en sentido estricto hace referencia a un estado del organismo definible como ausencia de tensión o activación y que se manifiesta a tres niveles: fisiológico, conductual y subjetivo.

El nivel fisiológico incluye los cambios viscerales, somáticos y corticales (cambios en la tasa cardiaca, tensión muscular, ritmos electroencefalográficos, etc.). El nivel conductual incluye los actos externos directamente observables del organismo (inactividad, hiperactividad, lucha huida, expresiones corporales y faciales de tensión, etc.) El nivel subjetivo se refiere a la experiencia interna conciente del propio estado emocional o afectivo (sensación de malestar, aprensión, calma, tensión, etc.)

Las técnicas de relajación han sido utilizadas especialmente en aquellos problemas donde intervienen dificultades de eficiencia conductual debido a factores de ansiedad, siendo este factor el más común en problemas comportamentales.

Los pioneros en el campo, como Jacobson y Schultz, ya vislumbraron la enorme importancia que la tensión y los estados emocionales en general podían tener en la aparición y desarrollo de problemas médicos. Jacobson en sus primeros trabajos sobre la relajación progresiva, defendía su aplicación terapéutica a problemas tan diversos como el insomnio, el dolor crónico, la hipertensión, la ansiedad.

Entre las técnicas clásicas de relajación, la de Jacobson ocupa un lugar particularmente relevante al haber sido objeto de numerosas investigaciones y aplicaciones clínicas.

Sus supuestos básicos son los siguientes:

1. Pretender ser una técnica fisiológica centrada en la relajación de la musculatura esquelético-motora. La tensión se define específicamente como la activación y contracción de las fibras musculares esqueléticas mientras que la relajación se define como el proceso opuesto de desactivación y alargamiento de las fibras musculares.
2. El programa de entrenamiento se debe basar en la discriminación de las señales de tensión en los distintos músculos del cuerpo a través de ejercicios sistemáticos de tensión-relajación.
3. La relajación de la musculatura esquelético-motora conlleva automáticamente la relajación del sistema autónomo-vegetativo y la relajación del sistema nervioso central.
4. La relajación fisiológica produce efectos paralelos de relajación emocional (a través de sus efectos en el sistema nervioso vegetativo) y de relajación cognitiva (a través de sus efectos en el sistema nervioso central).

Las técnicas de relajación, se muestran de útil aplicación debido a su flexibilidad operativa, ausencia de contraindicaciones, adaptación a condiciones personales y de ambiente, junto a variadas posibilidades de control objetivo y registros de seguimiento científico. Permiten mayor independencia del terapeuta aunque el entrenamiento y aprendizaje inicial sea propuesto por un entendido. Se pretende lógicamente que el paciente asimile un modelo específico y que maneje su propio estrés con la ayuda de estas técnicas (Cautela y Groden, 1986).

## **6. Técnicas de respiración.-**

Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, de la depresión, irritabilidad, tensión muscular y fatiga.

Durante las experiencias estresantes es donde mejor se han identificado dificultades de respiración, muchas están ligadas al despliegue de los mecanismos de adaptación pero adquieren características especiales en pacientes ansiosos, depresivos y fóbicos.

Se utilizan en el tratamiento de la hiperventilación, respiración superficial.

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por estas.(Mars y Madrid, 2001)

La respiración es la base fundamental de toda técnica de relajación (Davis, Mckay, Eshelman, 1989).

La relajación puede potenciarse si se respira correctamente contribuyendo así a lograr el equilibrio hormonal y emocional, canalizar la energía, oxigenar todas las partes del organismo y eliminar los gases tóxicos que se generan en su proceso.

La respiración que permite obtener estos beneficios es la completa o profunda, que abarca las siguientes etapas:

- 1) Exhalar todo el aire acumulado contrayendo el abdomen.

2) Inspirar hasta llenar de aire el abdomen inflándolo, continuar completando la zona media hinchando el pecho y las costillas, pasando luego a la parte superior, dirigiendo el aire hacia los hombros.

3) Retener el aire durante un período 4 veces superior al que tardó la inspiración, para asegurar la adecuada oxigenación de todas las células del organismo.

4) Exhalar totalmente para eliminar las toxinas, en un período 2 veces mayor al que se tardó durante la inspiración y comenzando desde la zona abdominal.

Es conveniente respirar por la nariz sin dividir el proceso en 3 partes. El aprendizaje de esta técnica puede ayudar para controlar los estados de ánimo.

Por ejemplo la retención inspira valentía y la palabra espíritu deriva de spiro (yo respiro).

Las técnicas de respiración en el proceso de parto ayudan a la mujer a relajarse y a aliviar el dolor de las contracciones. Respirar correctamente también beneficia al bebé puesto que aumenta el aporte de oxígeno durante las contracciones.

La respiración abdominal o del diafragma puede utilizarse para aliviar las contracciones más intensas durante la fase de dilatación del cuello uterino.

La respiración costal inferior o jadeo ayuda a controlar las ganas de pujar en la fase de dilatación.

En la fase expulsiva se recomienda realizar dos o tres inspiraciones profundas y cortas. Aguantar la respiración mientras contrae los músculos abdominales, a continuación relajar los músculos y expulsar el aire.

La respiración lenta y profunda es sinónimo de calma y placidez, produce la carga energética que el organismo requiere, permite el adecuado funcionamiento de los pulmones, la llegada del oxígeno a todas las células del cuerpo disminuye la fatiga y aumenta la resistencia, genera un verdadero masaje de los pulmones, del corazón y del cerebro.(Mars y Madrid, 2001)

#### 7. Situación hospitalaria.-

Todo paciente al ser hospitalizado, sea cual fuere su problema, se encuentra en una situación de dependencia por su enfermedad, tiene un contacto con el personal hospitalario muy poco afectivo e impersonal.

Cuando el paciente es ingresado en un hospital, se encuentra en un ambiente extraño. Está asustado y lleno de aprensiones por su condición de enfermo. Se siente amenazado, pero desconoce el origen y el tipo de amenaza. No sabe casi nada de lo que sucederá en el hospital. Mucho de lo que le pueda ocurrir depende de las pruebas que se le hagan, que naturalmente tampoco conoce. De este modo la ansiedad y otras respuestas como la sensación de desamparo y vulnerabilidad se ven potenciadas desde el momento del ingreso en el hospital por la ignorancia, por el "no saber qué va a pasar" (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

En el caso de la atención del parto, aunque no es una enfermedad, existen sensaciones similares haciendo que el trabajo de parto sea tenso y confuso. Los procedimientos rutinarios suelen ser invasivos y de por sí impactan y atemorizan a la paciente.

Tradicionalmente en los hospitales las parturientas son a menudo aisladas en las salas de parto donde ocurre la dilatación, rodeadas de personas desconocidas en quienes deben confiar su vida y con una total falta de intimidad pues las partes más íntimas de su cuerpo deben ser observadas y tocadas para la atención del parto.

Simultáneamente la paciente estará sufriendo dolores periódicos que aumentan en intensidad y frecuencia. Estas horas en el hospital acrecentan el miedo y la tensión emocional aumenta.

Esta modalidad de atención hospitalaria del parto crea conflicto, principalmente en la población migrante del campo a las ciudades que tienen creencias y costumbres distintas y emplean métodos diferentes a los hospitalarios para dar a luz.

En el contexto rural el parto es atendido preferentemente por una mujer, que es la partera o comadrona de confianza de la comunidad. Se realiza en un medio familiar en compañía del marido o la suegra. Así mismo algunas mujeres prefieren la privacidad y aislamiento en el parto ya que indican que la presencia de otra gente les da miedo y creen que si son interrumpidas la "wawa" se vuelve a entrar. (Arnold y Yapita, 1996)

Por todo lo antes mencionado es conveniente que la madre conozca previamente al personal obstétrico que la atenderá en el parto, los ambientes **los** procedimientos hospitalarios para lograr confianza en el medio. (Benson, 1977)

Hay una evidencia creciente de que un tratamiento más humano beneficia a la madre, al niño y al padre. Entornos agradables y la presencia del padre en el momento del parto, pueden favorecer el desarrollo de los procesos naturales del nacimiento, reducir la ansiedad y facilitar el parto. (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

En este sentido en el hospital Sótero del Río, en un servicio de salud pública ubicado en la zona sur del Gran Santiago más de 30 futuras mamás fueron llevadas a un espacio creado especialmente para las fases de trabajo de parto.

En este ambiente había música para relajarse por completo, una mecedora gigante para arrullarse, y otros elementos. Esta idea nace al tratar de incorporar el concepto de autocuidado en las madres y dejar de lado la atención hospitalaria tradicional donde la madre pasa a depender de otros y es tratada como una enferma, siendo ella la protagonista del parto. (Peña, 2001).

#### 8. Apoyo social.-

Hay datos en favor de que el apoyo psicosocial en la situación hospitalaria disminuye los efectos negativos de las condiciones estresantes del paciente.

El apoyo social se describe como la comodidad, asistencia y/o información que se recibe a través de los contactos formales o informales con individuos o grupos. Estas se traducen en cantidad de amigos, afectividad, confianza, dotación de material, información, etc.

El personal de salud también puede constituirse como un recurso de apoyo social brindando información, sobre la naturaleza del problema, posibles

difundidas, son desconocidas para la mayoría de las madres, sus coberturas son pequeñas y por ende su incidencia es menor.

Una de ellas es La Casa del Sol, que funciona desde 1992 apoyando a las madres con el uso de técnicas del yoga.

Otra institución era la Maternidad 18 de Mayo dependiente de la Caja Nacional de Salud (CNS), pero debido a cambios a nivel administrativo, así como la limitación de infraestructura y medios dejó de prestar estos servicios.

Otra instancia en nuestra ciudad es el Hospital de la Mujer donde se realiza actividades relacionadas con este tema desde 1990, pero con muchas limitaciones de espacio, ya que no cuenta con un ambiente adecuado ni medios para lograr sus objetivos. Existe también limitación de personal puesto que es una sola la persona encargada y no logra atender a todas las madres que requieren su ayuda. Por otro lado se encuentra la inconstancia de las madres en la asistencia a las sesiones puesto que sólo van a una y ya no regresan a las subsiguientes.

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA

Como ya se mencionó anteriormente, procesos fisiológicos naturales como el trabajo de parto pueden ser influenciados por variables psicológicas debido a evaluaciones cognitivas inadecuadas del sujeto ante su entorno, ya sea por el desconocimiento o por asociación al sufrimiento y daño. Sin embargo estos factores pueden ser disminuidos.

#### PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. Existe una relación importante entre los síntomas de ansiedad y el desarrollo del trabajo de parto ?
2. La preparación previa de las pacientes primigestas para el parto logrará disminuir la aparición de síntomas de ansiedad ?
3. Las creencias como factores cognitivos influyen en la aparición de síntomas de ansiedad ?
4. El uso de técnicas de respiración y relajación progresiva mejorará el desarrollo del trabajo de parto ?

El presente estudio parte de la siguiente hipótesis de investigación:

## **HIPÓTESIS**

H1. Si se aplica un Programa de Preparación para el Parto, entonces disminuirá el nivel de ansiedad y mejorará el trabajo de parto eutócico intra hospitalario.

H0. El Programa de Preparación para el Parto no influye en los niveles de ansiedad ni mejora el trabajo de parto eutócico intra hospitalario.

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **Variable independiente:**

El Programa de Preparación para el Parto

### **Variables dependientes:**

Niveles de ansiedad

Desarrollo del trabajo de parto eutócico intra hospitalario

### **Variable mediacional:**

Creencias culturales y personales sobre el parto eutócico intra hospitalario

## **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

### **1. Programa de Preparación para el Parto.-**

En el presente estudio; la variable independiente consiste en la aplicación de un programa psico-educativo el cual tiene la finalidad de disminuir los síntomas de ansiedad y mejorar el trabajo de parto.

El presente programa está basado en las propuestas realizadas por Schwarcz y colaboradores (1998) y Cartagena-Cianelly 1999 (en Perez-Sanchez).

Consta de 4 áreas de intervención:

a) Psico-educación sobre la maternidad, embarazo y parto.-

Constituye una reeducación orientada a desvirtuar creencias y concepciones equivocadas que pueden estar presentes en las gestantes favoreciendo la aparición de síntomas de ansiedad y promover una actitud más positiva ante el parto. Se utiliza una metodología participativa, activo directiva.

b) Preparación en técnicas de respiración y relajación progresiva.-

Son métodos terapéuticos que ayudan a reducir o eliminar las reacciones totales del organismo ante situaciones de estrés.

La relajación hace referencia a un estado del organismo definible como ausencia de tensión o activación manifestada a nivel fisiológico, conductual y subjetivo. (Cautela y Groden, 1986).

La técnica de Jacobson consiste en relajar a la persona de una forma progresiva, haciendo que la misma se percate de los diferentes grados de tensión. La persona es relajada por sectores y por grupos musculares por lo que se llama relajación progresiva.

Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, tensión muscular, fatiga. Son la base de toda técnica de relajación (Davis y Mckay, 1989).

c) Información sobre anatomía y fisiología del parto.-

Consiste en brindar conocimientos básicos sobre todos los aspectos relacionados con el desarrollo del parto (órganos participantes, cambios,

funciones, procesos, sensaciones, síntomas, etc.) a través de la explicación didáctica de los mismos utilizando esquemas y cuadros.

Esta información se proporciona con el fin de que la paciente conozca los signos y síntomas normales del parto de antemano y su aparición no la alarme ni la sorprenda.

**d) Información sobre procedimientos en la atención intra hospitalaria.-**

Son conocimientos relacionados con la filiación, trámites, descripción de los ambientes, el personal que atenderá a las pacientes durante su estancia en el hospital, y sobre todo, información sobre los procedimientos médicos utilizados.

**2. Niveles de ansiedad.-**

Una de las variables dependientes constituye el nivel de ansiedad presente durante el parto. Para la presente investigación se considera como un estado emocional caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión y por la actividad intensificada del sistema nervioso autónomo, que responde a una situación o acontecimiento específico. (Spielberger en Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Para la medición de esta variable, se considerará la Escala de Ansiedad de Hamilton que expresa el nivel de ansiedad, donde un puntaje menor a 9 corresponde a una ansiedad baja o nula; puntajes entre 9 y 17 corresponden a un nivel moderado y más de 17 se considera una ansiedad elevada.

### **3. Desarrollo del trabajo de parto.-**

El trabajo de parto se define como el conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. (Schwarcz, 1998).

Los aspectos registrados son:

- Dilatación de cuello uterino medida en cm por hora.
- Borramiento del cuello uterino medido en porcentaje por hora
- Duración de las contracciones uterinas expresada en seg.
- Frecuencia de las contracciones expresada en el número de contracciones en 10 min.

Un progreso satisfactorio en el primer período del trabajo de parto según Mathai, Sanghvi y colaboradores (2000), se traduce en:

- Contracciones regulares de frecuencia y duración que aumentan progresivamente.
- Una tasa de dilatación de cuello uterino de al menos 1 cm por hora en la fase activa.

La medición de esta variable se realizará mediante el registro de trabajo de parto basado en el Partograma utilizado en el Hospital La Paz, reconocido por la OMS/OPS y el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología).

### **4. Creencias personales sobre el parto.-**

Constituye la variable mediacional de la investigación. Resulta esencial su consideración para intentar entender las reacciones psicológicas presentes en la situación de parto intra hospitalario.

Se pueden conceptualizar como configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. Son nociones preexistentes de la realidad y sirven como lente perceptual de la evaluación del entorno, condicionan el entendimiento de su significado, (Lazarus y Folkman, 1986).

Para conocer las creencias de los sujetos se utilizará un cuestionario de preguntas abiertas, de esta forma se obtendrán las ideas, temores, conductas y demandas relacionadas con el parto intra hospitalario. Luego se realizará la clasificación y descripción de los datos.

#### DEFINICIÓN DEL TIPO DE ESTUDIO

Los estudios correlacionales miden el grado de relación entre dos o más variables que se pretenden estudiar, si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. Proporcionan las bases para predecir el comportamiento de una o más variables teniendo el valor de la otra que está correlacionada. (Hernández, Fernández, Baptista, 1991)

Por esta razón el presente estudio es de carácter correlacional ya que se quiere establecer la relación entre la aplicación del Programa de Preparación para el Parto, los niveles de ansiedad y el desarrollo del trabajo de parto eutócico intra hospitalario.

#### TIPO DE DISEÑO

El tipo de diseño de esta investigación corresponde al experimental con post prueba y Grupo Control.

Se llevará a cabo en escenarios naturales.

Se utilizará la comparación de grupos así como la aleatorización en la selección de la muestra con la finalidad de minimizar los efectos de las fuentes de invalidez interna. (Hernández, Fernández, Baptista, 1991).

El diseño puede diagramarse como sigue:

RG I	X	01
RG2		02

La intervención realizada al Grupo Experimental consiste en la aplicación del Programa de Preparación para el Parto.

## SUJETOS

Para la presente investigación se escogerán 60 sujetos con los siguientes criterios de selección:

- Mujeres en edad fértil
- Edades comprendidas entre 15 y 30 años de edad.
- Nulíparas (que nunca tuvieron partos)
- En 3er. Trimestre de embarazo.
- Que realicen su control Pre natal en consulta externa del Hospital La Paz (pacientes ambulatorias).

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Patología incapacitante severa orgánica.
- Trastorno mental severo.
- Operación cesárea

Con estos criterios se conforma el Grupo Experimental y el Grupo Control, cada grupo compuesto por 30 sujetos. La asignación de los participantes a los grupos se realiza al azar (de manera aleatoria).

#### AMBIENTE

El presente estudio se llevará a cabo en la ciudad de La Paz, el registro de los datos se llevará a cabo en dependencias del Hospital La Paz, ubicado en la zona 14 de Septiembre. Cuenta con los servicios de Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, y Ginecología-Obstetricia entre los más importantes. Ha sido catalogado como un hospital de 2do. Nivel de atención.

La aplicación de las técnicas, así como la aplicación de los diferentes instrumentos se llevarán a cabo en estas mismas dependencias, en las salas de Maternidad, Pre partos, y en el área de Consulta Externa de Ginecología.

#### TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Entre las técnicas utilizadas en el estudio se encuentran:

Técnicas de Respiración y Relajación Progresiva.-

La respiración constituye un apoyo fundamental para la relajación de la paciente. Esta técnica se orienta a disminuir la ansiedad, la fatiga y favorece la distensión muscular (Cautela y Groden, 1986).

Las técnicas de relajación son en general métodos terapéuticos que ayudan a reducir o eliminar las reacciones emocionales excesivas. Es una destreza aprendida que requiere esfuerzo y práctica.

La relajación progresiva propuesta por Jacobson consiste en relajar a la persona de una forma progresiva, por sectores y grupos musculares, haciendo que la misma se percate de los diferentes grados de tensión.

**Cuestionario de creencias.-**

Es un instrumento creado para la presente investigación con el objeto de obtener información sobre las principales creencias que generan síntomas de ansiedad en las gestantes nulíparas frente al parto.

Consta de 17 preguntas abiertas que son contestadas por las pacientes a modo de entrevista.

**- Escala de Ansiedad de Hamilton.-**

Es un instrumento que evalúa el nivel de ansiedad.

Considera tres grados: Leve o nulo, Moderado y Elevado nivel de ansiedad.

Consta de 15 ítems, cada uno de los cuales contiene cinco alternativas de respuesta sobre la intensidad del síntoma explorado.

No existente = 0 puntos

Ligero = 1 punto

Moderado = 2 puntos

Marcado = 3 puntos

Muy marcado = 4 puntos

Para evaluar los resultados de la Escala se suman los puntajes de acuerdo a las respuestas.

Esta Escala se aplicará dentro del período de dilatación y borramiento del cuello uterino en el trabajo de parto.

Registro del desarrollo del trabajo de parto.-

Otro de los instrumentos elaborados para la presente investigación es el Registro de Desarrollo del Parto basado en el Partograma utilizado en el Hospital La Paz.

Permite obtener datos para la medición del trabajo de parto. Entre estos datos se encuentran la frecuencia y duración de las contracciones uterinas, dilatación y borramiento del cuello uterino.

Con estos datos se deduce un trabajo de parto satisfactorio o no durante su proceso.

## PROCEDIMIENTO

1. Selección de sujetos.

En la primera parte, se escogerán los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente.

2. Asignación de sujetos a los grupos Experimental y Control (GE y GC).

Los grupos Experimental y Control serán conformados por 30 sujetos en cada uno. La asignación se realizará al azar.

3. Aplicación del Programa de Preparación para el Parto.

El Grupo Experimental participará del Programa de Preparación para el Parto, asistiendo a las siete sesiones previstas para este efecto.

4. Administrar la Escala de Ansiedad.

El instrumento para medir la ansiedad tanto en el Grupo Experimental como en el Grupo Control será la Escala de Ansiedad de Hamilton, la cual se aplicará a los sujetos durante la fase de dilatación y borramiento del trabajo de parto.

5. Registrar el desarrollo del trabajo de parto.

Se realizará el registro del desarrollo del trabajo de parto en el instrumento preparado para este efecto.

6. Comparar datos de ambos grupos.

Finalmente una vez obtenidos los resultados de ambos instrumentos, se realizará la comparación de los mismos que evidenciará la correlación de las variables medidas.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados obtenidos de la presente investigación son los siguientes.

En cuanto a los datos sociodemográficos de las pacientes se puede indicar que el mayor porcentaje de sujetos, tanto en el Grupo Experimental (50%) como en el Grupo Control (43.33%), se encuentra entre los 15 y 20 años de edad.

En relación al estado civil, los datos muestran que un 50% en el Grupo Experimental y un 46.66% en el Grupo Control son mujeres que constituyen una unión estable.

Tabla 1  
COMPARACIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS  
PORCENTAJE DE SUJETOS POR EDAD Y ESTADO CIVIL  
GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
Edad	%	E..Civil.	%	Edad	%	E. Civil.	%
15-20	50.00	Casada	26.66	15-20	43.33	Casada	33.33
21-25	40.00	Soltera	23.33	21-25	36.66	Soltera	26.66
26-30	10.00	Unión E	50.00	26-30	13.33	Unión E	46.66
31-35	0.00	Otro	0.00	31-35	6.66	Otro	0.00

En la Tabla 2 se describen los datos sociodemográficos relacionados con el grado de instrucción y la zona de vivienda de las participantes. En cuanto al grado de instrucción el mayor porcentaje está en el nivel medio, habiendo culminado el bachillerato humanístico (43.33% para el Grupo Experimental y 56.70% para el Grupo Control) . Así mismo existe un porcentaje importante de sujetos que cursan

una carrera universitaria (33.33% para el Grupo Experimental y 23.33% para el Grupo Control)

La mayoría de las pacientes, tanto del Grupo Experimental como del Grupo Control, con porcentajes entre 80 y 86.70% respectivamente, procede de barrios urbano populares comprendidos en el Distrito 1 de la Red de Atención en Salud. Esto quiere decir que proceden de zonas circundantes al Hospital La Paz.

**Tabla 2**  
COMPARACIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS  
PORCENTAJE DE SUJETOS  
POR GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ZONA DE VIVIENDA  
GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
G.Instr.	%	Zona V.	%	G.Instr.	%	Zona V.	%
Primaria	10.00	Urb.Pop.	80.00	Primaria	3.33	Urb.Pop.	86.70
Secund	43.33	Residenc	10.00	Secund	56.70	Residenc	3.33
Técnico	13.33	Rural	10.00	Técnico	13.33	Rural	10.00
Univers	33.33	Otro	0.00	Univers	23.33	Otro	0.00

La medición de la variable ansiedad se realizó durante la fase de dilatación y borramiento del trabajo de parto, tanto en el Grupo Experimental como en el Grupo Control.

El promedio de puntajes obtenido por el Grupo Control es de 24.23, con una desviación de 2.71 en relación al promedio. Este resultado sitúa al Grupo Control dentro del rango de ansiedad Elevada según la Escala de Hamilton. En cambio el Grupo Experimental, ha obtenido un promedio de 14.93 y una desviación de 2.03 con relación al promedio, lo que indica que los puntajes de este Grupo se han

mantenido en los rangos de Ansiedad Moderada, que es menor a la presentada por el Grupo Control. (Tabla 3)

**Tabla 3**  
COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DE PUNTAJES DE ANSIEDAD  
GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

GRUPO	Promedio	Desviación Estándar	Nivel de significancia
Experimental	14.93	2.03	0.01
Control	24.23	2.71	

Realizando la prueba de Diferencia de Medias (promedios), con un nivel de significancia de 0.01, se puede afirmar que la ansiedad media del Grupo Experimental es significativamente menor que la ansiedad media del Grupo Control, con una varianza de 0.98.

Calculando:

$$Z = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2 - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$Z = \frac{14.93 - 24.23 - (0 - 0)}{\sqrt{\frac{2.03^2}{1} + \frac{2.71^2}{2}}} = \frac{-9.3}{\sqrt{4.1209 + 3.1905}} = \frac{-9.3}{\sqrt{7.3114}} = \frac{-9.3}{2.7038} = -3.439$$

$-3.439 < -Z_{0.995} = -2.58$  entonces, se rechaza la  $H_0$ . Y se acepta la  $H_1$ .

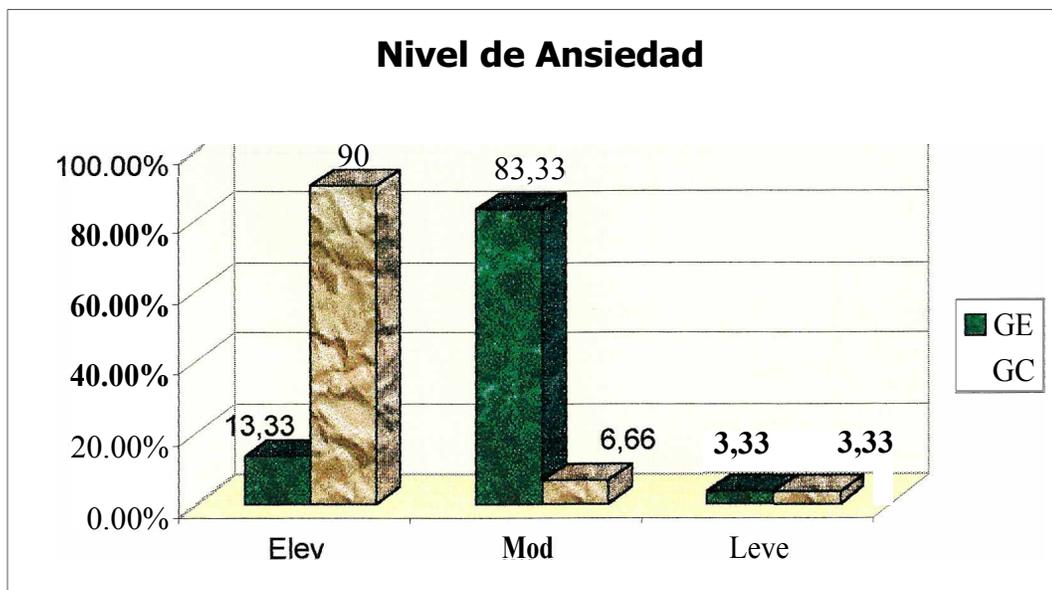
En relación al nivel de ansiedad, se evidencia que el 90% de las participantes del Grupo Control ha obtenido puntajes contemplados dentro del rango de Ansiedad Elevada durante el trabajo de parto. En cambio en el Grupo Experimental se

muestra que sólo un 13.33% de pacientes ha logrado puntajes dentro de este rango de ansiedad . El 83.33% se sujetos de este Grupo, se encuentra en el nivel de Ansiedad Moderada, como se aprecia en la Tabla 4 y el Cuadro 1.

**Tabla 4**  
**COMPARACIÓN DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PORCENTAJES**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**

Nivel de ansiedad	G. Experimental	G. Control
Elevada > 17	13.33%	90.00%
Moderada 9 a 17	83.33%	6.66%
Leve < de 9	3.33%	3.33%

**Cuadro 1**  
**COMPARACIÓN DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PORCENTAJES**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**



La Tabla 5 muestra el porcentaje de sujetos de ambos grupos de investigación y su ubicación en el grado de intensidad por síntoma que plantea la Escala de Hamilton.

**Tabla 5**  
COMPARACIÓN DE GRADOS DE ANSIEDAD POR SÍNTOMA  
EXPRESADO EN PORCENTAJE DE PARTICIPANTES  
GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

Grado	No existente		Ligera		Moderada		Marcada	
	GE %	GC %	GE %	GC %	GE %	GC %	GE %	GC %
Anim. Ansioso	0	0	63.33	36.66	36.66	46.66	0	16.66
Tensión	3.33	0	56.66	6.66	36.66	63.33	3.33	30.00
Temor	3.33	3.33	66.66	26.66	30.00	60.00	0	10.00
Insomnio	43.33	13.33	53.33	50.00	3.33	30.00	0	6.66
S Intelectuales	53.33	13.33	46.66	56.66	0	26.66	0	3.33
A Deprimido	70.00	20.00	20.00	40.00	10.00	33.33	0	6.66
S Musculares	60.00	0	40.00	13.33	0	66.66	0	20.00
S Sensoriales	46.66	0	46.66	50.00	6.66	40.00	0	10.00
Cardiovascular	13.33	0	76.66	36.66	10.00	63.33	0	0
Respiratorios	13.33	3.33	53.33	36.66	33.33	53.33	0	6.66
Gastrointestin	20.00	16.66	76.66	53.33	3.33	30.00	0	0
Genitourinario	43.33	36.66	56.66	56.66	0	6.66	0	0
Autónomo	0	0	76.66	0	23.33	86.66	0	13.33
C General	0	0	73.33	6.66	23.33	83.33	3.33	10.00
C Fisiológico	0	0	66.66	10.00	33.33	90.00	0	0

Estos resultados muestran que los porcentajes más elevados de participantes del Grupo Experimental (mayores a 50%), se han situado en las categorías de No Existente y Ligera intensidad en los ítems valorados por la Escala de Hamilton. En el rango de Moderada intensidad se presentan porcentajes que oscilan entre 20 a 30%.

En el caso del Grupo Control los porcentajes más elevados (mayores a 50%) se encuentran en el rango de Moderada intensidad, presentando también porcentajes dentro de una Ligera y Marcada intensidad del síntoma.

De los 15 ítems que componen la Escala de Hamilton, las participantes del Grupo Control consideraron que los síntomas de Estado de Animo Ansioso (46.66%), Tensión (63.33%), Temor (60%), tenían una intensidad Moderada así como los síntomas Musculares (66.66%), Cardiovasculares (63.33%), Respiratorios (53.33%) Vegetativos (86.66%), de Comportamiento General (83.66%) y Comportamiento Fisiológico (90.00%) durante la entrevista.

En el caso del Grupo Experimental, estos mismos síntomas menos los referidos a molestias musculares, disminuyeron a una intensidad Leve. El porcentaje de participantes en los ítems Concentración y Memoria (53.33%), Humor Depresivo (70.00%) y Musculares (60.00%) bajaron a una intensidad Inexistente. Los síntomas Gastrointestinales, Genitourinarios y de Insomnio, no sufrieron modificaciones en relación al Grupo Control manteniéndose en un nivel Ligero. Estos datos evidencian que el Grupo Experimental presenta una intensidad de síntoma menor a la del Grupo Control.

El registro del desarrollo del trabajo de parto, que constituye otra variable dependiente, contiene cuatro ítems que son: Frecuencia y duración de contracciones por un lado y Dilatación y borramiento de cuello uterino por otro.

El promedio de puntajes obtenido por el Grupo Control es de 1.97, con una desviación de 1.88 en relación al promedio. Este resultado sitúa al Grupo Control

dentro del rango inferior al de regular trabajo de parto. En cambio el Grupo Experimental, ha obtenido un promedio de 2.57, y una desviación de 1.97 con relación al promedio, lo que indica que los puntajes de este Grupo se encuentran en el rango de regular trabajo de parto con una tendencia a mejorar. (Tabla 6)

**Tabla 6**  
COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DEL TRABAJO DE PARTO  
GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

GRUPO	Promedio	Desviación Estándar	Nivel de significancia
Experimental	2.57	1.97	0.01
Control	1.97	1.88	

Realizando la prueba de Diferencia de Medias (promedios), con un nivel de significancia de 0.01, se puede afirmar que el trabajo de parto medio del Grupo Experimental es significativamente mejor que el trabajo de parto medio del Grupo Control, con una varianza de 0.75

Calculando:

$$Z = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2 - a}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}} = \frac{2.57 - 1.97 - 0}{\sqrt{\frac{1.97^2}{2} + \frac{1.88^2}{2}}} = \frac{0.60}{\sqrt{0.97025 + 1.7432}} = \frac{0.60}{\sqrt{2.71345}} = \frac{0.60}{1.6472} = 0.364$$

0.364 < 2.58 entonces, se rechaza la Ho. Y se acepta la H1 .

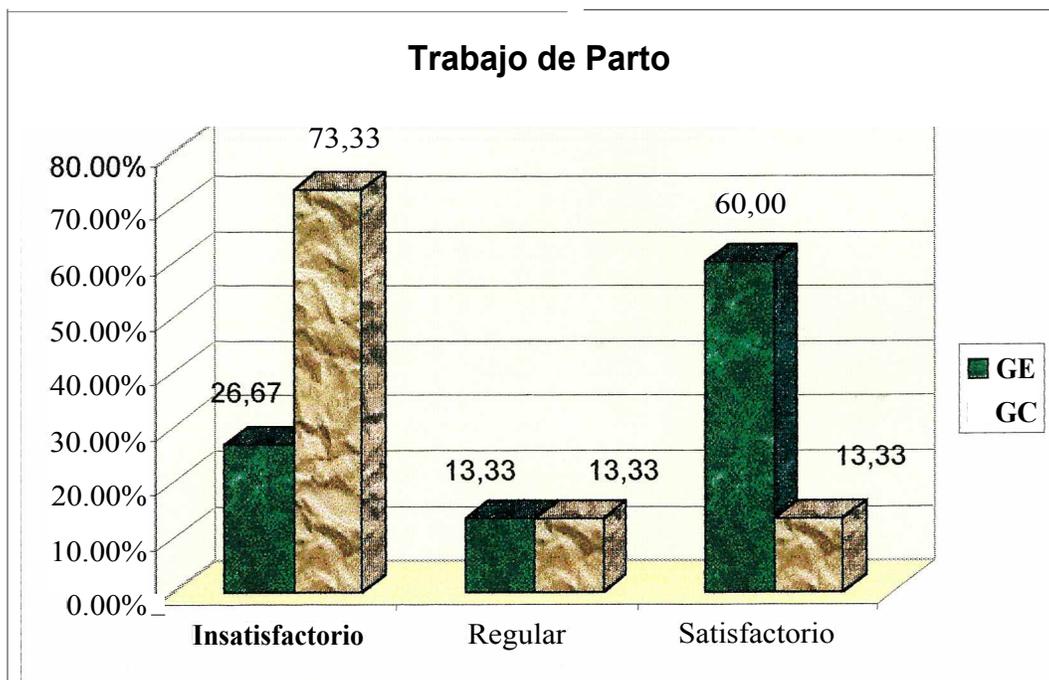
Los resultados muestran que el 60% de la participantes del Grupo Experimental logró un desarrollo de trabajo de parto satisfactorio en relación al porcentaje de

pacientes del Grupo Control que es sólo de 13.33%. El mayor porcentaje en este Grupo de 73.33% se encuentra en los rangos de un deficiente trabajo de parto.

**Tabla 7**  
**COMPARACIÓN DE RESULTADOS EN PORCENTAJES**  
**DEL TRABAJO DE PARTO**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**

Trabajo de parto	G. Experimental	G. Control
Satisfactorio 3 p	60.00%	13.33%
Regular 2 p	13.33%	13.33%
Deficiente 1 p	26.67%	73.33%

**Cuadro 2**  
**COMPARACIÓN DE RESULTADOS**  
**PORCENTAJES OBTENIDOS EN EL TRABAJO DE PARTO**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**



En la Tabla 8 se puede ver que en el rango de Buena frecuencia de contracciones, el Grupo Experimental ha obtenido un 56.70% en relación al 10.00% del Grupo Control. En cuanto a la duración de las contracciones el Grupo Experimental obtuvo un 33.33% frente al 20.00% del Grupo Control; así mismo en la dilatación del cuello uterino un 63.30% del Grupo Experimental obtuvo una buena dilatación en relación al 20.00% del Grupo Control.

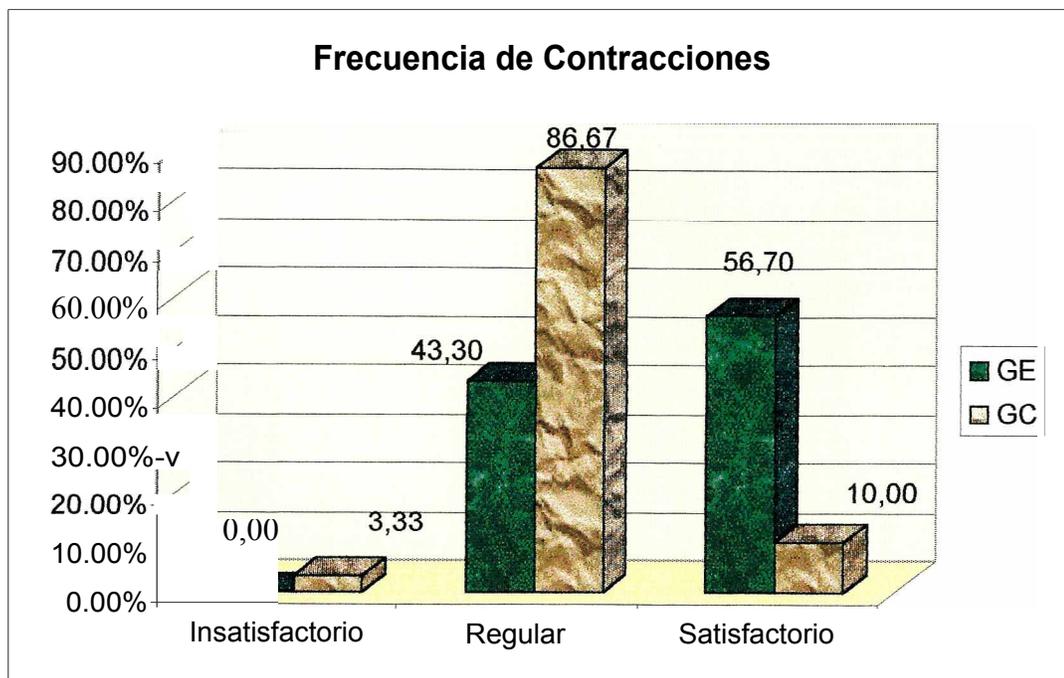
También el borramiento del cuello uterino en el Grupo Experimental fue bueno en un 56.67% frente a un 13.33% del Grupo Control.

**Tabla 8**  
**COMPARACIÓN DE RESULTADOS PORCENTUALES**  
**INDICADORES DEL DESARROLLO DEL TRABAJO DE PARTO**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**

Indicadores	T. de Parto	G Experim	G. Control
Frecuencia de Contracciones Uterinas	Mala	0.00%	3.33%
	Regular	43.30%	86.67%
	Buena	56.70%	10.00%
Duración de Contracciones Uterinas	Mala	0.00%	10.00%
	Regular	66.67%	70.00%
	Buena	33.33%	20.00%
Dilatación de Cuello Uterino	Mala	6.67%	23.30%
	Regular	30.00%	56.67%
	Buena	63.30%	20.00%
Borramiento De cuello Uterino	Malo	6.67%	23.33%
	Regular	36.67%	63.33%
	Bueno	56.67	13.33%

En el Cuadro 3 se puede apreciar que el Grupo Experimental ha logrado un mayor porcentaje en relación al Grupo Control en la categoría de Buena frecuencia de contracciones.

**Cuadro 3**  
**COMPARACIÓN DE PORCENTAJES**  
**FRECUENCIA DE CONTRACCIONES UTERINAS**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**



Realizando la prueba de Diferencia de Medias (promedios), con un nivel de significancia de 0.01, se puede afirmar que la Frecuencia de contracciones media del Grupo Experimental es significativamente mejor que la Frecuencia media del Grupo Control, con una varianza de 0.11.

Calculando:

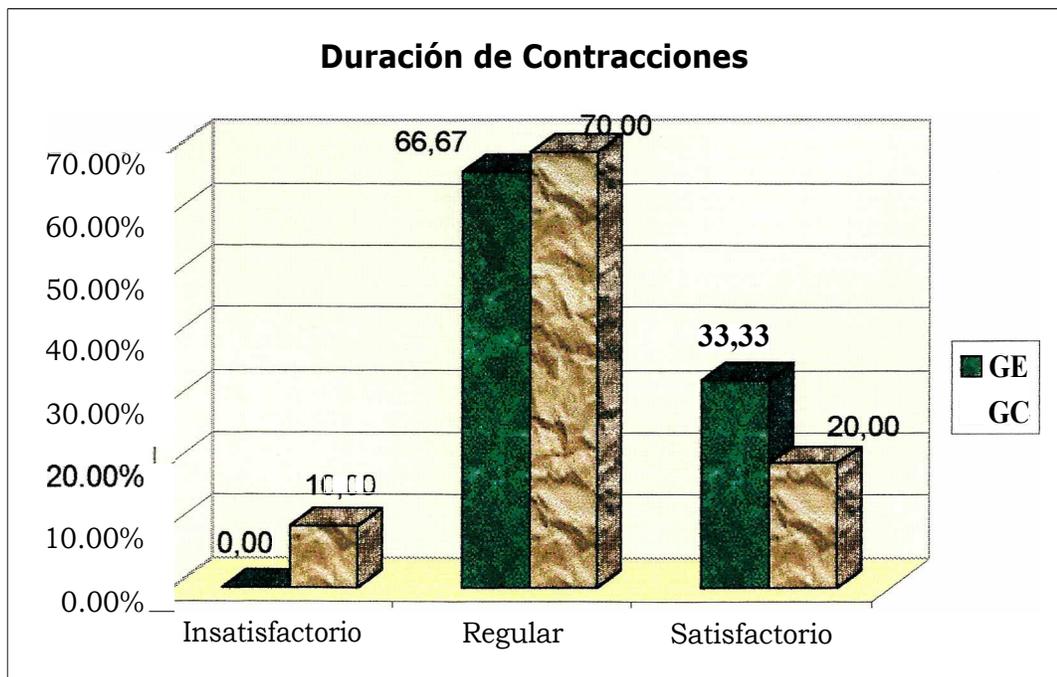
$$\frac{dx - dno}{dx} = Z \frac{a}{2} \quad \frac{dx - dno}{dx} = Z 1 \frac{a}{2}$$

$$\frac{-0.5 - 0}{0.11} = 4.55 \quad ; \quad Z \frac{0.01}{2} = Z 0.005 = -2.58$$

- 4.55 < - 2.58 entonces, se rechaza la Ho. Y se acepta la H1.

En cuanto a la duración de las contracciones, el Grupo Experimental obtuvo un 33.33% de pacientes que mostraron una mayor duración de las contracciones en relación al Grupo Control. (Cuadro 4)

**Cuadro 4**  
COMPARACIÓN DE PORCENTAJES  
DURACION DE CONTRACCIONES UTERINAS  
GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL



Realizando la prueba de Diferencia de Medias, con un nivel de significancia de 0.01, se puede afirmar que la duración de contracciones media del Grupo Experimental es significativamente mayor que la duración media del Grupo Control, con una varianza de 0.13.

Calculando:

$$\frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}} = Z$$

$$\frac{-0.57 - 0}{\frac{0.13}{\sqrt{2}}} = -4.38 ; \quad Z_{0.005} = -2.58$$

- 4.38 < - 2.58 entonces, se rechaza la Ho. Y se acepta la H1.

Otro de los indicadores de trabajo de parto es la dilatación del cuello uterino que transcurre a medida que avanza el trabajo de parto. El Grupo Experimental registró una buena dilatación en un 63% superando al Grupo Control en más de 20 puntos. (Cuadro 5)

Esto quiere decir que la mayoría de las participantes del Grupo Experimental avanzaron en la dilatación del cuello uterino un cm por hora.

Realizando la prueba de Diferencia de Medias, con un nivel de significancia de 0.01, se puede afirmar que la dilatación de cuello uterino media del Grupo

Experimental es significativamente mayor que la dilatación media del Grupo Control, con una varianza de 0.16.

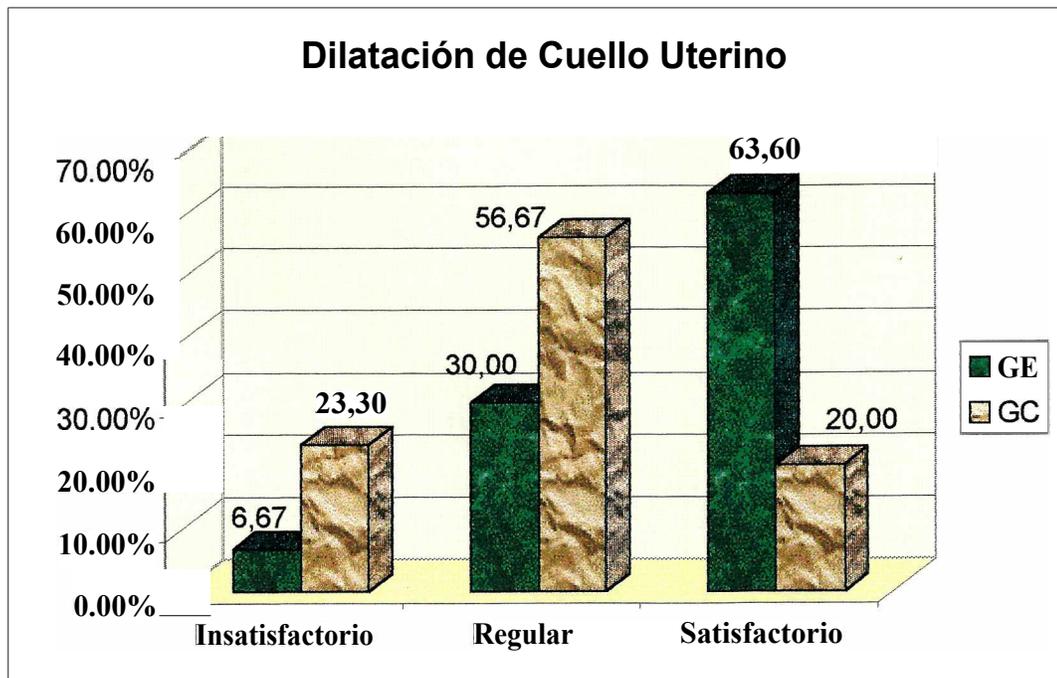
Calculando:

$$Z = \frac{\bar{dx} - dno}{\frac{dx}{2}} = Z 1$$

$$\frac{-1.60 - 0}{\frac{0.01}{2}} = Z 0.005 = -2.58$$

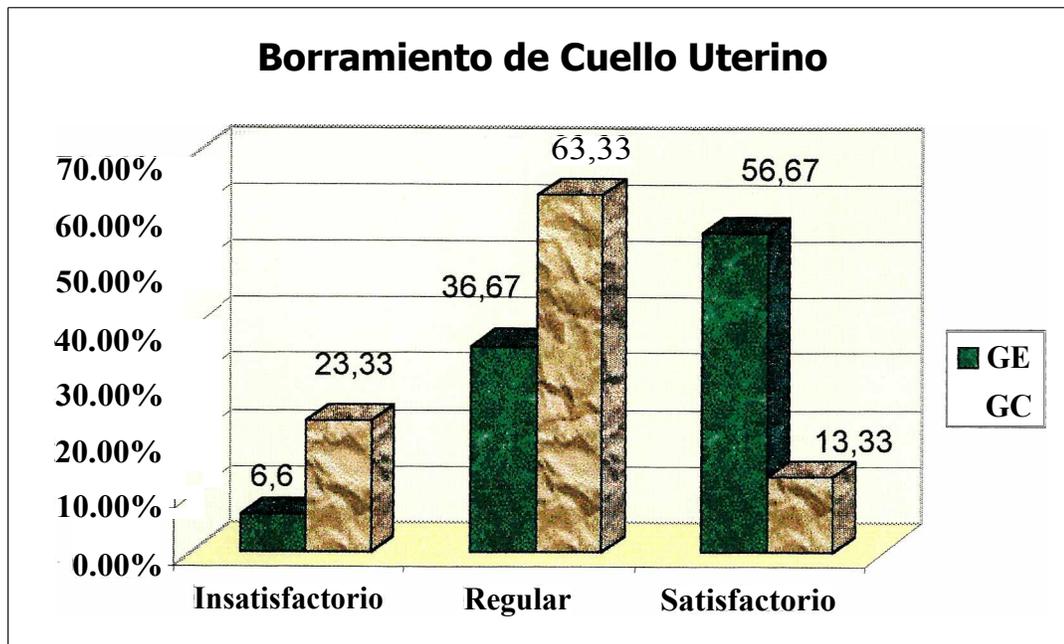
- 10.00 < - 2.58 entonces, se rechaza la Ho. Y se acepta la H1.

**Cuadro 5**  
**COMPARACIÓN DE PORCENTAJES**  
**DILATACIÓN DE CUELLO UTERINO**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**



En cuanto al borramiento del cuello uterino existe un mayor porcentaje de participantes del Grupo Experimental que lograron un borramiento adecuado (56.67%). En el Grupo Control sólo el 13.33% mostró un borramiento adecuado.

**Cuadro 6**  
**COMPARACIÓN DE PORCENTAJES**  
**BORRAMIENTO DE CUELLO UTERINO**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**



Realizando la prueba de Diferencia de Medias, con un nivel de significancia de 0.01, se puede afirmar que el borramiento de cuello uterino medio del Grupo Experimental es significativamente mayor que el borramiento medio del Grupo Control, con una varianza de 0.16.

Calculando:

$$Z = \frac{dx - dno}{dx} \cdot \frac{a}{2}$$

$$Z = \frac{-0.16 - 0}{0.16} \cdot \frac{3.75}{2} = -3.75$$

$$Z = \frac{0.01}{0.005} = 2$$

- 3.75 < - 2.58 entonces, se rechaza la Ho. Y se acepta la H1.

En general se puede indicar que una mayor proporción de participantes del Grupo Experimental desarrolló un trabajo de parto satisfactorio en relación al porcentaje de participantes del Grupo Control.

A partir de los resultado descritos anteriormente se puede indicar que el Programa de Preparación para el Parto ha logrado disminuir el nivel de ansiedad como lo muestra el Cuadro 1 y mejorar el trabajo de parto (Cuadro 2) en las participantes del Grupo Experimental.

Para verificar la relación entre la aplicación del Programa de Preparación, la variable ansiedad y el desarrollo del trabajo de parto, se aplicó a los resultados la prueba de Chi Cuadrado que proporcionó los siguientes datos para la frecuencia de contracciones.

**Tabla 9**  
**CORRELACION POR CHI CUADRADO**  
**DE PORCENTAJES OBTENIDOS EN**  
**ANSIEDAD Y FRECUENCIA DE CONTRACCIONES**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**

FRECUENCIA DE CONTRACCIONES						
Nivel de significancia de 0.03						
ESTADIGRAFO	Chi Cuadrado = 15.14			Chi Cuadrado = 30.26		
GRUPO	Experimental %			Control %		
ANSIEDAD	Mala	Regular	Buena	Mala	Regular	Buena
Elevada		3.33		80.00		3.33
Moderada		40.00	43.33		6.66	10.00
Leve			13.33			

La Tabla 9 indica que el Grupo Experimental presenta una regular y buena frecuencia de contracciones en un 40 y 43.33% respectivamente al tener un moderado nivel de ansiedad. El Grupo Control presenta una mala frecuencia de contracciones en un 80% al tener una ansiedad elevada.

En la Tabla 10 se indica que el Grupo Experimental presenta una regular y buena duración de contracciones en un 30 y 53.33% respectivamente al tener un moderado nivel de ansiedad. El Grupo control presenta una mala duración de contracciones en un 70% al tener una ansiedad elevada.

**Tabla 10**  
CORRELACION POR CHI CUADRADO DE PORCENTAJES  
OBTENIDOS EN  
ANSIEDAD Y DURACION DE CONTRACCIONES  
GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

DURACIÓN DE CONTRACCIONES						
Nivel de significancia de 0.05						
ESTADIGRAFO	Chi Cuadrado = 14.74			Chi Cuadrado = 30.00		
GRUPO	Experimental %			Control %		
ANSIEDAD	Mala	Regular	Buena	Mala	Regular	Buena
Elevada		3.33		70.00		3.33
Moderada		30.00	53.33		20.00	
Leve			13.33		6.66	

**Tabla 11**  
CORRELACION POR CHI CUADRADO DE PORCENTAJES  
OBTENIDOS EN  
ANSIEDAD Y DILATACION DE CUELLO UTERINO  
GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

DILATACIÓN DE CUELLO UTERINO						
Nivel de significancia de 0.03						
ESTADIGRAFO	Chi Cuadrado = 16.93			Chi Cuadrado = 10.95		
GRUPO	Experimental %			Control %		
ANSIEDAD	Mala	Regular	Buena	Mala	Regular	Buena
Elevada	3.33			56.66		13.33
Moderada	3.33	30.00	50.00	6.66	20.00	
Leve			13.33			3.33

La Tabla 11 indica que el Grupo Experimental presenta una regular y buena duración de contracciones en un 30 y 50% respectivamente, al tener un moderado nivel de ansiedad.

El Grupo Control presenta una mala dilatación de cuello uterino en un 56.66% al tener una ansiedad elevada.

**Tabla 12**  
**CORRELACION POR CHI CUADRADO DE PORCENTAJES**  
**OBTENIDOS EN**  
**ANSIEDAD Y BORRAMIENTO DE CUELLO UTERINO**  
**GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL**

BORRAMIENTO DE CUELLO UTERINO						
ESTADIGRAFO	Nivel de significancia de 0.01					
	Chi Cuadrado = 17.79			Chi Cuadrado = 10.95		
GRUPO	Experimental %			Control %		
ANSIEDAD	Mala	Regular	Buena	Mala	Regular	Buena
Elevada	3.33			63.33		13.33
Moderada	3.33	36.66	43.33	6.66	13.33	
Leve			13.33			3.33

La Tabla 12 indica que el Grupo Experimental presenta un regular y buen borramiento de cuello uterino en un 36.66% y 43.33% respectivamente al tener un moderado nivel de ansiedad. El Grupo Control presenta un mal borramiento de cuello uterino en un 63.33% al tener una ansiedad elevada.

De esta forma se puede afirmar que existe una influencia significativa en la variación de las variables ansiedad y trabajo de parto en función a la presencia o ausencia del Programa de Preparación (Variable Independiente), que se evidencia al comparar los resultados del Grupo Experimental el cual tuvo la preparación y del Grupo Control que no tuvo preparación.

Así mismo se evidencia la existencia de una relación inversamente proporcional entre el nivel de ansiedad y el trabajo de parto puesto que proporciones superiores

del Grupo Experimental mejoraron sus condiciones de trabajo de parto al bajar su ansiedad.

En cuanto a la variable mediacional del presente estudio se aplicó un cuestionario a modo de entrevista para obtener información sobre las principales creencias y concepciones que generan en las gestantes preocupaciones, emociones y conductas desfavorables relacionadas con el parto.

Las Tablas 13, 14, 15 y 16 , muestran la relación de las creencias presentes en las participantes de este estudio.

**Tabla 13**  
RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS  
DETALLE DE LAS IDEAS EXPRESADAS EN PORCENTAJES

Aspecto	Creencias	%
Creencias sobre el parto	Es doloroso	48.53%
	Hay mucho sufrimiento	8.82%
	Es horrible, es difícil	7.35%
	Es una enfermedad, no sabe contestar	7.35%
	Es riesgoso	5.88%
	Es doloroso y lindo	4.41%
	Es fácil, la madre se agota	1.47%
Creencias sobre la atención hospitalaria	Atienden las complicaciones	42.65%
	Recibirá atención y cuidados	22.06%
	Recibirá medicinas para el dolor	14.71%
	Recibirá maltrato	14.71%
	Recibirá instrucciones	5.88%
Creencias sobre las causas de dolor en el parto	Desconoce	35.29%
	El bebé se acomoda	16.28%
	El cuerpo de la madre se abre	22.06%
	El bebé es muy grande	13.24%
	Duele porque va a nacer	11.76%
	Dios así lo quiso	5.88%

En lo que se refiere a las creencias sobre el parto, un alto porcentaje (48.53%) considera que el parto es un hecho muy doloroso.

Entre las expresiones utilizadas para denotar el excesivo dolor se encuentran que el parto "es lo peor del mundo", "que el dolor hace dar miedo" , "el dolor hace que pierdan la conciencia", "hace que enloquezcan".

En segundo lugar, con un porcentaje de 8.82% se encuentra la creencia de que el parto es un sufrimiento a modo de castigo para las mujeres. Otras participantes con un porcentaje de 7.35% , consideran que el parto es horrible, difícil, es como una enfermedad.

Dentro de las concepciones expresadas también se encuentra la idea de que el parto es algo riesgoso (5.88%), consideran que en el parto "la madre se descadera", o inclusive "la madre puede morirse".

Otro grupo considera que aunque el parto sea doloroso es lindo debido a la llegada de un nuevo ser (4.41%). En último lugar se encuentra la idea de que en el parto la mujer se agota y debe ser muy bien alimentada, tanto durante el embarazo como después del parto. (Tabla 13).

Con respecto a las creencias relacionadas con el parto intra hospitalario, se evidencia que el mayor porcentaje de 42.65% considera que éste es más seguro por la disponibilidad de personal y recursos que tiene el hospital para la atención de las complicaciones, en caso de que las hubiera. Un 22.06% considera que en el hospital recibirá los cuidados y atención adecuados para el parto. Aunque un 14.71% de sujetos considera que existe maltrato a las pacientes por el personal de

salud. Indican que "las enfermeras son muy jetonas", "no atienden bien", "bien feo riñen".

En lo que se refiere a las creencias sobre las causas de dolor en el parto se puede advertir que el mayor porcentaje (35.29%) desconoce las causas precisas del dolor en el parto. Otras concepciones expuestas por las participantes como ser que "el cuerpo de la madre se abre" (22.06%), "duele porque el bebé se acomoda" (16.28%), "duele porque el bebé es muy grande en relación al canal del parto" (13.24%) están relacionadas pero son imprecisas.

**Tabla 14**  
RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS  
DETALLE DE LAS IDEAS EXPRESADAS EN PORCENTAJES

Aspecto	Creencias	%
Creencias sobre la ayuda que puede dar la mujer en el parto	Obedecer lo que diga el médico	27.94%
	Pujar	27.94%
	Tranquilizarse	22.06%
	No sabe qué hará	16.18%
	Ser fuerte	5.88%
Sensaciones ante el parto	Sensación de miedo	45.14%
	Nerviosismo	18.05%
	Felicidad	16.67%
	Dolor	11.11%
	Incertidumbre	2.78%
Preocupaciones ante el parto	El dolor	40.85%
	Complicaciones	32.66%
	No saber qué hacer	12.41%
	No poder lograrlo	9.49%
	Cesárea	7.30%

En lo que se refiere a las creencias sobre la ayuda que puede prestar la mujer en el parto, un porcentaje de 27.94% considera que debe obedecer en todo lo que diga

el personal de salud, adoptando una actitud pasiva ante el proceso. Con un porcentaje similar se encuentra la idea de que la mujer debe pujar para ayudar en el parto. Pero esta actitud es apropiada sólo en la fase expulsiva del parto ya que antes no es beneficiosa.

La idea de que el tranquilizarse contribuiría al mejor desarrollo del trabajo de parto fue expuesta por un 22.06% de las participantes. Un 16.18% no sabe qué hará para ayudar en su parto. Y por último un 5.88% piensa que debe ser fuerte para ayudar al nacimiento de su bebé.

Con respecto a las sensaciones percibidas, la mayoría de las participantes, con un porcentaje de 45.14% siente miedo ante el parto (Tabla 14).

En segundo lugar, con un porcentaje de 18.05%, las pacientes reconocen que sienten nerviosismo al imaginar ese momento. Un tercer grupo (16.67%) siente felicidad por el nacimiento de su hijo o hija.

Otras respuestas fueron la sensación de dolor con un 11.11%, y la incertidumbre con un 2.78%.

Entre los resultados obtenidos con el cuestionario se puede indicar que la mayor preocupación que presentan las participantes ante el parto es por el dolor que sentirán en esos momentos expresada por un 40.85% (Tabla 14).

La segunda preocupación (32.66%) se refiere a las complicaciones en el parto y la tercera se refiere al hecho de no saber qué hacer en esos momentos con un porcentaje de 12.41%. Otras respuestas expresaron la preocupación de no poder

dar a luz y que el parto se prolongue demasiado con un 9.49% o que surja alguna complicación y sea necesaria una operación cesárea (7.30%).

**Tabla 15**  
**RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS**  
**DETALLE DE LAS IDEAS EXPRESADAS EN PORCENTAJES**

Aspecto	Creencias	
Causas de miedo en el parto	Dolor	48.68%
	Complicaciones	19.20%
	Salud del producto	12.20%
	Maltrato hospitalario, novedad	8.28%
Conducta ante el parto	No sabe qué hacer	25.86%
	Busca ayuda	23.28%
	Ser fuerte	14.65%
	Nerviosismo	12.93%
	Ir al hospital	12.14%
	Asustarse	8.12%
Conocimientos sobre la fisiología del parto	Desconoce	69.23%
	Conoce un poco	21.15%
	Conoce	9.62%
Búsqueda de inf. sobre el parto	Busca información sobre el parto	22.86%
	No busca información	77.14%

Entre los miedos reconocidos, un 48.68% de las gestantes indican que el mayor miedo es al dolor, seguido de un miedo a las complicaciones en el parto con un 19.20%.

En tercer lugar está el miedo a que el recién nacido tenga alguna anomalía, malformación o problema de salud con un 12.20%. Otras causas de miedo son el

maltrato por parte del personal de salud, y lo novedoso del parto con un 8.28% en ambos casos.

En cuanto a las conductas que presentarían en esos momentos un 25.86% indica que no sabría que hacer, otro grupo de 23.28% lo primero que haría es buscar ayuda, ya sea de un familiar, o personas conocidas. Otras pacientes que constituyen un 14.65% pensarían en ser fuertes para afrontar el parto. Un 12.93% reconoce que mostraría nerviosismo ante el parto (Tabla 15).

Con referencia a los conocimientos sobre la fisiología del parto, los signos, los síntomas normales, un 69.23% de las participantes los desconoce. No puede explicar de modo general lo que sucederá en su cuerpo durante el proceso de parto. Otro grupo con un 21.15% tiene ideas poco claras de lo que sucederá en su organismo en el desarrollo del parto. Sólo un 9.62% tiene una información clara del tema.

Sin embargo el desconocimiento tan elevado que se evidencia en la Tabla anterior no ha llevado a las pacientes a la búsqueda de mayor información, como se aprecia en la Tabla 15.

Del total de paciente sólo un 22.86% ha buscado información bibliográfica sobre el tema, el restante 77.14% ha permanecido sin buscar información.

**Tabla 16**  
**RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS**  
**DETALLE DE LAS IDEAS EXPRESADAS EN PORCENTAJES**

Aspecto	Creencias	%
Fuentes de información	Familiares	57.25%
	Amigas o conocidas	34.05%
	Otros	8.70%
Demandas de la paciente ante el parto	Apoyo	38.39%
	Seguridad	13.13%
	Confianza	11.11%
	Recibir información	11.11%
	Que sea rápido	6.06%
Conocimientos sobre la internación hospitalaria	No sabe qué sucederá	47.92%
	Esperar	21.88%
	Recibir atención	18.75%
	Nerviosismo	7.29%
	Sabe qué pasará en la internación	4.16%

Las fuentes de información preferidas por las pacientes primigestas son los familiares con un 57.25%, las amigas y mujeres conocidas. (34.05%), no así las fuentes bibliográficas.

En cuanto a las demandas que las mujeres tienen en ese momento, un porcentaje de 38.39%, indica que necesita apoyo, ya sea por parte de la pareja o de la madre; un 13.13% ha expresado que quisiera sentirse segura. Un tercer grupo con un porcentaje de 11.11% desea tener confianza y también quisiera que le proporcionen información sobre el proceso.

Estas respuestas reflejan el sentido de vulnerabilidad o inseguridad que sienten las participantes ante el parto como indican Rodríguez y Zurriaga (1997).

En lo que se refiere a la internación hospitalaria, un 47.92% de pacientes desconoce lo que sucederá en la internación hospitalaria, otro grupo con un porcentaje de 21.88% supone que debe esperar solamente. Un tercer grupo (18.75%) indica que recibirá atención médica. Sólo un pequeño porcentaje de 4.16%, tiene una idea clara de lo que sucederá durante la internación hospitalaria (Tabla 16).

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES

La presente investigación permite concluir lo siguiente:

Los resultados muestran que las pacientes que fueron preparadas previamente para el parto (Grupo Experimental), lograron las expectativas esperadas de la investigación.

En primer lugar se evidencia que el Grupo Experimental presentó niveles de ansiedad menores a los obtenidos por el Grupo Control. De los 15 items que componen la Escala de Hamilton, el Grupo Experimental presentó una importante disminución en la intensidad de los síntomas, en relación al Grupo Control.

Por lo tanto podemos decir que con la aplicación del Programa de Preparación realizada a las pacientes del Grupo Experimental, se ha logrado que los niveles de la variable dependiente ansiedad presenten una notable disminución en relación al Grupo Control.

Con referencia a la segunda variable dependiente, los resultados muestran que las pacientes del Grupo que recibió la preparación, presentan condiciones de trabajo de parto más satisfactorias en los cuatro items de medición, a los obtenidos por el Grupo Control.

De esta manera se puede concluir que la intervención realizada con el Programa de Preparación para el Parto, ha logrado que los niveles de ansiedad sean significativamente más bajos durante este proceso y ha contribuido positivamente

en el desarrollo satisfactorio del mismo, confirmando así la hipótesis de investigación (H1) y rechazando la hipótesis nula (H0).

A partir de estos resultados se puede indicar también que el Programa de Preparación para el Parto ha cumplido su objetivo general de disminuir los síntomas de ansiedad y mejorar el trabajo de parto, lo que se evidencia en la diferencia de los resultados del Grupo Experimental en relación al Grupo Control. En este sentido se establece que la principal relación encontrada en el estudio es que la preparación previa para el parto tiene una influencia importante en la presencia de síntomas de ansiedad y en la calidad del desarrollo del parto, resultados que apoyan los estudios de Cartagena y Cianelly (1999), Barbero (1998), Ricci y Gadea (1998).

Los resultados de las pacientes que no recibieron preparación muestran ansiedad elevada en mayor porcentaje y un trabajo de parto insatisfactorio, expresado en la mayor duración del proceso. A partir de estos datos, se puede establecer que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de ansiedad y el desarrollo del trabajo de parto en las pacientes.

Debido a que la situación de parto para las mujeres primigestas constituye un evento novedoso, desconocido, relacionado con múltiples concepciones provenientes de su entorno, muchas veces relacionadas con un daño potencial, podemos decir que resulta importante brindar información psicoeducativa previa a las gestantes, con contenidos teóricos informativos relacionados con la anatomía y fisiología de la mujer durante la gestación y el trabajo de parto, para situar a las

pacientes en un contexto real sobre el tema, contribuyendo a que los síntomas, sensaciones y procedimientos que son normales fueran reconocidos y tomados de esta manera y no como signos de alarma o peligro.

En cuanto a los contenidos relacionados con la situación hospitalaria, al ser conocidos previamente por las participantes, favorecieron su desenvolvimiento e interacción con el personal de salud pues conocían de antemano la hermenéutica administrativa, los procedimientos médicos que se efectuarían y los motivos por los cuales se realizarían, disminuyendo así la sensación de amenaza, miedo, confirmando los hallazgos de Read, Rodríguez y Zurriaga. (1997).

La información otorgada a las participantes contribuyó a clarificar la situación de parto, favoreciendo la sensación de control y de seguridad en sí mismas, importantes para disminuir la evaluación amenazante y coadyuvar al mejor manejo de la situación, como indican Lazarus y Folkman (1986).

De esta forma se logró que el desarrollo del trabajo de parto no se considere una situación desconocida y amenazante, que genera miedo e intranquilidad, confirmando la propuesta de autores como Read, Benson, Cartagena y Cianelly, Barbero, Schwarcz y otros.

La aplicación del presente Programa de Preparación para el Parto, ha permitido abordar aquellos factores como la novedad, la desinformación, las creencias que pueden influir en la aparición de síntomas de ansiedad y por ende, en un trabajo de parto insatisfactorio.

El brindar información permite a las pacientes realizar una nueva evaluación de la situación de parto, la cual genera cambios en las esferas emocionales y conductuales puesto que se encuentran interrelacionadas.

La inclusión de técnicas de respiración y relajación dentro del Programa permitió una intervención a nivel fisiológico, conductual y subjetivo. La relajación fisiológica produce efectos paralelos en la relajación emocional y cognitiva, interviniendo en el sistema nervioso vegetativo y central, importante para el logro de una buena dinámica uterina en el trabajo de parto (Read 1990). Así mismo la relajación de la musculatura esquelético motora conlleva automáticamente a la relajación del sistema autónomo vegetativo, como lo indica Cautela y Groden (1986).

Las técnicas de respiración complementan la relajación. Estas han logrado coadyuvar en el desarrollo del trabajo de parto pues, se constituyeron en una práctica efectiva ante las sensaciones incómodas que producen las contracciones uterinas. Con estas técnicas además se logró atenuar el estado de sobre activación fisiológica presente en esos momentos por el proceso mismo del trabajo de parto.

En cuanto a las creencias personales y socioculturales presentes en las pacientes del estudio, se considera importante su identificación, para enfocar el programa de intervención en concordancia a nuestro medio sociocultural, puesto que como variables mediacionales, influyen en la evaluación cognitiva del parto y en la conducta que se presenta en esa situación.

Resulta importante tomar en cuenta estos factores, no por la frecuencia sino por el contenido muchas veces sobredimensionado y no apegado a la realidad.

Las creencias referidas al parto tales como "es lo peor del mundo" o que "la madre se descadera en el parto" o que "el parto es un sufrimiento", han condicionado un marco de referencia negativo, asociado a un daño potencial, lo cual favorece una evaluación amenazante del parto. Si bien existe un riesgo de muerte y complicaciones en el parto, se explicó que este disminuye al ser atendido en un centro hospitalario, dando así confianza a las pacientes.

En relación al dolor, la mayoría desconoce su causa real o tiene ideas imprecisas del mismo, se identificaron expresiones teológicas, culpígenas ante las cuales fue necesaria una explicación, para lograr en las pacientes una percepción real del proceso.

En cuanto a las percepciones sobre la atención hospitalaria, las pacientes consideran que dar a luz en un hospital es más seguro en caso de complicaciones en el parto, esta idea es muy positiva y debe apoyarse puesto que expresa la toma de conciencia frente a los riesgos que supone un parto domiciliario, coadyuva al incremento de las coberturas de atención hospitalaria y a la disminución de la mortalidad perinatal.

Respecto al rol de la paciente en el parto se evidencia la poca presencia de esquemas de afrontamiento adecuados a la situación, posiblemente determinado por el marcado desconocimiento de las pacientes sobre este proceso, expresado en las respuestas al cuestionario.

Esta desinformación resulta preocupante, más aún si se toma en cuenta que las pacientes no han buscado información bibliográfica o en otros medios más especializados, limitándose a las referencias de los familiares y conocidos como fuentes principales de información. Esto demuestra que no hay un esfuerzo personal de afrontamiento a la situación, deduciéndose una actitud pasiva y en espera de ayuda exterior.

Esta falta de información real, conlleva además, a la generación de explicaciones personales imprecisas, y favorecen la sensación de incertidumbre y amenaza ante la situación de parto, por lo cual sería importante realizar un trabajo de equipo incrementando la comunicación con las pacientes sobre su situación en el parto.

La aplicación del programa psicoeducativo permitió cambiar la actitud negativa de las participantes ante el parto, desvirtuando ideaciones exageradas o erróneas con la información real, reduciendo así el grado de amenaza, aumentando la confianza en sí mismas, proporcionando esquemas de acción adecuados para que de esta manera, las pacientes puedan enfrentarse mejor a las exigencias del proceso de parto. Las pacientes que participaron en el Programa se mostraron mucho más calmadas durante el proceso logrando un mejor autocontrol, así como una participación activa secundando el funcionamiento de su cuerpo con la ayuda de la respiración durante las contracciones uterinas. Permitieron con mayor confianza la periódica valoración médica ayudando a que se realice con facilidad. Por el contrario las participantes del Grupo Control, se mostraron visiblemente agitadas y abrumadas por el proceso de trabajo de parto, manifestándose a través

de gritos, exclamaciones de dolor, desesperación, impaciencia lo cual condiciona un aumento en el tiempo del trabajo de parto, y un descenso fetal retardado. A nivel orgánico sufrían calambres, sequedad de la boca y cansancio por todo el desgaste de energía desplegado innecesariamente, por la elevada activación emocional sumada a los procesos normales del trabajo de parto. Este cansancio resulta contraproducente pues la paciente debe guardar energía para ayudar con el pujo a la culminación del parto. Por otro lado la valoración médica resultaba dolorosa debido a la tensión muscular de la paciente.

De esta manera se puede concluir que la intervención realizada con el Programa de Preparación para el Parto contribuye positivamente en el desarrollo del mismo logrando bajos niveles de ansiedad. Estos resultados alcanzados por el Grupo Experimental en relación al Grupo Control, permiten evidenciar los cambios logrados a nivel de procesos internos, tanto mediacionales como intercurrentes.

Debido a que la mayoría de las participantes prefieren a la familia y a personas conocidas como fuentes de información sobre este tema, se infiere que el entorno predispone negativamente a la futura madre, en vez de coadyuvar con una información más positiva de la maternidad. Estas concepciones condicionan un afrontamiento deficiente.

Con la realización del presente trabajo de investigación se puede concluir que la aplicación del Programa de Preparación para el Parto ha resultado eficaz para que los síntomas de ansiedad en este proceso sean de ligera intensidad, de acuerdo a la

comparación realizada en los grupos de investigación, por lo tanto sería de gran ayuda el poder replicar esta experiencia a otros centros maternológicos.

Su aplicación se considera de gran importancia para mejorar la atención hospitalaria del parto, por su intervención positiva en factores psicológicos subyacentes que pueden ejercer influencia sobre procesos fisiológicos como el trabajo de parto.

Se evidencia también que el autocontrol y manejo de la ansiedad en el parto, es algo que se puede lograr a través de una adecuada preparación de las pacientes.

Así mismo, el presente estudio permite comprobar en situación real, que la preparación previa determina una adecuada respuesta emocional y conductual ante la situación de parto.

En este sentido, las instituciones encargadas están llamadas a iniciar y coordinar acciones para que la preparación de las mujeres para el parto sea incluida en el conjunto de procedimientos de rutina. Es decir en las consultas de Pre natal, y también durante el mismo trabajo de parto, brindando apoyo emocional a la paciente.

La presente investigación evidencia también, la integración de la medicina y la psicología, disciplinas relacionadas con la salud, las cuales debieran trabajar interdisciplinariamente en la atención hospitalaria de las pacientes como se señala en la psicología de enlace. Así mismo se manifiesta la necesidad de conformar un equipo estable de intervención en los servicios de Gineco-Obstetricia, orientado a

la preparación de las pacientes para las diferentes fases del parto, que logre un mejor afrontamiento y aceptación de esta situación.

También se considera importante la capacitación del personal obstétrico sobre los factores psicológicos inmersos en la situación de parto, para lograr mayor eficiencia en la atención de este proceso.

De esta forma se coadyuvará a la salud del binomio madre-niño, abordando la dimensión física, psicológica y social que constituyen una salud integral y de calidad.

Finalmente se puede indicar que la Psicología juega un papel importante en el campo médico. Su intervención puede favorecer enormemente la evolución de los procesos fisiológicos como es el parto eutócico, incorporando técnicas psicológicas que contribuyan a un mejor manejo de la situación y por ende una mejor adaptación por parte de las pacientes. No se podrá de ninguna manera eliminar los niveles de incomodidad que suponen un parto eutócico, pero si se puede cambiar la actitud hacia él, su evaluación amenazante y la conducta en el desarrollo del mismo.

En relación a la labor del psicólogo en este campo, éste debe contar con conocimientos sobre aspectos orgánicos, anátomo-fisiológicos para integrar el equipo de intervención y orientar su accionar adecuadamente hacia un mejor manejo y adaptación de las pacientes a la situación hospitalaria en general.

La realización del presente trabajo permite que la psicología aumente sus conocimientos a cerca de la ansiedad en un contexto diferente y poco estudiado en

nuestro medio. Constituye un aporte importante y novedoso pues relaciona la psicología, la medicina y aspectos culturales que ayudan a comprender la forma de pensar de nuestra población en particular y marcan directrices para una intervención médica más acorde con nuestra realidad social.

Se evidencia también la necesidad de incursionar en nuevas investigaciones relacionadas con el tema, estudiando otras variables como el entorno hospitalario, los rasgos de personalidad de las pacientes, aspectos familiares, laborales, económicos u otros factores relacionados, para que de esta manera se logre un conocimiento más profundo de esta temática.

## BILIOGRAFIA

- Barbero E., 1998, [www.latinsalud.com](http://www.latinsalud.com).
- Baron R., Byrne D., Kantowitz B., Psicología, Un Enfoque Conceptual, Ed. Interamericana, México, 1985.
- Benson R., Manual de Ginecología y Obstetricia, Ed. El Manual Moderno S.A., 4ta. Edición, México 1977.
- Bonnafont C., Los Grandes de la Psicología, Ed. Mensajero, España 1977.
- Castañon R., Emoción y Estrés, Ed. Papiro, La Paz, 1993.
- Cautela J. y Groden J., Técnicas de Relajación, Ed. Martínez Roca, México, 1986.
- Cusicanqui S., Arnold D., Lehm Z., Paulson S., Yapita J., Ser mujer Indígena, Chola o Birlocha en la Bolivia Post Colonial de los Años 90, Ed. Plural Editores, La Paz ,1996.
- Davis M., McKay M., Eshelman E., Técnicas de Autocontrol Emocional, Ed. Martínez Roca, Mexico, 1989.
- Dobriner W., Estructuras y Sistemas Sociales, Ed. Trillas, México, 1985.
- Ferguson S., Revista Mujer Salud, Bogotá, Marzo, 1996.
- Goldman H., Psiquiatría General, Ed. El Manual Moderno S.A., México, 1995.
- Grenet E., Benavides L., Revista del Hospital Psiquiatrico, La Habana, Abr-Jun, 1988.

- Guyton A.C., Fisiología Humana, 6ta. Edición, Ed. Interamericana, México, 1987.
- Hernández R., Fernández C., Baptista P., Metodología de la Investigación, Ed. McGraw-Hill, México, 1991.
- Herrmann, Hofstatter, Conceptos Fundamentales de Psicología, Editorial Herder, Barcelona 1982.
- Hurdford W., Bailin M., Davison J.K., Haspel K., Rosow C., Massachusetts General Hospital, Procedimientos en Anestesia, Ed. Marban Libros S.L., 5ta. Edición, 1999.
- Hurtado P., Los Efectos del Síndrome de Ansiedad en el Proceso de Atención en Niños y Niñas de 8 a 10 años, Tesis UMSA, La Paz, 1998.
- Insunza A., Paiva E., Carrillo J., Medición del Trabajo de Parto, [www.cedip.c/Guías](http://www.cedip.c/Guías), 1999.
- Lamaze Internacional, [www.parentproductions.com](http://www.parentproductions.com),
- Lazarus R., Folkman S., Estrés y Procesos Cognitivos, Ed. Martínez Roca, España 1986.
- El Manual Merck, 9na. Edición, Ed. ISBN, Barcelona, 1994.
- Mathai M., Sanghvi H., y cols, Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto, OMS, 2000.
- Medrano R., Influencia de la Gimnasia Psicofísica en la Conducta de la Gestante Paceña Urbana Media, Tesis UMSA, La Paz, 2000.

- Min. Desarrollo Humano, Norma Boliviana de Salud NS-SNS-02-96, Atención a la Mujer y al Recién Nacido, La Paz, Octubre, 1996.
- Papalia D. y Wendkos S., Desarrollo Humano, Ed. Mc Graw-Hill, México, 1983.
- Papalia D. Y Wendkos S., Psicología, Ed. Mc Graw-Hill, México, 1985.
- Peña P., Servicio Informativo Iberoamericano de la OIE, Santiago, Chile, 2001, [www.oei.org.col/si/i](http://www.oei.org.col/si/i)
- Pérez A., Sánchez E., Cartagena M., Cianelly R., Obstetricia, Ed. Mediterráneo, 3ra. Edición, Santiago, Chile, 1999.
- Pierron H., Diccionario de Psicología, Ed. Kapeluz, Buenos Aires, 1964.
- Pritchard J., Macdonald P., Williams Obstetricia, 2da. Edición, Ed. Salvat, Barcelona, 1990.
- Ricci M., Gadea I., 1998, [www.sermama.com](http://www.sermama.com).
- Rodríguez E., Osa J., Gambin A. M. [www.sierraweb.es](http://www.sierraweb.es), 1997
- Rodríguez J. y Zurriaga R., Estrés, Enfermedad y Hospitalización, Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, España, 1997.
- Sarason G. y Sarason S., Psicología Anormal, Ed. Hispanoamericana, México, 1996.
- Schwarcz R., Duverges C., Diaz A., Fescina R., Obstetricia, Ed. El Ateneo, Sta Edición, Argentina, 1998.
- Staff C., Clínica Materno Infantil de Orientación Psicológica, 2000, [www.sermama.com](http://www.sermama.com).

- Torregrosa S., Bugedo G., Boletín Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile, 1994, [www.escuela.med.puc.cl](http://www.escuela.med.puc.cl).
- Vidal-Alarcón, Psiquiatría, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1986.
- Wittig Amo F., Introducción a la Psicología, Ed. Mc Graw- Hill, México, 1980.
- Wolman B., Teorías y Sistemas Contemporáneos en Psicología, Ed. Martínez Roca, España, 1978.

# ANEXOS

## CUESTIONARIO SOBRE LAS CREENCIAS

### SOCIOCULTURALES

1. Qué sabe usted sobre el parto?
2. Cómo se informó sobre el parto?
3. Ha buscado más información sobre el tema?
4. Sabe cómo se inicia el parto?
5. Sabe qué es una contracción uterina?
6. Sabe qué es la dilatación de cuello uterino?
7. Por qué hay dolor en el parto?
8. Qué piensa que va a suceder cuando sea ingresada al hospital?
9. Hay algo que le preocupa sobre el parto?
10. Qué siente cuando imagina su parto?
11. Qué ha pensado hacer cuando llegue ese momento?
12. Cree que usted puede ayudar en el parto? Cuánto?
13. Cómo podría ayudar en el parto?
14. Qué necesitaría en esos momentos para sentirse mejor?
15. Le hace falta algo para sentirse preparada para el parto?
16. Cómo quisiera que sea su parto?
17. Le da miedo el parto? Por qué?

## ESCALA DE HAMILTON PARA VALORAR LA ANSIEDAD

1. Estado de Animo Ansioso.
2. Tensión.
3. Temores.
4. Insomnio.
5. Síntomas Intelectuales (Cognitivos).
6. Estado de Animo Deprimido.
7. Somático General (muscular).
8. Somático General (sensorial).
9. Síntomas Cardiovasculares.
10. Síntomas respiratorios.
11. Síntomas gastrointestinales.
12. Síntomas Genitourinarios.
13. Síntomas Autónomos.
14. Comportamiento General en la entrevista.
15. Comportamiento fisiológico en la entrevista.

La intensidad del síntoma se valora de 0 a 4 puntos donde:

- |                 |            |
|-----------------|------------|
| 0 = No presente | 1= Ligera  |
| 2 = Moderada    | 3= Marcada |
| 4 = Muy marcada |            |

## PROGRAMA DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO

No.	TEMA	OBJETIVO	METODO	INSTRUM
1	Anatomía de los órganos sexuales femeninos. Explicación sobre el inicio del embarazo	Dotar información. Corregir conocimientos erróneos	Explicativa Participativa	Cuadros Esquemas
2	Actitud frente al embarazo y parto	Conocer la actitud y creencias personales. Promover una actitud positiva ante el parto	Participativa Activa directiva	Dinámica de grupos
3	Explicación de las fases del trabajo de parto	Desvirtuar creencias equivocadas Dotar de información real del tema	Activa Directiva Participativa	Esquemas Cuadros
4	Explicación de técnicas de respiración y relajación	Aprender a diferencias y controlar la tensión y relajación muscular y aprender la respiración profunda	Explicativa	Esquemas Cuadros
5	Práctica de técnicas de respiración y relajación	Ejercitación de las técnicas para lograr distensión muscular	Ejercicios dirigidos	Relajación Progresiva de Jacobson
6	Explicación de la situación hospitalaria	Dotar de información sobre los procedimientos intrahospitalarios durante la atención del parto	Explicativa	Esquemas Cuadros
7	Retro alimentación 2da. Práctica de técnicas de respiración y relajación	Reforzar contenidos aprendidos, ideas positivas sobre el parto. Lograr el manejo adecuado de la relajación y la respiración	Ejercicios dirigidos	Discusión Relajación progresiva

