

INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES GESTANTES SOBRE EL  
GRADO DE PERCEPCIÓN DE DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO,  
DEL GRUPO FAMI PERTENECIENTES A LA COMUNA SEIS DE LA CIUDAD DE  
POPAYÁN ENTRE LOS AÑOS 2007 A 2009.

MAURICIO ARLEY DÍAZ GÓMEZ  
MARTHA CECILIA FERNÁNDEZ GARCÍA  
CLAUDIA IDROBO HERNÁNDEZ  
AUTORES

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE LICENCIATURA EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ENFASÍS  
EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE  
POPAYÁN  
2010

INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES GESTANTES SOBRE EL  
GRADO DE PERCEPCIÓN DE DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO,  
DEL GRUPO FAMI PERTENECIENTES A LA COMUNA SEIS DE LA CIUDAD DE  
POPAYÁN ENTRE LOS AÑOS 2007 A 2009.

MAURICIO ARLEY DÍAZ GÓMEZ  
MARTHA CECILIA FERNÁNDEZ GARCÍA  
CLAUDIA IDROBO HERNÁNDEZ  
AUTORES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

GUILLERMO HERNANDO RODRÍGUEZ VÉLEZ  
DIRECTOR

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE LICENCIATURA EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ENFASÍS  
EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE  
POPAYÁN  
2010

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

DIRECTOR \_\_\_\_\_  
Esp. Guillermo Hernando Rodríguez Vélez

JURADO \_\_\_\_\_  
Esp. Clara Inés Córdoba Llanos

JURADO \_\_\_\_\_  
Mg. Nancy Janeth Molano Tobar

Fecha de sustentación: Popayán 7 de diciembre de 2010

## *DEDICATORIAS y AGRADECIMIENTOS*

A ti Dios Todopoderoso que me diste la vida y la sabiduría para hacer posible esto y por la bendición más grande que me has dado mi familia.

Con mucho cariño a mis padres que me dieron la posibilidad de existir y me han apoyado en todo momento. Gracias por guiarme y mostrarme el camino a seguir por medio de su sabiduría, por ayudarme, alentarme y comprenderme en los más duros y difíciles momentos de mi vida, por el constante ánimo y motivación para seguir luchando cada día. A ti mi niña por tu apoyo y tu preocupación cada día por verme realizada como profesional.

A ti tío William y mi hermanita Adriana por ser mi inspiración y modelo a seguir por lo lejos que han llegado a costa de esfuerzo y sacrificios cada día, recibiendo su grata recompensa. Gracias por darme su ayuda incondicional.

Al resto de mi familia por su ánimo para que surgiera como profesional.

A ti, el hombre que me enamoro y está en mi corazón, que desde los últimos cuatro años ha sido también mi apoyo y motivación para salir adelante

Al profesor Guillermo Rodríguez por el tiempo dedicado a este proyecto.

A las Jurados Clara y Janeth, por su valiosa colaboración y contribución para que este proyecto culminara bien.

A mis compañeros de lucha en este proyecto Mauricio y Claudia por su apoyo, motivación y paciencia para sobrellevar mi malgenio.

A Lorena y Marínela por su constante apoyo a lo largo de la carrera.

A los profesores que cada día compartieron sus conocimientos y experiencias para formarme excelente ser humano

*Martha Cecilia Fernández García*

A Dios gracias por haberme dado la vida, la oportunidad de permitirme ver y seguir la Luz en el camino ,ayudándome a llevar mis cargas , fortaleciendo mi espíritu para no desfallecer, por su guía para poder vencer los obstáculos y dificultades.

Dedico este triunfo a Dios, fortaleza mía y escudo mío, por su amor infinito, quien sin él no soy nada.

A mis grandes amores, mi madre y mi hija, quienes son mi aliento. A mi madre y padre por darme la fortuna de ser su hija, por su amor, ejemplo y dedicación.

A mi hija Isabella porque es el timón de mi vida, mi corazón.

A mis hermanos Diego Francisco, Carlos Herbert y Fabián Andrés por su ejemplo, por ser una extensión de mi ser. En especial a ti Diegares hermano mío, por tu amor y apoyo incondicional, por no abandonarme, por lo que haces, por tu gran corazón. En nombre de mi hija Isabella quien consideró también es tu hija, Gracias de todo corazón.

A mis sobrinos Paulo, Paula y mi Joe.

A mi familia en general por su guía.

A mi tío Jesús Antonio por su apoyo

A mis compañeros Marthica y Mauricio que me acompañaron en este viaje, gracias por su apoyo.

A mis profesores por su conocimiento, gracias.

Y a todos aquellos que creen en mí.

*Claudia Idrobo Hernández.*

Esta tesis va dedicada a Dios, mi familia, porque gracias a ellos he alcanzado esta meta, gracias por todo el apoyo confianza y amor, gracias por sus consejos y voces de aliento que me han convertido en un ser humano.

Cuando se trata de agradecer el amor, los valores, el impulso, la motivación, el cuidado, la protección, los desvelos, y el sacrificio que han tenido para mí, las palabras se evaporan, el nudo que me atraviesa la garganta me impide hablar, solo siento una gran emoción y un profundo agradecimiento de tenerlos a ustedes como padres, no hay manera... Ni una sola palabra que pueda expresar el infinito agradecimiento que tengo hacía ustedes por todo lo hermoso que me han dado.

En este momento los recuerdos tocan mi corazón, recuerdos hermosos de mi niñez, y ustedes siempre ahí, junto a mí, impulsándome para lograr cualquier cosa que me propusiera, no hay día que no agradezca a Dios la oportunidad que me dio de tener unos padres como ustedes, que me han ayudado tanto a realizar mi sueños, y lograr mis más grandes metas, la vida sigue... Y aún es largo el camino, me faltan muchas más metas por cumplir, sueños que realizar, y que no les quedé duda que lo haré, que todo lo que me han enseñado en cada segundo de mi vida lo aplicaré para ser mejor...

Con la preparación que he obtenido a lo largo de mi carrera profesional que hoy finaliza, el día de mañana les recompensaré el esfuerzo el amor y el sacrificio que me han brindado, y cuando su pelo blanco aparezca en sus cabecitas señal de los años dorados, seguiré a su lado para seguirlos amando y venerando por siempre, gracias viejos por tanto y tanto amor.

A mis amigos porque han estado en los momentos felices y más aun en los momentos difíciles, a mis compañeras y amigas Martica y Clau que fueron el eje principal de este proyecto, ya que sin su insistencia este sueño no se hubiera hecho realidad, de verdad gracias.

*Mauricio Arley Díaz Gómez*

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	1
1. ANTECEDENTES.....	2
1.1. INTERNACIONAL.....	2
1.1.1 Internacional.....	2
1.1.2 Internacional.....	3
1.1.3 Internacional.....	3
1.1.4 Internacional.....	5
1.1.5 Internacional.....	5
1.1.6 Internacional.....	6
1.2 NACIONAL.....	7
1.2.1 Nacional.....	7
2. CONTEXTO.....	9
2.1. MISIÓN.....	9

2.2 VISIÓN.....	9
2.3 POBLACIÓN.....	10
2.4. MUESTRA.....	10
2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	10
2.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	11
2.7. DISEÑO METODOLÓGICO.....	11
2.7.1 Tipo de estudio.....	11
2.7.2 Enfoque de la investigación.....	11
3. AREA PROBLEMÁTICA.....	12
4. JUSTIFICACIÓN.....	14
5. PROBLEMA.....	16
6. OBJETIVOS.....	17
6.1 GENERAL.....	17
6.2 ESPECÍFICOS.....	17
7. MARCO TEÓRICO.....	18
7.1. SALUD Y GESTACIÓN.....	18



7.2. FISIOLÓGÍA DEL EMBARAZO.....	20
7.2.1. Sistema respiratorio.....	20
7.2.2. Volúmenes y capacidades.....	21
7.2.3. Frecuencia respiratoria.....	22
7.2.4 Sistema cardiovascular.....	23
7.2.5 Sistema urinario.....	24
7.3. PREPARTO.....	25
7.3.1. Descenso del útero.....	25
7.3.2. Cambios en el cuello uterino.....	25
7.3.3. Otros cambios.....	26
7.4. EL PARTO.....	26
7.4.1. Etapa pélvica.....	31
7.4.2. Atención del parto.....	32
7.4.3. Aspecto psicológico de la madre.....	33

7.4.4. Términos que se utilizan en la elaboración de la historia clínica.....	33
7.5. POSPARTO.....	33
7.6. DEFINICIÓN DE DOLOR: EL DOLOR DE PARTO.....	34
7.6.1. Bases anatómicas del dolor.....	35
7.6.2. Dolor en el trabajo de parto.....	36
7.6.3. Primera etapa del trabajo de parto.....	36
7.6.4. Segunda etapa del trabajo de parto.....	38
7.6.5. Tercera y cuarta etapa del trabajo de parto.....	38
7.7. ESCALA VISUAL ANALÓGICA EVA.....	39
7.8. ACTIVIDAD FÍSICA.....	39
7.8.1 Beneficios de la actividad física durante el embarazo.....	42
7.8.2 Contraindicaciones para el ejercicio durante el embarazo.....	43
7.8.3 Razones para interrumpir el ejercicio y buscar el consejo de un médico durante el embarazo.....	43
8. METODOLOGÍA.....	45

8.1. HIPÓTESIS.....	45
8.2. VARIABLES.....	45
8.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	45
8.3.1. Técnicas.....	45
8.3.2. Instrumentos.....	46
9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	47
9.1. SEGÚN PRÁCTICA ACTIVIDAD FÍSICA Y DOLOR.....	47
9.1.1 Antes y durante.....	47
9.1.2. Tipo actividad física o deporte.....	48
9.1.3. Actividad física a la semana.....	49
9.1.4. Grado de dolor.....	50
9.1.5. Grado de dolor según practica de actividad física.....	51
9.1.6 Grado de dolor en gestantes.....	52
9.1.7 Contribución actividad física en el grado de dolor y en la labor de parto.....	53
10. DISCUSIÓN.....	54

11. CONCLUSIONES.....	58
12. RECOMENDACIONES.....	60
13. BIBLIOGRAFÍA.....	62

## LISTA DE GRAFICAS

SEGÚN LA PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA, NUMERO DE PARTOS Y GRADO DE DOLOR EN EL PARTO

GRAFICO 1. Actividad Física practicada antes y durante la gestación.....47

GRAFICO 2. Tipo de Actividad Física o deporte practicado antes y durante la gestación.....48

GRAFICO 3. Veces por semana de práctica de actividad física, antes y durante la gestación.....49

GRAFICO 4. Duración de Actividad Física antes y durante la gestación.....50

GRAFICO 5 Comparación del grado de dolor del primer parto con el último, según la tabla de clasificación del grado de dolor (Eva).....51

GRAFICO 6. Tiempo practicado de actividad física antes de la gestación y grado de dolor en el trabajo de parto.....52

GRAFICO 7. Clasificación del grado de dolor según la escala de EVA. Durante el parto, de las que realizaron y no actividad física.....53

## ANEXOS

ANEXO A.....	66
--------------	----

## INTRODUCCIÓN

Desde que la mujer inicia su período de gestación, recibe consejos de cómo llevar esta etapa, por familiares, amigos, profesionales de la salud, de la actividad física y deporte. Algunos ciertos, otros creencias que pueden o no aportar a la madre y el bebé, sin embargo, a medida que han ido comprendiendo los especialistas el proceso físico-fisiológico de la gestación, las futuras madres han ido recibiendo consejos más precisos sobre la actividad física, más adecuada para su estado y los beneficios que esta trae al realizarla durante y sobre todo al final de esta etapa, lo cual puede conllevar consigo a que el parto sea saludable para ambos.

El parto siempre se relaciona con dolor, por lo general las madres primerizas atribuyen una intensidad superior de percepción del dolor al parto que las multíparas, por lo cual con esta investigación pretendemos entrar a evidenciar realmente si la actividad física tiene influencia sobre este durante el parto, partiendo de la experiencia ya vivida de las madres del grupo FAMI de la comuna seis de la ciudad de Popayán.

## **1. ANTECEDENTES**

### **1.1 INTERNACIONAL**

#### **1.1.1 El dolor pélvico en la embarazada, ejercicio y actividad.**

En Madrid España en el año 2007, en la Universidad de Almería, los autores MJ Molina Rueda y F Molina Rueda, realizaron una investigación titulada “El dolor pélvico en la embarazada, ejercicio y actividad” de tipo cuantitativo con lo cual llegaron a las siguientes conclusiones; según los resultados, la patología dolorosa de la mujer embarazada sigue aportando una gran variedad de posibilidades terapéuticas, y sobre todo exige de un manejo interdisciplinario y de los aspectos preventivos. En base de la exhaustiva revisión efectuada, existen multitud de medios terapéuticos y sólo unos pocos resultan satisfactorios. La intervención médica debe constituir un protocolo de actuación que incluya aspectos preventivos y terapéuticos, con un pilar básico, la actividad física; tiene el objetivo de promocionar la salud de la mujer embarazada y de prevenir las complicaciones derivadas del parto. Para ello es preciso organizar clases pre y post-parto, las cuales han incluir los contenidos teóricos y prácticos necesarios para el entendimiento por parte de la mujer, del proceso fisiológico que padece, así como de sus repercusiones. Entre los medios terapéuticos, los beneficios del stretching global activo y de la fortificación muscular, encontrados en los estudios revisados, potencian la idea de un trabajo que los incluya en un programa de actividad física, organizando las sesiones de intervención según las necesidades de la embarazada. Los medios preventivos han de centrarse en la postura, debido que la actitud postural de la embarazada es la responsable de los problemas músculo esqueléticos que padece.



### 1.1.2 Influencia de la educación maternal en la evolución y percepción del dolor durante el parto.

En la SES, Brasil en el año 2009, Marta Bueso, Virginia López, María P. Martín-Romo, María R. Moya y Macarena Ramos. Realizaron una investigación titulada “Influencia de la educación maternal en la evolución y percepción del dolor durante el parto”, de tipo cuantitativo, la cual arrojó estos resultados: las mujeres que acuden a educación maternal tienen en general peor tolerancia al dolor y lo califican con mayores puntuaciones en la escala Analógica-Visual. A mayor número de clases, menor tolerancia al dolor. Mayor tolerancia al dolor con anestesia epidural. Esto demuestra la mayor eficacia analgésica de la epidural en el grupo de mujeres que más la demandan. La demanda de la analgesia epidural es uno de los factores con una diferencia más significativa analizada en comparación a la asistencia o no a educación maternal.

### 1.1.3 El ejercicio físico durante el embarazo.

En la Universidad Politécnica de Madrid España, en el año 2006, Rubén Barakat Carballo. Realizó una investigación titulada “el ejercicio físico durante el embarazo” de tipo cuantitativo, la cual proporcionó como resultado las siguientes conclusiones; los deportes desaconsejados por contacto (choque), con riesgos de caídas o de características extenuantes son, alpinismo, atletismo (especialmente fondo y ultra fondo), el automovilismo deportivo, deportes de combate, el esquí náutico o alpino, el fútbol, el jockey (en todas sus modalidades), el rugby, el submarinismo (alto riesgo fetal), las pesas y el surfing. Además de aquellos deportes que no presentan contacto físico debemos tener en cuenta otros factores, descartar saltos y caídas, largos períodos de actividad sin recuperación o riesgos manifiestos por su peligrosidad en la práctica. Los deportes aconsejados son; caminar, programas de actividad física conducidos, bicicleta estática, actividades acuáticas y correr, teniendo en cuenta en este último que la mujer que

afronta su embarazo con una historia de hábitos deportivos absolutamente sedentarios, el período gestacional no es el momento indicado para iniciarse en esta disciplina puesto que es necesaria la experiencia en lo referido a la carrera continua, pueden continuar con esa práctica durante su embarazo, eso sí, adaptando la actividad a ciertos criterios de intensidad y duración, así como a la superficie donde se desarrolla la práctica. Un programa de ejercicio físico durante el embarazo se debe realizar con tareas físicas de intensidad moderada, con un ritmo cardíaco máximo de 140 pulsaciones por minuto, con una frecuencia de tres veces semanales (dos como mínimo, cuatro como máximo). Este nivel ya es adecuado para obtener ventajas en el campo de la salud y puesta a punto aeróbica, incluso en mujeres no embarazadas, así como reducir al mínimo el riesgo de lesiones. Con respecto a la duración, diremos que todo depende del tipo de actividad de la que se trate y la intensidad con que es realizada. Es decir, si estamos hablando de caminar, la actividad se puede extender hasta una hora o algo más sin ningún tipo de riesgos; pero por norma general estimamos que una actividad tipo gimnasia, actividad acuática o pesas debe durar entre 35 a 40 minutos incluyendo en ello una entrada en calor (7 a 8 minutos) y una vuelta a la calma o relajación (7 a 8 minutos), con lo cual la parte central y más intensa de la clase no se debe extender por encima de 20 a 25 minutos. La primera consideración que se debe hacer con relación a la frecuencia es recordar de manera tajante que durante una etapa como el embarazo resulta totalmente contraindicado el ejercicio ocasional, es un factor fundamental que debe tener en cuenta la mujer gestante; es decir, lo más importante en cuanto a la frecuencia es la regularidad en las sesiones de práctica física. Para obtener mejoras en el aspecto fisiológico se recomienda una frecuencia de tres veces semanales, diremos que esa frecuencia es la adecuada, siempre aceptando cierta flexibilidad, por las particularidades que la gestación impone (cambios fisiológicos, variación en los estados de ánimo, etc.) ; Por lo tanto es importante matizar que la frecuencia nunca debe ser menor a dos días en semana. (Límite superior). Si la gestante se encuentra perfectamente y la actividad física es una parte integral de

su vida pregestacional, siempre y cuando se trate de una actividad moderada sin grandes demandas metabólicas, puede realizar ejercicio con una frecuencia máxima de 5 días en semana hasta el final del segundo trimestre, pero repetimos, con absoluta precaución y bajo constante control obstétrico, reduciendo luego su frecuencia de sesiones de trabajo en el tercer trimestre. Una excepción en lo referente a la tarea de caminar: es que una gestante que se encuentre en buena condición física y dispuesta a realizar una sesión diaria de caminar lo puede hacer sin ningún inconveniente durante todo su embarazo.

1.1.4 Entrenamiento personal para mujeres embarazadas: Una solución para optimizar los beneficios del ejercicio físico.

En la Universidad de Vigo, España, en el año 2009 Virginia Serrano , realizó una investigación titulada “Entrenamiento personal para mujeres embarazadas: Una solución para optimizar los beneficios del ejercicio físico” de tipo cuantitativo, la cual arrojó las siguientes conclusiones: la realización de un programa de ejercicios bien dirigido, no tiene efectos negativos materno-fetales, pero es más, la práctica regular de ejercicio bien dirigido puede ser muy beneficioso en aspectos fisiológicos y psicológicos para la mujer embarazada y como consecuencia para el feto, ya que, aunque puede existir riesgos en la realización de actividad física para algunas mujeres embarazadas, la mayoría de los especialistas coinciden en que los beneficios de mantenerse activas sobrepasan los riesgos.

1.1.5 Actividad física y embarazo

En la ciudad de España, Luis Berbel y Ángel F. García en el año de 2008 realizaron un trabajo de investigación titulada “Actividad física y embarazo” de tipo cuantitativo la cual aportó las siguientes conclusiones como resultados: mejora la resistencia, coordinación, fuerza muscular general, la circulación sanguínea, estimulando el retorno venoso, aliviando la fatiga, previene calambres, previene el

sobrepeso, previene dolores a nivel de las articulaciones sacro-ilíacas por el aumento de los diámetros de la pelvis, aporta mayor cantidad de oxígeno a nivel de los tejidos de la mamá y también del bebé, refuerza el complejo diafragmático pélvico cuya función es el sostén de los órganos pélvicos contra la gravedad y la presión abdominal, mantiene y mejora la movilidad articular, mejora la calidad del sueño, evitando el insomnio, reduce la tensión de los músculos que posturalmente se tensan con el embarazo, provocando habitualmente contracturas, y con ello, alivio del dolor de espalda, emocionalmente ayuda a relajarse, y a controlar el miedo y la ansiedad, mejora del bienestar y de la autoestima, y una vez pasado el parto, ayuda a recuperar más rápido la apariencia física que se tenía antes del embarazo.

#### 1.1.6 Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008

En la Universidad Austral de Chile, Carolina Aguayo y Ana Angulo en el año 2008, realizaron una investigación titulada “técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008” de tipo cualitativo con la cual llegaron a las siguientes conclusiones; el embarazo y el parto son procesos fisiológicos, que no siempre están libres de temores y miedos asociados a lo que el entorno puede transmitir. Las mujeres expresaron que el entorno social influyó en su impresión acerca del proceso, aún teniendo experiencia previa de parto. La influencia negativa del entorno, respecto a la experiencia del parto, es relacionada directamente por las mujeres del estudio, con sensaciones de dolor, ya que generalmente se enfatiza lo traumático del proceso, que según ellas genera temor y nerviosismo, aún cuando hayan tenido una experiencia, pues saben que ningún parto es igual a otro. La transmisión de sensaciones de miedo y temor, por su entorno más próximo, en su mayoría son relatos que hacen referencia cuando la

percepción es negativa, y se observa que en estos casos, la mujer adquiere una postura defensiva que podría influir en su vivencia del proceso; por otra parte, cuando el entorno de la mujer ha tenido una experiencia positiva, omite los comentarios, destacando sólo los aspectos negativos de su vivencia.

## **1.2. NACIONAL**

### **1.2.1 La condición materna y el ejercicio en la gestación favorecen el bienestar del hijo y el parto.**

En el hospital San Rafael de Girardot Colombia en el año 2008, Dora P. Suarez L., y Lucy Muñoz. Realizaron una investigación titulada “La condición materna y el ejercicio en la gestación favorecen el bienestar del hijo y el parto” de tipo cuantitativo, con lo cual llegaron a las siguientes conclusiones; según los resultados, las mujeres gestantes tienen diversas practicas y creencias sobre el ejercicio físico, con un significado diferente al que manejan los trabajadores de la salud. La cultura de las mujeres embarazadas abarca un sistema de creencias, valores y costumbres como un todo integrado, con formas diferentes de interpretar y aplicar el ejercicio físico prenatal. El ejercicio físico es tomado como una práctica que contribuye, junto con el componente físico y emocional de la condición materna, al bienestar del hijo por nacer y al parto. Para esto es necesario que la mujer se prepare durante la gestación buscando estar activa. Caminar, las diferentes posiciones del cuerpo y los movimientos corporales son determinantes en el componente físico. El estado de ánimo y el estar más preparada influyen en el componente emocional. Los consejos o recomendaciones que reciben con base en vivencias y experiencias de otros afectan las prácticas de estas mujeres en lo relacionado con el ejercicio físico. Cuando llega el momento del parto es necesario que la mujer identifique el dolor y lo controle; es a través de la práctica del ejercicio durante el embarazo que la mujer puede lograr un parto sin dolor. En el parto la mujer debe saber respirar para garantizar que llegue el oxigeno a todo el cuerpo y

al hijo por nacer. Aunque esto es percibido por estas mujeres, durante la gestación no realizan a ejercicios que las lleven a entrenarse en el manejo de la respiración. Por el contrario, evitan actividades que le produzcan fatiga y les alteren la respiración. Durante el parto deben realizar algunas acciones para evitar complicaciones; dentro de ellas está el pujar y el no desesperarse; además para ellas el parto no se complica cuando se da a luz rápido y no se sufre. Este sufrimiento está muy unido al dolor de las contracciones que ellas perciben.

## **2. CONTEXTO**

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es una entidad al servicio de las familias colombianas, entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social, es una de las instituciones más representativas del país. Fue creada en 1968 dando respuesta a problemáticas, tales como la deficiencia nutricional, la desintegración e inestabilidad de la familia, la pérdida de valores y la niñez abandonada. El ICBF está presente en cada una de las capitales de departamento, a través de sus regionales y seccionales. Adicionalmente, cuenta con 201 centros zonales, los cuales son puntos de servicio para atender a la población de todos los municipios del país. Actualmente cerca de 10 millones de colombianos se benefician de sus servicios.

De esta forma, a niños y niñas, jóvenes, adultos y familias de poblaciones urbana, rural, indígena, afro-colombiana, raizal y rom, es posible brindarles una atención más cercana y participativa.

### **2.1 MISIÓN DEL ICBF**

Somos una institución de Servicio Público comprometida con la protección integral de la Familia y en especial de la Niñez. Coordinamos el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y como tal proponemos e implementamos políticas, prestamos asesoría y asistencia técnica y socio legal a las comunidades y a las organizaciones públicas y privadas del orden nacional y territorial.

### **2.2 VISIÓN DEL ICBF**

En el 2010 seremos una institución modelo en la prestación de sus servicios, que lidera y articula la ejecución de políticas sociales en el ámbito nacional y territorial,

para mejorar la calidad de vida de la niñez y la familia colombiana, siendo reconocida y querida a nivel nacional e internacional por sus excelentes niveles de efectividad y calidad, con un equipo humano que presta el servicio con calidez, afecto y transparencia.

### **2.3 POBLACIÓN**

La población son 1380, mujeres lactantes del grupo Familia, Mujer e Infancia (FAMI) de la ciudad de Popayán, que pertenecen al Instituto Colombiano De Bienestar Familiar.

### **2.4 MUESTRA**

La muestra a la cual se le aplicó la encuesta fueron 48 mujeres que esperaron su primer parto (primíparas) y 53 mujeres que ya habían tenido uno o más partos (multíparas), para un total de 101 madres lactantes.

### **2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

El muestreo se seleccionó de manera no probabilística, es decir que inicialmente se desconoce la probabilidad que tiene cada madre gestante de la población para formar parte de la muestra, por tanto fue seleccionada por ciertas características y de forma intencional, esto se hizo por medio de una charla informativa dirigida a las lactantes.

- Mujeres lactantes entre los años 2007 a 2009.
- Mujeres que hayan tenido uno o más partos.
- Mujeres que hayan tenido su bebé de forma natural.



## **2.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Mujeres que hayan tenido su bebé por cesárea.

## **2.7 DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.7.1 Tipo de estudio**

La investigación se enmarco dentro de los parámetros de cuantitativo, ya que se midió el grado de dolor en el parto de las madres gestantes entre los años 2007 a 2009.

### **2.7.2 Enfoque de la investigación**

La investigación se realizo mediante una encuesta que consta de 18 preguntas que se efectuó a 101 madres lactantes pertenecientes al grupo FAMI de la Comuna 6 de la ciudad de Popayán. La cual fue de tipo no experimental, transversal, ya que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Anexo A.

### 3. AREA PROBLEMÁTICA

Es a través de la gestación; la representación natural de la reproducción del ser humano, por la cual la mujer da vida, contribuyendo de esta manera al crecimiento de la población por lo que se le debe reconocer, de ella dependen dos vidas las cuales necesitan cuidado y mucho amor, para que gocen de plena salud física y mental, siendo la salud definida como “la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, ropa apropiada y temperatura), dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias), tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender)”, (Cisneros F, 2005), la cual en parte se logra gracias a la realización de una actividad física diaria. La realización de esta trae consigo según Luis Berbel y Ángel F. García (2008) beneficios como; mejora la resistencia, coordinación, fuerza muscular general, la circulación sanguínea, estimulando el retorno venoso, aliviando la fatiga, previene calambres, previene el sobrepeso, previene dolores a nivel de las articulaciones sacro-ilíacas por el aumento de los diámetros de la pelvis, aporta mayor cantidad de oxígeno a nivel de los tejidos de la mamá y también del bebé, refuerza el complejo diafragmático pélvico cuya función es el sostén de los órganos pélvicos contra la gravedad y la presión abdominal, mantiene y mejora la movilidad articular, mejora la calidad del sueño, evitando el insomnio, reduce la tensión de los músculos que posturalmente se tensan con el embarazo. Sin embargo no habla de una contribución en el grado de percepción de dolor del parto, el cual Atienzar, M. (2005) lo expresa como un proceso o una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o que se describe ocasionada por dicha lesión además de que el dolor del trabajo del parto es un dolor agudo, nociceptivo, con componentes de dolor somático y dolor visceral.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ofrece a través de los grupos FAMI, a la población de la mujer gestante, la mujer lactante y la población infantil menor de dos años, con base en “La guía para el desarrollo de las sesiones educativas con el grupo C. Gestante” programas de charlas informativas y complementarias a su saber cómo: bienvenida para los adultos y los bebés en gestación, evaluación de compromisos anteriores, desarrollo del tema seleccionado, control del bienestar de la madre y el niño, comunicación con el bebé, ejercicios maternos, compromisos y evaluación de la sesión educativa; cuatro fichas de ejercicios maternos, teniendo en cuenta los anteriores aspectos ya planificados por el I.C.B.F., no cuenta con la ayuda idónea de personal calificado en el área del deporte, y la recreación para favorecer la población de la mujer gestante y la mujer lactante con el fin de llenar ese vacío de conocimiento para el adecuado cuidado en el área mencionada.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La condición de seres vivos con capacidad de movimiento e interacción con las cosas y otros seres del mundo que existen a nuestro alrededor, permite que la actividad física se encuentre en cualquier ámbito de nuestra vida, práctica que está presente en los diferentes roles y tareas cotidianas y familiares que se presentan desde la infancia hasta la vejez en el ser humano.

De ahí que la actividad física sea un factor, entre otros muchos, a tener en cuenta cuando se habla de la salud de las personas en especial de la mujer gestante a quien este factor genera beneficios físicos y psicológicos.

Por tanto se conceptúa que esta investigación es novedosa, ya que en la revisión realizada no se encontraron estudios similares a nivel del Departamento de Educación Física de la Universidad del Cauca, en los que se incluya esta población y el factor doloroso durante el parto.

Es pertinente, porque cada grupo FAMI de la ciudad de Popayán, no posee el personal calificado y especializado para brindar los beneficios de un programa de actividad física a la gestante y su bebé. Con lo que se busca que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ofrezca dentro del programa de grupos FAMI el ejercicio, el deporte y la recreación.

Se considera una investigación interesante, porque las prácticas que ofrece el programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Educación Física, recreación y Deporte son realizadas con niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, siendo las gestantes una población diferente a la que normalmente como estudiantes de educación física se está acostumbrado a intervenir.

Como futuros Licenciados en Educación Básica con énfasis en Educación Física, Recreación y Deporte porque permite a los profesionales una proyección en áreas distintas al contexto de la Educación Formal, sobre todo en una población con la que se ha tenido poco contacto durante las prácticas como estudiantes.

## **5. PROBLEMA**

¿Qué influencia genera la actividad física en mujeres gestantes sobre el grado de percepción de dolor durante el trabajo de parto, del grupo FAMI pertenecientes a la comuna seis de la ciudad de Popayán entre los años 2007 a 2009?

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 GENERAL**

- Clasificar y determinar si la actividad física antes y durante el periodo de la gestación en madres gestantes del grupo FAMI de la comuna seis (6) de la ciudad de Popayán, genera cambios en la percepción del grado de dolor según la escala visual analógica (EVA), en el parto.

### **6.2 ESPECÍFICOS**

- Clasificar a la población según la práctica y la no practica de actividad física antes y durante la gestación.
- Determinar la influencia de la actividad física en gestantes sobre la percepción del grado de dolor según la escala visual analógica (EVA), en el trabajo de parto.

## 7. MARCO TEÓRICO

### 7.1 SALUD Y GESTACIÓN

El significado de salud va mas allá de la simple ausencia de patologías a nivel corporal, puesto que también de ella dependen y existen afecciones que se pueden presentar en las demás dimensiones del ser humano, pues somos un todo, ya que para nuestro bienestar una depende de la otra, dentro de las cuales encontramos “la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, ropa apropiada y temperatura), dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias), tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender)”, (Cisneros F, 2005),

*"Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". (Dubos, 1957). Para este autor el elemento esencia de la enfermedad no residiría en la propia infección, sino en una serie de estímulos, externos o internos, que alteran la resistencia del organismo y rompen el estado de equilibrio individuo-entorno que representa la salud". (Gavidia, 2002).*

En el momento de la fecundación existe una rápida y audaz carrera del más fuerte, los más dotados espermatozoides, los que poseen la mejor agilidad genética son los que logran incluirse en el afanoso “deseo” de ser el único que logrará triunfar para formar y dar junto con el óvulo a un nuevo ser. Cuando este ser esta en desarrollo cesa la producción de estrógenos, lo cual conlleva a una interrupción del ciclo menstrual, hay un continuo crecimiento durante los meses



posteriores de la fecundación, lo que como consecuencia genera un crecimiento del útero y alargamiento de los músculos de la zona abdominal, esto sustentado con el planteamiento de Stoppard que explica este proceso así: *“El embarazo inicia mediante la fecundación del óvulo con el espermatozoide, óvulo que se implanta en la pared del útero, además ocurriendo una inhibición del ciclo menstrual. El embarazo de la mujer es evidente tanto externa como internamente, pues durante los nueve meses el útero adquiere volumen e inevitablemente el abdomen debe ceder; los músculos del abdomen sufren una híper-elasticidad”* (Stoppard.1993:120).

*“El aumento de la sensibilidad de las mamas, el cansancio, las náuseas, la sensibilidad a los olores, la mayor frecuencia en la micción, los cambios de humor, el aumento de peso, los deseos de sustancias como el hielo, arcilla y almidón de maíz, el aumento del tamaño de los senos, el oscurecimiento de los pezones, el aumento de peso, los vómitos, el aumento del ritmo cardíaco, la presión sanguínea, aumento de la temperatura del cuerpo, sueño, mareos, son síntomas que el cuerpo de la mujer experimenta para adaptarse a las necesidades del bebé”.* (Stoppard.1993:121).

En tal sentido, los cambios experimentados en el organismo preparan el cuerpo de la mujer para el desarrollo del bebé durante las 40 semanas que normalmente dura la gestación. La naturaleza es sabia, pues realiza los cambios necesarios para que este nuevo ser tenga un buen desarrollo. Debido a estos cambios en diferentes dimensiones del ser humano ocurren síntomas. Por ejemplo los cambios de piel debido a la estimulación de las células que le dan el color de la piel, que se produce por la elevación de los niveles en sangre de las hormonas del embarazo. Otro aspecto es que las mujeres gestantes se vuelven más sensibles, aunque no hay indicios del porque.

*“La situación de embarazo posiblemente sea la que mayor cantidad y calidad de modificaciones de diversa índole provoca en el ser humano; estos cambios cobran una superlativa importancia debido a que de su normal desarrollo no solo depende el bienestar de la gestante, sino también el armónico curso del embarazo, y algo aun más trascendental, la salud fetal”. (Carreras, Quiralt, Del Pozo y Sostoa, 1995. Citados por Barakat, 2006).*

## **7.2 FISIOLÓGÍA DEL EMBARAZO**

Durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos, a los cuales no se escapa ningún sistema del organismo materno.

### **7.2.1 Sistema Respiratorio**

Hay cambios tanto anatómicos como fisiológicos que incluyen vías aéreas, volúmenes pulmonares, ventilación y dinámica de la respiración.

Desde el punto de vista anatómico se debe de mencionar: una congestión de toda la circulación capilar de la mucosa del tracto respiratorio que lleva el enrojecimiento y edematización de la nasofaringe, laringe, tráquea y bronquios, dando lugar a voz nasal y respiración difícil, lo cual simula un estado gripal permanente de la materna. Las falsas cuerdas vocales y la región aritenoidea de la laringe están hinchadas e hiperémicas en el 75% de los casos; por esta razón es conveniente tener siempre disposición tubos endotraqueales No. 32- 34 para la intubación, además de los tradicionales No. 36- 38 para la mujer no embarazada.

A medida que el útero crece, causa un desplazamiento de vísceras y estructuras abdominales hacia arriba, dificultando en esta forma la incursión diafragmática.

Se considera que hay una elevación de unos 4 cm en el diafragma y a esto hay que agregar una disminución del tono y una menor actividad de los músculos abdominales durante el embarazo.

La elevación del diafragma es compensada por un aumento en el diámetro antero posterior (2 cm) y por un desplazamiento con elevación del ángulo de las costillas, lo cual da como resultado un aumento de la circunferencia de la caja torácica. (5 a 7 cm).

### 7.2.2 Volúmenes y Capacidades

Entre el cuarto y quinto mes de gestación, se inician los cambios de disminución en los volúmenes y capacidad, sobre todo respiratorios, ocasionados en gran medida por el gran desplazamiento cefálico del diafragma. Así, en el embarazo de término tenemos:

- El volumen de reserva espiratorio, VRE, se encuentra disminuido en 100cc lo mismo que el residual (VR), que lo está en 200 centímetros cúbicos.
- La capacidad funcional residual, CFR, es de un 20% por debajo de los valores de la embarazada.

Todos estos cambios se agravan con la obesidad, la pre-eclampsia, valvulopatía mitral y la posición de decúbito supino. Son de gran valor para el anesestesiólogo ya que lo sitúan frente a una paciente que tolera por muy poco tiempo la hipoxia o la apnea. La disminución de la CFR, sumada al aumento de la frecuencia respiratoria, (hiperventilación), acelera el aumento de la concentración alveolar del anestésico, ya que reduce el tiempo de lavado pulmonar. Lo anterior, sumado a la solubilidad del gas empleado, lleva rápidamente a la paciente a planos anestésicos y a una alta concentración del mismo, en la circulación fetal.

La disminución del VRE, VR y CFR, es compensada por un aumento de la capacidad inspiratoria, CI, y en el volumen de reserva inspiratoria; de esta manera, la capacidad pulmonar total (CPT) y la capacidad vital (CV) de la mujer embarazada, permanecen inalterables.

La elasticidad pulmonar permanece normal, pues si bien hay una mayor congestión circulatoria, también hay una menor resistencia de las vías aéreas, ocasionada por un aumento en los niveles de cortisol, relaxina y progesterona, las cuales producen broncodilatación.

### 7.2.3 Frecuencia Respiratoria

Hay un aumento del volumen minuto en un 50% por encima de la cifra basal. De éste, un 40% corresponde al volumen corriente y un 15% a un aumento de la frecuencia respiratoria.

Se piensa que la progesterona juega un papel muy importante en el aumento de la frecuencia, ya que según algunos autores, disminuye el umbral de excitación del centro respiratorio y a la vez, lo estimula.

El aumento de la frecuencia respiratoria empieza a finales del primer trimestre cuando la embarazada tiene entre 20 y 25 respiraciones por minuto y así persiste durante todo el embarazo. Al iniciarse el trabajo de parto, la ansiedad, aprensión y el dolor de las contracciones, hacen que ésta se aumente de manera exagerada por la acción de las catecolaminas.

El volumen minuto es de 10 litros en el período inter-contráctil y de 20 a 25 durante las mismas y 35 en el acmé de la contracción. Estos cambios conducen a una caída en la  $PCO_2$  a valores de 10 a 20 mmHg. La  $POC_2$  aumenta a 100-110 mmHg y el pH puede subir a 7.5- 7.6. De esta manera, la embarazada se encuentra en una verdadera alcalosis respiratoria.

En la madre, la alcalosis respiratoria es nociva, ya que causa una reducción del flujo sanguíneo cerebral, vasoconstricción de las arterias uterinas, con la consiguiente disminución de la perfusión materno-fetal. La hiperventilación, sumada hipocarbica, acarrea alcalosis respiratoria, hipotensión arterial, desplazamiento hacia la izquierda de la curva de disociación de la hemoglobina e hipoxia fetal. Además la hipocarbica aumenta la fístula placentaria, desencadenando una vasoconstricción umbilical e hipoxia fetal. Uno de los objetivos de la analgesia obstétrica es lograr un bloqueo parcial de dicha alcalosis mediante analgesia farmacológica, o un bloqueo total de la misma, eliminando la hiperventilación por intermedio de una analgesia epidural.

#### 7.2.4 Sistema Cardiovascular

El gasto cardíaco aumenta desde el principio del embarazo. El incremento es moderado en el primer trimestre y muy acentuado en el segundo. Entre las semanas 34 a 36 es de un 40 a 50% por encima de lo normal. Después del octavo mes, el útero grávido causa una obstrucción de la vena cava inferior originando una disminución del retorno venoso. Esto hace que durante las últimas semanas el gasto cardíaco sea igual al de la no embarazada.

El volumen sanguíneo también se incrementa desde las primeras semanas y puede alcanzar valores de 1000 a 1500 centímetros cúbicos para el embarazo de término. No obstante este incremento en la volemia, la embarazada no aumenta su presión arterial y antes por el contrario, puede presentar un ligero descenso sobre todo en la cifra diastólica. Son varios los mecanismos mediante los cuales la paciente maneja el exceso de volemia sin alterar su presión arterial, a saber:

- A la perfusión útero-placentaria ingresan unos 500 a 700 centímetros cúbicos de sangre, los cuales se conectan en paralelo a la circulación sistémica y por lo tanto, no afectan el gasto cardíaco materno.

- Hay aumento de la capacitancia venosa.
- El útero grávido causa una obstrucción mecánica por compresión de la vena cava, y de esta manera se disminuye el retorno venoso.
- En la madre se activa el sistema de prostaglandinas, algunas de las cuales tienen acción marcadamente vasodilatadora. Entre ellas tenemos: prostaglandina A, E y prostaciclina.
- Hay un aumento del gasto cardíaco, ya que la frecuencia se eleva en 12 a 15 latidos por encima de lo normal. El volumen de llenado sistólico también se incrementa.

El aumento del volumen sanguíneo se hace principalmente a expensas del plasmático (20 a 40%), mientras que la masa eritrocítica sólo aumenta en 10 a 15%. Todo esto lleva a la paciente a una anemia por dilución.

#### 7.2.5 Sistema Urinario

El flujo sanguíneo renal y el índice de filtración glomerular aumentan hasta un 150% durante el primer trimestre del embarazo, y al final desciende a un 60% en la mujer no embarazada. Estos cambios se han relacionado con los niveles progesterona. También pueden encontrarse disminuidos los niveles de creatinina, nitrógeno ureico sanguíneo (BUN) y ácido úrico, aunque suelen ser normales.

El esfuerzo del pujo sólo es efectivo si la dilatación cervical es completa, y se efectúa durante el acmé de la contracción.

## 7.3 PREPARTO

Antes de iniciarse el período de dilatación, existe una etapa llamada preparto, la cual puede variar entre 1 y 2 semanas antes de iniciar el parto. Durante ella, se realiza el encajamiento en las primíparas gestantes. La transición entre el preparto y el comienzo del parto no tiene lugar en forma brusca, se hace gradual y progresivamente.

### 7.3.1 Descenso del Útero

Durante el preparto, la embarazada observa que el fondo del útero descendió cuando lo compara con el que tenía en el mes inmediatamente anterior. En este momento, la gestante experimenta una mejoría de sus problemas respiratorios, pero posiblemente se aumentan las molestias al caminar. El descenso del útero se puede comprobar tomando la altura uterina y apreciando el nivel de la cabeza fetal.

### 7.3.2 Cambios en el cuello uterino

Al final de la gestación, el cuello está formado, es decir, está largo. Entre el orificio externo y el interno hay uno 3 cm. de longitud. La posición del cuello es posterior y es lo que se conoce como cuello inmaduro o grado I. Por acción de las contracciones de Braxton Hicks, las cuales se hacen más rítmicas y aumentan de intensidad y frecuencia, el cuello se ablanda y disminuye su longitud, es decir, sufre un proceso que se conoce con el nombre de borramiento. Equivale a un acortamiento del canal cervical. Este fenómeno es diferente en la primigestante que en la múltipara. En la primera, ocurre durante la fase de preparto, mientras que en la segunda, sucede simultáneamente con la dilatación. En este momento el cuello se hace más anterior en relación con el eje vaginal, su longitud varía entre 1 y 2 cm. y el orificio interno permite el paso del dedo índice, es el grado II o

maduración intermedia. Cuando se inicia el parto e inclusive algunos días antes, el cuello ha alcanzado un borramiento completo. El orificio externo está totalmente incorporado al interno; la posición es central, fácil de palpar al introducir los dedos en la vagina y la dilatación es de 2 o más cm, es el grado III o maduración completa.

Cuando se realiza la ecografía al final del embarazo, se puede determinar con precisión la longitud del cuello y la dilatación del orificio cervical interno.

### 7.3.3 Otros cambios

Durante la fase de parto, la secreción vaginal aumenta y puede presentarse un moco sanguinolento unas 24 horas antes de iniciarse el parto. Es la expulsión del tapón mucoso. Es frecuente que la embarazada se queje de molestias o dolores en la región lumbosacra debido a la acción de las contracciones y por el encajamiento de la cabeza. La pérdida de peso tres o cuatro días antes de comenzar el parto, es otra de las manifestaciones que permite pronosticar el comienzo del trabajo. Infortunadamente, pocas embarazadas observan este cambio. Botero, J., Jubiz, A & Henao, G. (2000).

## 7.4 EL PARTO

Es el proceso natural por el que la mujer da vida a un nuevo ser, el cual tiene inicio desde el momento y desde la aparición de las contracciones uterinas dolorosas que aumentan a medida que se acerca este, aumentan en intensidad y frecuencia acompañadas por cambios corporales como el aumento del diámetro del cuello uterino.

Todas las mujeres durante el parto experimentan dolor, sin embargo algunas no, este proceso puede verse asistido o inducido por medicamentos como oxitócicos,



ciertos anestésicos y una posible episiotomía. Dentro del parto existen también de alto riesgo debido a problemas de la madre o del bebé que influyen en este proceso por lo cual para salvar la vida de ambos es necesario recurrir a la cirugía llamada cesárea. Cuando el nuevo ser nace, se le pesa y somete a ciertos cuidados especiales.

El parto dependiendo de si la madre es primeriza o multípara, determina el grado de duración de este proceso. Este se caracteriza porque se lleva a cabo en tres fases: fase pródromos; que es el período en el cual empiezan las primeras contracciones, parto; es el momento en que las contracciones ya están instauradas de forma regular y el cuello de la matriz empieza a dilatarse, y expulsivo; es el momento del nacimiento del nuevo ser.

La primera fase del parto llamada fase de dilatación lenta, se caracteriza por la presencia de contracciones llamadas prodrómicas, que son aquellas que preceden al inicio del parto y que van preparando al cuello cervical para el momento del parto. (Lluís, 2007).

Es decir en esta fase ocurren cambios en diferentes dimensiones en la mujer como es el aumento de la consistencia y la longitud de su cuello uterino, además de contracciones de baja intensidad, estas producen dolor que es otro síntoma los cuales aparecen de una forma esporádica en algunas gestantes.

Clásicamente, el parto se divide en 3 periodos denominados:

- Dilatación. Se inicia cuando el orificio interno alcanza 2 cm y termina cuando la dilatación es completa, es decir tiene 10cm. Se acepta esta condición como índice final porque ya la cabeza puede pasar a través de él, sin dificultad.

- Expulsivo. Se relaciona con la salida del feto y se inicia cuando termina el anterior, es decir, el orificio interno se ha incorporado totalmente al segmento uterino inferior y ya no se palpa al practicar el examen vaginal y culmina con la salida total del fruto.
- Alumbramiento. También llamado placentario tiene lugar desde la salida del feto hasta la expulsión total de la placenta y sus membranas. Los fenómenos activos del parto están representados por las contracciones uterinas, las cuales influyen en el borramiento y en la dilatación, y por la presión de los músculos abdominales que participan en el pujo. Los pasivos ocurren en el feto durante su paso por el canal del parto.

En el desarrollo del proceso para la llegada del nuevo ser, el cuerpo de la mujer sigue preparándose, sufriendo cambios, como; la aparición de dolor más fuerte y constante, la dilatación del cuello uterino y las contracciones se van haciendo más frecuentes (4 en 10 minutos), lo cual describe el proceso de transcurso del parto.

*“Las contracciones de parto son regulares (inicialmente 2 contracciones/10 minutos), dolorosas y cada vez más intensas y no desaparecen con el reposo. La exploración pondrá en evidencia una disminución de la longitud del cuello de la matriz por lo menos la mitad de lo normal, y con una dilatación o apertura del cuello de 2 cm. (Lluis, 2007).”*

La labor de parto, acto tan natural como la vida misma indica que ha llegado el momento de la culminación de este maravilloso proceso: la creación y transformación de un nuevo ser en el vientre de la madre; de una vida nueva esperando la luz de un nuevo comienzo.

Esta experiencia esperada e inesperada al mismo tiempo, en su momento lleva consigo muchos factores inmersos en el querer y hacer de la madre, en el antes y

después del parto. Un acumulo de vivencias, que a pesar de ser sentidas “fugazmente” en los anteriores partos, no alcanzan a dar la experiencia ni posibilidad del control de las sensaciones o miedos que en el momento del nacimiento se creería pueden ser controlados. Es por ello que se hace necesario el conocimiento de las múltiples variables que se puedan desarrollar en el antes y después del alumbramiento, para la tranquilidad y feliz término del parto. El tener una aproximación del conocimiento, de la corporeidad de la mujer, el saber al menos que se manifiesta en esos momentos o instantes; momentos que aunque ya fueron vividos no son necesariamente iguales a los anteriores, el conocernos podría en gran manera modificar el aparente temor de carecer de la fortaleza en las distintas dimensiones que se presentan en no culminar con éxito el nacimiento del nuevo ser. Cada ser humano: hombre o mujer, se identifica y diferencia corpóreamente. Esto es quizá, lo que diferencia a la mujer de los otros seres vivos, y del género masculino; tal vez el hombre que se identifica con las experiencias que vive la mujer durante el trabajo de parto podría comprender mejor los cambios y sentir su parte femenina. (Posiblemente anhelamos parecernos a las hembras del reino animal por la tranquila espera y culminación del desarrollo y la labor del parto). Las experiencias individuales por ser diferentes se podría esperar otros tipos de respuestas, al imaginario y desarrollo del momento del parto; podría ser la actitud un factor muy importante para el proceso del alumbramiento, la cual mediante la práctica dirigida de movimientos intencionados se fortalecería permitiendo mejores respuestas en futuras madres.

*“Procrear: esencia y explicación de todo ser viviente, acto sublime que nos permite compartir la tarea de la creación” (Espinosa. M, citado por Plata. E, 1997).*

Por ser diferentes las mujeres perciben el mundo distinto, la vida, después del parto la gestante presentan cambios corpóreos. Estos dependen no solo de la

madre también de su entorno, de la clase de ambiente donde se encuentre, del acompañamiento de su pareja, de la familia y del grupo de amigos.

Reacciones emocionales y depresión postparto; sentirse inquieta o irritable, sentirse triste, sin esperanza o abrumada, llorar mucho, no tener energía o motivación, comer demasiado o muy poco, dormir demasiado o muy poco, dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, sentirse inútil y culpable, pérdida de interés y satisfacción en actividades, retirarse de familia y amigos, tener dolores de cabeza, de pecho, palpitaciones rápidas del corazón (el corazón palpita muy rápido y siente que salta palpitaciones), o respiración agitada (rápida y sin profundidad).

Después del parto algunas mujeres pueden seguir presentando por un tiempo indeterminado distintos síntomas que evidenciarán cambios en su estado anímico como lo es la irritabilidad, la ansiedad, la tristeza y abrumación por nombrar algunos. Es oportuno el ser identificado ciertos aspectos, por su pareja o grupo familiar tempranamente ya que la nueva madre experimenta no solo cambios a nivel corporal sino en otros aspectos de su corporeidad. De tal manera que a partir del acompañamiento físico-afectivo; el gesto amable, la palabra de apoyo, el sentirse querida y no menos importante en el aporte económico, reflejarán un soporte en el cambio generado por la llegada de un nuevo ser, debido a la transformación completa de su vida.

De acuerdo a como nos percibimos a si mismo nos sentimos, es necesario que tanto la madre como el bebé gocen de esta nueva etapa de sus vidas. Cada uno en su sentir adquieren un rol diferente, ya no son esos seres que dependen uno del otro por estar ligados orgánicamente ahora lo seguirán siendo pero en un vinculo afectivo; el amor.

Debido que el aspecto corporal después del parto es un factor que puede desencadenar sentimientos positivos o negativos en la madre, en sus diferentes aspectos que la hacen ser humano, dependiendo de cómo se siente, como se ve ella misma “y los demás como la ven” que es a lo que usualmente se le da más importancia, es por ello que se hace necesario el referirnos a el período de gestación ya que en este estado de maternidad se presentan en la mujer cambios corporales tales como el aumento de peso, manchas en la piel, calambres, cambio en el estado de ánimo, de temperamento, etc. en los cuales mediante aportes enfocados hacia el auto-cuidado y reforzamiento de la autoestima se podrían controlar en beneficio de la salud materna. (Lluís, 2007).

#### 7.4.1 Etapa Pélvica

Comienza a partir de la dilatación y el borramiento completo del cérvix, hasta el nacimiento del niño.

Una vez que la dilatación se ha completado, el feto hace su recorrido por el canal de parto a través de dos fenómenos activos: Contracciones uterinas y esfuerzo del pujo.

Al descender, el feto ejerce presión sobre las estructuras nerviosas rectales, estimulando el reflejo del pujo.

Los músculos de la pared abdominal anterior y del diafragma se contraen, aumentándose la presión uterina, y facilitando la expulsión fetal. (Botero, J. Jubiz A & Henao G, 2000)

#### 7.4.2 Atención del Parto

El parto es un proceso fisiológico que conduce a la expulsión de un feto de 20 semanas o más, sin producir ningún daño en la madre ni en su hijo. Durante la atención del parto, es preciso tener en cuenta tres conceptos importantes:

- La asepsia y la antisepsia.
- La responsabilidad y la capacidad del personal encargado del manejo del parto.
- El uso moderado de la razón, de tal manera, que se logre hasta donde sea posible un parto espontáneo.

Por asepsia se atiende la ausencia de gérmenes y por antisepsia, la supresión de los que ya existen. El concepto de asepsia y antisepsia es muy importante porque el uso indiscriminado de antibióticos se olvida que es de mayor valor la prevención que la curación. Este principio básico en medicina se aplica en la atención del parto. Durante esta etapa del proceso reproductivo, los gérmenes multiplican, elevan su virulencia y si se rompen las membranas precozmente, invaden la cavidad amniótica y desencadenan la infección. Es espontánea cuando asciende por el canal sin ninguna mediación, y artificial o iatrogénica, cuando es producida por el personal que atiende a la parturienta o por el instrumental y la ropa no estériles. En este proceso, la madre actúa como receptora, el medio ambiente como contaminador y el personal, el material y el instrumental, como agente intermediario.

### 7.4.3 Aspecto psicológico de la madre

Durante el trabajo de parto se conjugan dos factores importantes: el emotivo y el físico. El estado de ánimo de la parturienta influye en la conducción normal del parto. La experiencia de los distintos grupos que a nivel nacional e internacional se han dedicado al manejo del “parto natural”, confirman los hallazgos clínicos. El comportamiento del personal médico y paramédico en las salas de trabajo y de parto debe ser amable y prudente. Se recomienda evitar las conversaciones impropias y los términos desobligantes con la parturienta. La amabilidad del médico, sumada a su capacidad y a la espera inteligente, le dará más seguridad a la madre.

### 7.4.4 Términos que se utilizan en la elaboración de la historia clínica.

Gestante: Es la embarazada que se encuentra en trabajo de parto sea este espontáneo o inducido y con más de 20 semanas de gestación.

Primípara: Es aquella parturienta que ha tenido su primer parto de más de 20 semanas.

Múltipara: Es la que ha tenido más de un parto.

Término: Después de la semana 37 y antes de la 42. (Botero, J. Jubiz A & Henao G, 2000)

## 7.5 POSTPARTO

El postparto que es un estado de transición desde la etapa de estrecha relación que hay entre la madre y su hijo/a durante el embarazo hacia un período de mayor autonomía para ambos, en este período ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre, hasta que retorna a una condición semejante a la que tenía antes del embarazo. Este período es esencial para el desarrollo de hijas e hijos,

para la recuperación de la madre, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres. (Díaz, S. 2000). En estos períodos ocurren grados de dolor que según (Carvalho, 1999 y Hall, 2001); El dolor es una sensación percibida en el cerebro, resultante de la estimulación de los nervios sensoriales. Estudios realizados en la segunda guerra mundial señalan que además de las causas orgánicas los componentes emocionales están asociados al dolor, pues los soldados mismo heridos no demostraban su dolor siguiendo activos en la batalla. De esta forma el dolor se puede caracterizar por un mal estar de origen orgánico e psicológico, compuesto por estímulos sensoriales y componentes emocionales que pueden manifestarse como una enfermedad o afección orgánica. (Lluís, C. 2007).

El género parece tener cierta influencia sobre la percepción del dolor, pues según (Berkley, 1999) Las mujeres tienen un número mayor de episodios de dolor y más en áreas corporales que los hombres. Esto puede ser debido a que en un estudio realizado por Merino. E, Becker. B, Junior y Lancho, J, en el año 2007 en la Universidad de Córdoba España llegaron a las conclusiones que los estudiantes universitarios hombres practican más actividad física que las mujeres por lo que presentan menor frecuencia e intensidad de dolor que los que no practican. Las mujeres presentan mayor frecuencia e intensidad de dolor que los hombres. Los estudiantes que tienen más frecuencia de dolor presentan mayor frecuencia de insomnio y mayores niveles de estrés. Sin embargo una alternativa para la prevención y rehabilitación del dolor, independiente del sexo, es la práctica regular de la actividad física. Está cada vez más claro su efecto positivo.

## **7.6 DEFINICIÓN DE DOLOR: EL DOLOR DEL PARTO.**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o que se describe ocasionada por dicha lesión”. Esta definición



aceptada de forma universal considera que el dolor no es una experiencia puramente nociceptiva (sensorial), sino que reconoce además los componentes emocionales y subjetivos inseparables de la sensación dolorosa. Por otra parte, una de las mayores ventajas de esta definición es el hecho de que evita la causalidad entre daño tisular y dolor. El dolor del trabajo del parto es un dolor agudo, nociceptivo, con componentes de dolor somático y dolor visceral. (Citado por Atienzar, M. 2005).

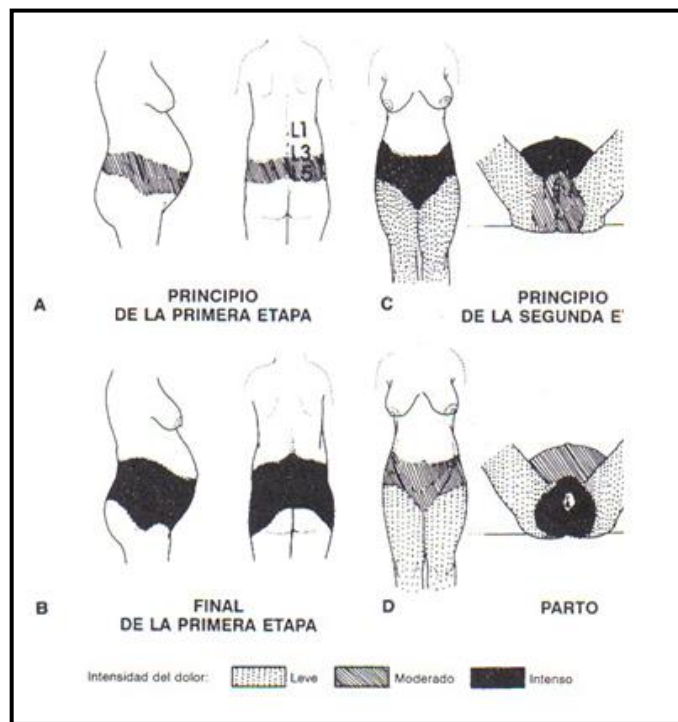
#### 7.6.1 Bases anatómicas del dolor

Para la percepción del dolor se requieren unas estructuras anatómicas:

- Receptores, que captan los estímulos nociceptivos.
- Aferencias nociceptivas la SNC (neuronas de primer orden): son fibras nerviosas que llevan la sensación nociceptiva hasta el asta posterior de la médula espinal.
- Neuronas nociceptivas de la médula espinal (neuronas de segundo orden): ubicadas en el asta posterior de la médula espinal, desde donde se establecen conexiones y relevos entre las fibras nerviosas aferentes y las vías de conducción central ascendentes.
- Vías ascendentes.
- Áreas cerebrales, donde se integra la sensación nociceptiva como dolor.

### 7.6.2 Dolor en el trabajo del parto.

Durante las etapas del trabajo del parto varían los mecanismos y factores que producen el dolor, por lo que se considerarán por separado. Las cuatro etapas del trabajo del parto son: la primera, en la que se produce la dilatación cervical (hasta 10 cm); la segunda, en la que se produce el descenso del feto, que realiza una serie de movimientos para adaptarse al conducto pélvico; la tercera, que se inicia con nacimiento del feto y acaba con la expulsión de la placenta; y la cuarta, que termina una postparto.



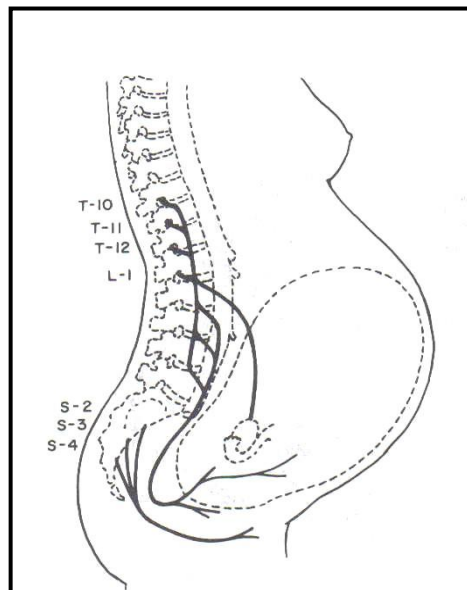
### 7.6.3 Primera etapa del trabajo del parto.

En esta primera etapa el dolor se produce por las contracciones uterinas, que causan dilatación, distensión, elongación y desgarro del cuello del útero y el perineo. En esta etapa, por lo tanto aparece: dolor visceral agudo del útero y el cuello uterino; y dolor referido a la piel y el músculo de la pared abdominal y el dorso; al final de esta etapa empieza a aparecer además el dolor somático por

distensión del piso de la pelvis, vagina y perineo; y dolor visceral secundario por distensión de órganos pélvicos (vejiga, uretra y recto).

La transmisión nociceptiva desde el útero y el cérvix hacia la médula es por medio de los plexos uterino y cervicouterino, después mediante el plexo hipogástrico inferior, el medio y el superior. De ahí, las fibras pasan a la cadena simpática lumbar y viajan hacia la cadena simpática torácica inferior, de donde salen al tener una trayectoria a través de las ramas comunicantes blancas conectadas con los nervios espinales T10, T11, T12 y L1. Finalmente tienen una trayectoria a través de estos nervios y sus raíces posteriores para entrar en la médula espinal y hacer contactos con neuronas del asta dorsal.

En una primera fase, el dolor queda limitado a los dermatomas T11-T12. Conforme va progresando el parto, el dolor se va extendiendo a dermatomas vecinos, llegando desde T10 a L1. La tracción de vejiga, uretra y recto, estiramiento de musculatura pélvica, distensión del peritoneo parietal y compresión de plexo lumbosacro que aparece en la fase transicional implican a los segmentos L1-L5 y S1.



Esquema de las vías nociceptivas periféricas comprendidas en el dolor propio del parto.

#### 7.6.4 Segunda etapa del trabajo del parto.

Persiste la estimulación del cuello uterino, pero ahora totalmente dilatado el dolor que provoca disminuye. La presión que ejerce la presentación del feto sobre las estructuras de la pelvis va aumentando, y da lugar a dolor somático. La distensión estira más la aponeurosis y los tejidos subcutáneos de la vagina y estructuras subyacentes y las desgarras (uretra, vejiga, aponeurosis y músculos de la cavidad pélvica, peritoneo).

Las fibras nociceptivas de las estructuras perineales tienen una trayectoria a través del nervio pudendo interno, y llegan a la médula espinal por medio de las raíces posteriores de los nervios espinales S2, S3 y S4. A veces aparece también dolor en las piernas, que podría ser reflejo de la hiperalgesia secundaria que afecta a los dermatomas L1-L3 y S2.

#### 7.6.5 Tercera y cuarta etapa del trabajo del parto.

Durante el momento del parto el componente perineal es la causa primaria de dolor. Es un dolor somático intenso y muy bien localizado, al igual que el dolor que antes acompañó al descenso fetal.

El estado hiperalgésico periférico y central debido al parto va disminuyendo conforme se recuperan los tejidos viscerales y somáticos dañados.

La hiperalgesia mecánica puede persistir durante varios días después de la iniciación o el corte de tejidos (como en la episiotomía).

Por tanto, la información nociceptiva va desde el útero, cuello uterino y perineo al asta dorsal. De allí se transmite a otras partes de la médula espinal, y después por medio de las vías espinotalámicas y otras vías ascendentes hacia el sistema límbico y centros superiores del cerebro. (Atienzar, M. 2005).

### **7.7 ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA).**

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una escala de 10, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la casilla el punto que indique la intensidad. La intensidad se expresa en números. (Arencón A, Llobet E, Rayo F, Moreno C, Nicolau M, Romeu E., 2004).

### **7.8 ACTIVIDAD FÍSICA**

En el transcurso del aprendizaje como educadores físicos se ha interiorizado la actividad física como una serie de ejercicios que se realizan de manera frecuente con tiempo e intensidad moderada que permiten lograr beneficios en la salud para el completo bienestar de nuestro ser.

El siguiente autor interpreta el concepto de la actividad física solo desde el ámbito corporal, dejando a un lado el ser desde sus otras dimensiones ya que plantea este desde lo “estrictamente funcional y biológico, actividad física contemplada como el movimiento corporal de cualquier tipo producido por la contracción muscular y que conduce a un incremento sustancial del gasto energético de la persona”. (Sánchez F.1996.26).

Es importante tener en cuenta y mencionar los efectos positivos de la actividad física habitual sobre la salud, que plantean los siguientes autores; Cureton (1947), Astrad y Rhodal (1970), Karpovich (1971), De Vries (1974), McArdle, Katch y Katch (1990) y Shephard (1994,1995).

- Aumento del consumo máximo de oxígeno, gasto cardíaco- volumen sistólico.
- Reducción de la frecuencia cardíaca a un consumo de oxígeno dado.
- Mayor eficiencia del músculo cardíaco.
- Vascularización miocárdica mejorada.
- Tendencias favorables en la incidencia de la mortalidad cardíaca.
- Aumento de la capilarización del músculo esquelético.
- Aumento de la actividad de las enzimas <<aérobicas>> del músculo esquelético.
- Disminución de la producción de lactato a un porcentaje dado del consumo dado de consumo máximo de oxígeno.
- Mejora de la capacidad de utilización de los ácidos grasos libres durante el ejercicio- ahorro de glucógeno.
- Mejora de la resistencia durante el ejercicio.
- Aumento del metabolismo, lo que resulta beneficioso desde el punto de vista nutricional.

- Contrarresta la obesidad.
- Mejora la estructura y función de los ligamentos y articulaciones.
- Aumenta la fuerza muscular.
- Aumenta la liberación de endorfinas.
- Amplifica las ramificaciones de la fibra muscular.
- Mejora la tolerancia al calor-aumenta la sudoración.
- Contrarresta la osteoporosis.
- Puede normalizar la tolerancia a la glucosa.

Desde nuestro punto de vista, una mujer en estado de gestación no debe considerarse enferma por lo cual no debe limitarse a realizar actividades físicas moderadas que no generen dolor, fatiga o que sienta que queda sin aliento, ya que podría generar un daño a la madre y al bebé en lugar de bien. Esto debe ser realizado de acuerdo a su estado de salud, más aún si la mujer gestante ha realizado actividad física durante su vida, y si por el contrario no las realizó es el tiempo y el momento adecuado para implementarla en esta etapa tan especial y específica de su vida. Teniendo en cuenta que se debe siempre llevar a cabo una rutina de ejercicios individualizada acorde a las capacidades fisiológicas, morfológicas y emocionales de cada gestante, para esto es importante que ella recurra a la actividad física para mejorar su estado de salud, disminuyendo el riesgo de obesidad, diabetes gestacional, pre-eclampsia, eclampsia, etc. Todo esto bajo la supervisión médica.

*“Mediante la actividad física se pueden conseguir beneficios tales como relajación, aumento de la flexibilidad, alargamiento de los músculos, logrando con esto una estimulación al bebé, mejorar en la disposición orgánica de la madre evitando fatigas, pesadez, malestar general e insomnio, ayudando a la hora del parto y después del parto. En este caso, a la hora de buscar respuestas a estas cuestiones, la información sobre las variantes más adecuadas es limitada. Cuando una mujer consulta sobre la conveniencia o no de practicar un deporte durante el embarazo, se debe conocer si el ejercicio físico tiene un efecto positivo o negativo sobre el mismo y cuáles son los ejercicios y deportes más adecuados que pueden realizar las gestantes (Flemning, 2003). Más aún cuando día a día es mayor la cantidad de mujeres que desean continuar ejercitándose de alguna forma durante el embarazo”. (Kardel y Kase, 1998; Knuttgen y Emerson, 1974 citados por Sánchez, F. 1996).*

Nos parece adecuado resaltar algunos de los beneficios, de las contraindicaciones y posibles causas para acudir al médico. Por ello recurrimos a la información suministrada por Reproduced de American College of Obstetricians and Gynecologists: exercise during pregnancy and the postpartum period (technical bulletin #189). Washington, DC, ACOG, 1994. (Sánchez, F. 1996).

#### 7.8.1 Beneficios de la actividad física durante el embarazo.

- Reduce la gravedad y los dolores de espalda asociados con el embarazo, porque ayuda a mantener una mejor postura corporal.
- Eleva la moral y ayuda a contrarrestar las sensaciones de esfuerzo, ansiedad y/o depresión que a menudo se producen durante el embarazo.



- Ayuda a controlar el aumento de peso.
- Mejora la digestión y reduce el estreñimiento.
- Genera mayores reservas de energía para llevar a cabo los requerimientos de la vida diaria.
- Reduce la barriga posparto.

#### 7.8.2 Contraindicaciones para el ejercicio durante el embarazo

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Rotura prematura de membrana.
- Dolores de parto prematuros durante el embarazo.
- Insuficiencia de cuello uterino.
- Pérdidas de sangre durante el 2º y 3º trimestre.
- Retraso del crecimiento intrauterino.

#### 7.8.3 Razones para interrumpir el ejercicio y buscar el consejo de un médico durante el embarazo.

- Cualquier signo de pérdida de sangre por la vagina.
- Cualquier flujo o líquido vaginal (rotura prematura de membranas).
- Hinchazón repentina de tobillos, manos o cara.

- Cefaleas fuertes y persistentes y/o trastornos visuales; desmayos o mareos sin explicación aparente.
- Hinchazón, dolor o enrojecimiento de la pantorrilla de una pierna (flebitis).
- Elevación de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial una vez acabado el ejercicio.
- Cansancio excesivo, palpitaciones, dolores en el pecho.
- Contracciones persistentes (+ de 6 a 8 por hora) que sugieran el inicio de un parto prematuro.
- Dolor abdominal sin explicación aparente.
- Aumento de peso insuficiente (menos de 1 Kg. /mes durante los dos últimos trimestres).

## **8. METODOLOGÍA**

### **8.1 HIPÓTESIS**

- La actividad física en gestantes disminuye el grado de percepción de dolor presente en el parto.
- La actividad física en gestantes no disminuye el grado de percepción de dolor presente en el parto.

### **8.2 VARIABLES**

Teniendo en cuenta el tipo de investigación el instrumento utilizado para la recolección de datos, se ha determinado las siguientes variables:

- Independiente:
  - Genero
- Dependiente:
  - Dolor

### **8.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **8.3.1 Técnicas**

La técnica para la recolección de datos se basó en la realización de una encuesta a 101 madres lactantes con el fin de evaluar la influencia de la actividad física en la disminución del grado de dolor en el parto.

### 8.3.2 Instrumentos

El instrumento que se llevó a cabo para la recolección de datos fue la encuesta, la cual permitió obtener información necesaria como datos necesarios para el análisis y resultados en el presente estudio. (Ver anexo A).

Igualmente se dio a conocer la encuesta la cual fue fácil de responder, además de brindarles los elementos necesarios y el acompañamiento adecuado individualizado para así controlar las posibles variables.

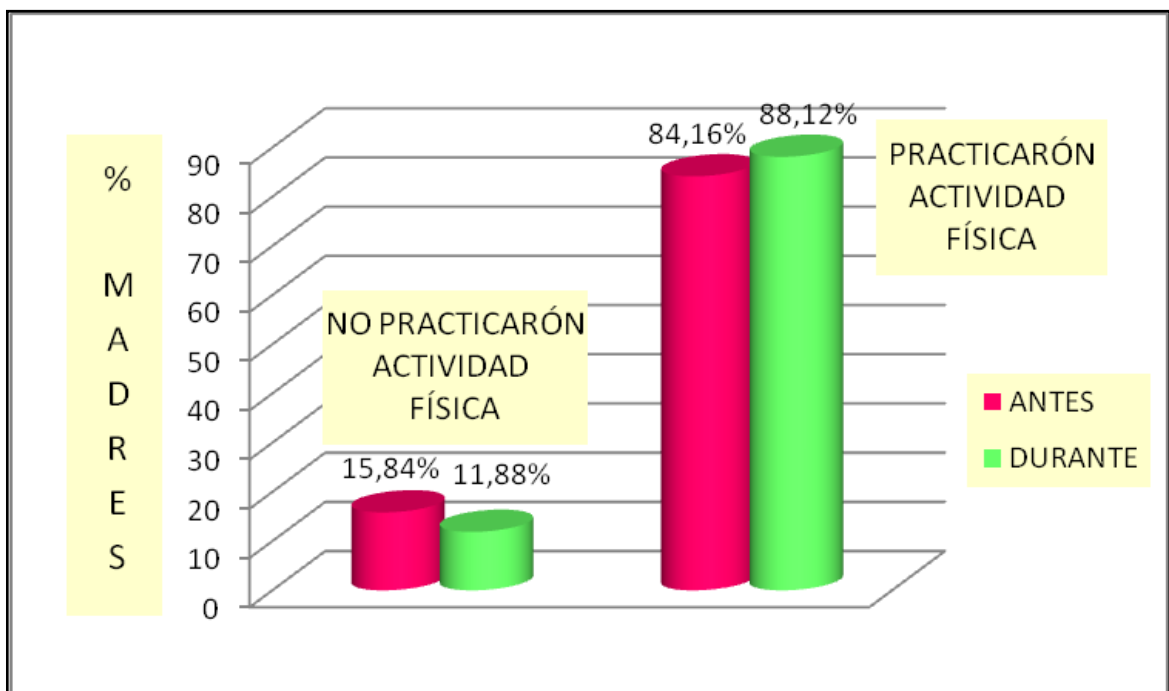
La encuesta estuvo validada por una prueba piloto realizada por el grupo de investigación de este proyecto a un grupo de madres lactantes, pero que no hacían parte del grupo FAMI.

## 9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 9.1 SEGÚN PRÁCTICA ACTIVIDAD FÍSICA Y DOLOR

#### 9.1.1 Antes y Durante

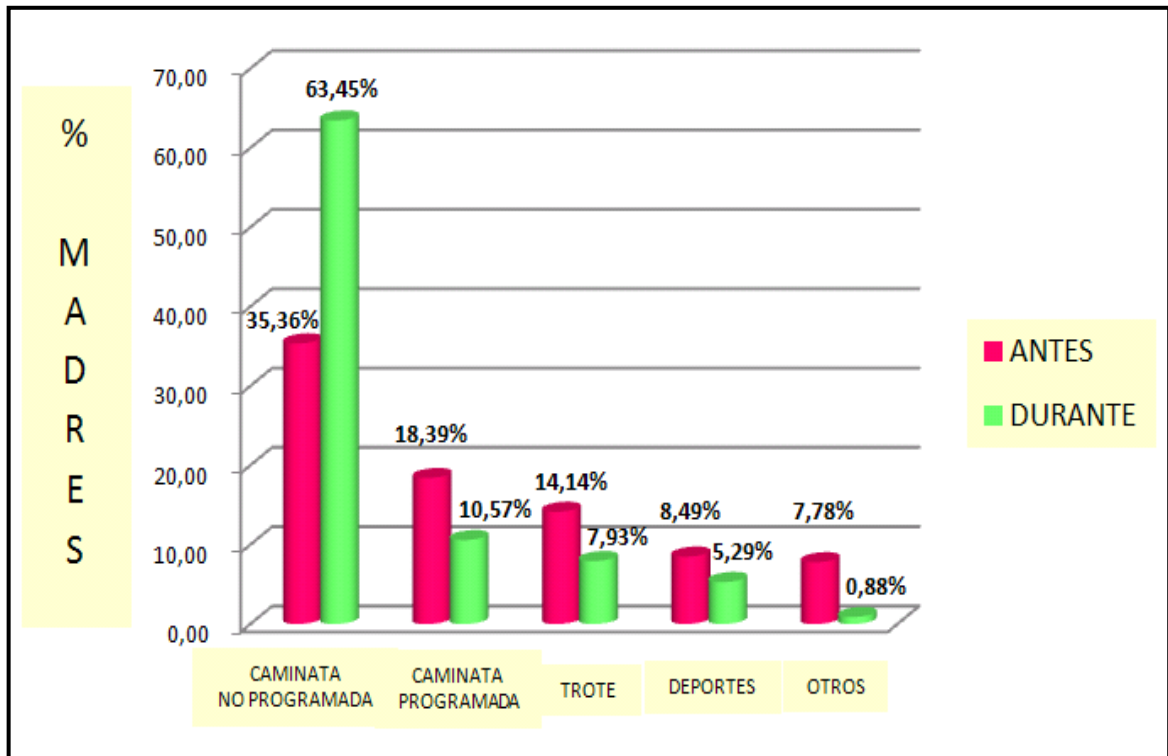
Gráfico 1. Actividad física practicada antes y durante la gestación.



En el gráfico 1, se observa que antes de la gestación el 15,84 % no practicó actividad física, igualmente el 11,88% tampoco lo hizo durante la gestación, mientras que el 84,16% si realizó actividad física antes y el 88,12% durante, con lo cual se evidencia un incremento del 3,96% de mujeres que practicaron algún tipo de actividad física.

### 9.1.2. Tipo actividad física o deporte

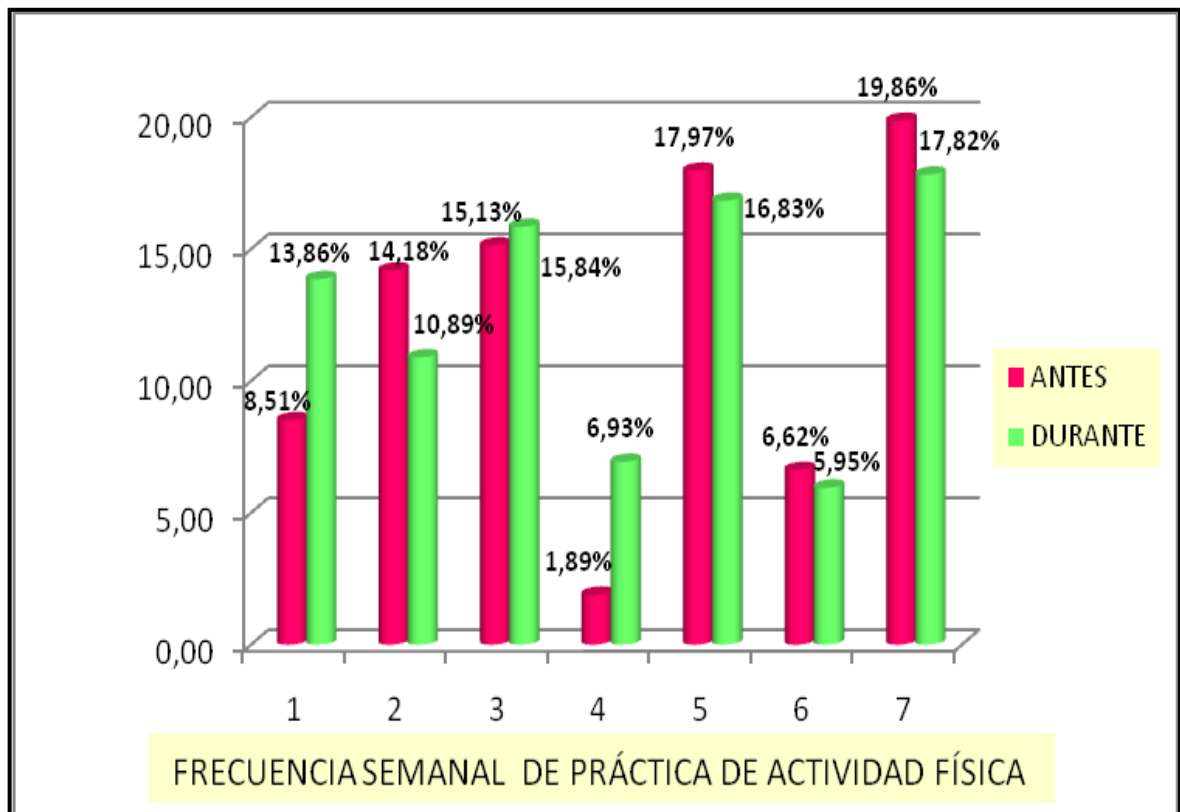
Gráfico 2. Tipo de actividad física o deporte practicado antes y durante la gestación.



En la grafica se observa que la caminata no programada durante la gestación tuvo un incremento del 28,09%. Pasando de 35,36% a 63,45%. Y en la caminata programada y deportes hubo una disminución.

### 9.1.3. Actividad física a la semana

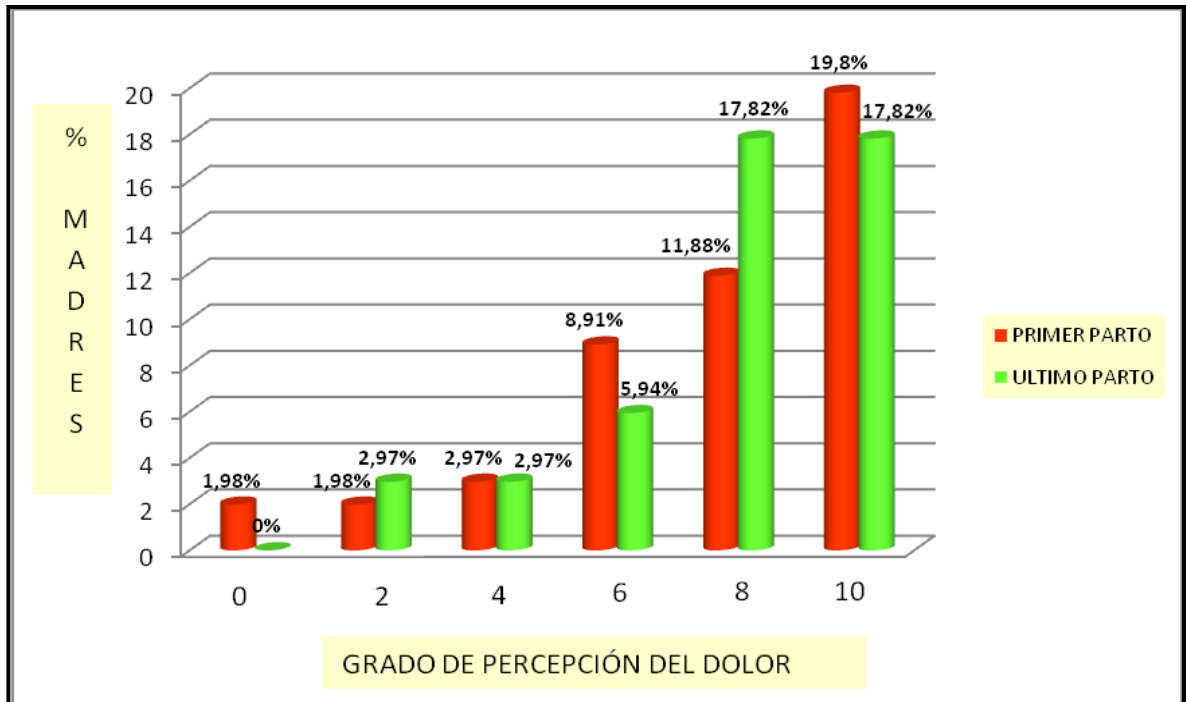
Gráfico 3. Frecuencia por semana de práctica de actividad física, antes y durante la gestación.



Como se evidencia, las mujeres durante su periodo de gestación practicaron menos veces a la semana actividad física, pasando de 8,51% y 19,86% una vez y siete veces a la semana respectivamente, a una vez por semana con 13,86%, tres con 15,13% y cuatro con 6,93%.

#### 9.1.4. Grado de dolor

Gráfico 4. Comparación del grado de recepción del dolor del primer parto con el último, según la escala de clasificación del grado de percepción de dolor según la EVA.

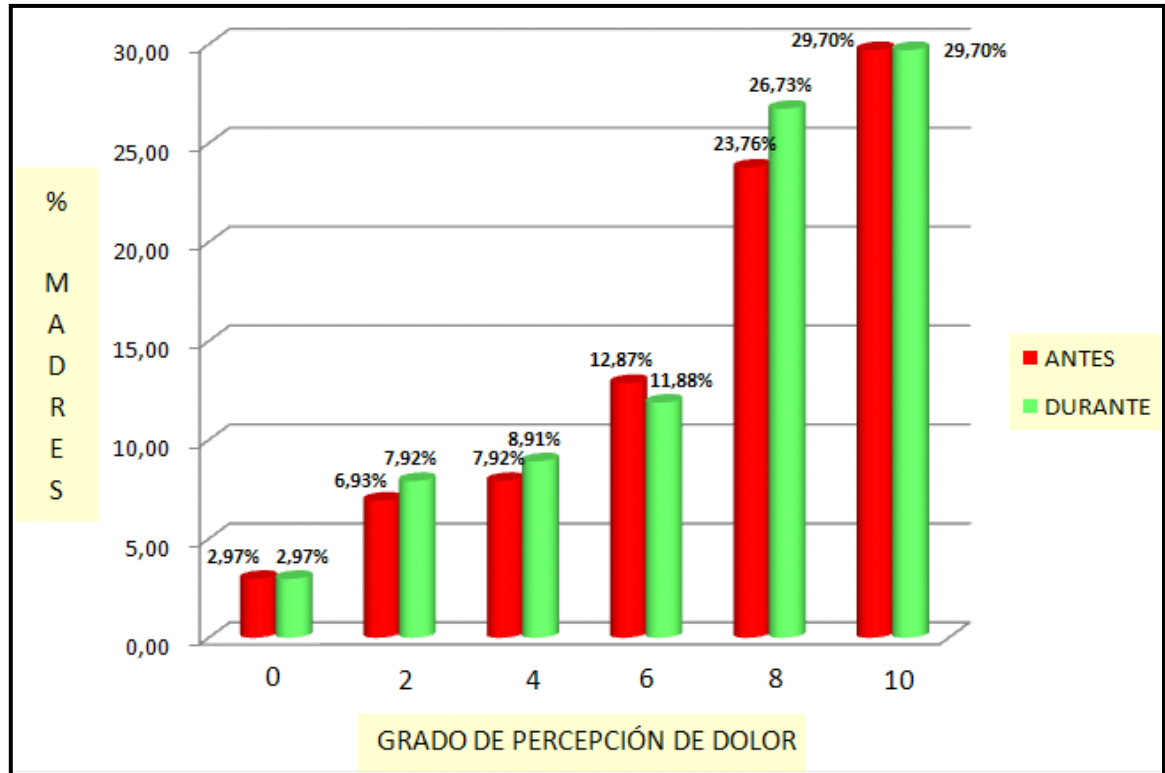


Como se observa las madres en su primer parto clasificaron su grado de dolor según la escala visual analógica (EVA), con mayor porcentaje en 10 (19,8%) y 6 (8,91%), contrario a su último parto donde el incremento se dio en 8 y 2, 17,82% y 2,97% respectivamente.



### 9.1.5. Grado de dolor según práctica de actividad física

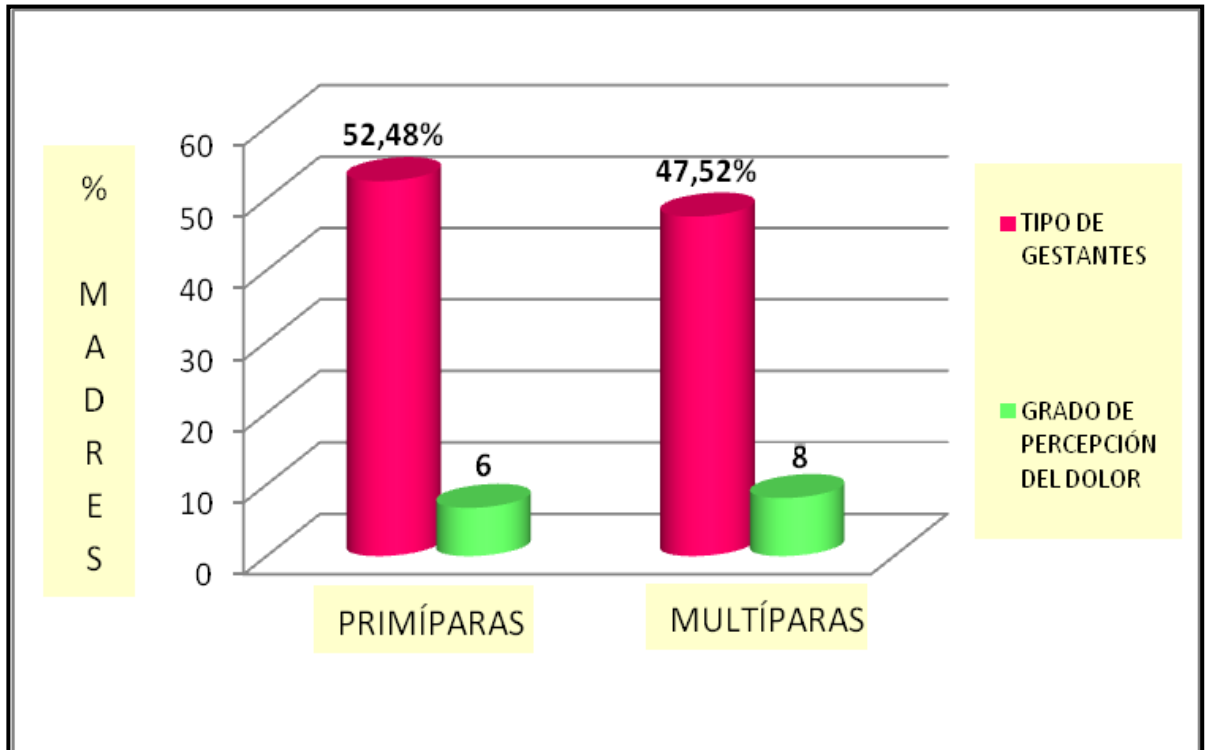
Gráfico 5. Clasificación del grado de percepción del dolor según la escala de EVA.  
Durante el parto, de las que realizaron actividad física antes y durante la gestación.



Se determina que las mujeres que realizaron actividad física antes de la gestación clasificaron el grado de percepción de dolor según la escala visual analógica (EVA), en dos el 6,93%, en cuatro el 7,92% y en ocho el 23,76%, mientras que en las que realizaron actividad física durante la gestación se generó un aumento en dos y cuatro del 0,99% y en ocho del 2,97%.

### 9.1.6 Grado de dolor en gestantes

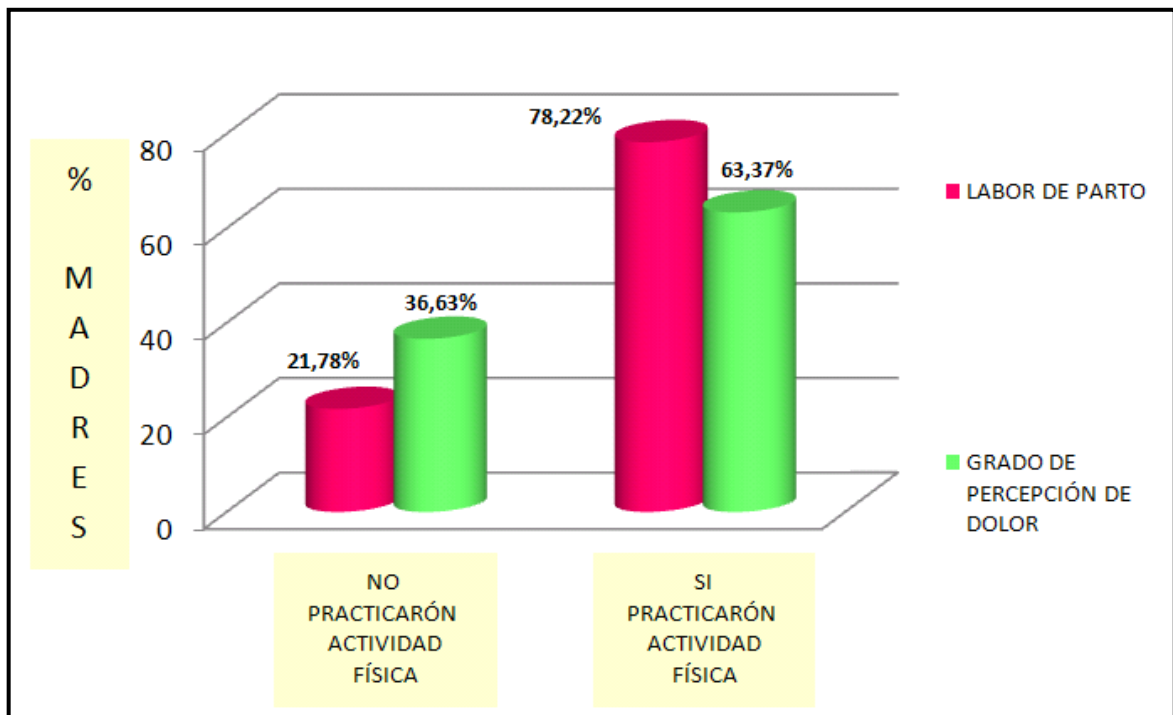
Gráfico 6. Relación entre el grado de percepción del dolor y el tipo de gestante.



Del 100% de las madres lactantes encuestadas, el 52,48% fueron madres primíparas y su grado de percepción del dolor promedio fue de 6 y el 47,52% eran madres multíparas y su grado de percepción del dolor promedio fue de 8. Con lo cual se determina que hay una diferencia de 2 en el grado de dolor entre las primíparas y las multíparas.

### 9.1.7 Contribución de la actividad física en el grado de dolor y en la labor de parto

Gráfico 7. Contribución de la actividad física en la percepción del grado de dolor durante el parto, entre las que practicaron o no practicaron actividad física.



De las madres lactantes encuestadas el 21,78% manifestó que la actividad física no contribuyó en su labor de parto y el 36,63% manifestó que la actividad física no contribuyó en la disminución de su grado de percepción del dolor en el trabajo de parto y el 78,22% de las mujeres afirmaron si contribuyó en su labor de parto y el 63,37% que si contribuyó en la disminución del grado de percepción del dolor durante el trabajo de parto.

## 10. DISCUSIÓN

La presente investigación demuestra que algunas de las mujeres en estado de gestación practican más actividad física por el beneficio que este trae para ellas y su hijo(a); en congruencia con Dora P. Suarez L., y Lucy Muñoz de R (2008), quienes afirman que el ejercicio físico es tomado como una práctica que contribuye, junto con el componente físico y emocional de la condición materna, al bienestar del hijo por nacer y al parto. A su vez que es necesario que la mujer se prepare durante la gestación buscando estar activa.

La reciente investigación muestra que las mujeres durante la gestación disminuyeron la práctica de deportes o actividades físicas que pueden generar riesgo de salud para ellas y su hijo(a) y aumentaron la práctica física, específicamente de caminata; esto se puede ver reflejado en las conclusiones a las cuales llegó Rubén Barakat Carballo (2006), quien desaconseja por haber contacto (choque), riesgos de caídas o de características extenuantes, los deportes como el alpinismo, el atletismo (especialmente fondo y ultra fondo), el automovilismo deportivo, los deportes de combate, el esquí náutico o alpino, el fútbol, el jockey (en todas sus modalidades), el rugby, el submarinismo (alto riesgo fetal), las pesas y el surfing. Además de tener en cuenta a aquellos deportes que no presentan contacto físico, pero que si presentan otros factores, como saltos y caídas, largos períodos de actividad sin recuperación o riesgos manifiestos por su peligrosidad en la práctica. Además de aconsejar la caminata, al igual que Dora P. Suarez L., y Lucy Muñoz de R (2008), quienes concluyeron que el caminar, las diferentes posiciones del cuerpo y los movimientos corporales son determinantes en el componente físico. Así como el estado de ánimo y el estar más preparada, influyen en el componente emocional.

La actual investigación señala que antes del embarazo, las madres gestantes practicaban actividad física con más frecuencia que cuando quedaron en estado

de gestación, ya que pasaron de practicarla de uno a siete veces a la semana, a uno, tres y cuatro veces, lo cual está en coherencia con lo que concluyo Rubén Barakat Carballo (2006) quien expresa, que un programa de ejercicio físico durante el embarazo se debe realizar con tareas físicas de intensidad moderada, con una frecuencia de tres veces semanales (dos como mínimo, cuatro como máximo). Este nivel ya es adecuado para obtener ventajas en el campo de la salud y puesta a punto aeróbica, incluso en mujeres no embarazadas, así como reducir al mínimo el riesgo de lesiones. Con respecto a la duración, diremos que todo depende del tipo de actividad de la que se trate y la intensidad con que es realizada. Es decir, si estamos hablando de caminar, la actividad se puede extender hasta una hora o algo más sin ningún tipo de riesgos; pero por norma general estimamos que una actividad tipo gimnasia, actividad acuática o pesas debe durar entre 35 a 40 minutos incluyendo en ello una entrada en calor (7 a 8 minutos) y una vuelta a la calma o relajación (7 a 8 minutos), con lo cual la parte central y más intensa de la clase no se debe extender por encima de 20 a 25 minutos. Relativo a la frecuencia, la primera consideración que se debe hacer con relación a ella, es recordar de manera tajante que durante una etapa como el embarazo resulta totalmente contraindicado el ejercicio ocasional, es un factor fundamental que debe tener en cuenta la mujer gestante; es decir, lo más importante en cuanto a la frecuencia es la regularidad en las sesiones de práctica física. Para obtener mejoras en el aspecto fisiológico se recomienda una frecuencia de tres veces semanales, diremos que esa frecuencia es la adecuada, siempre aceptando cierta flexibilidad, por las particularidades que la gestación impone (cambios fisiológicos, variación en los estados de ánimo, etc.); por lo tanto es importante matizar que la frecuencia nunca debe ser menor a dos días en semana (límite superior). Si la gestante se encuentra perfectamente y la actividad física es una parte integral de su vida pregestacional, siempre y cuando se trate de una actividad moderada sin grandes demandas metabólicas, puede realizar ejercicio con una frecuencia máxima de 5 días en semana hasta el final del segundo trimestre, pero repetimos, con absoluta precaución y bajo constante

control obstétrico, reduciendo luego su frecuencia de sesiones de trabajo en el tercer trimestre. Una excepción en lo referente a la tarea de caminar: es que una gestante que se encuentre en buena condición física y dispuesta a realizar una sesión diaria de caminar lo puede hacer sin ningún inconveniente durante todo su embarazo.

La actual investigación muestra que las madres multíparas en la comparación en el grado de percepción del dolor según la escala visual analógica (EVA) de su primer parto con el último, hubo un aumento en el grado de percepción de dolor 8, de igual manera en la comparación promedio entre el grado de dolor de las primíparas y multíparas, puesto que clasificaron en promedio su grado de dolor en 8, las madres primíparas lo clasificaron en 6, lo cual según Carolina Aguayo y Ana M. Angulo (2008), afirman que se puede deber a que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos, que no siempre están libres de temores y miedos asociados a lo que el entorno puede transmitir, respecto a la experiencia del parto, ya que expresaron que el entorno social influyó en su impresión acerca del proceso, aún teniendo experiencia previa de parto. La influencia negativa del entorno, respecto a la experiencia del parto, es relacionada directamente por las mujeres del estudio, con sensaciones de dolor, ya que generalmente se enfatiza lo traumático del proceso, que según ellas genera temor y nerviosismo, aún cuando hayan tenido una experiencia, pues saben que ningún parto es igual a otro. En su mayoría los relatos hacen referencia cuando la percepción es negativa, y se observa que en estos casos, la mujer adquiere una postura defensiva que podría influir en su vivencia del proceso; por otra parte, cuando el entorno de la mujer ha tenido una experiencia positiva, omite los comentarios, destacando sólo los aspectos negativos de su vivencia.

La presente investigación aportó que del 88,12% que practicaron actividad física durante la gestación, el 68,12% afirmaron que si hubo beneficios físicos y emocionales, en congruencia con Virginia Serrano Gómez (2009), quien concluyo

que la realización de un programa de ejercicios bien dirigido, la práctica regular de ejercicio puede ser muy beneficioso en aspectos fisiológicos y psicológicos para la mujer embarazada, ya que mejora la condición cardiovascular, mejora la condición muscular, evita un aumento excesivo de peso, regula el sistema digestivo, aumenta el bienestar psicológico, previene frente a la diabetes gestacional, mejor recuperación. También en coherencia con Luis Berbel Ferrer y Ángel Francisco García Fernández (2008), quienes señalan que la actividad física produce beneficios tales como; mejoría de la resistencia, coordinación y fuerza muscular general, mejora la circulación sanguínea, estimulando el retorno venoso, aliviando la fatiga, previene calambres, previene el sobrepeso, previene dolores a nivel de las articulaciones sacro-ilíacas por el aumento de los diámetros de la pelvis, mejora el gasto cardíaco, aportando mayor cantidad de oxígeno a nivel de los tejidos de la madre y también del bebé, refuerza el complejo diafragmático pélvico, emocionalmente ayuda a relajarse, y a controlar el miedo y la ansiedad, mejora del bienestar y de la autoestima. E igualmente al 55, 84% la actividad física contribuyo en el grado de percepción de dolor en congruencia con Dora Suarez y Lucy Muñoz quienes llegaron a las siguientes conclusiones en su proyecto de investigación; Cuando llegue el momento del parto es necesario que la mujer identifique el dolor y lo controle; es a través de la práctica del ejercicio durante el embarazo que la mujer puede lograr un parto sin dolor. En el parto la mujer debe saber respirar para garantizar que llegue el oxigeno a todo el cuerpo y al hijo por nacer. Aunque esto es percibido por estas mujeres, durante la gestación no realizan a ejercicios que las lleven a entrenarse en el manejo de la respiración. Por el contrario, evitan actividades que le produzcan fatiga y les alteren la respiración. Durante el parto deben realizar algunas acciones para evitar complicaciones; dentro de ellas está el pujar y el no desesperarse; además para ellas el parto no se complica cuando se da a luz rápido y no se sufre. Este sufrimiento está muy unido al dolor de las contracciones que ellas perciben.

## 11. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados arrojados en las encuestas, por medio de las cuales se conoció la realización o no de la práctica de actividad física antes y durante la gestación y de su posible contribución en el trabajo de parto específicamente en el grado de percepción del dolor de las madres gestantes del grupo FAMI, de la comuna seis en la ciudad de Popayán, se puede concluir que:

- Antes de la gestación el 84.16% de las madres primíparas y multíparas practicaban actividad física, el 88,12% durante la gestación, lo cual muestra un aumento del 3,96% en la práctica de la actividad física por los beneficios que esta trae para ellas y sus bebés.
- Durante la gestación redujeron la práctica de deportes y actividades físicas como; trote y gimnasio por ser de alta intensidad, de impacto y por los riesgos que pueden generar, contrario a la caminata que no representa peligro, para la salud del bebé y de la madre, y que contribuye en su componente emocional por lo que está más preparada y mejora su estado de ánimo.
- Antes de la gestación, las mujeres practicaban actividad física con más frecuencia, alrededor de una a siete veces por semana, pero al quedar en embarazo disminuyó a una, tres y cuatro veces, que es lo mas recomendado por los profesionales del deporte y la salud.
- Teniendo en cuenta la escala visual análoga, se puede observar que la actividad física influye positivamente en la percepción del grado de dolor. Para el 68,92% de las madres la actividad física contribuyó en la disminución de la percepción del grado de dolor.



- Del 100% de las madres lactantes encuestadas, el 78,22% de las gestantes primíparas y multíparas afirmaron que la práctica de la actividad física antes y durante la gestación, les contribuyó en un parto más corto, a tener más fuerza para pujar, a que el nacimiento fuera más rápido, a que el tiempo de recuperación después del parto fuese más breve, etc.
- Las madres primíparas tuvieron una percepción de grado de dolor en promedio de 6, las madres multíparas de 8, lo cual según la escala visual analógica (EVA), es una calificación en que sienten mucho dolor, posiblemente a aspectos psicológicos y emocionales.

## 12. RECOMENDACIONES

- Promover investigaciones que propendan por la práctica de la actividad física en mujeres que algún día serán madres, para redundar en el mejoramiento de su salud y la de su bebé, a través de la identificación de los posibles factores que los benefician y los ponen en peligro, no solo debe enfocarse en el estudio sino que al igual se debe fomentar la práctica de las recomendaciones que se hagan, ya que de ellos dependen en gran parte que la población intervenida pueda llegar a tener oportunidades de mejorar y mantener su salud integral.
- Dentro del pensum académico del programa, inculcar este tipo de temáticas, teniendo en cuenta todos los aspectos que pueden llegar a intervenir en la salud de la gestante y el bebé, ya que no solo lo fisiológico es lo que la puede condicionar, sino otros aspectos como el psicológico, entre otros, con el fin de que podamos contribuir, como profesionales del deporte en el mejoramiento de la calidad de vida, en este caso en la población gestante.
- Dentro del grupo FAMI se invita a implementar programas integrales para la mejora de la condición física, que sean constituidos de acuerdo a las necesidades de las gestantes por su estado. Además de proporcionar espacios dedicados única y exclusivamente a la actividad física, como medio para proteger la salud de la madre y la del bebé, donde se realicen por especialistas charlas, campañas, días saludables que promuevan y promocien la salud.
- Crear conciencia en las gestantes, para que valoren la importancia de la práctica de la actividad física diaria, y esto provoque el interés en ellas de incluirla fuera de sus actividades del hogar, con el objetivo de mejorar su

calidad de vida y disminuir factores de riesgo, que originen a ella y el bebé la aparición de enfermedades.

### 13. BIBLIOGRAFÍA

Aguayo, C & Angulo, A. (2008). Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008. Extraída el 30 de octubre de 2010 de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fma282t/doc/fma282t.pdf>

Arencón, A., Llobet, E., Rayo, F., moreno, C., Nicolau, M., Romeu, E. (2004). Escalas de valoración. Extraída el 7 de septiembre de 2009 de [http://www accurauhd.com/doc\\_escalas.html](http://www accurauhd.com/doc_escalas.html)

Atienzar, M. (2005). Ensayo clínico, randomizado, paralelo, fase IV, de eficacia de levobupivacaína más fentanilo 1□g/ml controlado con bupivacaína más fentanilo 1□g/ml y ropivacaína más fentanilo 1□g/ml en la analgesia epidural del Parto. Extraído el 10 de noviembre de [http://www.tdr.cesca.es/TESIS\\_UV/AVAILABLE/TDX-1010106-145421//atienzar.pdf](http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-1010106-145421//atienzar.pdf)

Barakat, R. (2006). El ejercicio físico durante el embarazo. Madrid: Editorial Pearson Alhambra.

Berbel, L & García, A. (2008). Actividad física y embarazo. Extraído el 10 de noviembre de 2010 de <http://www.entrenadorespersonalesvalencia.com/pdf/Articulo%20EJERCICIO%20Y%20EMBARAZO.pdf>

Botero, J., Jubiz, A & Henao, G. (2000). Obstetricia y Ginecología, Editorial Carvajal, Texto Integrado. Medellín, Universidad de Antioquia.

Bueso, M., López, V., Martín, M., Moya, M., & Ramos, M. (2009). Influencia de la educación maternal en la evolución y la percepción del dolor durante el parto. Extraída el 28 de octubre de 2010 de [http://congresohuelva2009.aamatronas.org/videos/dia23/sala\\_betanzos/comunicaciones/pdf/influencia\\_ed\\_maternal.pdf](http://congresohuelva2009.aamatronas.org/videos/dia23/sala_betanzos/comunicaciones/pdf/influencia_ed_maternal.pdf)

Castañer, M & Camerino O. (1996), La Educación Física en la Enseñanza Primaria, Una propuesta curricular para la reforma, Editorial INDE, Barcelona – España.

Cevallos, D., Molina, C. (2007). Educación corporal y salud: gestación, infancia y adolescencia, Editorial Funámbulos, Medellín Colombia.

Cisneros, F. (2005). Teorías y modelos de enfermería. Extraída el 19 de noviembre de 2010 de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

Dubos, R. (1957), Gavidia, L. (2002). Taller de higiene y salud: concepto de salud, extraído el 23 de octubre de 2008 de <http://cienciasdeprepa.blogspot.com/2010/08/concepto-de-salud.html>

Fernández, J. (1984). El dolor del parto. Influencias psíquicas y biomecánicas. Extraída el 18 de octubre de 2010 de [http://news.sego.es/PDF/El\\_dolor\\_del\\_parto.pdf](http://news.sego.es/PDF/El_dolor_del_parto.pdf)

Guillen, F. (2003). Psicopedagogía, actividad física y deporte. Editorial Kinesis.  
Jaramillo, N. (2004). Signos y síntomas de embarazo. Colombia: Editora contusalud.com.

Larissa Hirsch, MD & Serdar H. Ural, MD, (2008). Controlar el dolor durante el parto. Extraído el 13 de Mayo de 2010 de [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/embarazo/childbirth\\_pain\\_esp.html](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/childbirth_pain_esp.html).

Lluís, C. (2007). ¿Estoy de parto? Contracciones. Extraído el 15 de Diciembre de 2009 de [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=539&ABRIR\\_SECCION=5](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=539&ABRIR_SECCION=5)

Lluís, C. (2007). El parto, pasó a paso. Extraído el 15 de Diciembre de 2009 de [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=101329&RUTA=1-5-6-535-101329](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=101329&RUTA=1-5-6-535-101329)

Molina, M & Molina, F. (2007). El dolor pélvico en la embarazada: ejercicio y actividad. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 7. Extraído el 15 de octubre de 2010 de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista27/artembarazo60.pdf>

Mora, J. (1995). Teoría del entrenamiento y del acondicionamiento físico. Edita: COPLEF Andalucía.

Muñoz, S. (2007). Cuidado de enfermería en el parto. Editorial: Universidad del Cauca. Serie estudios aplicados.

Paris, E. (2008). Los primeros síntomas de embarazo. Extraída el 25 de noviembre de 2008 de <http://www.bebesymas.com/2008/04/16--los-primeros-sintomas-de-embarazo.html>

Plata, E. (1997). Hacia una medicina más humana. Editorial Medica Internacional Ltda., Bogotá.

Publica, S. (2009). Cambios durante el embarazo. Extraída el 7 de septiembre de 2009 de [www.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/.../embarazada/pag7-11.pdf](http://www.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/.../embarazada/pag7-11.pdf) -

Salazar, G. (2004). Manual Teórico Práctico para el proceso de la Enseñanza y el Aprendizaje de la Educación Física. Actividad Física Formativa Para Un Desarrollo Humano Integral. Colombia

Sánchez, F. (1996). La actividad física orientada hacia la salud. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L. 21-41.

Sánchez, A. (2000). Enfermería Comunitaria 1: Concepto de salud y factores que la condicionan. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Serrano, V. (2009). Entrenamiento personal para mujeres embarazadas: Una solución para optimizar los beneficios del ejercicio físico. Extraído el 10 de noviembre de 2010 de [http://www.revistakronos.com/docs/File/kronos/16/Kronos\\_16\\_2.pdf](http://www.revistakronos.com/docs/File/kronos/16/Kronos_16_2.pdf)

Stoppard, M. (1993). Embarazo y el nacimiento. En Copyright 1993 para Hispanoamérica. Editorial Norma SA. 120 – 123.

Suarez, D & Muñoz, L. (2008). La condición materna y el ejercicio en la gestación favorecen el bienestar del hijo y el parto. Extraída el 15 de octubre de 2010 de [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2\\_6.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_6.pdf)

## ANEXO A

### INSTRUMENTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ EDAD DEL PARTO \_\_\_\_\_

El propósito de esta encuesta es saber si la madre durante la gestación y antes de esta realizó actividad física, con la intención de conocer si influyó en el grado de dolor durante el parto, para eso la madre debe haber tenido un parto natural.

Los datos aquí recogidos serán confidenciales.

### ANTES DE LA GESTACIÓN

1. ¿Antes de la gestación practicaba actividad física?

Si

No

2. ¿Qué tipo de actividad física o deporte practicaba?

---

---

---

3. ¿Con qué frecuencia practicaba?

a. Una vez a la semana

b. Dos veces a la semana

c. Tres veces a la semana

d. Cuatro veces a la semana



e. Cinco veces a la semana

4. ¿Con qué duración practicaba?

a. Una hora

b. Dos horas

c. Tres horas

d. Cuatro horas

5. ¿Cuánto tiempo lleva practicando ejercicio?

---

---

#### DURANTE LA GESTACIÓN

6. ¿Este fue su primer parto?

Si

No

7. ¿Durante la gestación hizo actividad física?

Si

No

8. ¿Qué tipo de actividad física o deporte practicaba?

---

---

9. ¿Con qué frecuencia practicaba?

a. Una vez a la semana

b. Dos veces a la semana

c. Tres veces a la semana

d. Cuatro veces a la semana

e. Cinco veces a la semana

10. ¿Con qué duración practicaba?

a. Una hora

b. Dos horas

c. Tres horas

d. Cuatro horas

11. ¿Durante cuantos meses practicó actividad física?

a. Primer trimestre

b. Segundo trimestre

c. Tercer trimestre







12. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento del inicio de las contracciones leves hasta el momento del ingreso al hospital?

---

13. ¿Duración del trabajo de parto desde que ingresa al hospital o clínica, hasta que nace el bebé?

---

14. ¿En la siguiente escala que mide el grado de dolor, en cuanto clasificarías el grado de dolor durante el trabajo de parto?

					
0 Muy contento; sin dolor	2 Siente sólo un poquito de dolor	4 Siente un poco más de dolor	6 Siente aún más dolor	8 Siente mucho dolor	10 El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

15. ¿Cree que la actividad física contribuyó a su labor de parto?

Si

No

¿Por qué?

---



---

16. ¿Cree que la actividad física contribuyó a la disminución del grado de dolor durante su trabajo de parto?

Si

No

¿Por qué?







---









---

17. Si usted es madre múltipara (ha tenido más partos antes que este), compare el grado de dolor de su primer parto con el último, según la tabla de clasificación del grado de dolor.

### ÚLTIMO PARTO

					
0 Muy contento; sin dolor	2 Siente sólo un poquito de dolor	4 Siente un poco más de dolor	6 Siente aún más dolor	8 Siente mucho dolor	10 El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

### PARTO ANTERIOR

					
0 Muy contento; sin dolor	2 Siente sólo un poquito de dolor	4 Siente un poco más de dolor	6 Siente aún más dolor	8 Siente mucho dolor	10 El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

18. ¿Qué actividades cotidianas realizo durante la gestación?

Actividades cotidianas	Duración	L	M	M	J	V	S	D
Barrer								
Trapear								
Caminar								
Trabajar en								
Otra								

19. Si quieres cuenta lo que fue para ti el haber practicado actividad física y el haber tenido tú bebé. y la influencia que puede haber tenido sobre ti y el bebé durante la gestación.

---



---



---