

Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento

Perinatal psycho-prophylaxis: corporal and psychic preparation of the pregnant woman for childbirth

José Salvador Sapién López y Diana Isela Córdoba Basulto¹

RESUMEN

Se observaron cualitativamente las actividades que un grupo de 17 mujeres embarazadas y sus acompañantes realizaron durante la segunda mitad de embarazo bajo indicaciones de dos instructoras. La técnica de profilaxis perinatal incluyó rutinas de ejercicios de fisioterapia obstétrica, relajación corporal y mental, técnicas de ventilación, posición de decúbito lateral izquierdo, extensión abdominal, simulacro de trabajo de parto, simulacro de expulsión, examen antes del trabajo de parto, preparación de ida al hospital para parto, explicación de la rutina hospitalaria para parto, consejos sobre atención al recién nacido, pláticas sobre lactancia materna a libre demanda, y cuidados y recomendaciones para mantener la salud en el embarazo. Se discuten los resultados y se concluye que la profilaxis perinatal es recomendable como medio educativo y preventivo a favor de la salud materno-infantil.

Indicadores: Educación durante el embarazo; Prevención de riesgo; Psicoprofilaxis perinatal; Salud materno-infantil.

ABSTRACT

The activities carried out by 17 women and their companions were qualitatively observed during the second half of pregnancy coached by two instructors. The perinatal prophylaxis technique included obstetrical physiotherapy exercise routine, corporal and mental relaxation, breathing techniques, left lateral decubitus position, abdominal extension, labor simulation, fetal expulsion pretense, an exam on pregnancy themes, information to prepare women for childbirth, explanations about routines to hospitalize women in labor, recommendations to care the new born, talks on free demand breast-feeding, and cares and recommendations to maintain the health in pregnancy. The results conclude that the perinatal prophylaxis technique is appropriate as an educative and preventive mean to preserve the mother and child health.

Keywords: Education during pregnancy; Risk prevention; Perinatal psychoprophylaxis; Mother-child health.

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios s/n, Col. Los Reyes-Iztacala, Los Reyes, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-12-05 y (55)56-23-12-11, correo electrónico: josესapien@hotmail.com. Artículo recibido el 11 de julio de 2006 y aceptado el 23 de marzo de 2007.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

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

Vellay (1985) explicó que el método psicoprofiláctico, con bases teóricas en el condicionamiento pavloviano, es un conjunto de procedimientos de analgesia verbal para el parto. Las variaciones adecuadas en el lenguaje, o segundo sistema de señales, y un apropiado manejo de reflejos condicionados, permiten a las mujeres resignificar y experimentar el parto como un suceso no doloroso.

El método fue desarrollado por Velvovski en la ex Unión Soviética al inicio del tercer decenio del siglo pasado al recuperar los hallazgos de Pavlov sobre reflejos condicionados (Von Braüne, 2003). En 1950, los neurofisiólogos Platonov y Velvoski y las obstetras Ploticher y Shugan le hicieron otras aportaciones. El objetivo era que el parto ocurriera sin que la mujer sintiera dolor, puesto que se habían obtenido evidencias de que las emociones pueden alterar las sensaciones del trabajo de parto.

En 1951, el sistema soviético de psicoprofilaxis fue conocido en países de Europa y Asia, como Bulgaria, Checoslovaquia, Polonia, Hungría y la República Popular de China. Por ese tiempo también el papa Pío XII lo autorizó como medio para dar a luz. En 1960 ya se aplicaba en 42 países de Europa, Asia, África, América del Sur, Norteamérica y Australia. En ese año, Lamaze lo aprendió en Rusia y lo llevó a Francia, donde fue perfeccionado por tocólogos como Vellay, Bourell y Hersilie, y los psiquiatras Vermorel y Anguelgues. Con Vellay a la cabeza, el grupo europeo fundó en 1958 la *Société Internationale de Psychoprofilaxie Obstetricale*, con sede en París.

El método fue traído a México por Stefanovich y Stoopan en 1957. Santibáñez y Fuentes-Calvo lo practicaron por primera vez en el Hospital Central Militar, al principio con esposas de soldados rasos, y después con las de oficiales. Colaboraron con ellos Nova, Ramírez, Peralta y Bretón. Fuentes lo puso en práctica sólo cinco años, y después se trabajó en Molino del Rey. El nexo principal fue entre Stefanovich y Fuentes². Mateos Cándano y Orgay hicieron el método más médico e intervencionista, y más tarde, en 1959, Fuentes-Calvo se unió con Santibáñez y juntos fundaron la Clínica Psicosomática en Ginecoobstetricia, donde, en trabajo de tutoría, formaron instructoras de psicoprofilaxis. Santibáñez estudió en Francia el método de Lamaze y era miembro de la sociedad mencionada arriba. Fuentes-Calvo, a su vez, recomendaba observar permanentemente a la parturienta. Enseñó la extensión abdominal, esto es, a inflar el abdomen durante las contracciones uterinas, en vez de oponerles resistencia.

En enero de 1971 se impartió el primer curso teórico y práctico para formar instructoras de PP, donde se formaron quince, de las cuales dos se encuentran activas aún. El parto era considerado en esa época como psicósomático: importaban los aspectos corporales y psicológicos, por lo cual se llegó a utilizar la hipnosis para facilitar el parto. Aunque esto no era aceptado por la tradición obstétrica, Fuentes-Calvo atendió a parturientas hipnotizadas. En el ambiente obstétrico a las instructoras se les conocía como “las psicósomáticas”, ya que confiaban en mejorar lo fisiológico incidiendo primero en las emociones.

En 1975, en el Centro Materno-Infantil “General Maximino Ávila Camacho”, en Los Pinos, se fundó el Departamento de Psicoprofilaxis Obstétrica, coordinado por Álvarez del Castillo. Fue la primera vez que la PP se trabajó en una institución pública de salud, impartándose como un curso prematrimonial. En 1978, el Instituto Nacional de Perinatología fundó el Departamento de Educación Pregestacional, que atendía a la totalidad de

² Anecdóticamente, Stoopan daba una copa de coñac a las parturientas, por lo que los médicos se disgustaban. Él decía: “Que las pacientes determinen cuándo y cómo parir. Que las dejen en paz”. Esta aparente falta de seriedad profesional dio pie a que muchos médicos hablaran de la “circoprofilaxis”.

las usuarias y que consistió en una preparación regular para el parto, de modo que las mujeres asistían al curso y los padres podían observar el parto. Se hacía además investigación, pero esto terminó en 1976 durante el gobierno de Luis Echeverría.

En agosto de 1981, Sergio Villalobos, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, inauguró el Servicio de Psicoprofilaxis Perinatal, el cual se presta ahí desde entonces. Fechas y otros datos de esta etapa se exponen en el hospital, junto con el bosquejo histórico de la PP hecho por González (1983) y Orts (1983). En 2005 el servicio cumplió 24 años en dicho centro hospitalario. La utilización de la PP ha implicado un logro para las mujeres, como el ejercicio de su derecho a parir no dormidas sino conscientes.

Así, el propósito del presente trabajo es dar a conocer la PP, tal como se practica en una institución de salud del sector público de la ciudad de México, para lo que se recurrió a la observación de tipo etnográfico en el lugar. La finalidad última es recomendarla como un método educativo y de entrenamiento dirigido a mujeres embarazadas y parejas para el nacimiento. Por falta de espacio, ahora sólo se hace hincapié en las actividades psicoprofilácticas para mujeres.

MÉTODO

La metodología de investigación cualitativa de tipo hermenéutico tiene la finalidad de describir e interpretar los comportamientos de los actores y sus significados, tal como se expresan o relatan en sus actividades y discursos. Taylor y Bogdan (1996), Martínez (1996), Castro (1996), Martínez y Leal (1998), Gómez y Forti (2000) y Tarrés (2004) han contribuido a su sistematización, utilización y valoración. La PP emplea la observación participante como una de sus técnicas principales, pues ésta hace factible el registro de la participación de los actores sociales y la recuperación o producción de sus discursos.

Escenario

Dado que el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, ubicado en el norte de la Ciudad de México, es uno de los escasos centros públicos que ofrece PP, fue elegido como sitio de investigación. Las clases y ejercicios se llevaron a cabo en un salón contiguo al servicio de Consulta Externa, de aproximadamente 30 metros cuadrados. Una pared está cubierta con grandes espejos (para que las mujeres puedan verse de cuerpo completo y valoren su aspecto). Se utilizan tres filas de colchonetas: dos de 7 y una de 8, con lo que suman 22. Sobre cada colchoneta tendida se pone una almohada suave y un carrete o rodillo, hechos de esponja dura y forrados de plástico resistente y lavable.

El curso de PP observado se llevó a cabo los lunes, entre las diez de la mañana y la una de la tarde, a lo largo de cuatro meses y medio. Las asistentes fueron divididas en dos grupos: el primero de 10 a 12 horas, y el segundo de 11 a 13 horas. Los ejercicios del primero estuvieron programados de las diez a las once horas, y los del segundo de las doce a las trece horas. En la hora intermedia (de las once a las doce horas), ambos grupos coincidieron en clases en las que se les daban explicaciones e información sobre diversos temas, como alimentación, trabajo de parto, vacunas, lactancia y otros.

Algunas eventualidades (campañas de salud del hospital, demoras en la llegada o ausencia de las embarazadas) provocaron leves variaciones en el plan de trabajo.

Participantes

Participaron dos instructoras (la coordinadora y su auxiliar), quienes se turnaron para impartir charlas o coordinar los ejercicios de PP. Además, a una sesión llegaron a asistir hasta 17 mujeres embarazadas (M), cinco cónyuges (H), tres madres de las mujeres embarazadas (A) y algún hijo o hija de éstas (N), como se observa en la Tabla 1. Las edades de las mujeres fluctuaron entre 25 y 30 años. Sus parejas eran de edad muy semejante, apenas mayores que aquellas.

Tabla 1. Número de participantes en las sesiones del curso de PP para mujeres.

Participante	Sesiones de psicoprofilaxis perinatal																			
	1	2	3	4	5	6	7	8 Su	9 ()	10	11	12	13	14 NO	15	16	17	18	19	20
M	14	16	16	16	17	15	11	Su	10	16	12	12	10	SD	6	5	4	5	2	2
H	5	6	4	2	2	1	1	Su	0	1	0	1	1	SD	2	0	1	0	1	0
A	3	1	1	1	1	1	1	Su	1	1	1	1	0	SD	1	1	0	1	0	0
N	0	1	1	0	0	0	1	Su	0	1	0	0	0	SD	0	1	0	1	0	0
T	22	24	19	19	18	17	14	Su	11	19	13	13	11	SD	9	7	5	7	3	2

M: Mujeres embarazadas; **H:** Parejas de M; **A:** Madres de las embarazadas; **N:** Niño o niña; **T:** Total

(): Día de las madres; **Su:** Sesión suspendida; **NO:** Sesión no observada; **SD:** Sin datos.

Nota 1: En la sesión 11 se fusionaron los dos grupos de psicoprofilaxis, y ambos realizaron las actividades de 10:00 a 12:00 horas.

Nota 2: En la sesión 13 hubo una especie de *baby shower*, donde una mujer embarazada llevó un obsequio para el bebé de otra.

Trabajo de campo

Se empleó la observación participante (Sánchez, 2004; Taylor y Bogdan, 1996). El investigador principal permaneció en el salón de PP desde que comenzaba hasta que terminaba cada sesión. De la sesión 1 a la 15 sólo realizó observaciones. A partir de la sesión 16, a petición de las instructoras, a veces dirigió los ejercicios obstétricos. Durante cada sesión elaboró una nota de campo para registrar los contenidos de las pláticas y las actividades que las instructoras pidieron ejecutar a las participantes. Má tarde se completó la nota.

Sistematización de la información levantada.

Los discursos y actividades que se presentaron fueron recuperados y clasificados, como se muestra adelante.

Interpretación y reflexión teórica. Por último, las actividades psicoprofilácticas realizadas fueron analizadas y valoradas por su impacto preventivo potencial sobre la salud materno-infantil.

RESULTADOS

La mayoría de mujeres llegaron a PP por recomendaciones de conocidos o parientes. Cuando se registraron, sus vientres aún tenían un tamaño reducido o mediano.

Las instructoras les hicieron solicitudes diversas, las que fueron acatadas: 1) asistir con ropa cómoda, calcetas para no pisar el suelo frío, pantalones (no faldas) y una bolsa de plástico para guardar su calzado; 2) llevar un cuaderno para hacer anotaciones; 3) conseguir un donador de sangre al hospital por cada pareja; y 4) asistir al

curso con regularidad, o avisar de su inasistencia para que se conservase su expediente.

Además, por si las requiriesen en su empleo, se les ofrecieron comprobantes de asistencia por el tiempo que permanecieran en las sesiones de PP.

A menudo las mujeres recibieron halagos por estar embarazadas, "dando vida".

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

Los actividades y contenidos más destacados, en diferentes rubros, fueron los siguientes:

1) *Rutina de ejercicios de fisioterapia obstétrica.* Implicó una serie casi invariable de ejercicios gimnásticos que las mujeres comenzaron a aprender desde la segunda semana del curso, para realizarlos diariamente en su hogar, en horarios fijos, por lo que restaba del embarazo. No debían hacerlos en la cama sino en el piso, sobre un tapete y utilizando una almohada. Cada ejercicio tenía un propósito. Se ejecutaba de 5 a 10 veces (ver rutina en el Anexo).

La sucesión de ejercicios fue singular si se compara con otras secuencias de preparación para el parto; por ejemplo, es diferente de los ejercicios propuestos por Nilsson (1977) y Salinas, Martínez, Pérez y Karchmer (1992), pues buscó fortificar los músculos dorsales y abdominales y el suelo pélvico, pero también la base de sustentación corporal (pies y tobillos) y músculos pectorales (implicados en la lactancia futura), entre otros.

De hecho, los ejercicios se realizaron con mayor o menor vigor, con más o menos repeticiones, con ligeras variaciones en su secuencia

dentro de la rutina, y con énfasis un tanto distinto en alguno de ellos. Estas diferencias repercutieron en el esfuerzo y dificultad que a las participantes costó su realización. Varios ejercicios presentaron retos en coordinación muscular, comprensión y seguimiento de las instrucciones o imitaciones de los movimientos modelados por las instructoras al ser ejecutados por primera vez. Con el tiempo, se ganó en práctica (coordinación, fuerza, resistencia y precisión).

2) *Relajación corporal y mental*. Implicó una secuencia de instrucciones, invitaciones y sugerencias imaginarias por parte de las instructoras, cuyos fines eran la regulación muscular selectiva, el ritmo y la profundidad respiratoria, el acrecentamiento de la propiocepción corporal, la conducción de la imaginación y el pensamiento de las mujeres embarazadas y sus acompañantes, así como el correspondiente impacto positivo en su estado, esto es, laxitud muscular en el que se ahorra energía, hay mejores niveles de oxigenación y circulación sanguínea, mayor conocimiento, control, coordinación, disociación y sensibilidad de partes corporales, y una actitud psíquica momentánea de serenidad y apaciguamiento.

Se emplearon tres técnicas de relajación: parcial (se toma aire, se tensan y se relajan diferentes partes del cuerpo, haciendo el recorrido desde los pies hasta la cabeza), segmentaria (se tensan segmentos grandes del cuerpo mientras se relajan otros; por ejemplo, se tensan las piernas mientras se mantiene relajada la parte superior del cuerpo) y de disociación sinérgica (se busca separar el funcionamiento de partes corporales gruesas comúnmente interconectadas, o en sinergismo muscular).

3) *Técnicas de ventilación*. Incluyó respiración profunda (se introdujo aire en los pulmones, inflándolos a su máxima capacidad e impidiendo su entrada al vientre y el movimiento de cualquier músculo), exhalación superficial por la nariz, jadeo por la boca, respiración “de trenecito” (dos jadeos por la boca y un soplido, y así sucesivamente) y resoplido (sacar aire por la boca mientras los labios dibujan un orificio pequeño para que éste salga).

4) *Posición de decúbito lateral izquierdo*. Fue esta una posición poco común, inhabitual, que la mujer debió utilizar durante el embarazo y trabajo de parto.

5) *Extensión abdominal*. Consistió en inflar sostenidamente el abdomen alrededor de un minuto sin introducir aire. Se mantenía el cuerpo bien relajado, en especial los hombros, y se sacaba el vientre lo más posible y se sostenía así; mientras tanto, se hacían respiraciones profundas, suaves, lentas y rítmicas por la nariz. Con cada inspiración los pulmones tenían que empujar con fuerza las costillas. Se revisaba que la respiración siguiera normal con el abdomen dilatado. La extensión abdominal permitía darle más espacio y oxígeno al bebé. Asimismo, practicarla durante una contracción uterina equivaldría metafóricamente a “abrirle la puerta” al bebé para su expulsión. Mientras las mujeres embarazadas pudieran dilatar más el abdomen, mejor control tendrían de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto.

6) *Simulacro del trabajo de parto*. El verdadero trabajo de parto, el cual antecede al parto, está marcado por la ocurrencia de contracciones uterinas de mayor intensidad, duración y frecuencia que otras leves, breves y esporádicas que aparecen al final del embarazo, y por el comienzo de la dilatación y borramiento del cuello uterino. La capacitación obstétrica rutinaria durante el embarazo se complementó con simulacros de trabajo de parto. Se pretendió que con ellos las mujeres embarazadas visualizaran y afrontaran imaginaria y físicamente el verdadero trabajo de parto por venir. Un simulacro constó de experimentaciones pretendidas de contracciones uterinas y su manejo imaginario, pero activo, mediante la posición de decúbito lateral izquierdo, la distensión abdominal (apertura del canal del parto) y las técnicas de relajación y las de ventilación ya descritas. Todos estos recursos, cuando se dominaran, serían claves en la entrada y rendimiento óptimo del oxígeno durante el trabajo de parto y el parto en sí, tanto para la madre como para el bebé. La realización de lo simulado permite economizar el consumo de glucosa en el trabajo de parto, disminuir la duración de éste, reducir la aplicación de oxitocina y recurrir menos a la operación cesárea. Sin embargo, recuérdese que en ciertas áreas urbanas de México se recurre excesivamente a la cesárea, generalmente en congruencia con políticas institucionales, pero a veces también porque las propias mujeres la demandan por temor al parto (Cárdenas, 2000).

7) *Simulacro de expulsión*. La primera etapa del trabajo de parto es la latente, la segunda es la de transición, y la expulsión es la tercera y última. El simulacro de expulsión que se practica a partir de la semana 37, casi al final del embarazo, prepara a las mujeres para hacer eso y resolver el momento. A este ejercicio también se le conoce como técnica de empujar el útero, o prensa abdominal. Está pensado para que sea utilizado por las mujeres para consumir el parto. Consiste en hacer presión con el útero sobre el piso pélvico, y su uso se reserva para la sala de expulsión a fin de facilitar el parto en curso.

8) *Examen antes del trabajo de parto*. En la semana 37 del embarazo se les hizo un examen escrito a las mujeres embarazadas sobre contenidos ginecoobstétricos generales abordados en el curso.

9) *Preparación de la ida al hospital para el parto*. Se recomendó a las mujeres embarazadas ingerir dietas blandas antes de parir, aunque los médicos ordenan no hacerlo para que no haya defecación. Si van a parir en un hospital público, pueden presentarse ahí cuando las contracciones en casa sucedan cada 10 minutos en promedio o menos, duren aproximadamente 45 segundos y se sientan intensas. Si son primerizas, pueden permanecer en casa hasta cerca de dos horas con este ritmo; si es el segundo bebé, con una hora de espera será suficiente, siempre y cuando el parto sea normal.

En cuanto a ropa que habrían de llevar al hospital, bastará con que sea limpia y atractiva. No deberán llevar su propia bata y portarán credencial con fotografía para facilitar su acceso.

Deberán ir al hospital enseguida si se les presentaran signos de alarma, como salida de líquido amniótico (ruptura de la fuente), si no perciben el movimiento fetal y si sienten dolor, zumbidos o malestar en la cabeza (signos de hipertensión).

10) *Explicación de la rutina hospitalaria para el parto*. Se informó sobre lo que sucede rutinariamente en el hospital una vez que la mujer ingresa, permanece en trabajo de parto, ocurre el nacimiento, se recupera después del parto y abandona el hospital con el bebé.

11) *Consejos sobre cómo atender al recién nacido*. Se les sugirió no arrojar demasiado al bebé, cuidarlo de cambios de temperatura, cortarles

las uñas con cortauñas, ponerles ropa de algodón y cambiarles frecuentemente el pañal.

12) *Acompañamiento a la embarazada en toxicología*. Se consideró positivo que en la sala de labor hubiera una instructora que apoyara a la parturienta en el trabajo de parto.

13) *Lactancia materna a libre demanda*. Se habló de las numerosas ventajas nutricionales, psicológicas y económicas de que al bebé se le alimente con leche materna exclusivamente hasta que cumpla medio año de edad, así como de las desventajas de alimentarlo con biberón y sucedáneos.

14) *Cuidados y recomendaciones para mantener la salud en el embarazo*. Las mujeres embarazadas recibieron varias indicaciones, como visitar periódicamente a su médico, hacerse ultrasonidos pélvicos en la semana 36, tomar líquidos para que el líquido amniótico no esté disminuido, comer cada tres horas, reposar y disminuir la actividad física (sobre todo en el último trimestre del embarazo), utilizar una dona elástica para sentarse y así prevenir el desarrollo de hemorroides, acudir al servicio de perinatología si el bebé no hubiese nacido a la semana 41, no tener más de tres embarazos, seguir el cuadro de vacunas del bebé, involucrar a las personas que las van a auxiliar desde antes de que se incorporen al trabajo, a fin de que el bebé y ellas se acostumbren y se conozcan. Se da por entendido que a las madres corresponde principalmente el cuidado infantil.

La participación masculina fue muy reducida en las sesiones, aunque nunca fue nula. A la primera sesión acudieron cinco varones, y paulatinamente se fue reduciendo su número hasta que a la sexta sesión ya sólo asistieron uno o dos. El que más asistió, de unos treinta años de edad, solía llevar consigo un cuaderno donde sintetizaba la rutina de ejercicios, para ponerlo luego a disposición de su pareja. Incluso sus apuntes fueron de utilidad para otras mujeres que, por hacer los ejercicios, no pudieron tomar notas.

Los hombres ejecutaron los ejercicios con menor implicación: los marcaban menos, los interrumpían más y los hacían con menor precisión. La abuela que asistió regularmente sufría al hacerlos, sobre todo al principio, y los niños nunca los realizaron, pues dormitaban o se movían inquietos mientras permanecían acostados.

Algo significativo fue el permiso y el estímulo social implícito para que los hombres compartieran los espacios físicos y simbólicos de las mujeres gestantes, pues la preparación física, cognitiva y anímica de éstas, con vías al nacimiento, también a ellos les competió de alguna forma.

Cada curso de PP en que participen las mujeres embarazadas será diferente para ellas aunque incluyan las mismas actividades. Dijo una instructora: «Hay que pensar en métodos psicoprofilácticos. Para cada hijo hay un psicoprofiláctico. No es que “ya me lo sé”. Ya olvidaron cosas y cada uno (embarazo y bebé) es diferente».

DISCUSIÓN

La metodología cualitativa fue útil para recuperar las actividades psicoprofilácticas para mujeres. La PP del hospital es semejante a numerosas propuestas psicoprofilácticas que pueden encontrarse en la literatura del tema, pero ésta es una práctica que ha recibido retroalimentación durante años, dejando de ser sólo una proyección o promesa imaginaria.

La PP es una actividad sanitaria educativa y preventiva en reproducción. El conocimiento de lo que va a ocurrir y sentir y el entrenamiento en las técnicas para manejar el dolor y responder a él, ayudan a la mujer a enfrentar el parto. De los trabajos de parto en el país, entre 15 y 20 por ciento presentan algún problema imprevisto, pero la PP permite que este proceso se desarrolle con más facilidad (cfr. Romero, 2003).

La PP está cerca de ser un servicio integral, ya que un servicio de este tipo incluye actividades educativas junto a los servicios médicos, con lo que se reconoce el impacto preventivo de la educación en la salud y la necesidad de ofrecer atención de mayor calidad (Rodríguez, Corona y Pick, 1998).

La aceptación de las mujeres de la PP significa que es un espacio donde se promueven y se ejercen derechos reproductivos asociados a la maternidad y a la salud temprana del individuo, ya que, como lo plantea Figueroa (1996), estos derechos “pretenden asegurar a la persona humana la libre determinación sobre el número y el espaciamiento de los hijos; esto es, la capacidad de de-

cidir si, cuándo y cómo tenerlos, el control de su sexualidad, el acceso a la información, servicios y asesoramiento al respecto, así como la satisfacción de ciertos derechos humanos básicos, para que las decisiones reproductivas adquieran un sentido integral” (p. 72).

La PP busca un desarrollo saludable de los embarazos y partos y el posponer al menos tres años una próxima gestación. Así, por una parte, se adhiere a una meta institucional en boga (Córdoba, 2005), que es la de reducir el número de hijos que han de tener las parejas; por otra, en congruencia con un hallazgo antropológico sobre mortalidad materna en los Altos de Chiapas (Garza y Freyermuth, 2000), alienta la reducción de la paridad para evitar el desgaste físico de las mujeres.

Desafortunadamente, la PP aún es de escasa prioridad institucional, lo que podría relacionarse con cuatro hechos: 1) atiende la reproducción, la cual tiende a ser vista socialmente como un fenómeno habitual, natural y consustancial de las mujeres, que son poco valoradas social y culturalmente (Córdoba, 2005; Sapién, 2006); 2) atiende la reproducción de manera preventiva, cuando más bien la curación de enfermedades caracteriza al modelo médico vigente (Lartigue, Vives y Ávila, 1996); 3) bajo este modelo se carece de indicadores de significación institucional de que la PP sea efectiva, y 4) los beneficios de la PP no son conocidos ni exigidos por los usuarios de los servicios públicos de salud, ni los perjuicios maternos e infantiles son reclamados por los usuarios de la ginecoobstetricia.

El escaso apoyo que en los centros hospitalarios se proporciona a los departamentos que ofrecen servicios de psicoprofilaxis, o la inexistencia de estos departamentos, constituyen indicadores de que en México prevalece el modelo médico de salud, que se erige como el mejor facultado para diagnosticar y restablecer o controlar alteraciones orgánicas y funcionales del cuerpo (Mercado, 1996).

La PP logró incidir positivamente en lo que Abric (2001) denomina las prácticas y representaciones de mujeres que cursan un embarazo a fin de mejorar su salud sexual y reproductiva, pero también sus percepciones y organismo. Ha promovido la participación activa, consciente, informada y hábil de la mujer alrededor del nacimiento, pero esto ha sido contrapuesto a lo que ocurre

comúnmente en la práctica ginecoobstétrica. Por ello, se requiere mayor diálogo y colaboración entre los profesionales de la medicina y la psicología sobre la atención y preparación perinatal de las mujeres.

Para terminar, se recomienda continuar y ampliar la práctica psicoprofiláctica con mujeres embarazadas, aunque resta documentar con detalle su impacto momentáneo y preventivo. El análisis de las actividades psicoprofilácticas del hospital para varones y su repercusión sanitaria es otra tarea pendiente.

REFERENCIAS

- Abric, J.C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán, S.A. de C.V.
- Cárdenas, R. (2000). La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México. En C. Stern y C. J. Echarri (Eds.): *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación* (pp. 301-327). México: El Colegio de México.
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En I. Szasz y S. Lerner (Eds.): *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 57-85). México: El Colegio de México.
- Chevalier, V. (1982). Parto sin dolor. En A. Kinsey (Ed.): *Embarazo, parto y post-parto* (pp. 131-133). México: Ediciones Prisma, S.A.
- Córdoba B., D.I. (2005). *Ellos y la vasectomía: temores, precauciones, deseos y mitos de la sexualidad masculina*. Tesis de Doctorado en Antropología. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Figueroa, J.G. (1996). Preferencias reproductivas y posibilidades de interacción con programas y políticas de salud reproductiva. En T. Lartigue y H. Ávila (Eds.): *Sexualidad y reproducción humana en México* (pp. 49-75). México: Universidad Iberoamericana/Plaza y Valdés.
- Garza, A.M. y Freyermuth, G. (2000). Problemas de la antropología frente a la muerte. Cultura, género y muerte materna en los Altos de Chiapas. En C. Stern y C. J. Echarri (Eds.): *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación* (pp. 363-392). México: El Colegio de México.
- Gómez, F.T. y Forti, S. (2000). Prácticas médicas de atención a la salud reproductiva en una comunidad otomí del estado de Querétaro. En C. Stern y C. J. Echarri (Eds.): *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación* (pp. 363-392). México: El Colegio de México.
- González, S.E. (1983). Bosquejo histórico de la psicoprofilaxis en México. *Memorias del Primer Encuentro Nacional de Educadores en Psicoprofilaxis Obstétrica* (pp. 6-23). Jurica, Qro.
- Lartigue, T., Vives, J. y Ávila, H. (1996). Retos actuales en la investigación en salud reproductiva. En T. Lartigue y H. Ávila (Eds.): *Sexualidad y reproducción humana en México* (pp. 225-247). México: Universidad Iberoamericana/Plaza y Valdés.
- Martínez, S.C. (1996). Introducción al trabajo cualitativo de investigación. En I. Szasz y S. Lerner (Eds.): *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 33-56). México: El Colegio de México.
- Martínez, S.C. y Leal, F.G. (1998). Investigación cualitativa en el terreno del sector salud. En F. J. Mercado y L. Robles (Eds.): *Investigación cualitativa en salud: perspectivas desde el occidente de México* (pp. 13-32). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Mercado M., F.J. (1996). Introducción. En F. J. Mercado (Coord.): *Entre el infierno y la gloria: La experiencia de la enfermedad crónica de un barrio urbano* (pp. 11-25). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Nilsson, L. (1977). *Un niño va a nacer*. Valencia: Círculo de Lectores.
- Orts, M.A. (1983). Bosquejo histórico de la psicoprofilaxis en México. *Memorias del Primer Encuentro Nacional de Educadores en Psicoprofilaxis Obstétrica* (pp. 24-37). Jurica, Qro.
- Rodríguez, G., Corona, E. y Pick, S. (1998). Educación para la sexualidad y la salud reproductiva. En A. Langer y K. Tolbert (Eds.): *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México* (pp. 343-376). México: The Population Council/Edamex.
- Romero, L. (2003, febrero 27). Preparación psicoprofiláctica evita problemas en el parto. México: *Gaceta UNAM*, 8.
- Salinas M., A.M., Martínez S., C., Pérez S., J. y Karchmer, K.S. (1992). *Cuidados para el embarazo, parto y bebé*. México: Instituto Nacional de Perinatología.
- Sánchez S., R. (2004). La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En M. L. Tarrés (Ed.): *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 97-131). México: FLACSO/El Colegio de México/Miguel Ángel Porrúa.
- Sapién L., J.S. (2006). *Prácticas y representaciones sobre sexualidad y reproducción de varones en psicoprofilaxis perinatal*. Tesis de Doctorado en Antropología. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.

- Tarrés, M.L. (2004). Lo cualitativo como tradición. En M. L. Tarrés (Ed.): *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 35-60). México: FLACSO/El Colegio de México/Miguel Ángel Porrúa.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós.
- Vellay, P. (1985). *Parto sin dolor. Método psicoprofiláctico*. México: Azteca S.A.
- Von Braüne, D. (2003). *Embarazo y parto feliz*. México: Libra, S.A. de C.V.

Anexo

Rutina de Ejercicios Obstétricos

Implica 17 ejercicios. Los tres primeros se realizan estando sentadas, con las piernas extendidas y ligeramente separadas:

1) Doblar los pies hacia las rodillas y flexionar los dedos.

2) Estirar pies y oponer sus plantas.

3) Círculos simultáneos con cada pie, primero ambos hacia dentro y luego hacia afuera.

Estos ejercicios relajan y fortalecen pies y tobillos, que soportan el cuerpo embarazado.

Los siguientes seis ejercicios se hacen permaneciendo recostadas con el vientre hacia arriba, la cabeza sobre la almohada y las piernas flexionadas sin utilizar el carrete. La espalda y la cadera deben quedar bien apoyadas sobre la colchoneta. Los brazos se colocan estirados, casi pegados al cuerpo y relajados sobre aquella.

4) Mejoramiento de la circulación de retorno: Una pierna flexionada apoyada en el piso, y otra extendida y levemente levantada. La pierna extendida se gira hacia dentro y luego hacia fuera. Se alternan las piernas.

5) Una pierna flexionada apoyada en el piso y otra extendida, levemente levantada, también extendido el pie. Se levanta lo más posible la pierna extendida y se flexiona el pie hacia la rodilla. Enseguida se extiende de nuevo el pie y se deja descender la pierna hacia un lado, casi hasta el piso. Se levanta esta pierna de nuevo, de ahí es descendida al frente y es colocada flexionada junto a la otra. Se hace esto mismo alternando las piernas.

6) Tensión de glúteos, jalón del pubis hacia el ombligo y balanceo de la pelvis.

7) Balanceo de pelvis y bajar los hombros de manera enérgica y sostenida.

8) Piernas ligeramente separadas, manos a la nuca y codos contra la colchoneta. Balancear pelvis. Levantar un poco los hombros y girarlos a un lado sosteniendo el esfuerzo. Deshacer el giro y relajar lentamente todo el cuerpo. Repetir la secuencia, pero girando al otro lado.

9) Masaje al hueso sacro. Caderas, espalda, hombros y pies bien asentados en la colchoneta. Juntar piernas flexionadas y hacerlas descender, sin despegarlas, hacia un lado y hacia el otro, numerosas veces.

El ejercicio 4 mejora la circulación sanguínea de retorno. El 5 aumenta la fuerza y elasticidad de piernas y piso pélvico, acrecentando el ángulo de apertura de las piernas. Los ejercicios 6, 7 y 8 sirven para fortalecer una *faja natural*, y por lo tanto son de preparación para el trabajo de parto. También se pueden utilizar en el puerperio para la recuperación posparto. El 9 disminuye el dolor en cintura.

Los dos ejercicios siguientes se hacen en posición de gatico:

10) Gato-camello.

11) En tres puntas, estiramiento máximo hacia atrás de una pierna, empujando fuerte con el talón y sosteniendo el esfuerzo. Se cambia de pierna.

Ambos ejercicios ayudan a corregir la lordosis (curvatura de la columna vertebral).

Los tres siguientes ejercicios se realizan sentadas:

12) Giro alternado de los brazos extendidos hacia atrás repetidas veces, y luego hacia delante.

13) Entrelazamiento fuerte y alternado de los brazos a la altura del pecho.

14) Giro simultáneo de los codos (tomándose los hombros) varias veces hacia delante y luego hacia atrás. Estos ejercicios sirven para fortalecer músculos pectorales, preparando las glándulas mamarias para la futura lactancia.

Los últimos tres ejercicios se realizan sentadas echando los brazos hacia atrás, cogiendo una mano con la otra a la espalda, que se mantiene recta.

15) Bajar la cabeza a un hombro y al otro.

16) Inclinar la cabeza hacia delante y hacia atrás.

17) Giro completo de la cabeza hacia un lado repetidamente y luego hacia el otro.

Estos ejercicios fortalecen cuello y columna en zona cervical y mejoran la relajación.

Quienes tengan problemas de columna deben abstenerse de hacer ejercicios abdominales.

Todos los ejercicios de la rutina se practican con posturas y movimientos que corrigen la curvatura de la columna que se desarrolla con el embarazo.

Se presume que la realización de los ejercicios también mejora la autoestima: "Nada de eso de que estás flaca, gorda o vieja, y que por eso no vas a poder. Aquí vienen a patear piedras del camino, o a darles la vuelta. Que nada las asuste. Es más difícil estar embarazada que parir. Es más difícil todo lo que van a aprender".

