

11217  
86 lej.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA

*1080*  
*Subdirección*  
*Def. de Enseñanza*

RECEPCION MEDICA  
ABR. 15 1986  
H. G. "10. DE OCTUBRE"  
DEF. DE ENSEÑANZA

*[Handwritten signature]*

## PSICOPROFILAXIS PERINATAL

I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION MEDICA  
★ ABR. 18 1986 ★  
HOSP. G. 10. DE OCTUBRE  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

### TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A

Dr. Francisco Javier Sánchez López

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. SERGIO VILLALOBOS VALENCIA

HOSPITAL GENERAL "10. DE OCTUBRE" ISSSTE

MEXICO, D. F.,

1986

TESIS CON  
FALLA EN ORIGEN





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

Introducción .....	1
Definición .....	3
Objetivos del método .....	5
Orígenes del método .....	7
Bases Científicas del método psicoprofiláctico....	12
En que consiste el método .....	21
Participación del hombre en el parto psicoprofiláctico .....	26
Objetivos .....	30
Material y método.....	33
Resultados .....	47
Conclusiones .....	78
Bibliografía .....	83

## INTRODUCCION

No es dudoso afirmar que el progreso técnico llevado a cabo por la Obstetricia en los últimos 50 años ha reducido a un mínimo los -- peligros reales del parto; todo problema obstétrico tiene su so - lución. Se puede decir que la Obstetricia contemporánea se desen - vuelve bajo el signo de una seguridad física.

El dolor en el parto, sin embargo subsiste, a pesar de estos ade - lantos; para un gran número de parturientas el dolor significa un obstáculo por excelencia, algo que hace del parto un acto antina - tural. En efecto la madre, llega al trabajo de parto desconociendo los hechos más elementales del mismo. No es sorprendente que - el acto natural del parto sea sensible a las influencias psicoló - gicas, puesto que representa la culminación de la vida psico - sexual de la mujer.

La técnica obstétrica en constante progreso ha dado mayor impor - tancia al parto en sí que a la propia parturienta, olvidando el - valor de la participación activa de la madre en todo el proceso y sin pensar en la incidencia psicológica que puede sobrevenir a -- consecuencia del desconocimiento de este valor.

Pensando en este grave problema, ha surgido la necesidad de un -- nuevo método que se preocupe por lograr que la pareja conozca el -- funcionamiento de su cuerpo, la forma adecuada de cuidarlo, el -- desarrollo del embarazo, parto y participación activa en él; -- obteniendo así el nacimiento de un niño en las mejores condiciones posibles, lo cual se alcanza por medio del parto psicoprofilácti - co.

La psicoprofilaxis, entendiéndola como método educativo cuyos be - neficios se han limitado hasta ahora a pequeños grupos de clase - media y alta en el medio urbano; sabemos que es posible extenderla a un mayor número de familias de clase media y a grupos de clase - popular, ya que toda mujer embarazada debería ser orientada.

El presente trabajo trata de dar a conocer la aplicación del método de Psicoprofilaxis Perinatal, instaurado en el año de 1982 en la unidad hospitalaria 10. de Octubre del ISSSTE, y en la actualidad es el único hospital de la institución que imparte dicho curso; - con la participación de la pareja durante el embarazo y en el -- parto. Espero que este trabajo sirva para proyectar los resulta - dos obtenidos y lograr una difusión mayor, ya que toda pareja -- debe llevar una preparación y educación que le ayude a entender la importancia del compromiso que representa la paternidad; lograr - que cada hijo tenga realmente padres que sepan darle el valor que tiene como ser humano.

## DEFINICION

Es un método que pretende desterrar el dolor y educar la voluntad de la embarazada para que participe activamente en el acto de dar a luz y conseguir así una maternidad feliz con la capacidad de inducir la sensibilidad dolorosa en base al conocimiento que tiene de la fisiología del trabajo de parto.

Es un método de educación, aprendizaje y adaptación ligados entre sí y oportunamente coordinados.

El método psicoprofiláctico se basa en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de los demás métodos de analgesia obstétrica. Recurre a la palabra como agente terapéutico.

Es la reeducación intelectual y psicológica de las parejas que permite además evitar la presencia de un conjunto de síntomas dolorosos que convierten a las mujeres en verdaderas inválidas y -- mártires de sus embarazos causados por el desconocimiento y la -- mala información que se tiene respecto a lo que representa la -- feminidad y la maternidad de acuerdo a la influencia del medio -- ambiente en que se desenvuelve cada mujer.

Es el resultado de una educación física y psíquica que la mujer embarazada recibe durante los últimos meses del embarazo.

Es una pedagogía de fundamentación fisiológica que se basa en la comprensión de la patogenia de los dolores del parto y lleva a cabo una profilaxis del dolor.

En una terapia de grupo, en la cual la mujer que es la protagonista principal de su parto se prepara física y psicológicamente.

Como se ve en las definiciones anteriores, debemos entender el método de Psicoprofilaxis Perinatal exclusivamente como un método educativo.

## OBJETIVOS DEL METODO

El principal objetivo del método psicoprofiláctico es tener una pareja suficientemente capacitada que les permita dar vida a un nuevo ser en las mejores condiciones posibles, donde las madres y los hijos son los protagonistas principales. Y en torno a éstos se desprenden los siguientes objetivos:

El que la mujer aprenda a dar a luz, entendiendo el valor que tiene su participación activa y conciente en el parto.

Que la mujer conozca cual es su papel durante el parto y demostrarle que éste es un proceso que puede seguir, controlar y dirigir y sobre todo disfrutar una vivencia positiva que le permita desarrollar plenamente su capacidad de ser madre.

El lograr el equilibrio de la corteza cerebral de la mujer gestante creando durante el embarazo cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicados en el momento del parto.

Conseguir que la importancia de la función biológica y social del parto no se acompañe de "dolores y sufrimientos"; lo que causará que la pareja viva su paternidad con recuerdos negativos que limitarán su capacidad de proyección como padres y educadores de sus hijos.

Transformar la actitud pasiva tradicional para la madre en una -  
actitud activa y responsable ya que es la mujer la que trae al -  
mundo a su hijo.

Conocer y secundar la naturaleza en su misión más grande y esen -  
cial.

Abolir el dolor considerado como fatal, que va unido a la con --  
tracción del útero en el momento de actuar.

Mejorar las condiciones en que se transmite la vida y sobre todo  
las condiciones en las que nace el producto de la concepción.

Lograr concientizar al padre de que el embarazo y parto no son -  
actos que le corresponden exclusivamente a la mujer y que su --  
participación activa es de suma importancia.

Adaptar el organismo materno a su nuevo estado, aliviando la --  
tensión muscular dolorosa, educando la respiración, tonificando -  
los músculos que deberán hacer trabajo suplementario para sopor -  
tar la sobrecarga y mantener el equilibrio.

Ayudar a que la mujer viva mejor la maternidad desde el punto de  
vista psíquico como físico.

## ORIGENES DEL METODO

- 1) Empleo de la Hipnosis y la sugestión verbal.
- 2) Descubrimiento del método psicoprofiláctico.

En 1840, se iniciaron los partos sin dolor, aunque éstos eran muy raros. En 1880, los médicos franceses introdujeron la hipnosis - en la terapéutica médica.

Hacia 1922, se dejó de emplear la hipnosis y se suprime por la - sugestión hipnótica, en la cual se explican a la mujer la ana -- tomía y fisiología de los órganos reproductores femeninos y el - desarrollo del parto, incluyendo la utilidad de las contraccio - nes.

Sin embargo, la sugestión hipnótica no era un método adecuado -- para la utilización masiva y por lo tanto fracasó.

Pavlov creó el método objetivo para el estudio de los procesos - fisiológicos que tienen lugar en el cerebro. La investigación de Pavlov, de sus discípulos y sus sucesores colocaron los funda - mentos fisiológicos de los procesos psíquicos.

En ello se pudo dar una explicación materialista de la psicopro - filaxis y la psicoterapia.

La teoría de Pavlov ha demostrado que el arma de la psicoterapia es la palabra, funcionalmente relacionada con el soma. Según Pavlov, la palabra es un reflejo condicionado tan real como -- otros estímulos no verbales, y es capaz de provocar en determinadas condiciones alteraciones fisiológicas en el organismo.

La forma fundamental de la actividad nerviosa es el reflejo. Al hablar de éstos, Pavlov subraya que la actividad refleja, a -- partir del segmento inferior de la médula espinal, se complica -- progresivamente y adquiere una gran complejidad en la corteza -- cerebral.

La actividad del sistema nervioso fue dividida por Pavlov en -- inferior y superior.

La actividad nerviosa inferior innata, la realizan los segmentos del Sistema Nervioso Central situados por debajo de la corteza, y su misión es unir e integrar el funcionamiento de todas las -- partes dentro del organismo.

La actividad nerviosa superior, adquirida en el proceso de la -- experiencia vital, está dirigida, según Pavlov, a establecer la -- interacción del organismo y el medio exterior, y determina la -- conducta del hombre. Estas funciones corren a cargo de la cor -- teza y de los hemisferios cerebrales, junto con formaciones sub -- corticales subyacentes.

Pavlov dividió los reflejos, en innatos o incondicionados y en adquiridos o condicionados. Estos últimos constituyen los elementos fundamentales de la actividad nerviosa superior.

Los reflejos incondicionados complejos, o reacciones innatas -- constituyen los llamados instintos.

Los reflejos condicionados son el resultado de la formación de -- conexiones temporales en la corteza cerebral entre focos de excitación provocados por estímulos condicionados e incondicionados.

En el año de 1933 en la URSS empieza a condicionarse la posibilidad de educar a la mujer para evitarle el miedo al parto y -- además para someterla a una preparación física.

Platonov y Velvoski se dedicaron a investigar sobre el origen de los dolores del parto. Partiendo de la base de que era necesario atacar el mal en su misma raíz, es decir, a educar a las mujeres y a toda la sociedad para que el dolor fuese considerado algo -- inútil y no necesario.

El fin primordial de Platonov y Velvoski es la reeducación de la conciencia de las mujeres en lo que a los dolores del parto se -- refiere.

En 1936, Nicolaiev realiza el primer análisis psicológico sobre el dolor en el parto.

La denominación de método psicoprofiláctico, se debe a Nicolaiev (1949).

En 1952 conocieron Lamaze y Pierre Vellay el método ruso y lo propagaron desde entonces con éxito en Francia. Adoptaron la teoría desarrollada por Pavlov y Velvoski, modificándola.

En 1951 la Academia de Medicina de la URSS y el ministerio de salud pública, convocaron en Leningrado una conferencia sobre la analgesia en el parto. Velvoski, Platonov y Nicolaiev expusieron los principios del método psicoprofiláctico, y los resultados obtenidos en aplicaciones elementales en Karkhov, Moscú y Leningrado. Como los resultados fueron todos muy favorables, el gobierno de la URSS decretó en 1951 extender el método psicoprofiláctico a todas las maternidades del país, tanto en las ciudades más importantes como en el lugar más lejano del país. Así por primera vez en la historia de la medicina, un descubrimiento de gran importancia era aplicado en todo el territorio de un inmenso país, solamente unos años después de su aceptación.

En 1953, habían sido realizados trescientos mil partos sin dolor con un éxito del 80% al 90% revelándose así la aplicación del método totalmente satisfactoria.

A partir de la URSS, el método psicoprofiláctico se extiende a -  
otros países.

En China el método se aplica en muchas ciudades importantes desde  
1952.

En Francia se empieza a aplicar en 1952 y actualmente existe en -  
casi todas las ciudades.

Después el método psicoprofiláctico se ha difundido por muchos -  
países de Europa Occidental, América y México.

## BASES CIENTIFICAS DEL METODO PSICOPROFILACTICO

Entendemos al método de Psicoprofilaxis, como un sistema de --  
"educación" a la procreación, e integración del grupo familiar.

La Psicoprofilaxis, es un sistema creado por Velvoski, Platonov,  
Ploticher y Shugom, fundamentado en los trabajos del Iván Pavlov,  
y su escuela.

Antes de los estudios de Pavlov, el estudio del funcionamiento -  
del Sistema Nervioso Central estaba dividido en dos partes:

- a) la acción fundamental del Sistema Nervioso Central salvo la  
corteza cerebral, era el reflejo; entendiéndose como refle-  
jo: el elemento de adaptación continua en que vive el --  
organismo para mantener el equilibrio frente al medio que -  
lo rodea y que es continuamente cambiante.
- b) toda actividad cortical se consideraba una actividad -  
psíquica.

El método subjetivo, había sustituido al objetivo. A partir de -  
Pavlov, se considera de nuevo, el método objetivo y exclusiva --  
mente fisiológico, sus hallazgos le llevan a establecer el método  
de acción y las leyes que rigen las señales y funciones de la -  
corteza cerebral. De esta manera llega a establecer que el --

fenómeno fisiológico de acción de la corteza cerebral, es el -- reflejo. Entendiéndose éste, como la transformación de una excitación sensitiva en una excitación motora o secretora.

Los diferenció en dos tipos de reflejos, tomando en cuenta los - segmentos superiores o inferiores del Sistema Nervioso Central.

- a) Reflejos Incondicionados; innatos, absolutos estables, ge - néricos (que pertenecen a la especie) o reflejos por con - ducción, cuya vfa ya está establecida, (ejemplo: reflejo de succión). Estos reflejos aseguran hasta cierto punto la - vida del animal, pero de una forma insuficiente.
- b) Reflejos condicionados, adquiridos, temporales asegura -- una fina adaptación del mundo exterior ffsico y social -- siempre cambiante. Tienen su asiento en la Corteza Cerebral, y son peculiares de cada individuo. Se forman sobre la - base de un reflejo incondicionado y desaparecen si no se - refuerzan por el estímulo incondicionado. No se heredan y - constituyen la base de lo que se llama Educación, entrena - miento y costumbres.

El reflejo condicionado, es un reflejo que comprende:

1. Excitante
2. Vfa centrfpeta
3. Punto de reflexión (corteza cerebral)
4. Vfa centrffuga (cuerda del tímpano nervio secretor)

Esto permitió a Pavlov asegurar: "Un órgano puede entrar en -- actividad, tanto bajo la influencia de un excitante permanente, como bajo la de los excitantes temporarios. Los excitantes temporarios desempeñan el papel de señal de aviso, sustituyendo a los excitantes permanentes, y haciendo las relaciones del animal con el mundo exterior más complejas y precisas".

Así pues se entiende como señal, un elemento primitivamente indiferentes para el organismo, que desencadena una reacción biológica si sirve a un excitante absoluto. La cualidad de señal es una cualidad adquirida y por lo tanto puede perderse.

La noción de reflejo condicionado fue enriqueciéndose con varios factores:

- a) Los excitantes que pueden ser:
  1. Exteroceptivos (luz, calor, ruido, etc.)
  2. Interoceptivos (órganos internos)
  3. Propioceptivos (excitaciones intra-musc.)
  
- b) Las respuestas: así como hay excitantes condicionales que provocan respuesta motora o secretora, otras provocan -- reacciones neurovegetativas, fenómenos hematológicos o -- séricos.

- c) El encadenamiento. Un reflejo condicionado puede condicio -  
narse a una secuencia de excitaciones indiferentes, como:  
ruido, luz que procede a una ruido etc., siempre que al --  
extremo actúe el excitante absoluto.
- d) El sistema de señales. El primero, constituido por signos  
sensitivos sensoriales, cinéticos etc. y el segundo sistema  
de señales, propio del hombre constituido por la palabra -  
hablada o escrita.

En el ser humano surgió el complejo sistema de señalización por -  
medio de la palabra. Este constituye el segundo sistema de se -  
ñales y es específico del ser humano. Este segundo sistema de -  
señales, "la señal de señales", como lo llamara Pavlov, no puede  
comprenderse sin el primer sistema (el objeto), pero prevalece -  
sobre éste y constituye el regulador de la conducta del hombre.

Nicolaiev señala que es importante tener presente que lo más --  
importante es el contenido de las palabras su semántica, la que -  
puede servir como estímulo condicionado poderoso.

"La palabra es para el hombre, un excitante extraordinariamente -  
poderoso, no puede ser comparado cualitativamente ni cuantitati -  
vamente a los excitantes condicionados del animal"

En la corteza se hace el análisis de las señales externas e --  
internas y se asegura una respuesta a un estímulo determinado, -  
para lo cual se descompone la complejidad del mundo exterior e  
interior en elementos separados.

La función de análisis se hace gracias a la aparición de los -  
analizadores, que están compuestos por un receptor periférico, -  
un nervio aferente a una terminación cortical. Simultáneamente  
se produce la síntesis, es decir, la unión de diferentes estí -  
mulos en una acción sobre el organismo y su conexión por medio -  
del organismo del reflejo condicionado.

La excitación e inhibición, son dos fenómenos opuestos, aunque en  
realidad inseparables, por medio de los cuales la corteza lleva  
a cabo una selección de las excitaciones que recibe, reteniendo -  
solo aquellos esenciales al objeto que perseguimos en un momen -  
to dado y eliminando aquellos superfluos o perjudiciales.

El fenómeno de la excitación era ya conocido en los segmentos --  
inferiores del Sistema Nervioso Central.

Los trabajos de Pavlov le permiten asegurar que también la cor -  
teza reacciona por un proceso de excitación o inhibición frente  
a cada estímulo excitante.

La excitación no es una propiedad de la materia nerviosa, sino - la representación de un proceso nervioso que se desarrolla en - el tiempo y se mueve en el espacio cortical.

La inhibición puede ser externa o incondicionada, pasiva e in - terna, condicionada o activa.

a) La inhibición externa; consiste en que, si durante la -- actividad reflejo-condicionada, se produce un estímulo -- inesperado las reacciones condicionadas se inhiben. Pero si el estímulo se repite, pierde su novedad y deja de in - hibir.

b) La inhibición interna; se adquiere en la vida individual y permite corregir las reacciones del organismo para su -- adaptación al mundo cambiante. Se describe la inhibición que se extingue, la diferenciadora, la retardada y la -- condicionada.

La inhibición que se extingue es una consecuencia de un reflejo condicionado que no se ha reforzado por el estímulo incondicio - nado. Una vez hecha la excitación, el estímulo condicionado se transforma en estímulo inhibitor, el reflejo condicionado posi - tivo se hace negativo.

La inhibición diferenciadora es la base del análisis cortical y se produce una vez transcurrido el período inicial de la formación del reflejo condicionado. En esta fase una generalización de los reflejos condicionados por irradiación o propagación de la excitación a la corteza. Pero luego si se repite con un determinado estímulo, solo se consolidará la reacción a ese estímulo y no a otro, aunque sea aproximado. En cuanto a la inhibición por retardo, el intervalo de tiempo entre el comienzo del estímulo condicionado e incondicionado es un período durante el cual el estímulo condicionado no es reforzado, y en este intervalo se desarrolla la inhibición.

Relaciones entre excitación e inhibición. La vinculación se establece por la inducción recíproca, en virtud de la cual, si en un punto surge una excitación, en las zonas vecinas o alejadas sobreviene un proceso de inhibición (inducción negativa).

Si en una zona aparece la inhibición, provoca excitación en zonas vecinas o incluso en regiones subcorticales (inducción positiva).

Reflejos Córtrico-visceroles uterinos; las investigaciones soviéticas comprobaron:

- a) que por excitación del útero se obtienen modificaciones en la sensibilidad de los bastoncillos de la retina (1930 Kelkcher).

- b) Que por excitación uterina se modifica la presión arterial y la respiración (Kvyjanoskia 1947).
- c) Que existen receptores uterinos sensibles a las excitaciones mecánicas y térmicas (Lotis 1948).
- d) Gramachena consigue modificar la contracción uterina al modificar la presión arterial de los vasos del feto o en los vasos placentarios, modifica la contracción uterina al modificar la tasa hormonal.
- e) Las oscilaciones de la proporción del oxígeno sanguíneo son percibidas por los receptores situados en las paredes de los vasos uterinos e influyen en la intensidad de las contracciones. Durante el embarazo y sobre todo durante el trabajo de parto se crean en el aparato genital, condiciones físico-químicas y biológicas nuevas.

A partir del útero en especial del cuello y de los vasos, parten miles de excitaciones. Si la corteza se halla en estado de inhibición, esas excitaciones rebasan los núcleos subcorticales y bombardean la corteza cerebral. Entonces la embarazada percibe esas sensaciones, y del estado de la corteza dependerá que sean o no dolorosas.

Así, pues, reuniendo todos los conocimientos aportados por Pavlov y sus discípulos, se llegó a establecer las bases fisiológicas de un sistema, llamado Psicoprofiláctico, que se orienta a crear en la embarazada condiciones psíquicas nuevas que van a beneficiar a la madre y a su hijo.

La explicación de la conducta humana, no es tan fácil para basarla en reflejos. Sin embargo, ya Pavlov y sus discípulos señalaron como se van complicando, encadenando hasta formar lo que designaron con el nombre de "esterotipia dinámica".

Estos conocimientos se han visto ampliados con la experimentación psicósomática que, desde Freud hasta nuestros días, ha realizado la escuela Psicoanalítica.

Esta experiencia de la Escuela Psicoanalítica, nos ha permitido - evidenciar que las parejas se conducen de acuerdo a moldes aprendidos de sus padres y a influencias del medio ambiente sociocultural, lo que nos ha dado bases a los médicos, para conceptuar a la embarazada y a su compañero como unidades "bio - psico - sociales" y no solo como máquinas reproductoras.

Para la evolución de la Psicoprofilaxis, también ha participado la experiencia que los médicos que ejercen estas actividades han tenido. Y así, han cambiado técnicas y procedimientos, general --

zando o parcializando sus acciones a la embarazada, a la pareja o a la familia y hasta a la comunidad.

#### EN QUE CONSISTE EL METODO

La preparación previa de la mujer embarazada constituye un eslabón primordial en el Método Psicoprofiláctico, ya que esta preparación proporciona reposo psíquico a la mujer tanto durante el embarazo - como durante el parto.

La preparación asegura el contacto entre el médico y la mujer embarazada. Ella tomará confianza hacia el establecimiento en que dará a luz.

El Método Psicoprofiláctico consiste en la iniciación de la mujer en su actividad creadora mediante:

**Educación teórica:** Que ayuda a suprimir la angustia mediante el conocimiento de los procedimientos fisiológicos que se suceden durante el embarazo y parto.

**Educación práctica:** Para enseñarle el medio de obtener el relajamiento muscular de todo el cuerpo, que aprenda a respirar de modo conveniente durante las contracciones y finalmente saber disociar

la contracción uterina de la contracción de los demás músculos - del cuerpo.

La educación práctica consiste en:

- a) Ejercicios físicos
- b) Ejercicios respiratorios
- c) Ejercicios de relajación neuromuscular
- d) Ejercicios de pujo
- e) Simulacro de trabajo de parto

a) Ejercicios físicos:

Los ejercicios físicos ponen en juego las articulaciones y los músculos, mantienen la flexibilidad o la desarrollan, - activan la circulación, mantienen en mejor condición todo - el organismo. Además los ejercicios físicos alivian los -- dolores dorsolumbares prenatales, evitan una fatiga inútil en el momento del parto, y después del parto, la debilita - ción es mínima y la retracción de los tejidos es mas rápida y completa.

b) Ejercicios respiratorios:

La gimnasia respiratoria, es una de las más antiguas de - ejercitar el cuerpo. Actualmente la respiración constituye la base esencial de una gimnasia de corrección y de reedu - cación

La respiración normal, es un acto reflejo incondicionado, - se efectúa sin presentarle atención, no es un acto dirigido por el cerebro. Pero hay posibilidad de modificación de - los movimientos respiratorios, haciendo de ello, actos -- reflejos condicionados.

La respiración tiene dos fases;

1. Inspiración o fase activa: los pulmones se llenan de oxígeno, los músculos intercostales se separan, baja - el diafragma y se ensancha la caja torácica.
2. Espiración o fase pasiva: la caja torácica se estre - cha y se eleva el diafragma volviendo a su posición - normal.

Se utilizan los siguientes tipos de respiración para el -- parto Psicoprofiláctico:

1. Respiración profunda o torácica
2. Respiración escalonada
3. Respiración contenida
4. Respiración superficial y jadeante
5. Resoplido

Estos tipos de respiraciones, tienen varios objetivos:

- a) Hacer más eficaces y menos sensibles las contracciones del trabajo de parto.
  - b) Aportan una gran cantidad de oxígeno a la sangre y a los músculos durante el trabajo de parto, que es el momento en que más se necesita.
  - c) Crear un foco de atención, distrayendo a la señora -- durante la contracción, lo que ayudará a percibir menos la sensación del dolor.
  - d) El resoplido, tiene un objetivo especial, evitar el - pujo fuera de tiempo. Debido a que no se puede resoplar y pujar al mismo tiempo.
- c) Ejercicios neuromusculares:
- El trabajo neuromuscular, se basa en dos tiempos Tensión - relajación. La tensión equivale a trabajo, la relajación a descanso.
- El objeto de la relajación, consiste en desterrar la tensión emocional propia de la mujer embarazada.
- d) Ejercicio de pujo
- Tiene el objeto de enseñar a realizar en forma correcta el pujo dirigido durante el período expulsivo.

La madre preparada con el método, llega al parto con un sentimiento de maternidad responsable, y apta para garantizar la vida y la salud de su hijo, al que goza plenamente ya desde entonces, sin las ataduras del miedo. Sigue a cada momento lo que ocurre en su vientre, interpreta perfectamente los cambios, contracciones, dilatación etc; que se van sucediendo en su cuerpo durante el sublime acto de dar a luz, y sobre todo la parte que a ella le corresponde tomar.

La mujer preparada, sabe como comprobar si las contracciones sentidas son o no de trabajo de parto, ya que conoce las características de las mismas.

Puede seguir realizando sus actividades normales suspendiéndolas únicamente en las contracciones durante las cuales deberá relajarse.

En este momento iniciará el control de las contracciones anotando su frecuencia y duración. Después de varias horas las contracciones han adquirido las características de trabajo de parto, deberá separar de 1 - 2 horas aún en casa utilizando solo la relajación y posteriormente acudirá al hospital.

## PARTICIPACION DEL HOMBRE EN EL PARTO PSICOPROFILACTICO

Durante mucho tiempo, la mujer soportaba la maternidad una tras otra, se ocupaba de la educación de los hijos y organizaba la casa. El hombre se encargaba de suministrar al hogar los ingresos necesarios para el mantenimiento de la familia.

Hoy las cosas han cambiado, la mujer trabaja fuera del hogar o realiza otra actividad que le ayuda a desarrollarse plenamente. El esposo participa más en la educación de los hijos. Este es uno de los objetivos del parto psicoprofiláctico, el que ambos compartan y participen del embarazo, parto y educación de sus hijos.

Participación durante el embarazo.

Esta es una función muy importante en la preparación psicoprofiláctica, el lograr que el marido se sensibilice con el papel que ha de desempeñar en el embarazo y en el parto, por lo cual deberá, asistir con su esposa a las conferencias dadas por el médico. Y asistir al curso de lecciones prácticas.

Durante el primer trimestre del embarazo, el esposo comparte los temores de ella, pero con la posibilidad de manifestarlos e intelectualizarlos mejor, es necesario que conozca los ejercicios que deberá realizar diariamente su esposa, ya que es él la persona más cercana en el círculo familiar y el que ejerce la influencia más

intensa, frecuente y duradera sobre ella. Es indispensable pues que durante estos meses auxilie, corrija y estimule a realizar - los.

Se enterará del mecanismo de parto, de las diferentes fases pre - paratorias y se familiarizará con la atención médica que se le - proporcionará a su esposa, qué debe hacer durante el trabajo de - parto, cómo comportarse en la sala de labor, de expulsión y cómo debe ayudarla durante el parto. Y estará preparado para vivir - con alegría y asombro, el nacimiento de su hijo.

La participación del esposo durante el trabajo de parto, su -- asistencia a la sala de labor y de expulsión es un punto muy -- discutido. El padre bien instruido no es un espectador pasivo, - es un buen asistente y colaborador, su sola presencia en la sala de labor brinda un confort psicológico, una sensación de seguridad en la mujer y su presencia fortalece las relaciones de la -- pareja.

#### Participación del médico en el parto psicoprofláctico.

El médico debe exponer a la paciente y a su esposo un panorama - general acerca de lo que puede suceder en el parto, de acuerdo a la - evaluación física y psíquica que pueda hacer previamente, pero - deberá informarles, además, de las emergencias eventuales y des - vanecer todas sus dudas.

Toda mujer, aunque sea a un nivel muy inconciente desear dar a luz de una manera eficaz y sin molestias. Cosa que no es fácil en las actuales condiciones, pero se puede aproximar bastante a ello, si se actúa de la manera más natural frente al parto, tanto de parte del médico como de la pareja, es decir, si se está dispuesto a enfrentar el momento del nacimiento sin falsos temores, pero sí conocen y aceptan también todos los riesgos.

El equilibrio y la vigorización de la esfera psíquica, cosa que el médico puede fácilmente llevar a cabo en su relación humana con la paciente, puede influir positivamente, en forma favorable, tanto sobre las funciones fisiológicas como psicológicas del parto.

Por lo anterior expuesto, consideramos que la participación del médico es de suma importancia siempre y cuando se forme una relación estrecha y muy humana durante el embarazo, para esto el médico debiera conocer y aceptar el método.

#### Participación de la Instructora en el Parto Psicoprofiláctico

La instructora es la persona capacitada para desempeñar el papel de guía del método Psicoprofiláctico.

Establece una relación tan estrecha y humana con la señora que le permite a ésta tener la confianza suficiente para preguntar todas sus dudas. Dará la clase práctica mostrándole las técnicas correctas sobre los ejercicios físicos, de relajación y respiratorios. Tomando en cuenta que muchas veces el médico no tiene el tiempo suficiente para hacerlo, por medio de la Instructora, se da la oportunidad a las parejas de conocer su organismo y el funcionamiento del mismo.

La instructora es quizá el elemento más importante dentro del equipo obstétrico, ya que dependerá mucho de su participación el éxito del método.

Anteriormente la instructora tenía que encontrarse presente dirigiendo el comportamiento de la señora durante el desarrollo del parto, debido a que era la única persona que estaba preparada para hacerlo.

Actualmente la instructora no asiste al parto, por que se ha comprobado que hacía falta dentro del equipo uno de los elementos principales: el esposo, puesto que sólo él puede brindar el apoyo emocional necesario en éste momento y realizará el papel que anteriormente desempeñaba la instructora en el curso del parto.

## OBJETIVOS

1. Dar a conocer los resultados obtenidos en la Unidad Hospitalaria 10. de Octubre ISSSTE, sobre Psicoprofilaxis Perinatal, en cuanto a la atención del parto.
2. Cómo se encuentra integrado el método y en qué consiste, ya que a nivel Institucional es el único Hospital que cuenta con Psicoprofilaxis Perinatal.
3. Integrar al médico con el método de Psicoprofilaxis, ya que ha tenido poca aceptación debido a la falta de información, y poco apoyo por parte de las Instituciones de Salud.
4. Promover la educación para el parto, con la finalidad de integrar al trinomio al equipo de salud.

La preparación de la pareja debiera iniciarse cuando se confirma el embarazo, con pláticas de motivación y adaptación al embarazo.

Aunque se cree que la preparación debe empezar a la semana 16, que es cuando la madre está más adaptada a su embarazo, cuando ha pasado el período de organogénesis y la posibilidad de aborto debido a la preparación física, es prácticamente nula.

Debe asistir a una clase semanal de 2 horas, donde practicarán los ejercicios físicos que se le indiquen y bajo vigilancia de una instructora capacitada, para poder corregir las dudas que se tengan y revisar que cada uno de los movimientos sean correctos. Durante esta sesión también reciben una plática de información de acuerdo al programa ya establecido.

Siempre en cada sesión, debe haber un tiempo para aclarar las dudas que hayan surgido durante la semana para hacer una buena motivación a que practiquen regularmente sus sesiones de ejercicios.

Se indica cual es la participación del padre en estas prácticas, para aumentar la autoconfianza de la pareja.

Siendo esta Unidad Hospitalaria, la única que actualmente, cuenta con este servicio, se ha tratado de que el método se practique - plenamente, ésto es con la participación del futuro padre, como - integrante del equipo de salud, que se encargará de atender a la embarazada.

Para ello se tiene un programa de capacitación, que incluye una - sesión práctica, donde él también conoce la forma en que se está preparando su compañera; cómo ha de ser atendida cuando sea -- hospitalizada, cuál es la atención que va a recibir su recién - nacido y cómo él colabora en todas estas actividades, teniendo - así una participación totalmente activa y dejando de ser el ob - servador pasivo, o el fiscal como algunos médicos lo sienten así.

El programa incluye el alojamiento compartido

Para llevar a cabo la capacitación de las parejas se requiere y - se cuenta en esta Unidad con personal altamente capacitado como - son instructoras en Psicoprofilaxis Perinatal, médicos que están haciendo su especialidad en Gineco-obstetricia y Pediatría así -- como Técnicas Puericultistas y Psicóloga Educativa.

## MATERIAL Y METODO

El estudio se realizó en base a un análisis retrospectivo de 730 pacientes, que iniciaron el curso de Psicoprofilaxis de 1982 a 1984; no pudiendo continuar el estudio, por pérdida del archivo, en el mes de septiembre de 1985 (por el sismo). Hasta el momento se han preparado más de 1000 pacientes mediante dicho método.

De los 730 registros de pacientes, solamente se incluyen en este estudio 335, que reúnen todos los datos que se van a enumerar posteriormente. No se encontraron en muchos pacientes registro completo de la atención obstétrica, debido a pérdida del expediente por el archivo o el médico, atención obstétrica recibida en otras Unidades, o bien porque suspendieron el curso, en algunos casos por indicación médica.

El curso se llevó a cabo a partir de la semana 16 del embarazo, con educación teórico práctica un día a la semana y duración de 2 horas. El esposo acudía a las pláticas todos los sábados, con un mínimo de 10 asistencias para poder tener derecho a participar en el nacimiento de su hijo.

La clase teórico práctica fue llevada a cabo en el área de espar -  
cimiento del Hospital, donde se encuentra establecida el área de -  
Psicoprofilaxis Perinatal. Las conferencias fueron dadas por --  
médicos residentes en Gineco-obstetricia, Pediatría y Anestesió -  
logo, con apoyo de las Instructoras de Psicoprofilaxis, Puericul -  
tistas y Psicólogo.

La clase práctica se llevó a cabo por las instructoras de Psico -  
profilaxis y Puericultistas.

Las conferencias a los esposos fue dada en el Auditorio del Hos -  
pital por parte del equipo médico, llevando el mismo programa dado  
a las mujeres gestantes, posteriormente la clase práctica por --  
parte de las instructoras.

Se elaboró una hoja de registro del Servicio de Psicoprofilaxis -  
con datos personales, antecedentes gineco-obstétricos, asistencia a  
clases por parte de la pareja y datos del cónyuge, los cuales eran  
llenados por el personal de Psicoprofilaxis. Estas hojas se en -  
tregaban a las parejas al terminar la preparación y cerca de la -  
fecha probable de parto, para ser llenada posteriormente por el -  
obstetra, que atendió el parto, con datos acerca de la evolución -

del trabajo de parto, características del parto y participación -  
del esposo durante el mismo, y un informe por parte del Pediatra  
de la evolución del trabajo de parto, características del parto,  
características del producto y maniobras de reanimación.

A continuación se muestran las hojas del informe

HOSPITAL GENERAL 10, DE OCTUBRE  
 SUBDIRECCION MEDICA  
 JEFATURA DE GINECO/OBSTETRICIA.  
SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

DATOS PERSONALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXP.No. \_\_\_\_\_

CLINICA: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

COL. \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA \_\_\_\_\_ HORARIO: \_\_\_\_\_

INICIA PREP. \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ TECNICO: \_\_\_\_\_

PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ HORARIO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECO/OBSTETRICOS:

MENARCA: \_\_\_\_\_ R.M. \_\_\_\_\_ VSA \_\_\_\_\_ G. \_\_\_\_\_ P. \_\_\_\_\_ A. \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_ F.U.R. \_\_\_\_\_ F.P.P. \_\_\_\_\_

EVOLUCION DEL EMBARAZO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ GPO. SANGRE \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PSICOPROFILAXIS: \_\_\_\_\_

TABAQUISMO \_\_\_\_\_ ALCOHOLISMO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

EMBARAZOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DATOS DEL CONYUGE:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GPO. SANGRE \_\_\_\_\_

RH \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ TECNICO \_\_\_\_\_

PROFESIONAL \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

HORARIO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

ASISTENCIA DE CLASES

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18

19 20.

ASISTENCIA DE CLASES

1 2 3 4 5

6 7 8 9 10

COMENTARIOS SOBRE LA PARTICIPACION DE LA PAREJA DURANTE SU PREPARACION.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HOSPITAL GENERAL 1o. DE OCTUBRE  
 SUBDIRECCION MEDICA  
 JEFATURA DE GINECO/OBSTETRICIA  
SERVICIO DE PREVENCIÓN Y PROFILAXIS OBSTETRICA  
INFORME DEL SERVICIO DE TOCOQUIRURGICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXP.No. \_\_\_\_\_  
 CLINICA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_  
 FUR \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_ EVOL. DEL EMBARAZO \_\_\_\_\_  
 GPO. DE SANGRE: \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_ PADRE GPO. SANGRE \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

NOTA DE INGRESO:

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ ACT. UTERINA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ HRS. T.T.A. \_\_\_\_\_ P. \_\_\_\_\_ F.U. \_\_\_\_\_ F.F. \_\_\_\_\_  
 MEMBRANAS INTEGRAS: \_\_\_\_\_ ROTAS \_\_\_\_\_ HRS. \_\_\_\_\_  
 CX BORRAMIENTO \_\_\_\_\_ % DILATAION \_\_\_\_\_ CMS. \_\_\_\_\_  
 PRESENTACION: \_\_\_\_\_  
 INDUCTO-CONDUCCION SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO:

AMNIOREXIS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ LIQ. AMNIOTICO \_\_\_\_\_  
 BLOQUEO PERIDURAL SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ NÚM. DOSIS \_\_\_\_\_  
 CAUSA: \_\_\_\_\_

TIEMPO ANTES DEL PARTO:

CONDUCCION SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DEL PARTO:

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_  
 PARTO EUTOCICO: \_\_\_\_\_ DISTOCICO \_\_\_\_\_ EPISIO \_\_\_\_\_  
 ALUMBRAMIENTO ESP. \_\_\_\_\_ DIRIGIDO \_\_\_\_\_ EXT. MANUAL \_\_\_\_\_  
 REVISION DE CAVIDAD UTERINA SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 TIEMPO DE LABOR: \_\_\_\_\_ Hrs.  
 TIEMPO DE EXPULSION \_\_\_\_\_ Hrs.

C E S A R E A:

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
 PRUEBA T. PARTO \_\_\_\_\_ RX \_\_\_\_\_  
 PERINATOLOGIA SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

PARTICIPACION DEL ESPOSODURANTE LABOR DE PARTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_DURANTE EL PARTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_DURANTE LA CESAREA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estimado Dr.

Agradeceremos su evaluación en relación a la pareja que usted atendió:

Considera que tuvieron preparación suficiente SI \_\_\_ NO \_\_\_

La participación del esposo fué activa. SI \_\_\_ NO \_\_\_

La comunicación de la pareja con el equipo de trabajo fue adecuada..... SI \_\_\_ NO \_\_\_

Modificó el ambiente la estabilidad emocional de la pareja..... SI \_\_\_ NO \_\_\_

La participación de otros servicios en la atención de esta pareja fue adecuada..... SI \_\_\_ NO \_\_\_

POR FAVOR ANOTE SU SUGERENCIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dr. (a): \_\_\_\_\_

HOSPITAL GENERAL 10. DE OCTUBRE  
 SUBDIRECCION MEDICA  
 JEGATURA DE GINECC/OBSTETRICIA  
SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA  
INFORME DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXP. Núm. \_\_\_\_\_  
 CLINICA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ A. \_\_\_\_\_ C. \_\_\_\_\_  
 F.U.R. \_\_\_\_\_ FPP: \_\_\_\_\_ EVOL. EMBARAZO \_\_\_\_\_  
 GPO. DE SANGRE \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_ PADRE GPO. SANGRE \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO:

INICIO \_\_\_\_\_ Hrs. LABOR \_\_\_\_\_ Hrs. INDUCTO/CONDUCCION SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 F.F. \_\_\_\_\_ MEMBRANAS RUP. \_\_\_\_\_ ESP. \_\_\_\_\_ AMNIOREXIS \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_  
 LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ F.F. \_\_\_\_\_ SUPRIMIENTO FETAL SI \_\_\_\_\_  
 NO \_\_\_\_\_ FF \_\_\_\_\_ BLOQUEO PERIDURAL SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ DOSIS \_\_\_\_\_  
 No. DE DOSIS \_\_\_\_\_ F.F. \_\_\_\_\_ ANESTHSICOS GRALES. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 CUALES: \_\_\_\_\_ OTROS MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DEL PARTO:

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_  
 EUTOCICO: \_\_\_\_\_ DISTOCICO: \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_  
 FORCEPS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_  
 KRISTELLER SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_  
 CESAREA SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO:

SEXO M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ Kg. TALLA \_\_\_\_\_ cms.  
 P.C. \_\_\_\_\_ PT. \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ PIE \_\_\_\_\_ APGAR \_\_\_\_\_  
 SILVERMAN: \_\_\_\_\_ CAPURRO: \_\_\_\_\_

MANIOBRAS DE REANIMACION:

SECADO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CALOR SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ OXIGENACION SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ASPIRACION: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ OTRAS: \_\_\_\_\_  
 PROFILAXIS OFTALMICA SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Como hemos podido darnos cuenta, a través de la práctica del -- método de esta Unidad, se manifiesta la necesidad de dar a cono - cer, lo que es el método al personal médico y paramédico para - que puedan entender, cómo cada uno forma parte del equipo de -- Salud, que atienda a la pareja durante su estancia en el Hospi - tal. Creemos que al poder hacer ésto se conseguirá que todos le - den al método el valor que realmente tiene, como método educa - tivo y codificador de la conducta de la pareja y no como solución de problemas.

El programa de conferencias de Psicoprofilaxis perinatal se en - cuentra integrado por pláticas semanales, que se imparten a las - pacientes, con un repaso al término del programa. El esposo -- acude los sábados a pláticas realizadas por el médico. El pro - grama de conferencias se encuentra integrado de la siguiente -- forma:

#### 1. EL SISTEMA DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL

- a) Antecedentes y definición
- b) Ventajas de prepararse en este método
- c) Participación del equipo de salud.

**2. ALTERACIONES EN LA FISILOGIA DEL TRABAJO DE PARTO**

- a) Factores culturales, psicológicos, bioquímicos y mecánicos.
- b) Capacitación de la pareja
- c) Empleo de los recursos del método

**3. PUERICULTURA**

- a) Preparativos para recibir al bebé. (habitación, cuna, cuna, etc.)
- b) Preparación y cuidado de los biberones
- c) Cuidados generales

**4. PSICOLOGIA DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO**

- a) Adaptación al embarazo
- b) Temores durante el embarazo
- c) Depresión post - partum

**5. PEDIATRIA I**

- a) Ventajas del parto
- b) Desventajas de la cesarea

**6. PEDIATRIA II**

- a) Atención inmediata del recién nacido en la sala de partos
- b) Valoración del Apgar

**7. PEDIATRIA III**

- a) Aspectos psicológicos del recién nacido, características anatómicas u fisiológicas
- b) Manejo hospitalario habitual. Desventajas. Habitación compartida ventajas.
- c) Alimentación al pecho materno
- d) Ablactación y destete
- e) Programa de vacunación

**8. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**

- a) Organos sexuales femeninos
- b) Ciclo menstrual
- c) Pelvis Ótil

**9. EMBARAZO I**

- a) Fecundación y nidación
- b) Desarrollo embrionario
- c) La placenta

**10. EMBARAZO II**

- a) Modificaciones del organismo materno durante el embarazo
- b) Alteraciones del sistema músculo esquelético
- c) Preparación del organismo materno para el parto.

**11. EMBARAZO III**

- a) Diagnóstico y vigilancia del embarazo
- b) Embarazo de alto riesgo
- c) Isoimmunización materna fetal

**12. EL PARTO**

- a) Características de las contracciones uterinas
- b) Períodos del trabajo de parto, (borramiento, dilatación, expulsión y alumbramiento),
- c) El puerperio y sus cuidados.

**13. ATENCION DEL PARTO**

- a) Despegamiento de membranas
- b) Inducción y conducción del trabajo de parto
- c) Episiotomía
- d) Kristeller, aplicación de Forceps

**14. OPERACION CESAREA**

- a) Causas: maternas, fetales, otras
- b) Procedimiento

**15. ANALGESIA Y ANESTESIA EN OBSTETRICIA**

- a) Requerimientos e indicaciones
- b) Técnicas de aplicación

**16. PLANIFICACION FAMILIAR**

- a) Métodos de control natal, hormonales mecánicos, de barrera, naturales, temporales y definitivos.

**17. RELACIONES HUMANAS**

- a) De pareja
- b) Con los hijos

**18. REPASO GENERAL**

Se llevó a cabo el estudio con 335 pacientes, tomando su datos - del expediente clínico cuando no contaban con la hoja de registro del servicio de Psicoprofilaxis, o bien ésta estaba incompleta, o no había sido llenada por el médico.

A continuación se enumeran los datos obtenidos de los diversos expedientes en las pacientes estudiadas.

a) Grupo de edades:

menores de 20 años, de 21 a 25 años de 26 a 30 años de 31 a 35 años y mayores de 35 años.

b) Estado Civil

c) Antecedentes de paridad

Primigestas

Secundigestas

Trigestas

Multigestas

d) Ocupación

Empleadas

Dedicadas al hogar

- e) Tiempo de estancia en sala de labor dividido por tiempo en horas.
  - 0 a 3 horas
  - 4 a 8 horas
  - 9 a 12 horas
  - más de 12 horas
  
- f) Vía de terminación del embarazo
  - Parto
  - Cesárea
  
- g) Tipo de analgesia obstétrica
  
- h) Sexo del producto
  
- i) Peso al nacimiento
  - menor de 2500 gr.
  - de 2501 a 3000 gr.
  - de 3001 a 3500 gr.
  - de 3501 a 4000 gr.
  - mayores de 4001 gr.
  
- j) Clasificación de Apgar al 1er. minuto de nacimiento
  - de 1 a 3
  - de 4 a 6
  - mayor de 7

A continuación se exponen los resultados obtenidos del análisis de expedientes clínicos de las pacientes

## RESULTADOS

Los datos que se exponen a continuación, fueron obtenidos de los expedientes como de las hojas de evaluación que fue llenada por el médico posterior a la atención del parto. Fueron revisados 335 expedientes, de 1982 a 1984. No se exponen resultados, acerca de la participación del esposo, debido a que los datos se encontraban inconclusos, siendo evaluados únicamente aspectos en cuanto a la atención obstétrica.

Queda aún pendiente el resultado de el apoyo emocional de la pareja durante su estancia en sala de labor y atención del parto.

A continuación se exponen los datos obtenidos por grupos de pacientes y porcentaje.

**ESTADO CIVIL**

La distribución de pacientes de acuerdo al estado civil fue la siguiente:

327 pacientes casadas que corresponde al 97.6%

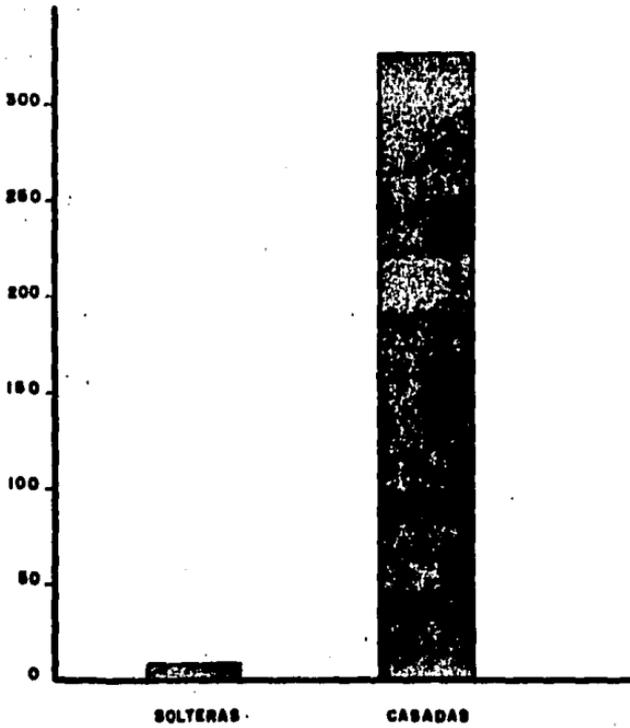
8 pacientes solteras, que corresponde al 2.4%

GRAFICA 1

49

DISTRIBUCION DE PACIENTES  
POR ESTADO CIVIL .

NUMERO  
DE PACIENTES

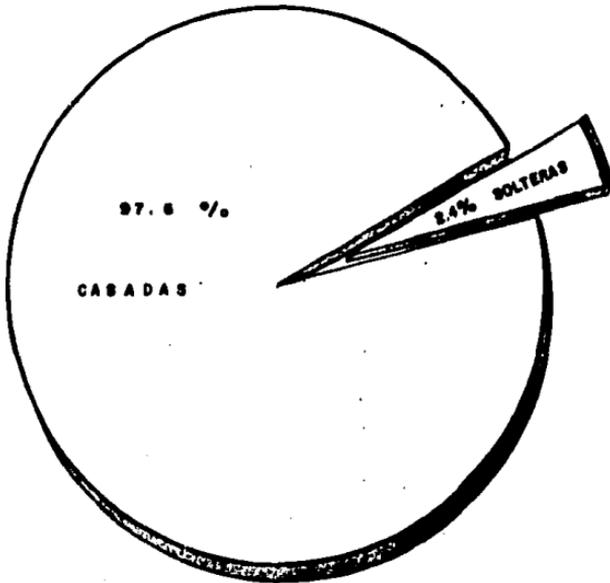


TOTAL 335.

GRAFICA 2

50

DISTRIBUCION PORCENTUAL  
DE PACIENTES POR ESTADO CIVIL .



TOTAL 335

**OCUPACION**

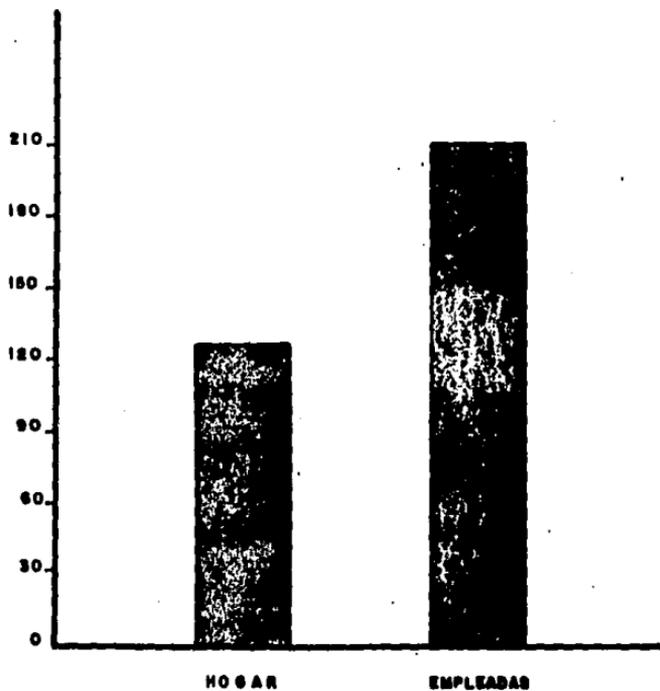
La distribución de pacientes de acuerdo a la actividad fue la siguiente:

210 empleadas que correspondió al 62.4%

125 dedicadas al hogar, que correspondió al 37.6%

GRAFICA. 3  
DISTRIBUCION DE PACIENTES  
POR TIPO DE ACTIVIDAD.

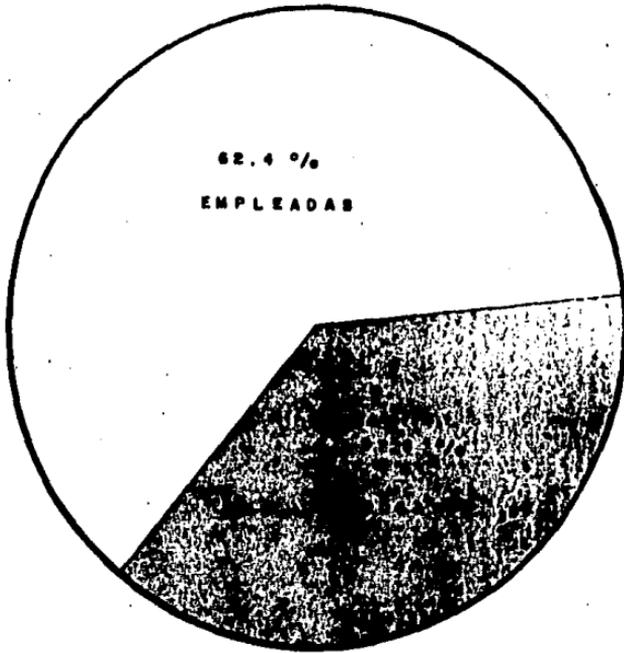
NUMERO  
DE PACIENTES



TOTAL 335

GRAFICA 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL  
DE PACIENTES POP TIPO DE ACTIVIDAD.



TOTAL 335

**NUMERO DE GESTACIONES**

La distribución de pacientes por número de gestaciones fue la siguiente:

**Primigestas 128-38.2%**

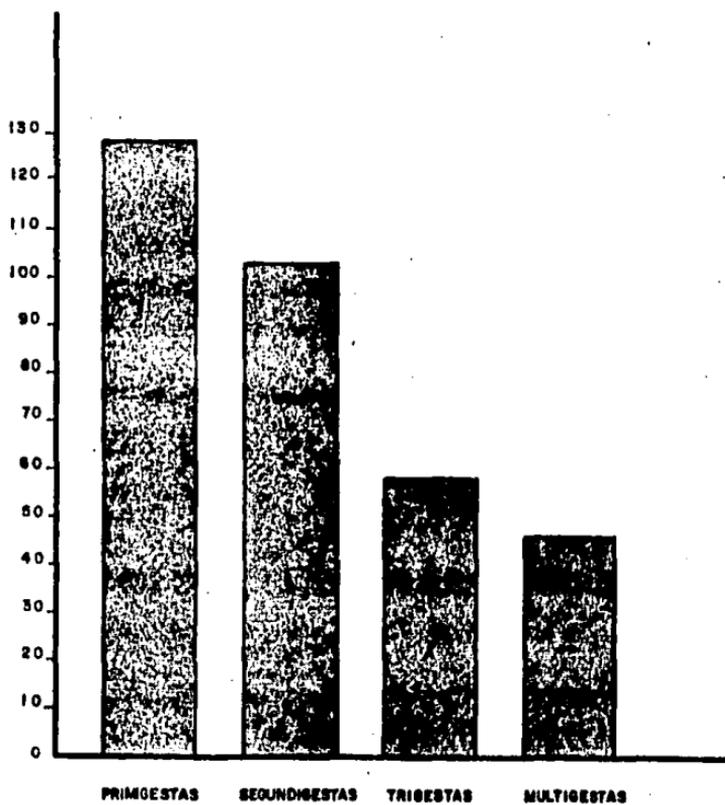
**Secundigestas 103-30.8%**

**Trigestas 58-17.3%**

**Multigestas 46-13.7%**

GRAFICA 5  
DISTRIBUCION DE PACIENTES  
POR NUMERO DE GESTACIONES.

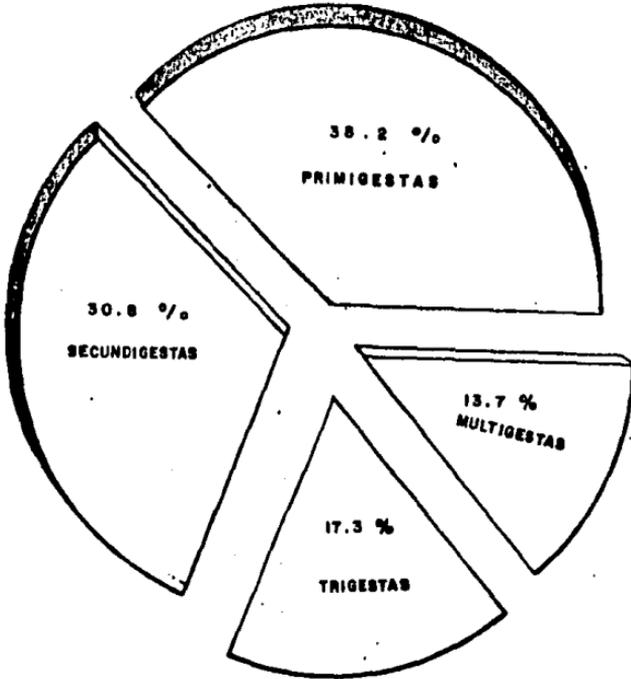
NUMERO  
DE PACIENTES



TOTAL 335

GRAFICA 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL  
POR NUMERO DE GESTACIONES .



TOTAL 335

**EDAD**

En las gráficas que se muestran a continuación, se expone la distribución de pacientes por grupos de edad:

Menores de 20 años, 19 pacientes, que corresponde al 5.7%

De 21 a 25 años, 114 pacientes, que corresponde al 34%

De 26 a 30 años, 128 pacientes, que corresponde al 38.2%

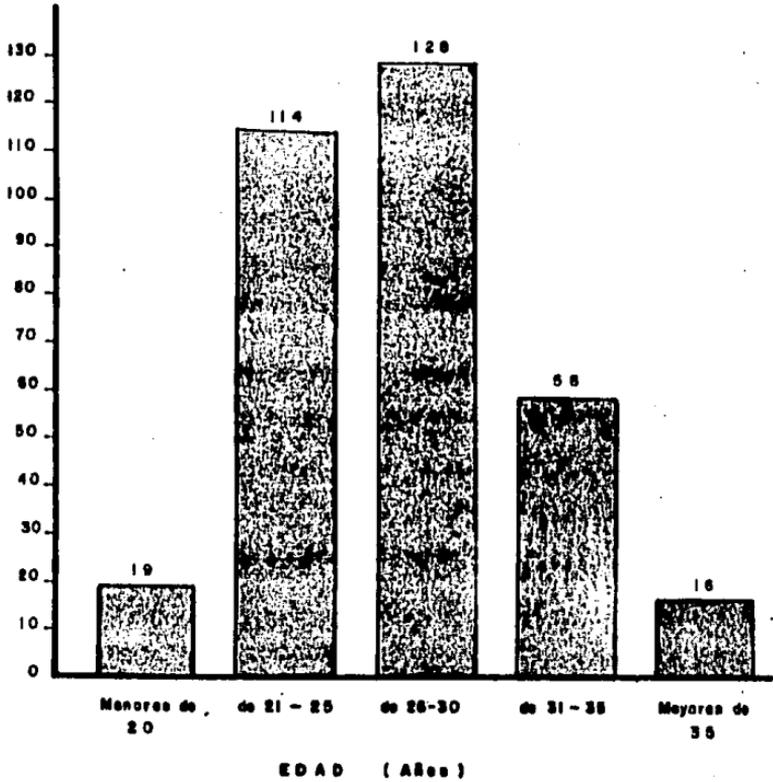
De 31 a 35 años, 58 pacientes, que corresponde al 17.3%

Mayores de 35 años, 16 pacientes, que corresponde al 4.8%

GRAFICA 7

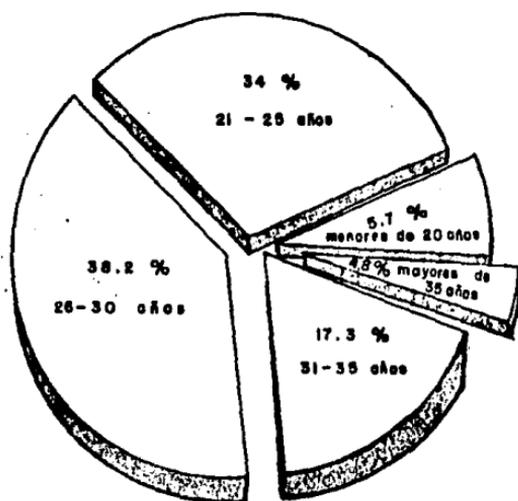
DISTRIBUCION DE PACIENTES  
POR GRUPOS DE EDAD

NUMERO  
DE PACIENTES



TOTAL 335

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR  
GRUPOS DE EDAD



TOTAL 335

**TIEMPO DE ESTANCIA EN SALA DE LABOR**

Permanecieron en sala de labor, hasta 3 horas, 89 pacientes, que correspondió al 35.5%; 27 de ellas llegaron en perfodo expulsivo.

114 paciente permanecieron en sala de labor de 4 - 8 horas, que correspondió al 45.4%.

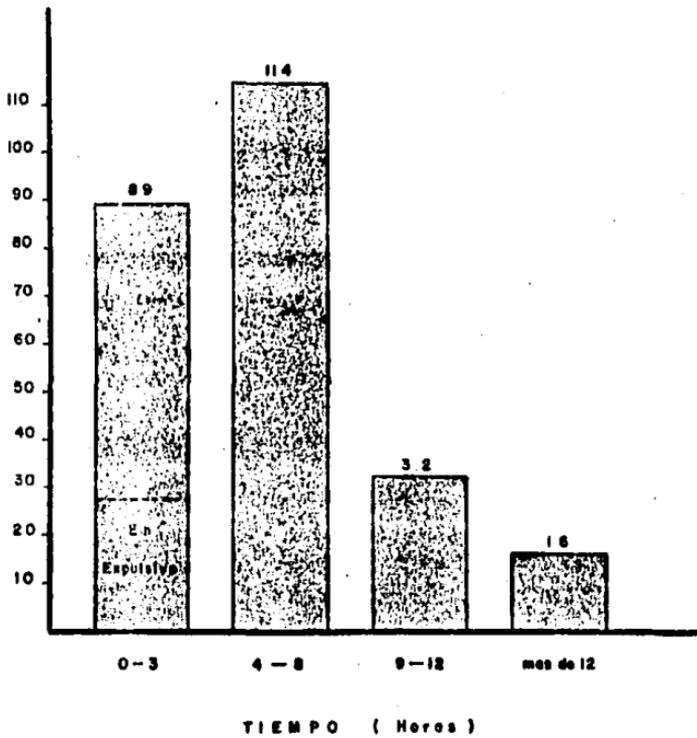
De 9 - 12 horas, correspondió a 32 pacientes, siendo el 12.7%.

Permanecieron más de 12 horas en sala de labor 16 pacientes, que correspondió al 6.4%.

El total de pacientes registradas fue de 251.

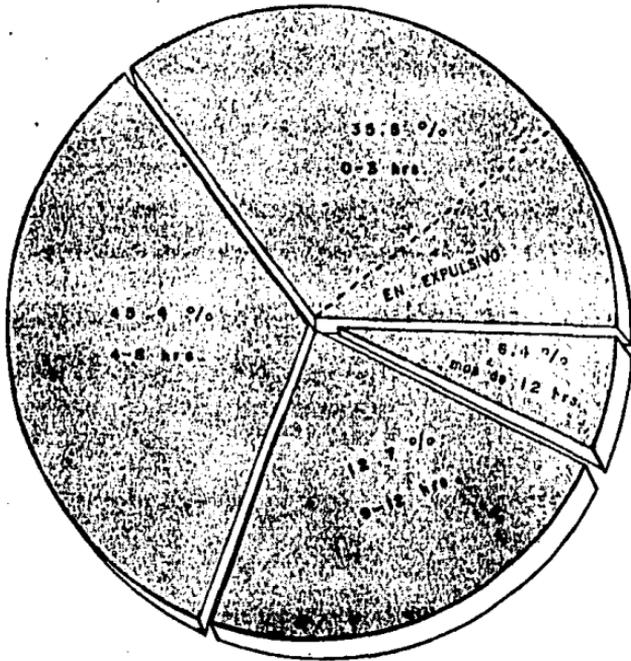
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR ESTANCIA  
EN HORAS EN SALA DE LABOR

NUMERO  
DE PACIENTES



TOTAL 251

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PACIENTES  
POR ESTANCIA EN SALA DE LABOR

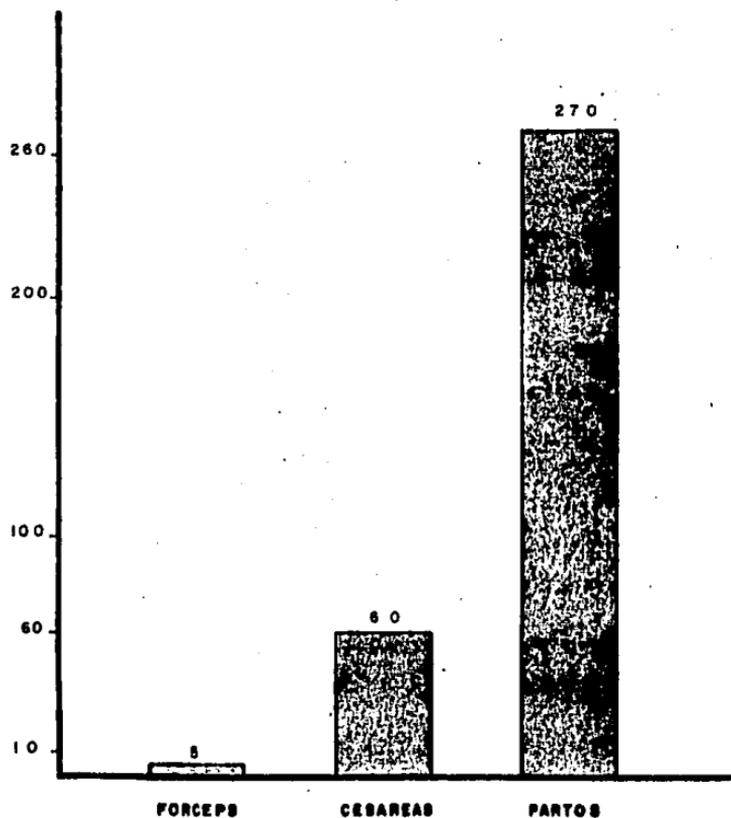


TOTAL 251

#### VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

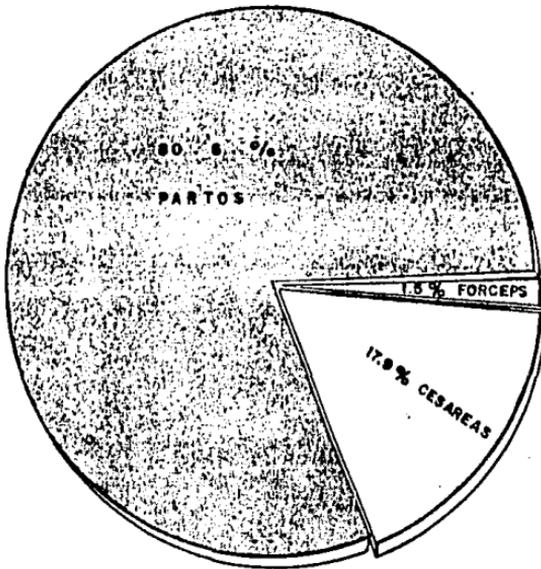
Del total de 335 pacientes, fueron atendidos 275 partos por vía vaginal, de los cuales 5 fueron distócicos por aplicación de forceps; la indicación de forceps fue en dos pacientes por cesárea previa, aplicación de 1 forceps por sufrimiento fetal agudo, y en dos ocasiones por expulsivo prolongado. El porcentaje de partos eutócicos fueron de 80.6% y distócicos de 1.5%.

Fueron realizadas 60 cesáreas, que correspondió al 17.9%. La indicación de la cesárea fue; en 18 pacientes por desproporción cefalopélvica, en 12 por sufrimiento fetal agudo, 6 por presentación pélvica, por ruptura prolongada de membranas 6 pacientes. - Por producto valioso en 5 casos, 3 por embarazo gemelar, 2 por presentación de cara, 3 por cesárea previa, 1 por dilatación estacionaria, 1 por embarazo prolongado, 1 por situación transversa, 1 por diabetes y embarazo y 1 por preeclampsia severa.

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR  
TIPO DE PARTONUMERO  
DE PACIENTES

TOTAL 358

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE  
PACIENTES POR TIPO DE PARTO

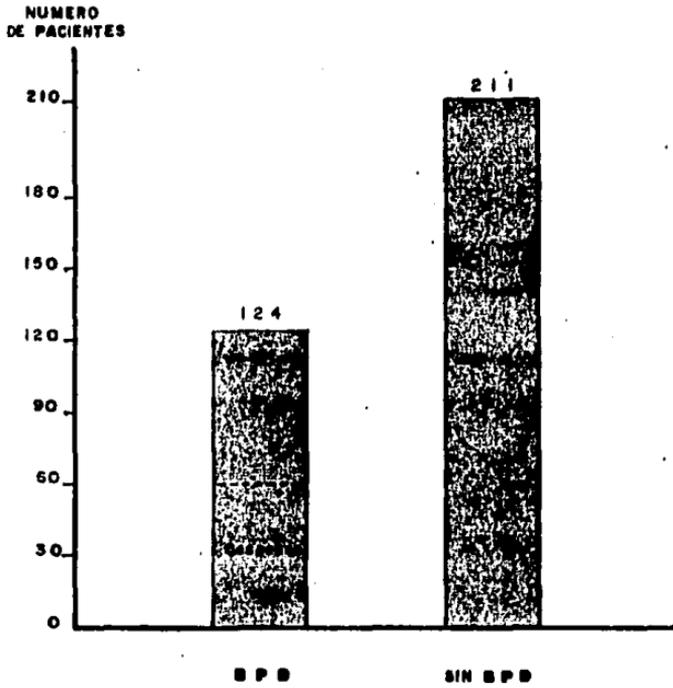


TOTAL 336

**ANALGESICA OBSTETRICA.**

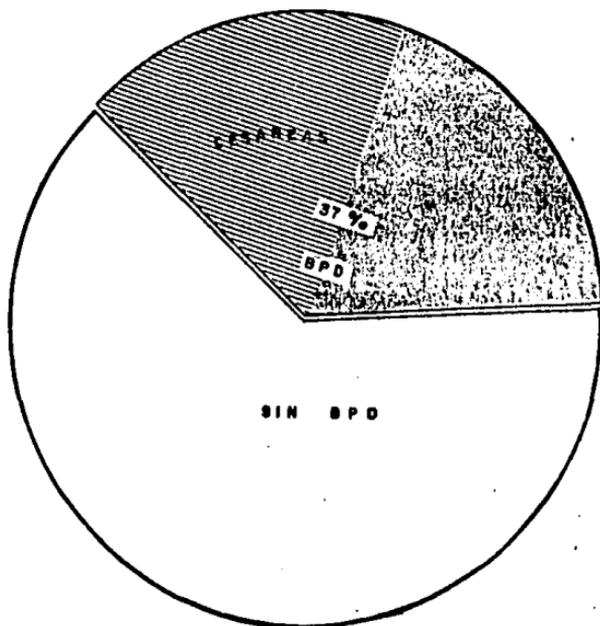
Del total de 335 pacientes, se aplicó bloqueo peridural a 64 pa-  
cientes, como analgesia obstétrica, que correspondió al 19%. 60  
aplicaciones de bloqueo peridural fueron utilizadas para cesárea  
y que correspondió al 18%, siendo en total 124 pacientes que re-  
cibieron bloqueo peridural. En el 63% restante el parto se aten-  
dió sin bloqueo.

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON BLOQUEO PERIDURAL



TOTAL 335

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PACIENTES  
CON BLOQUEO PERIDURAL

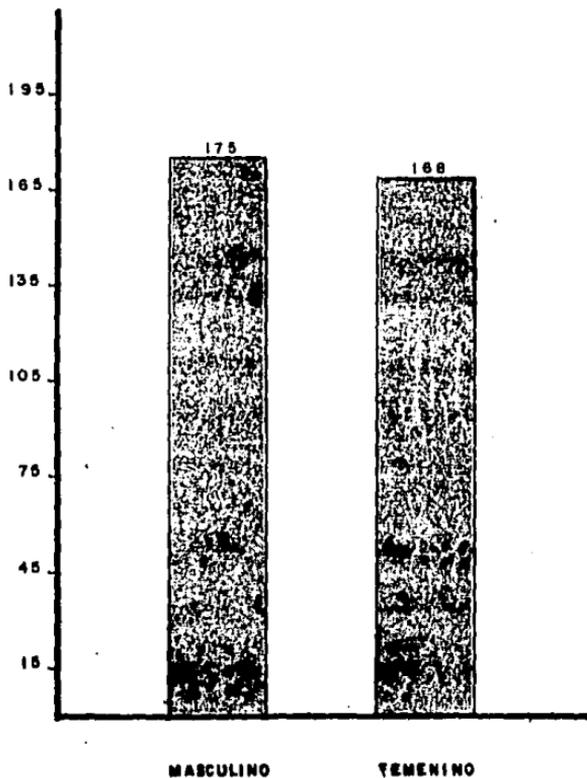


**SEXO DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO.**

El sexo del producto al nacimiento correspondió a 175 del sexo masculino y 168 del sexo femenino.

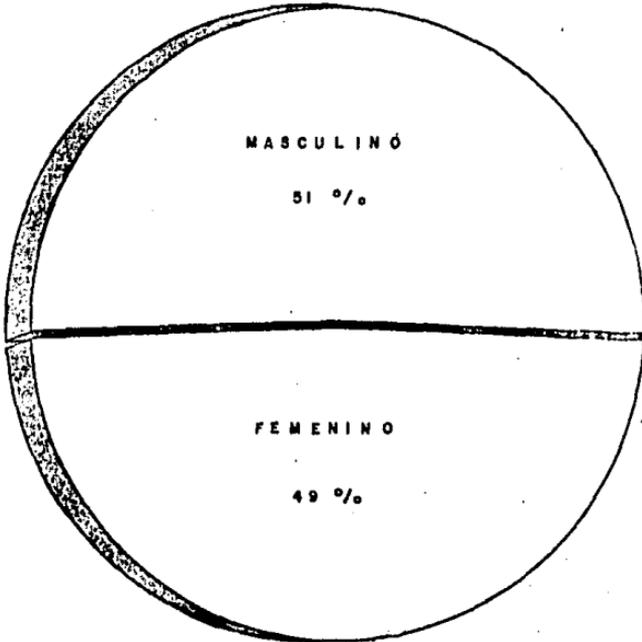
GRAFICA 15  
DISTRIBUCION DE PRODUCTOS POR  
SEXO AL NACIMIENTO

NUMERO  
DE PACIENTES



TOTAL 343

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PRODUCTOS  
POR SEXO AL NACIMIENTO



TOTAL 343

**PESO AL NACIMIENTO**

**Peso menor de 2500 gr. 30 productos, que correspondió al 9.3%.**

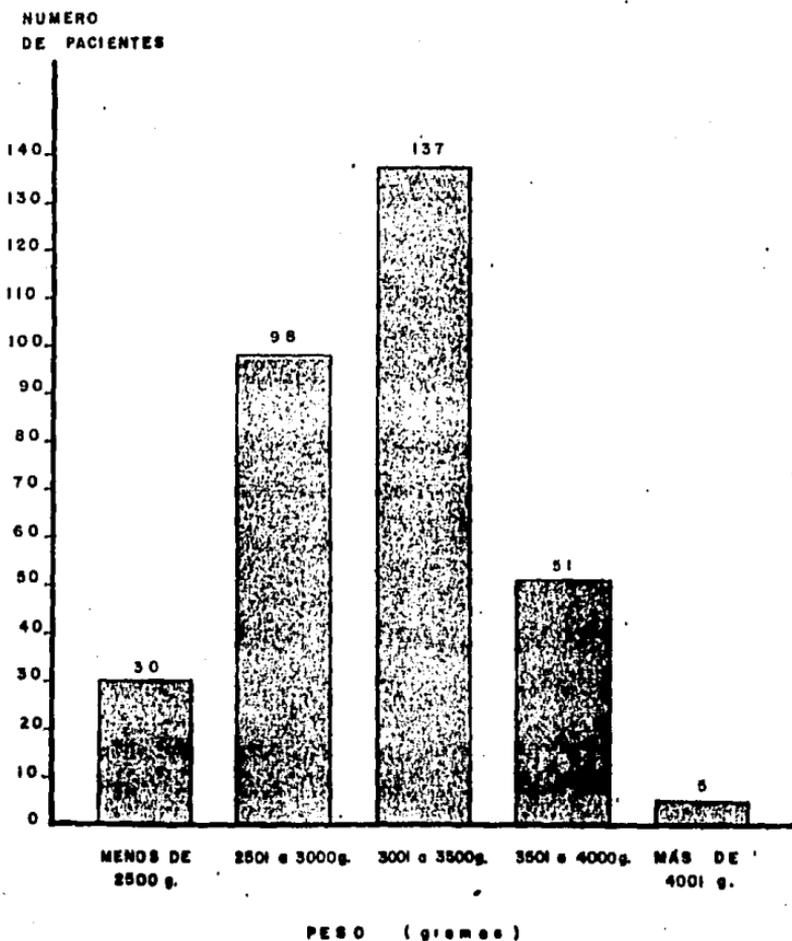
**Peso de 2501 a 3000 gr. 98 productos, que correspondió al 30.5%.**

**Peso de 3001 a 3500 gr. 137 productos que correspondió al 42.7%.**

**Peso de 3501 a 4000 gr. 51 pacientes que correspondió al 15.9%**

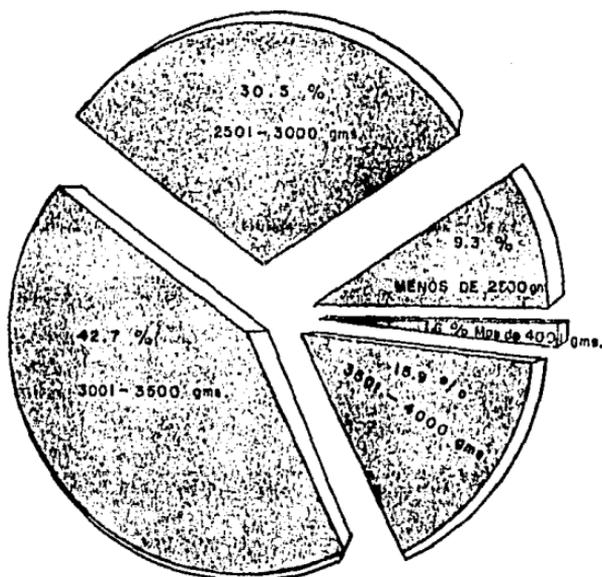
**Peso mayor de 4001 gr. 5 productos que correspondió al 1.6%.**

DISTRIBUCION DE PRODUCTOS POR PESO AL NACER



TOTAL 321

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PRODUCTOS  
POR PESO AL NACER



TOTAL 7321

**VALORACION DEL APGAR AL NACIMIENTO.**

La valoración de Apgar al minuto de nacimiento fue:

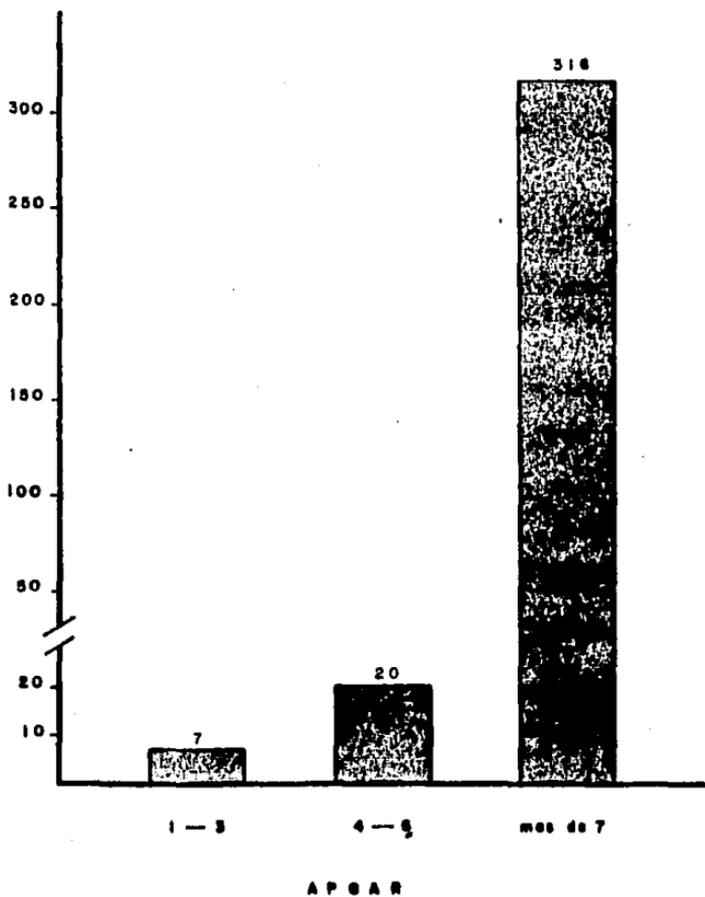
Puntuación de 1 a 3 correspondió a 3 productos, siendo el 2%.

De 4 a 6 correspondió a 20 productos siendo el 5.9%.

Mayor de 7 fue de 316 productos que correspondió al 92.1%.

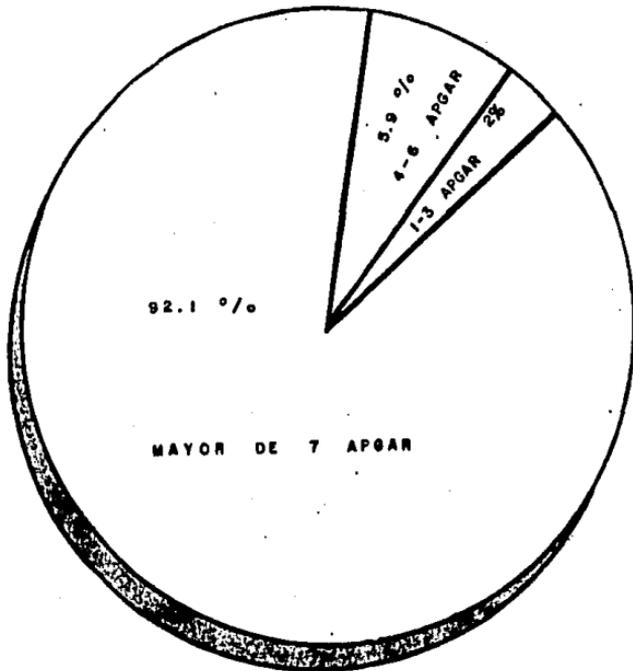
DISTRIBUCION DE NUMERO DE PRODUCTOS  
CON APGAR AL NACIMIENTO

NUMERO  
DE PACIENTES



TOTAL 335

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PRODUCTOS  
POR APGAR AL NACIMIENTO



TOTAL · 333

## CONCLUSIONES

De lo expuesto en la presente tesis y en base al concepto actual de Psicoprofilaxis Perinatal, considerado como método educativo que capacita a la pareja para participar positivamente en el proceso reproductivo, para lograr en el niño un desarrollo bio-psico-social óptimo, se concluye lo siguiente:

## PARA LA MADRE

Conoce su organismo, el funcionamiento del mismo, como se desarrolla el embarazo y se prepara todo para el momento cumbre del parto, adopta y ejercita el área psicomotora para prevenir los trastornos causados por el embarazo a nivel del sistema musculoesquelético. Aprende técnicas respiratorias que le ayudan a mejorar la circulación materno fetal. Es necesario, también, durante el trabajo de parto, proporcionar al organismo la cantidad necesaria de oxígeno mediante la respiración. Pero no enormes cantidades de oxígeno que está demostrado, que perjudican al feto, sino las cantidades necesarias en el momento adecuado. Esto se consigue con las respiraciones aprendidas durante la preparación, y son diferentes según la intensidad y duración de las contracciones. El éxito del parto dependerá del trabajo uterino, en primer lugar, pero tiene que ir en armonía con las acciones disciplinarias de la mujer haciendo lo debido en cada momento.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Durante el parto colabora realizando ejercicios de Expulsión - correctamente, lo que facilitará el nacimiento de su hijo.

Cuando la mujer entrenada logra controlar su impulso instintivo y conscientemente, relaja sus músculos, puja adecuadamente -- tratando de expulsar el feto hacia adelante, con lo que este - perfodo se reduce considerablemente.

Los estudios de la escuela Uruguay, en 1978, demostraron que - los esfuerzos prolongados de pujo son peligrosos para el feto, entendiendo por prolongado más de 6 - 7 segundos. Se demostró que los esfuerzos de pujo espontáneos aumentan rápidamente la - presión intrauterina en unos 70 - 80 mm de Hg, sobre la presión de la contracción uterina. Se demostró que cuando los pujos - son espontáneos, de 5 - 6 segundos de duración el feto no se - afecta, y lo único que se encuentran son Dip I por compresión de la cabeza, pero cuando son más de 9 segundos hay Dip II e - hipoxia fetal. Haciendo al mismo tiempo registros de la ten - sión arterial de la madre, medida en la femoral con cada es -- fuerzo, después de una pequeña elevación hay una caída a -- 70-50 mm de Hg, y cuando se continúa el esfuerzo, hay sufri -- miento fetal con acidosis. Esta es la razón por la que es tan peligroso el perfodo expulsivo y se recomienda que sea breve. Con estos conceptos nuevos, tenemos que abandonar la práctica - anterior, en el que se recomendaba que los pujos fueran todo lo

prolongados que la mujer pudiera resistir, llegando hasta la cianosis. Se ha llegado a la conclusión que los esfuerzos de pujo breves y repetitivos con la glotis no cerrada de todo son los más fisiológicos, no se pone en peligro la vida del feto y la salud de la madre. Estos ejercicios de expulsión se aprenden durante el curso y se ejercitan durante el simulacro de trabajo de parto.

La madre participa de la emoción del nacimiento de su hijo. Considera su esfuerzo ampliamente recompensando por la alegría indecible de haber ayudado poderosamente al nacimiento de su hijo, por lo que se siente realizada como mujer y como madre. En el área afectiva, cambia sus conceptos de maternidad y paternidad, responsabilizando a los padres de su mejor descendencia y las relaciones interpersonales afectivas con sus hijos.

#### PARA EL PADRE

El padre adquiere conocimientos que pueden mejorar las relaciones conyugales física y emocionalmente. Es un refuerzo de los vínculos familiares y afianza la integración familiar tan propensa hoy a romperse.

Valora el papel masculino y femenino, comprendiendo la importancia de ambos en el hogar.

Vive la paternidad y se responsabiliza de ella, lo que repercute en la planificación familiar y en la educación de sus hijos.

Vive y siente con su mujer la emoción de recibir ese nuevo ser que es muy especial y forma parte de ellos; su hijo.

El esposo ayuda en la necesidad fisiológica de protección en medio de las ansiedades, confusiones y pérdida de identidad que sufre la mujer en el momento del parto.

Para el niño:

Se concluye, que con la preparación del parto, nacen niños con el mínimo de traumatismo obstétrico, como se indica en los resultados, responden fácilmente a los estímulos, es decir, logran un Apgar más satisfactorio.

El niño adquiere con la educación de sus padres la potencialidad para desarrollar sus condiciones emocionales más adecuadamente para poder enfrentarse así a una sociedad cada vez más exigente.

El parto Psicoprofiláctico, siempre va a ser una gran ayuda para el nacimiento del hijo, en mejores condiciones, pero ade

más, la experiencia psíquica y emocional para la pareja sea memorable, mejorará la actitud hacia el hijo, y será mayor la posibilidad de lactancia al pecho, con todas las ventajas que ésta práctica lleva aparejada. Todo esto, y mucho más, justifica sobradamente el tiempo y esfuerzo que se invierta en la preparación y en el parto.

Estoy plenamente convencido, de que el método Psicoprofiláctico facilita el parto, produce cambios favorables de conducta en la pareja y disminuye la morbilidad materno fetal. Por lo cual debería de ser un método aplicado a toda la población de parejas que van a ser padres.

Es necesario que sean orientadas y preparadas adecuadamente - para fomentar que el nacimiento del niño se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles y sea motivo de alegría y satisfacción para ambos, adoptando su papel, con el conocimiento de la gran responsabilidad que representa, pero disfrutando plenamente la satisfacción de educar a un hijo. Por lo que es fundamental que el método continúe difundiéndose, hasta que llegue un día en que sea conocido y practicado en la población más pequeña de nuestro país.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Arguero, Oscar. Psicoprofilaxis Obstetrica. Revista de - Ginecología y Obstetricia de Venezuela, Vol. XXX, Núm. 4 - 1970.
- 2) Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia; Memorias del Curso teórico para médicos, cirujanos e instructores.- Psicoprofilaxis obstétrica. 1980.
- 3) Bailon René, Métodos Psicofísicos en la atención del parto, Memorias del Curso para médicos cirujanos e instructoras. - Asoc. Mex. de Ginecología y Obstetricia.
- 4) Cerruti R. Considerations about our approach to obstetric - psychoprofilaxis. Clin Exp, Obst Gynecol. 1983 10(2-3).
- 5) Colección "Grandes Temas". El nacimiento de un niño. Ed. Salvat México 1979.

- 6) González Eduardo; Bases Científicas del método Psicoprofi-  
láctico. Memorias del Curso teórico para médicos cirujanos  
e instructoras. Asociación Mexicana de Ginecología y Obste-  
tricia.
- 7) Harlín Fernando; Maternidad Feliz. Ed. Bruguera. Barcelona-  
1970.
- 8) Kunhardt Jorge. Actitud del hombre en el embarazo, parto y  
puerperio. Memorias del Curso teórico para médicos ciruja-  
nos e instructoras. Asociación Mexicana de Ginecología y -  
Obstetricia.
- 9) Lazame Fernando; Parto sin dolor. Ed. Farandole. Francia -  
1967.
- 10) Leboyer, Frederick; Por un nacimiento sin violencia. Ed. -  
Daimon, México 1977.
- 11) L. Delbo; Manual de la futura madre. Ed. De Vicchi. Barce-  
lona 1970.
- 12) Martínez Adriana; Gufa del Parto sin dolor. Ed. Posada, Mé-  
xico 1977.

- 13) Nicolaiev, A. El parto sin dolor. Ed. Cartago. Buenos Aires, Argentina 1957.
- 14) S. Castells. Del embarazo al parto feliz. Colección "Vivir Feliz". Ed. Cedel. Barcelona 1972.
- 15) Santibañez Guillermo; Valoración de la Psicoprofilaxis Obstétrica. Memorias del curso para médicos cirujanos e instructoras. Asoc. Mex. de Ginecología y Obstetricia.
- 16) Solfer Raquel. Psicología del embarazo, parto y puerperio. Ed. Kargierman. Buenos Aires 1971.
- 17) Velvoski I.I. Platonov, V: Psicoprofilaxis de los dolores del parto. Ediciones Lenguas Extranjeras. Moscú 1963. W. Goodrich. Maternidad sin dolor. Ed. Daimon. Mexico 1978.
- 18) Vellay Pierre. Parto sin dolor. Ed. Azteca. México 1970.
- 19) Volpe B. The "Group" in obstetric psychoprophylaxis Clin - Exp Obstet Gynecol 1983 10(2-3).
- 20) Wright Erna. Parto Psicoprofiláctico. Ed. Pax. México - 1975.