

181696



N. E. P. I. U. N. A.
F. B. C. / PROCESOS TECNICOS
PAPELETA DE DEVOLUCION

EL USUARIO SE OBLIGA A DEVOLVER ESTE
LIBRO EN LA FECHA INDI-
CADA EN EL ÚLTIMO SE-
ÑALADO

CAMPUS
IZTACALA

INAI
IZT

TIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ESCLA

D.C.

PS

"LAXIS PERINATAL: UNA NUEVA METODOLOGIA BASADA EN
ASPECTOS PSICOLOGICOS".

4094

D.C.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

TESIS QUE PARA OBTENER LA
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.

PRESENTAN:

ANGEL RICARDO GUAREZ PARRIS.

OLIVIA GUZMAN QUIROZ.

Los

acala, Edo. de México; marzo de 1992.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

IZT.

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- HISTORIA DEL PARTO Y DEL EMBARAZO.....	3
A) ASPECTOS CULTURALES.....	3
3.- EL PARTO OBSTETRICO TRADICIONAL Y OTROS METODOS DE PARTO.....	12
A) METODO GINECOLOGICO TRADICIONAL.....	12
B) METODO PSICOPROFILACTICO LAMAZE.....	16
C) METODO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL.....	19
D) OTROS METODOS.....	21
4.- EL DOLOR.....	27
A) ASPECTOS CULTURALES.....	27
B) INVESTIGACIONES BIO-FISIOLOGICAS.....	29
C) INVESTIGACIONES PSICO-SOCIALES.....	31
D) EL DOLOR OBSTETRICO.....	37
E) TEORIA DEL CONTROL DE ENTRADA.....	38
5.- JUSTIFICACION.....	40
6.- METODO.....	42
7.- RESULTADOS.....	49
8.- DISCUSION.....	59

9.- CONCLUSION.....	64
10.- ANEXOS.....	71
11.- GRAFICAS.....	81
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84

PARA UNA MULTITUD

Estas líneas van dedicadas,
para la gente,
permitáseros en esta ocasión omitir nombres
que en la dura batalla por la vida,
se han constituido en la sangre nueva,
la lágrima y el sudor;
el abono y el abrojo
el apoyo y la apatía
de estos seres en formación,
que encaran con fortaleza al mañana.

ÁNGEL Y OLIVIA.

DEDICACIONES ESPECIALES

A Ma. Luisa Bretón Silva, una dama con
espíritu indomable

A José de Jesús, Lina y José Esteban -
por su amor a la camiseta.

A Elfego Morales y Ana Mondragón, por
su apoyo y amistad.

A mi esposa.

A Lucia, Nadia, Yendi, Vicente y Samuel
con amor y afecto.

ANGEL Y OLIVIA

A mi familia y al negro, ellos conocen
los motivos.

ANGEL.

A quien ha sido mi compañero y amigo.
Angel.

OLIVIA.

INTRODUCCION

La psicología se ha desarrollado por caminos muy amplios y diversos. Desde sus primeros orígenes como una rama de la filosofía que se preocupaba por la naturaleza y realidad del hombre, la psicología ha crecido hasta llegar a ser una disciplina independiente y fecunda, con un gran número de intereses especiales, que van desde la función de una sola célula nerviosa, hasta los problemas del desarme internacional (Eson, 1978).

En nuestra sociedad contemporánea, se pretende hacer uso muy amplio de la psicología para la solución de problemas. Es así, que la psicología incursionado con éxito en áreas nuevas del conocimiento humano para mejorarlas, complementarlas y apoyarlas, superándose a sí misma y dejando atrás las áreas de aplicación ya tradicionales (educativa, industrial y clínica).

➔ El presente trabajo incursiona en una área multidisciplinaria, como lo es la gineco-obstetricia; en lo específico a la metodología aplicada en el área de psicoprofilaxis perinatal del hospital 10. de octubre del S. P. P. P. J. E.

En el capítulo primero hacemos referencia a la historia del parto y del embarazo, resaltando el hecho de cómo los aspectos culturales y educativos juegan un papel primordial en la concepción de estos aspectos y en los roles tradicionales que esto conlleva. En el capítulo dos se analizan las diferentes metodologías que existen para el alumbramiento, destacando las ventajas y desventajas del método tradicional (método gineco-obstétrico) y la manera en que éste puede ser complementado con un enfoque multidisciplinario más humanista (incluyendo a la psicología). En el capítulo tres se aborda el complejo fenómeno del dolor, analizando todos los factores que influyen en él, tanto a nivel perceptivo como sensorial (es

decir, factores biológicos, fisiológicos, culturales y psicológicos), describimos las causas del dolor obstétrico y lo vinculamos con la teoría psico-fisiológica denominada del control de entrada, la cual pone de manifiesto la importancia de las variables psicológicas en el control del dolor, sin dejar de considerar la descripción de los mecanismos fisiológicos del dolor. Por último, en el capítulo cuatro presentamos nuestra propuesta metodológica, que enfatiza los factores psicológicos en la preparación de la parturienta y su pareja. En los capítulos cinco y seis, se presentan los resultados y conclusiones logrados en esta investigación.

Los objetivos del presente trabajo son:

OBJETIVO GENERAL: Modificar la metodología de psicoprofilaxis perinatal aplicada en el hospital 10. de octubre del I. P. P. P. T. E., por medio de la inclusión de contenidos psicológicos.

OBJETIVO ESPECIFICO 1: Reestructurar teórica y conceptualmente, la metodología del parto tradicional psicoprofiláctico.

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Diseñar un instrumento metodológico para evaluar el dolor obstétrico post parto.

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Llevar a cabo el entrenamiento con esta nueva metodología, de un grupo de embarazadas.

CAPITULO I.

HISTORIA DEL PARTO Y DEL EMBARAZO

El presente capítulo se abocará a la descripción del proceso histórico del porqué la mujer ha asumido los roles que en la actualidad desempeña, en áreas tan importantes para su desarrollo físico y psicológico, como son la vida en pareja y la concepción. Abordaremos la evolución de este proceso en México, dejando entrever cómo los aspectos culturales influyen en el comportamiento de la mujer embarazada y sus expectativas con respecto al parto.

ASPECTOS CULTURALES

Mucho se ha discutido en torno a los roles actuales que asumen hombres y mujeres dentro de una sociedad. Se cree erróneamente que estos patrones han existido desde los inicios de la raza humana. El papel que desempeñan tanto el hombre como la mujer, han venido cambiando a través de la historia (Hernández, Raya y Palazar, 1988).

En un primer momento, la organización social se caracterizó por el matriarcado, donde el papel de la mujer tenía el mayor peso, al ser el elemento principal para la reproducción de la especie, por lo que se consideraba a la mujer como superior al hombre.

La relación entre hombres y mujeres no era monogámica y sólo ella sabía el origen de su descendencia. Siendo por este hecho superior al hombre; además, tenía la posibilidad de desarrollarse en otros ámbitos de la vida, como el político, filosófico y económico, siendo este último, la recolección de frutos, la fabricación de utensilios y herramientas, la administración de los alimentos del grupo y por último el tratamiento de las pieles (Krieske, 1976).

Así, Engels (1978) afirma que al transcurrir el tiempo, el hombre comienza a comprender su participación en la procreación, perdiéndose el monopolio de la mujer, convirtiéndose el hombre en el principal y único autor de la procreación.

A partir del desarrollo de la comunidad doméstica y el surgimiento de la vida sedentaria, se crean las condiciones necesarias para la acumulación de bienes materiales y la apropiación de éstos por algunos grupos. Lo anterior ocasiona un cambio en la organización familiar. Surge la familia como producto de la necesidad de una institución que asegure la transmisión de los bienes materiales individuales de generación en generación. Se crea una organización monogámica, donde se debía asegurar la paternidad y herencia de estos bienes. Además se da una separación entre las tareas que realizan tanto el hombre como la mujer, dentro y fuera del ámbito familiar. En este período, la familia es una unidad productiva donde la mujer tiene un papel y responsabilidad, tanto en lo productivo como en lo no productivo; con el surgimiento de la revolución industrial, se da un cambio a nivel de producción, tornándose la vida en algo completamente alejado del hogar, al darse el caso de familias enteras que laboran en las fábricas, lo que genera un cambio en los roles del hombre y de la mujer; esta última disminuye su participación en el hogar, no obstante que la responsabilidad recae casi totalmente en ella.

Posteriormente la situación del obrero se estabiliza y, con el sindicalismo se logran mejoras para el obrero y estabilidad familiar; lo que trae a colación el abandono de la mujer de la vida productiva y su reclusión en el hogar, en el cuidado de los hijos y del esposo, considerándose esta

actividad como doméstica. Tanto el trabajo físico (alimentación y limpieza), y como privativo de la mujer, « ser soporte emocional que provee apoyo y seguridad a la familia »).

Por otro lado, es importante señalar que, con la participación de la mujer en la esfera pública se crea la necesidad de asegurar la producción de mano de obra para el desarrollo de las naciones. Sin embargo, las actividades son monótonas, tediosas y en muchas ocasiones mal remuneradas como para poder mejorar su nivel de vida. A partir de lo expuesto, puede percibirse como la familia fue convirtiéndose en el centro de realización de la mujer; siendo la maternidad, que se inicia desde el embarazo, hasta la educación de los hijos, la ocupación principal de la mujer, ésta se convirtió en un ser aislado y exclusivo del hogar.

Es así como la capacidad biológica de la mujer para procrear, la coloca primero con privilegios socioeconómicos en el matriarcado y ahora la restringe en su campo de acción; ya que se considera que tanto el embarazo como la procreación, parto y cuidado de los hijos, son funciones inherentes a su sexo. Aunado a esto se le atribuye a la mujer un « instinto maternal universal », sustentado por una capacidad « innata », que la hace apta por naturaleza para desempeñar bien su función.

Hernández, Raya y Palazar (op. cit.) } afirman que todas estas disposiciones conformadas por la intervención humana y social, va creando el rol que ahora conforma a la mujer, siendo algunas de las características las siguientes: la abnegación y sumisión, lo cual hace que la mujer adopte un alto grado de tolerancia y respeto a la forma de pensar y

sentir de los demás, aunque esto implique la censura de los propios; se hace referencia a la mujer como un ser inferior, ya que se deja dominar por sus emociones e intuiciones, subestimando su capacidad intelectual. Las características que asume el rol de la mujer se encuentran dirigidas a otros intereses.

Ahora podemos decir que todas estas características se han perpetuado a través de la observancia y la identificación que tiene la mujer con modelos que encuentra dentro de la familia, siendo ésta la primera en señalar las diferencias sexuales, ya que la educación que recibirá el nuevo miembro de la familia, dependerá de su sexo. También los diferentes roles sexuales son fomentados por la educación institucional, religiosa, moral y por los medios masivos de comunicación (radio, cine, televisión, revistas, etcétera).

Por lo anterior, podemos observar que la participación social de la mujer se ha centrado en la procreación, sin haberse estudiado realmente la esencia e importancia del parto y el embarazo en la estructura social y familiar. Es así, como la concepción del embarazo ha venido cambiando de cultura a cultura a través de los tiempos. En el caso de México, los aztecas tenían una serie de deidades femeninas relacionadas con la procreación y la maternidad. En esta sociedad la mujer no tenía una función trascendental para la tribu; las mujeres estaban destinadas a labores hogareñas y el cumplimiento de las tradiciones y costumbres.

La mujer azteca temía a la esterilidad, ya que ésta era atribuida a una debilidad o carencia femenina que sólo podía ser atribuida a las mujeres, ya que los hombres eran necesariamente ((fecundos))). Además, estas mujeres eran

rechazadas en público y su última consecuencia era el divorcio.

Es por lo anterior, que la noticia del embarazo de una mujer causaba regocijo. Uno de los consejos dirigidos a la pareja era el de evitar el acto sexual, ya que se tenía la creencia que de no ser así, el futuro individuo nacería con alguna malformación o que la mujer podía morir en el parto. Pensaban que el exceso de semen el cual en este estado no cumple con su función generadora, se transformaba en una sustancia pegajosa como el engrudo, lo cual podría obstaculizar la salida del niño del vientre de la mujer, ocasionándole la muerte al niño o ambos.

Desde entonces se generaron una serie de creencias, como no quedarse sin comer, no enojarse o asustarse, ya que esto podría generar un aborto. Para los aztecas el parto era considerado como un combate, donde las mujeres asumían el papel de guerreros, por lo que el momento del parto se conocía como ((momento de la muerte))). En el momento del parto, la partera emitía un grito de guerra, lo que significaba que había vencido, ya que el nacimiento de un niño se equiparaba a la captura de un enemigo en combate. Cuando la mujer moría en el parto, se le hacía una serie de rituales (los mismos honores que se le realizaban a los guerreros muertos) y se convertían en diosas llamadas *Eihuateteus* que acompañaban a *Xutzilopochtli* en su diario recorrido del cenit al ocaso.

Debido a la concepción profundamente religiosa de la vida en la sociedad azteca, se había propuesto en nombre de los dioses un proyecto expansionista, cuyas actividades principales serían la guerra, el comercio y la agricultura.

Para cumplir satisfactoriamente dichos proyectos, era necesario contar con una población mayor (Pahagín, 1982).

Estas ideas sobre la concepción fueron transformándose a partir de los cambios histórico-sociales. Es así que, a la llegada de los españoles y en la época de la colonia, se entremezclaron las ideas sobre la procreación tanto por parte de los españoles como por parte de los aztecas.

Según Pahagín (op. cit.), los españoles conceptualizaban a la procreación como una forma de conservar la casta y transmitir sus bienes y posición social a sus descendientes directos, ya que se consideraban como una raza superior. Esta idea fue retomada por los aztecas debido a que su proyecto expansionista estaba por terminarse y sus objetivos fueron cambiando, aunque no de forma absoluta, puesto que se conservaron algunos cultos y festejos al embarazo. Así, la mujer indígena, al considerar a los españoles como una raza superior, se enorgullecían de concebir un hijo de un español.]

Continuando con la historia, en el período de la independencia se da una serie de reformas sobre los derechos humanos, pero estas reformas sólo se refieren a los hombres, permaneciendo la mujer recluida en el hogar, con derechos mínimos o nulos teniendo como papel principal el de la procreación, el cual obedecía a los intereses de la familia y a la transmisión de los bienes de generación en generación, descendencia de apellidos y mantener un nivel de vida estable, contando con la cooperación de los hijos. En la actualidad, la función de la procreación se reduce a tener una familia propia con hijos consanguíneos. Es así como el papel de la mujer mexicana hasta la actualidad, sigue siendo

la procreación, parto, cuidado de los hijos y esposo, alimentación de éstos y su realización a través de ellos, sacrificando su realización personal.

Por lo expuesto hasta aquí, podemos constatar la importancia del papel que juegan los valores culturales, con referencia a cómo una persona vive y siente su maternidad. En el caso de la mujer mexicana, se ha analizado cómo es más una obligación, que algo que pueda disfrutarse. Pero este hecho no es sólo privativo de la mujer mexicana; por ejemplo, en la cultura occidental el nacimiento de un nuevo ser tiende a ser considerado por muchas personas como el mayor dolor que un ser humano pueda padecer.

Sin embargo, los antropólogos han observado otras culturas, donde se practica el parto en forma natural, en las cuales la mujer no muestra ningún estrés. En algunas de estas culturas, momentos antes de dar a luz, la mujer continúa trabajando en el campo y su marido la lleva entonces dentro de la casa, la deposita en la cama y ella comienza a gemir, siendo el marido el que experimenta un gran dolor mientras la mujer da a luz. En los casos más extremos, el marido permanece en la cama junto con el bebé, para recuperarse de la terrible impresión, y la madre regresa inmediatamente a continuar sus faenas (Melzack, 1973).

Pivalel (1988) menciona que en el caso del parto en el agua, los descubrimientos de los rusos y franceses, tienen origen en tradiciones autóctonas de los huicholes de Michoacán, los tarascos, los totonacas de Papantla, Veracruz; donde la madre y el padre penetran en la orilla del río y, por el efecto relajante del agua, en poco tiempo nace el bebé, flota de inmediato y es aquí donde lo sostiene su padre, aun unido a la placenta materna; juntos, salen y

efectúan el corte del cordón y expulsión de la placenta en la orilla sobre la tierra, auxiliados a veces por la partera.

En una región del Brasil realizan la labor de parto en el campo o en sus casas, en posición de cuclillas. Mediante investigaciones de especialistas, se ha descubierto que dichas mujeres realizan sus labores diarias en esta posición, lo que ocasiona un fortalecimiento de la región pélvica. Se han encontrado vestigios de un antiguo e integral conocimiento de la postura natural para el parto, especialmente en las culturas azteca e inca, como por ejemplo la figurilla de la diosa azteca de los partos y de la fecundidad, Tlazolteotl. Estas investigaciones han descubierto que, bajo estas condiciones y en esta posición, las mujeres no padecen enfermedades tales como: flujos, inflamaciones de los ovarios, fibromas de la matriz o mamas, problemas renales o de la vejiga, prolapso diversos, almorranas, colitis; además permite tener los tejidos del abdomen e intestinos firmes y sin inflamaciones.)

Todo lo anterior, pone de manifiesto que la mujer está influenciada en su forma de concebir el embarazo y el parto por aspectos culturales, sociales y económicos, generados dentro de su entorno.

Para finalizar, diremos que la ciencia se ha abocado a la atención, cuidado y supervisión del parto; la gineco-obstetricia ha logrado que los problemas y riesgos durante el embarazo y el parto se reduzcan significativamente, asegurando la integridad del neonato y de la parturienta, y reduciendo el dolor del parto mediante la anestesia y/o analgesia; si bien estos logros son de un valor indudable, las ideas y creencias distorsionadas y la permanencia de los roles tradicionales no se han atacado a

conciencia, por lo que aún en estos tiempos de modernidad, siguen permaneciendo estas distorsiones.

1 En resumen, hemos podido observar cómo, a lo largo de los caminos de la historia, la evolución del rol de la mujer sufrió un cambio drástico y después se ha estancado en los roles que se manejan hasta la actualidad con referencia a sus funciones dentro de la familia (incluidas el embarazo y el parto). También, hemos podido constatar que estas ideas y roles varían de cultura en cultura, siendo la cultura occidental la que concibe al parto como un fenómeno muy doloroso y el rol de los padres pasivo. Es así que en México, donde la ideología occidental impera dentro de la mayor parte del territorio, y donde la ginecología es la encargada de atender al grueso de la población, si bien ofrece múltiples beneficios, su enfoque pragmático y deshumanizado también tiene sus limitaciones. Desafortunadamente, también existen en México otros métodos que, de una forma u otra, subsanan las deficiencias del método gineco-obstétrico tradicional. En el siguiente capítulo analizaremos a las más representativas de estas metodologías.

C A P I T U L O I I

EL PARTO OBSTETRICO TRADICIONAL Y OTROS METODOS DE PARTO

La gineco-obstetricia tradicional es la rama de la medicina encargada de atender al mayor número de partos, sin embargo deshumaniza y desnaturaliza el fenómeno de dar inicio a una nueva vida; por ejemplo, insensibilizando por medio de la anestesia, ya sea total o local, a la madre; o no permitiendo la participación del padre, etcétera. La contraparte compensatoria de estas deficiencias, estaría dada por los métodos que tienden a humanizar al parto y lograr un resultado menos traumático y agresivo para la madre, el padre y el producto. Esta contraparte está constituida por métodos tales como: el psicoprofiláctico, con acupuntura, por medio de yoga, etcétera. Este capítulo pretende dar un panorama general de las desventajas y ventajas del parto obstétrico tradicional y las alternativas educativas y humanísticas.

METODO GINECOLOGICO TRADICIONAL

La palabra obstetricia, deriva del vocablo latino *obstetrix*, que significa ((partera)) ; o del verbo *obstare*, que quiere decir ((delante o enfrente de)) . En Inglaterra y Estados Unidos, hasta finales del siglo pasado, obstetricia era sinónimo de *partería*. Durante muchos años, la partera era la mujer que atendía los nacimientos; con el tiempo, los médicos empezaron a desempeñar esta función. El médico que asistía a un parto era conocido como *partero* o *comadrón*. Más tarde, se usó el término más aceptable de ((*tocólogo*)) (que practica la obstetricia). En el año 1857, la *American Medical Association*, decretó que el médico que no pudiera conducir un parto apoyándose únicamente en el tacto, no debería de practicar la obstetricia.

Muchos hombres han contribuido a los conocimientos actuales sobre la obstetricia. Kendrick Van Deventer, de Holanda (1651-1724), ha tenido el honor de ser llamado el padre de la obstetricia moderna, por hacer la primera descripción de la pelvis, de sus deformidades y de su efecto en el alumbramiento. También fue uno de los primeros en describir el mecanismo de parto.

En el presente siglo, se han hecho muchos avances en el campo de la analgesia y anestesia durante el parto. Sin embargo, la anestesia en sus inicios recibió muchas críticas de la población masculina, el clero principalmente. Esta posición estaba basada en la creencia de que la mujer estaba supuestamente destinada a sufrir durante el alumbramiento, porque la biblia dice ("parirás a tu hijo con dolor") (Genesis 3:16) cit. en Bethea, (1982).

En la actualidad, la obstetricia como parte de la medicina, ha logrado muchos avances en la anestesia y analgesia durante el parto. Así también ha habido adelantos en la atención antes del parto, en la dieta y nutrición durante el embarazo, antibióticos y quimioterapia en la prevención y tratamiento de infecciones, en las medidas para controlar y prevenir las hemorragias. Estos avances han dado como resultado los índices más bajos de mortalidad materna en la historia, sin poderla controlar totalmente. Sin embargo, Stadjem (1988) hace referencia sobre los riesgos que se presentan en la práctica obstétrica moderna, resaltando algunos de los problemas más comunes que se presentan, estos son: la frecuencia de infecciones neonatales, la toxemia en la gestación, fetos de bajo peso al nacer, riesgos en la monitorización fetal, y los problemas y riesgos de la analgesia obstétrica.

Los avances de la medicina han hecho que los embarazos supervisados por el médico, junto con los nacimientos dentro de los hospitales, sean el medio más seguro de dar a luz a los hijos. No obstante, en su afán por lograr seguridad, los cuerpos médicos han descuidado el considerar lo que la paciente y su pareja esperan con respecto al nacimiento. Este descuido lo está manifestando un segmento de la población que prefiere dar a luz de una manera diferente. Estos cambios están haciendo fructificar las esperanzas de los padres en relación al nacimiento. La preocupación de los consumidores de la asistencia de maternidad, se centra en la elección del tipo de cuidado que reciben. Algunos siguen prefiriendo el hospital ordinario, donde su participación es pasiva; mientras crece sin cesar el número de los que desean participar, en grado variable, en la asistencia de su parto. También es evidente, que crece el número de parejas que rechazan el modo tradicional de vida familiar en nuestra sociedad. Estas personas están creando su propio modo de vivir así como de elegir el tipo de parto que desean (Pánchez, 1986).

Aunado a las anteriores deficiencias del parto obstétrico tradicional, diversos autores nos señalan otras, como por ejemplo: Kozma y Ararajo (1985); Pivalel (1988) y Masters y Johnsons (1988), llaman la atención sobre los efectos tóxicos que tienen los distintos fármacos (incluyendo la anestesia y la analgesia) sobre el feto, entre otros hay algunos que seguramente nos sorprenderían, por ejemplo Collins y Turner, (1975 cit en Pivalel, op. cit), nos dicen que la (aspirina) puede producir hemorragia fetal y si se toma con fuertes dosis de cafeína y de fenacetina, puede causar una merma en el peso del recién nacido, retardar el embarazo, producir anemia y disminuir las probabilidades de vida del lactante.

En esta misma línea de análisis Kozma y Araujo (op. cit.) afirman que la administración de cualquier medicamento siempre supone un riesgo para la mujer embarazada y su producto; por ejemplo, la analgesia obstétrica (que consiste en la aplicación de uno o varios métodos durante el trabajo de parto, tendientes a suprimir el dolor durante éste) y la anestesia, revisten ciertas deficiencias, entre las que señalan: A) el temor al parto y al uso de los procedimientos analgésicos y anestésicos por parte del paciente; B) el trabajo de parto requiere un período de tres o cuatro horas de analgesia; C) el producto puede resultar afectado por las sustancias empleadas en estos procedimientos.

Klaris (1981) agrega una deficiencia más al afirmar que la actividad uterina se modifica por el empleo de algunos fármacos. Este autor está convencido de que los problemas en el parto son producto de una mala asistencia, como por ejemplo: la inducción indebida del parto. Hoy en día esta muy de moda eso del ((parto a hora fija)) y afirma este autor que, aunque se practique con las máximas precauciones, este método siempre exige la aplicación de sustancias oxitócicas que con frecuencia alteran el mecanismo normal de contracción uterina.

Botello y Clavero (1978) hacen referencia a la más frecuente de las operaciones obstétricas tradicionales; el uso de fórceps, que se emplean para sujetar la cabeza fetal, haciendo hincapié en el hecho de que dentro de dicho proceso, evidentemente existen fallas humanas que traen gravísimas consecuencias para el recién nacido, por lo que esta operación se torna en ocasiones muy peligrosa.

Por todo lo anterior, podemos afirmar que la técnica

obstétrica tradicional ha dado mayor importancia al parto en sí que a la propia parturienta, olvidando la importancia de la participación activa de la madre y su esposo dentro del proceso, además que no toma en cuenta la incidencia de factores psicológicos dentro del trabajo de parto. Una posible alternativa para estas deficiencias podría constituirla el método psicoprofiláctico tradicional

METODO PSICOPROFILACTICO LAMAZE

Según Vellay (1985), la psicoprofilaxis es una analgesia verbal que se basa en la educación racional de la mujer embarazada y es fundamentalmente diferente de los demás métodos de analgesia obstétrica, lo que es una ventaja en sí. Su propósito es el de equilibrar la corteza cerebral de la mujer embarazada creando (partiendo desde los postulados teóricos de Pavlov) durante el embarazo, cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicados durante el alumbramiento.

Entre 1880 y 1990, se llevaron a cabo los primeros experimentos sobre el parto sin dolor (P.P.D.), pero estos sólo obtuvieron un éxito parcial; por ejemplo, la hipnosis sólo podía ser aplicada por especialistas (muy pocos por ese entonces) y hasta un cierto límite. En 1889, Jayre usó la sugestión cuando la paciente estaba despierta, pero esta técnica tampoco pudo ser aplicada a gran escala, por lo que fue sustituida.

Fue en Rusia donde el método progresó más. En 1949, Nicoliev declaró que el dolor del alumbramiento (su manifestación, su carácter y su fuerza) depende del sistema nervioso central y de las relaciones entre corteza y

subcortex, proponiendo el término (psicoprofilaxis). En junio de 1951, el gobierno ruso dispuso que el método de la psicoprofilaxis fuera aplicado en todo el país.

En el año de 1950, se celebró el congreso mundial de ginecología con sede en Francia. El doctor Lamaze, por ese entonces director de la policlínica de los metalúrgicos, conoce al profesor Nicoliev. En 1951, el doctor Lamaze visitó Rusia y el 4 de septiembre en el Instituto Pavlov de Koltouchi, durante seis horas presencié un alumbramiento por este método y decide aplicarlo en Francia a su regreso. En un principio, el doctor Lamaze y sus colaboradores tenían muy poca literatura científica y se limitaban a usar las notas que el doctor había traído de Rusia, esta carencia fue subsanada pidiendo a las mujeres que escribieran sobre sus experiencias.

Según Lamaze (cit en Vellay, op. cit.) la embarazada aprende a dar a luz, como el niño aprende a leer o nadar. Y es por medio de la educación que las mujeres pierden la actitud pasiva que adoptan casi todas las mujeres en el parto tradicional. Saben lo que va a suceder y aprenden a adaptarse y controlar las modificaciones del organismo, que se presentan en el alumbramiento.

Este método toma en cuenta dos condiciones fundamentales:

A) Al no emplearse medicamentos, no se presenta una toxicidad para la madre y su producto.

B) La participación activa y completa de la mujer, que vive uno de los episodios más importantes de su vida.

Para fundamentar teóricamente lo anteriormente dicho, parten de los denominados por Pavlov (estereotipos dinámicos), que son una especie de fórmula de

acondicionamiento, diferente a los apareamientos estímulo respuesta (E-R). Según estos planteamientos, el estereotipo dinámico es la base fisiológica de las actividades humanas, pero hasta cierto límite.

En el hombre existe una forma muy especial de señales: el lenguaje al que Pavlov dió el nombre de 'segundo sistema de señales'. Las palabras, por su significado, permiten que el ser humano forme estereotipos dinámicos precisos y complejos. Por tanto, según Lamaze, para adaptar a una mujer al parto sin dolor no hay mejor instrumento que el lenguaje.

La preparación para el parto por este método comprende nueve lecciones, la primera de las cuales comenzará a darse a partir del cuarto mes de embarazo. Se le enseña a la mujer lo que es su anatomía y la de sus órganos de reproducción, la formación y desarrollo del óvulo fecundado y la vida del feto en la cavidad uterina.

Las siguientes lecciones se dan dentro de los dos últimos meses de embarazo; seis de ellas están dedicadas a la educación neuromuscular con ejercicios adecuados, y la séptima a la actividad uterina durante el parto (dilatación del cuello y expulsión del niño). La octava da una idea somera de los mecanismos del cerebro y en seguida una proyección que demuestra lo que puede obtener una mujer mediante la aplicación de lo aprendido. Todo lo anterior se hace extensivo también a los padres.

Para finalizar, retomaremos la expresión del propio Lamaze, quien afirma '...La psicoprofilaxis es un método en constante evolución... Los descubrimientos realizados en cualquier campo de la ciencia, deberían de ser aplicados en cuanto sea posible, a fin de que la gente pueda aprovecharlos. La medicina no puede quedar exenta de las

formas modernas de comunicación, so pena de quedarse estancada... Cualquier medio para disminuir el sufrimiento humano debe darse a conocer de inmediato''). (Lamaze, 1967).

Partiendo de esta premisa, el método psicoprofiláctico ha evolucionado constantemente, llegando aquí en México a su proyecto más logrado constituido por el área de psicoprofilaxis perinatal del hospital 10. de octubre del S. P. P. P. T. E.; cuya metodología pasaremos a describir brevemente a continuación.

METODO DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL

El objetivo general de este programa es capacitar a la pareja en el tratamiento y modificación de los factores que afectan su equilibrio bio-psico-social, para que adquiera las habilidades y destrezas que le permitan prevenir las complicaciones y promover la salud individual, familiar, y colectiva.

→ El programa educativo de psicoprofilaxis perinatal apoya a la educación para la salud y a la medicina preventiva. Los recursos importantes de este método son la capacitación, la información y la motivación que se brinda a los participantes de este curso, el cual tiene una duración de veinte semanas. Capacita a la embarazada para prevenir y disminuir los malestares propios del embarazo, originados por las modificaciones en el sistema músculo-esquelético, que en algunos casos llegan a ser incapacitantes. La parturienta conoce cómo y con qué controlar la sensación desagradable producida por la actividad uterina. Y por último, mejora las condiciones de adaptación al trabajo de parto y al bienestar de su hijo durante el mismo, lo que permite tener una

experiencia positiva de este evento, misma que puede compartir con su compañero, siempre y cuando él haya participado de la capacitación que le proporciona el curso (Bretón, 1990).

Este método, consiste en la iniciación de la mujer en una actividad creadora mediante:

A) Educación teórica, que ayuda a suprimir la angustia mediante el conocimiento de los procesos fisiológicos que se presentan durante el embarazo y parto.

B) Educación práctica, para enseñarle el medio de obtener relajamiento muscular de todo el cuerpo, que aprenda a respirar de un modo conveniente durante las contracciones uterinas y, finalmente, saber diferenciar entre las contracciones uterinas y cualquier otro tipo de contracción que se presente en el cuerpo.

La educación práctica consiste en:

- A) Ejercicios físicos
- B) Ejercicios respiratorios
- C) Ejercicios de relajación muscular
- D) Ejercicios de puja
- E) Simulacro del trabajo de parto.

Además, como un aspecto muy importante, está el lograr que el marido se sensibilice con el papel que ha de desempeñar en el embarazo y en el parto (Pánchez, 1986).

No obstante que este método es bueno y obtiene resultados satisfactorios en un setenta por ciento de los casos, existen otros métodos que pueden ayudar a complementar y enriquecer esta metodología. A continuación pasaremos a analizar los de mayor importancia.

OTROS METODOS

Entre estos métodos encontramos: El parto natural, parto sin temor, parto psicossomático, parto natural conciente por medio de la yoga (Pivalet, 1989), el parto sin violencia (Levyer, 1987) y el parto por acupuntura (García, 1991). Las diferencias entre estos métodos y el método Lamaze son, en términos generales, nominales y conceptuales, exceptuando los últimos tres, que presentan diferencias en el plano teórico, filosófico y metodológico. A continuación los analizaremos brevemente.

Desde el punto de vista de la Yoga, la multidisciplinariedad del parto se da en tres planos:

A) El plano psicológico

B) El plano de la medicina natural (homeopatía, alimentación natural, ayunos programados, etcétera)

C) El plano de la electroacupuntura y la bioenergética (para la reducción de la tensión).

Esta metodología pone atención en que una persona debe ser conciente de sí misma, autoconocerse y ser dueña de su conducta. El Yoga viene del término sánscrito yug, que significa unión. En el caso particular, se aplica a una unión consigo misma; una unión con el ser que se desarrolla en su seno y se hace extensiva también a su compañero o pareja.

Además, es importante para esta metodología que la embarazada conozca que cada choque emocional (estrés) se sintoniza con una secreción de substancias tóxicas (la adrenalina, principalmente), que provoca estragos físicos tales como:

- A) Aceleración del ritmo cardíaco
- B) Intoxicación de la sangre materna, con sus consecuencias nocivas para el niño.
- C) Aumento de la presión arterial
- D) Dilatación de los bronquios
- E) Dificultades graves en la digestión
- F) Grabación de la experiencia negativa en el propio ser en gestación, por conducto de la vibración nerviosa y el torrente sanguíneo de la madre.

Lo anterior se conoce en psicología como síndrome de activación.

Las prácticas de las clases por este método deben hacerse todos los días y se lleva a cabo durante dos horas, de preferencia por las mañanas, mientras más temprano mejor.

La primera parte consiste en ejercicios de gimnasia psicofísica, la segunda parte consiste en baños de agua fría, la tercera en sesiones de respiración; la cuarta en ejercicios de expulsión; la quinta en entrenamiento de relajación profundada y consciente; la sexta en Jñana Yoga o yoga intelectual; la séptima en Kátha yoga, especial para las gestantes; la octava se aboca en ejercicios especiales para los ojos; la novena y la última sobre la fisiología del embarazo.

Por otra parte, con referencia al parto sin violencia (cuya categoría principal la constituye el parto bajo el agua), postulada por el doctor Levoyer, propone una serie de puntos cuya finalidad es la de complementar el parto sin dolor, parte de la premisa de que, con el buen trato que se le da al neonato desde el alumbramiento, disminuyen los traumas propios del primer contacto con el medio exterior, que por lo general es muy violento.

Los puntos que sustentan su tesis son los siguientes:

A) En cuanto nace el niño, colocarlo sobre el vientre materno, cerca del corazón, para que se siga escuchando el ritmo cardíaco, al cual estuvo acostumbrado durante nueve meses, con la finalidad de evitarle una separación brusca y cortante con la madre.

B) Que la madre lo acaricie suavemente y le hable con amor y dulzura.

C) No cortar de inmediato el cordón umbilical, para dejar que la sangre fluya de la placenta al niño, para que le siga transportando oxígeno y las vibraciones del amor maternal.

D) La luz de la sala debe de ser tenue y la temperatura de preferencia similar a la uterina. Esto para que el niño no se impacte al contacto con el mundo extraruterino.

E) Que no haya ruidos en la sala de partos, de preferencia solo la voz de la madre y el padre.

F) Baño de agua a la temperatura a que estaba acostumbrado el neonato. El baño lo realiza el médico, pero se propone que lo realice el padre con una preparación y predisposición previa.

G) Las manos que lo manejan después de cortar el cordón umbilical manipularlo con suavidad y sin brusquedad, ya que la presión de los dedos, puede lastimar su fina piel que estuvo guardada durante nueve meses.

En nuestro país suele resultar novedoso e incluso despertar escepticismo. En cambio, en países como Alemania, E. U. A., Australia y China, cuentan con salas de partos donde el instrumental médico se reduce a unas cuantas agujas y tijeras.

Fuera de nuestras fronteras, las mujeres que han dado a

triz por esta técnica cuentan que su proceso fue relajado y muy poco doloroso, gracias a los efectos analgésicos de la acupuntura.

Pero ¿ qué es la acupuntura y cómo se relaciona con el parto? . García Paiz (1991) nos dice que para entender el principio de la acupuntura hay que contemplar la filosofía en la que esta basada. La cultura china considera la enfermedad como un desequilibrio de las energías vitales que posee la persona. Estas energías nos identifican como seres humanos, crean una respuesta de defensa ante un ataque externo, regulan y potencian nuestras funciones vitales. Precisamente el equilibrio entre todas y cada una de ellas es lo que mantiene nuestra salud física y psíquica, y cualquier alteración en este nivel energético crea las patologías.

La acupuntura establece veinte circuitos o conductos distribuidos por el organismo; estos circuitos reciben el nombre de meridianos y por ellos, según los orientales, circulan las energías. Sobre estos meridianos se establecen puntos que, al ser presionados mediante un pinchazo de aguja, estimulan la zona o el órgano a tratar restituyendo la corriente energética. La acupuntura distingue más de seiscientos puntos de función, cada uno de ellos con un cometido determinado; según García Paiz (op. cit.), lo que provoca a través de la estimulación de los puntos es un acto reflejo en el que entra en juego el sistema neurovegetativo; también estimula el sistema hormonal produciendo unas hormonas (endomorfinas), que tienen un efecto tranquilizante y sedante.

En la obstetrica existe una veintena de puntos que se pueden aprovechar, con nombres tan exóticos como (paohi, hegu, sanzujiao, etcétera) que sirven principalmente para

aliviar el dolor durante el parto. Mediante este método, la parturienta está conciente durante todo el proceso, siente las contracciones pero éstas son más llevaderas, eliminándose solamente la sensación de dolor. Anudado a lo anterior, estimula la dilatación, acelera las contracciones y de este modo, acorta el proceso de parto. Los beneficios de la acupuntura también pueden ser aprovechados en el embarazo y en el período post-parto por ejemplo, durante los tres primeros meses esta técnica se puede emplear en el tratamiento contra las náuseas y los vómitos; también favorece la recuperación de la madre por el simple hecho de no haber usado fármacos, con los que puedan resultar efectos secundarios; además ayuda a la innovación del útero, favorece la subida de la leche, alivia los dolores en los puntos, e incluso alivia la depresión post-parto.

La veracidad de la acupuntura es discutible para los científicos, ya que, anatómicamente hablando, no hay la probabilidad de demostrar la existencia de los meridianos energéticos; sin embargo, fisiológicamente, se ha comprobado que existe una relación entre estos meridianos y los reflejos producidos al recibir un estímulo (García Paiz, 1991).

Para finalizar, diremos que estas técnicas no se han difundido ampliamente debido a la mentalidad que impera en la mayoría del cuerpo médico del país, que se inclina por la realización práctica del parto en términos de trabajo y tiempo, de la anestesia y la cesárea.

A lo largo de este capítulo se han expuesto brevemente algunos de los métodos más representativos de la actualidad, encontrándonos que cada uno, desde su punto de vista y filosofía, aportan elementos que podrían llegar a enriquecer ampliamente a las instituciones encargadas del nacimiento de

los neonatos. Si nos referimos a las instituciones es porque consideramos que atienden a la mayoría de la población que requiere este servicio. Por otro lado, cabe aclarar que no se intenta desvalorizar al método gineco-obstétrico, sino enriquecerlo, humanizándolo con contribuciones emanadas de las ciencias psicológicas, con la finalidad de reencargar los esfuerzos educativos multidisciplinarios en beneficio de la parturienta, su pareja y el hijo de ambos.

C A P I T U L O I I I

EL DOLOR

Según diversas perspectivas teóricas, el placer y el dolor son los motivadores primarios de la acción. Pero esto no lo es todo; el dolor es un fenómeno muy complejo, que involucra una gran cantidad de posibles explicaciones: éticas, filosóficas, médicas, fisiológicas, psicológicas, etcétera... no obstante, el único camino cabal para entender este fenómeno, es situarlo en el significado que éste tiene para la existencia personal... es decir, en la órbita de su naturaleza y su entorno psico-social (Brytendijk, 1961).

En los campos de la investigación, conceptualización y teorización del dolor, que habían quedado estancados por más de una centuria. La medicina clínica, la fisiología y la psicología, han contribuido a un nuevo desarrollo y teorías para la comprensión de este fenómeno: por ejemplo, la teoría psico-fisiológica del control de entrada. El presente capítulo, expondrá algunos de los hallazgos encontrados en la investigación del dolor y la teoría del control de entrada.

La Real Academia de la Lengua (1984) define al dolor como sigue: (del latín: -oris) 1) sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo, por causas exteriores o interiores. 2) sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo. Esta definición deja fuera los aspectos culturales que enmarcan al dolor. A continuación pasaremos a abordar dichos aspectos.

ASPECTOS CULTURALES

Con referencia al entorno cultural del dolor, Pbrank (cit. en Millon, 1977), reporta un largo estudio para el descubrimiento del rol de los patrones culturales en el plano

de las actividades y los daños, es decir, respuestas espontáneas al dolor. Por ejemplo, la llamada "experiencia del dolor", la cual incluye no solamente la sensación al dolor y ciertas respuestas automáticas, sino también ciertos estados emocionales asociados. Lo anterior puede observarse en la aceptación del dolor intenso que se presenta en la tortura, la cual es parte de las ceremonias de iniciación en algunas sociedades primitivas. Hardy, Wolf y Goodel (cit. en Melzack, 1973) explican lo anterior con mayor claridad diciendo "(...la cultura en la que se encuentra un individuo, va a estar condicionando la formación de los patrones individuales de reacción al dolor...un conocimiento de las actitudes de un grupo hacia el dolor, es extremadamente importante para el entendimiento de la reacción individual)".

Sin embargo, miembros de una misma cultura, podrían asumir distintas actitudes ante diferentes tipos de dolor. Dos de esas actitudes pueden ser descritas como la aceptación y la expectancia al dolor. La expectancia es la anticipación al dolor en una situación dada; por ejemplo, en el alumbramiento, en las actividades deportivas, etcétera. La aceptación al dolor es caracterizada por una actitud complaciente al dolor. Estas actitudes son entendidas socialmente como un componente de las experiencias "(aceptables)" al dolor.

Un ejemplo de lo anterior nos lo dan Paavedra, Gibbons y Tester (1982), quienes realizaron una evaluación tentativa de cómo los niños sienten el dolor. En una muestra de cien niños hospitalizados y ciento catorce niños de escuelas particulares, con edades de entre los nueve y los doce años, las preguntas fueron diseñadas para encontrar correlaciones entre las edades y el sexo. Los resultados muestran que los

niños describen claramente el dolor, y que en éstos no hay diferencias apreciables por grupos de edad o sexo. Pero los niños que estaban en el hospital describen el dolor de una forma diferente que los escolarizados. Estos resultados, nos permiten apreciar las diferencias existentes entre los aspectos culturales y los aspectos biológicos del dolor.

Weisenberg (cit. en Daitzman, 1983), nos dice que las investigaciones sobre el dolor, pueden englobarse en tres tipos, cada una de las cuales abarca uno de los aspectos principales de este complejo fenómeno: 1) las psicofisiológicas; 2) las biofisiológicas y 3) las psicosociales. A continuación pasaremos a desglosar cada uno de los apartados.

INVESTIGACIONES BIO-FISIOLOGICAS

Están basadas en los trabajos neurológicos de la percepción del dolor, empleando los más ingeniosos medios de investigación. Pierbanch (1978) es uno de los primeros en hablar en términos neurofisiológicos, que en otros tiempos significaba hablar en términos psicológicos. Engel (cit. en Daitzman, 1983) estudio el síndrome de disfunción miofacial por el dolor, basándose en las características fisiológicas del paciente. De estas investigaciones se desprende que el factor fisiológico no es suficiente para evaluar y estudiar la respuesta humana al dolor.

Aproyando este hecho Chapman (1980) afirma que hay una ambigüedad sustancial acerca del dominio en el dolor, de la sensación fisiológica. Por un tiempo, los modelos anatómico-fisiológicos dominaron el pensamiento, y el dolor se conceptualizó como un proceso sensorial que informa al

cerebro sobre las fuentes del dolor. Las teorías especificistas creen que ciertos receptores específicos detectan el tejido dañado y generan los mensajes sensoriales que se trasladan por rutas específicas, en el cordón espinal, hacia los centros del dolor en el cerebro, los cuales son conocidos ahora como una estructura receptora que adecua sus propios estímulos y estos receptores generadores del dolor transmiten sus impulsos por el cordón espinal hacia el tálamo. Por lo anterior puede observarse que estas investigaciones han estudiado al dolor en un nivel sensorial, central y periférico.

Dowlin (1982), al medir la conductancia de la piel y la tasa cardíaca, obtuvo una correlación entre la ejecución de los sujetos sometidos a temperaturas frías, que producen un dolor agudo, con las respuestas al cuestionario Mc Gill, administrado inmediatamente después de completar su sesión de trabajo. Estos hallazgos fueron interpretados para sugerir investigaciones sobre los índices autonómicos del dolor como una correlación fisiológica. Procacci (cit. en Bacher, 1987) en una investigación con ciento cincuenta mujeres, encontró que el umbral del dolor en las mujeres jóvenes varía durante su ciclo menstrual.

En esta misma línea de análisis, las investigaciones neurohormonales han dado como resultado el descubrimiento de un sistema de control del dolor, se tiene un carácter endógeno neurohormonal. Los principales hallazgos son:

- 1) El descubrimiento de que existen zonas en el cerebro medio (en específico en la materia gris) en las cuales la estimulación produce una analgesia (denominada P.P.A.). Estas zonas pueden asociarse con los mecanismos de acción del opio y de la morfina.

2) Que estas mismas zonas producen una sustancia especial, parecida a la morfina, la cual es denominada endomorfina.

Por otro lado, las teorías modernas nos dicen que el dolor involucra excitación emocional, manejo motivacional y cogniciones; en suma la transmisión de información emocional.

Como una reacción por la aceptación de los factores psicológicos, surgió otra teoría denominada ('Teoría del patrón'), la teoría propone todas las fibras terminales (desde que éstas son inervadas en células capilares) son iguales a los patrones del dolor, producidos por la intensidad de la estimulación en receptores no específicos. Kafe (en Millon, op. cit.) afirma que todas las sensaciones cutáneas son producidas por patrones espacio-temporales, en rangos de impulsos nerviosos que son separados en rutas de transmisión de modalidad específica.

En resumen, podemos constatar que la percepción bio-fisiológica del dolor está condicionada también por las expectativas socio-culturales y psicológicas más que por cualquier otra sensación. A continuación, pasaremos a analizar estos aspectos con respecto al dolor.

INVESTIGACIONES PSICOSOCIALES

Estas investigaciones se han abocado al estudio de las consecuencias que tiene el dolor dentro de la vida del individuo. Muchas de las conceptualizaciones son elaboradas en base a investigaciones con pacientes con dolor crónico. Además, los resultados de estas investigaciones no se contradicen directamente con las formulaciones neurofisiológicas o biológicas, sino que están en un

diferente nivel de análisis.

En general, se afirma que la ansiedad aumenta la percepción y las reacciones al dolor; por tanto, cualquier investigación que pueda reducir la ansiedad, puede también reducir la reacción al dolor. Conceptualmente, esto nos dice que la aplicación de la relajación, la desensibilización sistemática, la reorientación cognitiva, el modelamiento y otras técnicas conductuales, pueden reducir la reacción y percepción al dolor.

Crumb, Luscomb y Scott (1982) estudiaron los efectos del entrenamiento en relajación y las estrategias de reorientación cognitiva en pacientes con dolor agudo, obteniendo resultados satisfactorios. Mc Carll y Mallot, (1984) ofrecen una explicación del porqué la distracción y el remodelamiento pueden ser efectivos en el control del dolor. Hacen énfasis en la relevancia que tiene la cognición en la mediación de la experiencia del dolor y la capacidad limitada, que tenemos disponible como seres humanos, para focalizar nuestra atención en elementos estimulantes diferentes. En esta misma línea, Horan, et. al.; Plow y Deck (cit. en Rachman y Wilson, 1980), realizaron investigaciones basadas en los postulados cognitivo conductuales, estudiando el control del dolor por medio de una orientación en ideas irracionales, obteniendo resultados satisfactorios.

Rachman, Reinhardt y Rarubertas (1983) presentaron un estudio en el cual investigaron la correlación existente entre el dolor y los estados emocionales, encontrando una pequeña pero significativa correlación entre la medición del dolor y los estados emocionales negativos; y una correlación negativa o inversa entre el dolor y las emociones positivas.

Mallow (1981) investigó los efectos de la ansiedad inducida sobre la percepción del dolor. Sus resultados no fueron enteramente consistentes. La conclusión general muestra que una gran ansiedad crea una reacción mayor a la estimulación del dolor. Esta noción es aceptada generalmente, tanto por los teóricos como por los investigadores del dolor, como un tratamiento para los desordenes dolorosos.

Wernick, Garenko y Taylor (1981) aplicaron un tratamiento de inculcación de estrés para pacientes adultos con lesiones severas . Los resultados obtenidos mostraron que los sujetos tratados no requirieron medicamentos para su dolor; asimismo, mejoraron en su apariencia física y emocional e incluso mostraron agradecimiento y complacencia con la rutina del hospital.

Armentrout (1982) estudiaron las dimensiones psicológicas del dolor en un agrupamiento jerarquizado de dos mil pacientes con dolor agudo, usando el M. M. P. I (mejor conocido como test Minnesota) y un cuestionario adicional sobre la historia del dolor. Con lo que se obtuvieron tres perfiles diferentes, que fueron:

- 1) Perfil (normal)
- 2) Perfil hipocondríaco
- 3) Perfil psicopatológico

A través de los tres grupos no existieron diferencias significativas en cuanto a la edad, educación, ingreso, I. Q., asertividad, tipo de dolor o duración del mismo. Las diferencias se presentaban con referencia a la historia de la severidad del dolor y en el impacto que el dolor había tenido sobre sus vidas. El grupo psicopatológico (que fue el más numeroso) reportó significativamente mayor ansiedad o

angustia que el grupo hipocondríaco y éste a su vez, mayor ansiedad que el grupo (normal).

Orne (1980) realizó un estudio sobre el dolor hipnótico del dolor intentando clasificar los diferentes procesos psicológicos involucrados. Los resultados encontrados nos dicen que la anestesia hipnótica empleada para cirujías mayores, tiene una dependencia en su efectividad con parámetros psicológicos del control en situaciones individuales. Este autor considera que algunos de los mecanismos involucrados en este proceso, son las respuestas de placebo y que éstas pueden ser conducidas no sólo por los procedimientos de inducción, sino también por la reeducación cognitiva para focalizar la atención de la paciente en los procesos de inducción hipnótica. Prassberg y Klinger (cit. en Backer, 1987), usando como estimulación choques eléctricos, encontraron un aumento en la tolerancia al dolor en personas sometidas a una prueba mediante instrucciones neutrales y distracción; y un decremento aún más bajo con instrucciones de sugestión directa.

Melzack y Denis (1978) sostienen que los impulsos somáticos dolorosos pueden ser modulados por impulsos visuales autónomos, así como por mecanismos generadores de impulsos, que parten desde reacciones emocionales y de personalidad, por los principios de activación de descenso del impulso inhibitorio.

En otro orden de ideas, Botello y Elavero (op. cit.) hace mención de un estado que ellos denominan como neurosis del parto, que se presenta tanto en la mujer como en la familia. Este se presenta cuando es inducido el parto, agravando mucho las condiciones. A este respecto, estos autores nos dicen que resulta muy útil la preparación

psicoprofiláctica, mediante la cual la paciente no se pone nerviosa desde los primeros momentos del parto. Granil y Read (cit. en Whitaker, 1977) se muestran contrarios a la intervención excesiva del ((tocólogo)) en el parto, y sostienen que las causas del dolor y las complicaciones en el alumbramiento son el miedo y la tensión, generadas por el entorno cultural de la parturienta. Están convencidos, que el temor y la anticipación del dolor engendran una tensión psicológica y muscular que afectan directamente a la dilatación, y que a lo largo del trabajo de parto ratifican los negros presagios de las parturientas. Estos autores establecen que el papel del médico debe de ser el de corregir el papel de la parturienta, que estuvo preparada por medio de la psicoprofilaxis, sin olvidar la vigilancia clínica y de seguimiento del embarazo para detectar posibles complicaciones en el parto.

En este mismo sentido, Masters y Johnsons (1988) hacen hincapié en el impacto psicológico del embarazo y las consecuencias prácticas que supone traer un hijo al mundo; estas son enormes, y se precisa de algún tiempo para reflexionar y aceptar la realidad. El padre suele relegarse a un papel de poca monta en el episodio, pero los sentimientos del esposo o compañero, repercuten también en la situación. La primera reacción de un hombre, al enterarse de que su mujer o compañera está preñada, puede ser de júbilo, gozo, sorpresa, incertidumbre o preocupación. Es probable que hasta tenga tiempo de hacerse a la idea y albergue sentimientos un tanto ambivalentes hacia su pareja. Puede inquietarse por el bienestar económico y físico de la mujer y del niño, hasta que vea como empieza a abultarse el abdomen de su pareja o sienta los movimientos del hijo dentro del seno materno.

También puede ocurrir que sus temores tengan que ver con las responsabilidades suplementarias (económicas y emocionales) que el embarazo representa. Hay hombres que incluso tienen las náuseas del embarazo al mismo tiempo que su compañera, lo que quizá sea una señal de desagrío y de afán de compartir el episodio de gestación. Un estudio realizado en fecha reciente indicó que el treinta y cinco por ciento de un grupo de padres, cuyas esposas esperaban hijos, padecían un trastorno denominado síndrome de incubación, que consiste en síntomas físicos relacionados con el embarazo de la esposa y que no pueden ser explicados medicamente. Estos autores también afirman que la culminación del embarazo, el parto y el alumbramiento, son en el plano ideal, un período de comunicación de pensamientos y de plenitud personal.

Para finalizar, haremos referencia a los aspectos educativos a este respecto. Jones, Friberg y Byer (1984) nos señalarán la importancia de dar seguridad en sí misma y comprensión a la mujer embarazada, mediante la explicación de los fenómenos psicológicos que están inmersos dentro del parto. Nosotros consideramos que estos aspectos son (aparte de los ya mencionados) la aceptación y el rechazo psicológico del producto, la adaptación y comprensión de las modificaciones que surgen en el medio familiar a raíz del alumbramiento, el amor maternal, la comunicación, la sexualidad, las relaciones de pareja. En resumen, nosotros consideramos que el parto es una experiencia emocional muy fuerte que puede o no fortalecer los lazos afectivos y de comunicación de una pareja, siempre y cuando esta experiencia sea compartida por los esposos y se desechen algunas ideas (el machismo principalmente) que fomentan la idea de que el alumbramiento es algo que únicamente ((compete a la mujer))

A continuación pasaremos a abordar los mecanismos del dolor obstétrico.

EL DOLOR OBSTETRICO

Bonklin (cit. en Lacher y Moore, 1988) nos dice que en el caso de los dolores de parto, estos se presentan debido a tres factores que son:

- 1) Las contracciones uterinas
- 2) La distensión perineal
- 3) La dilatación cervical.

Al inicio de la primera fase del parto, el dolor procede fundamentalmente del útero; durante la segunda y última fase del mismo, los impulsos dolorosos provienen del útero y del perineo al ir pasando por la pelvis, la parte presentada.

El proceso fisiológico se da de la siguiente forma: las fibras aferentes viscerales, que llevan los impulsos sensoriales del útero, entran en la médula espinal a nivel del décimo, undécimo y duodécimo segmentos torácicos y el primer segmento lumbar (T 10, T 11, T 12 y L 1, ver esquema 1). El dolor perineal, va por fibras somáticas aferentes, principalmente el nervio pudendo, llegando a la médula espinal, a nivel del segundo, tercero y cuarto segmentos sacros (S 2, S 3, S 4). Estas fibras sensibles procedentes del útero y perineo hacen sinapsis en la médula espinal, en el asta posterior, con células cuyos axones forman las vías espino-talámicas, que llegan a los centros del dolor en el cerebro. Esta descripción del proceso fisiológico del dolor, encaja a la perfección con la descripción de los mecanismos del dolor postulada por la teoría del control de entrada de Melzack, que describiremos a continuación.

TEORIA DEL CONTROL DE ENTRADA

Según esta teoría, postulada por Melzack (cit. en Millon , 1977), los impulsos nerviosos dolorosos son transmitidos a tres sistemas espinales:

1) Las células de sustancia gelatinosa en el asta dorsal o posterior.

2) Las fibras de conducción dorsal, que proyectan hacia el cerebro.

3) La primera transmisión central (células T) en el asta dorsal.

Propone que: 1) la sustancia gelatinosa funciona como un sistema puente de control, que modula los patrones aferentes antes de que influyan las células T; 2) los patrones aferentes en el sistema de la columna dorsal, actúan en menor parte como un control disparador central, el cual activa los procesos selectivos del cerebro, que influyen en las propiedades de modulación del sistema de control de entrada y 3) los mecanismos de las células T, de actividad neural, las cuales comprenden el sistema de acción responsable de las respuestas al dolor y la percepción. Esta teoría propone que el fenómeno del dolor es determinado por las interacciones entre estos tres sistemas.

La sustancia gelatinosa consiste en células pequeñas y densamente juntas que forman una unidad funcional extendida a lo largo del cordón espinal. Las células están conectadas unas con otras por fibras cortas y por fibras largas que comienzan a adaptarse al incrementarse la acción del impulso en las células más grandes; esto da como resultado que la entrada sea abierta y la acción de las células T se incremente más rápido. Es decir, que existe una suma



-39-

U.N.A.M. CAMPUS
TZACALA

espacio-temporal o integración de los arribos contenidos por las células T. En el dolor obstruico, las células del asta dorsal donde hacen sinapsis los impulsos dolorosos, no son otras que las células T y la substancia gelatinosa.

La señal que es responsable de disparar la acción de los sistemas está constituida por la experiencia del dolor y su respuesta a nivel de cognición, es decir, a factores psicológicos.

IZT.

En todo lo anteriormente planteado podemos constatar la complejidad del fenómeno doloroso. También podemos observar que es importante comprender tanto las reacciones en el orden bio-fisiológico (percepción), como las psicológicas (sensación), sin olvidar la importancia de los factores culturales como mediadores de la respuesta del dolor; siendo de gran importancia el no darle mayor peso a un factor o a otro, ya que estos interactúan en forma dinámica. Es por esta razón, que nuestro trabajo adopta como eje teórico la teoría del control de entrada que explica el dolor obstruico, sin dejar de hacer énfasis en la mediación que juegan los aspectos psicológicos y culturales. Sin olvidar la multidisciplinariedad del área a la que nos enfocamos, a continuación pasaremos a describir la metodología que proponemos, en donde se hace mayor hincapié en los factores y variables psicológicas.

JUSTIFICACION

La psicología, en su avance y desarrollo, ha generado un gran número de investigaciones experimentales y sociales. En estas investigaciones se ha aportado un cúmulo enorme de conocimientos que al aplicarse, han contribuido a mejorar la vida humana en todos los aspectos. Con respecto al caso que nos compete, la psicología ha reportado los conocimientos necesarios para conocer a fondo el proceso de enseñanza-aprendizaje, para una adecuada crianza de los hijos, así también explicándonos cuales son las variables psicológicas que pueden ayudar y / o dificultar el control del dolor.

En esta ocasión, nos toca a nosotros contribuir en este sentido, aportando ideas desde la psicología a la ciencia ginecológica. Dentro de las propuestas para humanizar y naturalizar el parto, destaca en México la labor que se lleva a cabo en el área de psicoprofilaxis perinatal del Hospital 10. de octubre del S. P. P. T. E.; no obstante que consideramos a este método como bueno, a nuestro juicio, la fundamentación psicológica del mismo es más bien pobre, ya que los aspectos psicológicos contemplados dentro del programa de educación de las parturientas no son los únicos ni los más importantes; los contenidos del programa de preparación se podrían enriquecer con la anexión de temas psicológicos, que complementen y fortalezcan a los ya existentes; entre éstos podríamos encontrar tópicos como los siguientes:

- 1) Una mejor comprensión de los aspectos psicológicos, que podrían coadyuvar a un mejor control del dolor.
- 2) En el aspecto educativo (crianza de los hijos, estados emocionales que se presentan tanto en el embarazo

como en el parto, la importancia de las interacciones triádicas, la estimulación temprana, la sexualidad, etcétera).

3) Un nuevo marco teórico para entender el fenómeno del dolor y sus mecanismos, así como el papel que juegan los factores psicológicos en el control y / o incremento del dolor.

En el presente trabajo, proponemos un entrenamiento en relajación progresiva profunda y diferencial, más elaborado e intensivo que el que se aplica en el área de psicoprofilaxis perinatal, basados en los postulados de Bernstein y Bonohoveck (1973), y Carlela y Groden (1988). También nos proponemos enriquecer todos los contenidos psicológicos de este método, mediante la inserción y ampliación de temas con contenido netamente psicológico (Ver guía de las pláticas impartidas, en los anexos). Por último, proponemos una reformulación teórica del dolor que no esté basada en los estereotipos dinámicos de Pavlov, como lo maneja el método de psicoprofilaxis perinatal, sino en la teoría del control de entrada, postulada por Melzack (op. cit.).

Para finalizar, es pertinente no olvidar la naturaleza multidisciplinaria del campo donde estamos insertando el conocimiento psicológico y la enorme importancia que tiene la supervisión médica del embarazo y del parto, con la finalidad de poder evitar cualquier complicación que pudiera presentarse.

METODO

OBJETIVO GENERAL:

Modificar la metodología de psicoprofilaxis perinatal aplicada en el hospital 10. de octubre del G.P.P.P.T.B., por medio de la inclusión de contenidos psicológicos.

Reestructurar teórica y conceptualmente, la metodología del parto psicoprofiláctico tradicional.

Diseñar un instrumento metodológico para evaluar el dolor post parto.

Llevar a cabo el entrenamiento, con esta nueva metodología, de un grupo de mujeres embarazadas que acudan a este hospital.

METODO:

SUJETOS: Un grupo de mujeres con tres o cuatro meses de embarazo (el grupo constó aproximadamente de 15 personas y constituyó el grupo experimental) que desearon llevar a cabo la preparación para su parto, por medio del método psicoprofiláctico modificado.

Otro grupo de mujeres con las mismas características del grupo anterior (y que constituyó el grupo control), que se atendieron por el método psicoprofiláctico aplicado en el hospital primero de octubre.

Los grupos en esta institución (área de psicoprofilaxis) se van formando conforme llegan y se registran las parejas, se les asigna un día a la semana a las señoras para asistir a sus clases de relajación y ejercicios físicos y de simulacro de parto. Reuniendo a todos los grupos de la semana el día sábado para darles toda la información teórica del método psicoprofiláctico perinatal. En esta clase debe asistir la

pareja de cada señora, registrando su asistencia, debiendo reunir un ochenta por ciento para que se le pueda permitir el acceso al parto (bajo estas condiciones se nos fueron asignados ambos grupos).

MATERIALES: Pizarrón, cartulinas, hojas, lápices, marcadores, gises, colchonetas, almohadas, materiales audiovisuales (diapositivas, películas y videos).

APARATOS: Grabadora, televisión, videgrabadora, aparato proyector de diapositivas.

SITUACION EXPERIMENTAL: Los ejercicios físicos y de relajación se llevaron a cabo en un salón de 5 x 5 metros cuadrados aproximadamente, con espejos a lo largo de toda la pared, un pizarrón colocado a lo ancho de la otra; y un cancel con cristal a lo largo y ancho de las paredes complementarias.

Las pláticas se llevaron a cabo en el auditorio del hospital primero de octubre, que cuenta con una capacidad para cien personas aproximadamente, y que contaba con el material didáctico adecuado para impartir las pláticas; es decir, butacas, pizarrón, pantalla, estrado, equipo de sonido, proyector de diapositivas; además de estar bien ventilado e iluminado.

SISTEMAS DE EVALUACION: Pre y post evaluación de conocimientos sobre el método psicoprofiláctico (ver anexos correspondientes); la escala del dolor (ver anexo) que fue llenada en el momento del parto o en un momento inmediato

PROCEDIMIENTO

FASE I DEL GRUPO EXPERIMENTAL: Este grupo de señoras fueron entrenadas por nosotros con la técnica de relajación propuesta (diferente a la que se maneja en el área de psicoprofilaxis) durante una hora aproximadamente. Durante media hora fueron asistidas por el personal de la institución (enfermeras), en los ejercicios físicos y simulacro de parto. Y una hora fue asignada a pláticas teóricas sobre los aspectos fisiológicos de la mujer embarazada (expuestas por médicos residentes de la institución). En las pláticas de los sábados, este grupo tuvo que asistir una hora antes de la asignada, para recibir la información expuesta por nosotros.

FASE I DEL GRUPO CONTROL: Este grupo fue adiestrado en todos los aspectos ya mencionados, en el grupo experimental, únicamente con la asistencia del personal de la institución, es decir, no intervenimos en su entrenamiento. Únicamente se le aplicó la pre-evaluación de conocimientos.

FASE II DEL GRUPO EXPERIMENTAL: Una vez asignados los grupos, se aplicó la pre-evaluación de conocimientos sobre el método psicoprofiláctico, y al concluir se procedió al rapport. Una vez concluido este, se comenzó a exponer los temas específicos de la propuesta de método psicoprofiláctico modificado (ver guía de pláticas que se impartieron) cada plática duró una hora aproximadamente, dando al final de cada una de éstas, un espacio de diez minutos para preguntas y respuestas con la finalidad de lograr una retroalimentación mutua. Cabe mencionar, que apartir de estas exposiciones la participación semanal del esposo fue imprescindible, llevandose un control semanal de la asistencia.

FASE III DEL GRUPO EXPERIMENTAL: A partir del quinto mes de embarazo, se comenzaron a realizar los ejercicios de relajación progresiva y diferencial, esto se llevó a cabo en sesiones de una hora de duración, una vez a la semana. Simultáneamente a esto, se realizaron los ejercicios músculo-esqueléticos, con la finalidad de que las partes involucradas en el trabajo de parto, estuvieran lo suficientemente flexibles y acondicionados, para tener un mayor y mejor control durante las contracciones y la dilatación que se presentan en el parto.

Tanto los ejercicios de relajación, como los ejercicios músculo-esqueléticos, se llevaron a cabo durante el resto del embarazo. Y aunque estas actividades se realizaron sólo una vez a la semana, las mujeres (de preferencia con la ayuda y supervisión del esposo) debieron realizarlos en su hogar, con la mayor frecuencia posible.

FASE II DEL GRUPO CONTROL: Esta fase consistió de tres momentos. El primero se empleó para la aplicación de la post-evaluación de conocimientos sobre el método psicoprofiláctico. En el segundo, se compararon los resultados obtenidos con los de la pre-evaluación de conocimientos sobre el método psicoprofiláctico. Por último, en un tercer momento se aplicó la escala del dolor post-parto y la guía de observación (ver anexos correspondientes).

FASE IV DEL GRUPO EXPERIMENTAL: Se aplicó el mismo procedimiento que el llevado a cabo en la fase dos del grupo control.

Para la fundamentación del empleo de los instrumentos metodológicos sugeridos por nosotros, partiremos de la premisa de que la reacción física, evidentemente no es suficiente para evaluar la magnitud del dolor obstétrico.

Esta cuestión implica entre otras variables, la habilidad para medir en forma separada los componentes de la reacción global al dolor, las verbalizaciones y otras cogniciones que acompañan al dolor obstétrico. Es por estas razones, que la presente escala del dolor y la guía de observación propuesta intentaron medir los diferentes aspectos y/o variables inmersos dentro del dolor del parto.

Un ejemplo de lo dicho anteriormente lo constituye la escala Mc Gill Pain Questionnaire, que señala que las reacciones al dolor se pueden dividir en tres clases:

1) Las descriptoras de las cualidades sensoriales en términos temporales, espaciales y termales, además de otras propiedades, por ejemplo: quemaduras, rompimientos, dolor crónico o continuo, etcétera.

2) Los descriptores de las cualidades afectivas en términos de tensión, propiedades de miedo y automáticas, por ejemplo: calificar las experiencias como exhaustivas, terribles o nauseabundas. -----

3) Términos evaluativos, que describen la intensidad de la experiencia total, por ejemplo: agonizante, extrema, etcétera.

Por su parte, Wolf (1980) nos dice que hay esencialmente cinco parámetros para la respuesta del dolor que entran en la categoría psicofisiológica, los cuales son:

- 1) El umbral del dolor
- 2) Las diferencias en los umbrales de conciencia
- 3) La tolerancia al dolor

4) El punto en el que se requieren las drogas, el cual se encuentra entre el umbral del dolor y la tolerancia al dolor, en el cual el sujeto reporta que el dolor es lo suficientemente intenso como para que él pueda pedir tomar un calmante, analgésico u otro.

5) El rango de sensibilidad al dolor (P.P.R.), el cual simplemente es la diferencia aritmética entre la tolerancia al dolor y el umbral del dolor.

Los instrumentos propuestos (escala del dolor, guía de observación, pre y post evaluaciones de conocimientos sobre el método psicoprofiláctico, que se pueden observar en los anexos) tuvieron como finalidad evaluar la efectividad de nuestras aportaciones a la metodología psicoprofiláctica, en términos de la disminución y / o control del dolor en el parto, y el cumplimiento de las expectativas de la pareja al iniciar el entrenamiento siguiendo nuestra metodología. Por otro lado, en los instrumentos presentados, intentamos conjuntar los postulados centrales (expuestos arriba) tanto de Wolf, como del cuestionario Mc Gill para el dolor.

RESULTADOS

En este apartado distinguiremos, en principio, los resultados cuantitativos de cada grupo observado, y contrastaremos de manera inmediata los cualitativos, con el objeto de visualizar en forma panorámica el experimento e inferir, en el apartado siguiente, las variables aleatorias que lo afectaron.

ASPECTOS CUANTITATIVOS (AMBOS GRUPOS)

Dentro de los datos cuantitativos, con relación a la pre-evaluación, pudimos ver que la mayoría de ambos grupos, 71.2 % (19) tenía información del método psicoprofiláctico, proporcionada por amistades o familiares, pero no en forma científica. Así, en la post-evaluación, el grupo control consideró que la información dada por el personal del área de psicoprofilaxis, fue completa en un 90%; y en el grupo experimental, el 100% consideró la información proporcionada por nosotros como completa.

En la pre-evaluación la mayoría de ambos grupos, 72.3% (17) tenía como razón principal, para tener a su hijo por medio del método psicoprofiláctico, el que se les brindarían facilidades a nivel institucional (no hay que olvidar que esta muestra estuvo constituida por burócratas). A diferencia, en la post-evaluación el grupo control aumentó su porcentaje al 100% (10) cuando la razón para tener a su hijo por este método fue por tener facilidades a nivel institucional, y además por considerarlo beneficioso. También en la post-evaluación, el grupo experimental aumentó su

porcentaje al 90% (9), al considerarlo de la misma manera que el grupo control.

En la pre-evaluación, la mayoría de ambos grupos, 84% (18), consideraban al parto como un fenómeno doloroso, pero aceptable. En la post-evaluación hubo un incremento de estos porcentajes, ya que el grupo control aumentó al 100% (10) por considerar al parto como doloroso pero aceptable, y el experimental a un 90% (9).

En la pre-evaluación ambos grupos consideraron al dolor como algo innato en un 65% (12). En la post-evaluación, el grupo control siguió conceptualizando al dolor como algo innato en un 80% (8), a diferencia, el grupo experimental tuvo un porcentaje del 70% (7) por conceptualizarlo como algo aprendido, encontrándose diferencia significativa con la prueba de Fisher ($p < 0.05$).

Al considerar la importancia de la participación del psicólogo en la pre-evaluación la mayoría de ambos grupos, 90.4% (19) la consideraron muy importante. A diferencia en la post-evaluación, el grupo control decrementó su porcentaje ligeramente al 87.5% (7) y el grupo experimental aumentó su porcentaje al 100% (10).

Al analizar cuándo debe iniciarse la participación del padre, en la pre-evaluación ambos grupos (100%) consideraron que la participación del padre debe iniciarse desde el embarazo. A diferencia de esto, en la post-evaluación, tanto el grupo control como el experimental en su mayoría (90%) consideró que la participación del padre debe iniciarse desde la planeación.

Para detectar si la relación de pareja mejoraría o no, en la pre-evaluación ambos grupos consideraron que esta mejoraría en un 98% (19). En la post-evaluación, el grupo

control decreció su porcentaje a un 50% (5), y el grupo experimental aumentó a un 100%. Con la prueba de Fisher, encontramos diferencia significativa ($p < 0.05$).

En la pre-evaluación, ambos grupos consideraron en un 30.8% (4) que la preparación del parto psicoprofiláctico les ofrecería un parto satisfactorio y ayudaría a su relación de pareja. A diferencia en la post-evaluación, el grupo control aumentó su porcentaje al 70% y el grupo experimental al 90%. En sus porcentajes se aprecian diferencias importantes.

En relación al parto, el grupo control presentó dos cesáreas y ocho partos naturales, y en el grupo experimental hubo tres cesáreas y siete partos naturales (ver gráfica, 1). Como podemos observar, en el grupo control hubo relativamente menos cesáreas; sin embargo, este grupo de mujeres en la mayoría manifestó más dolor que el grupo experimental.

Por otro lado, con la escala del dolor que se aplicó después del parto, un factor importante que se observó fue la duración del parto dentro del grupo experimental. Encontramos una correlación positiva; es decir: a menor tiempo de duración del trabajo de parto, menos manifestaciones de dolor (registradas en la escala de dolor y la guía de observación), y viceversa.

Como comprobación de lo anterior, en la escala del dolor los componentes vocales dejaron de presentarse, sólo en el caso donde la duración del parto fue de 5 a 8 horas o de 9 a 12 horas, en los casos de 13 horas en adelante, se presentaron en todas las ocasiones.

Cuando las mujeres tuvieron una duración de parto de 9 a 12 horas, el 33% (1) dejaron de presentar componentes no verbales.

En el caso de las conductas que constituyen el lenguaje corporal, el 71.4% (5) dejó de presentarlas cuando la duración de parto fue de 5 a 8 horas y de 9 a 12 horas .

La movilidad también se presentó con menos frecuencia y de hecho se suprimió, cuando la duración del parto fue de los tres rangos de duración de parto ya especificados. Lo mismo ocurrió con la postura de las parturientas.

En el caso de la medicación del grupo experimental, ésta se requirió en menor medida, y en cuatro casos se suprimió cuando la duración del parto fue de 5 a 8 horas; no fue así en los demás rangos de duración de parto, como en el caso de tres mujeres, cuyo trabajo duró 13 horas o más, quienes necesitaron medicación. Estas señoras son a quienes les practicaron cesárea (para constatar todo lo anterior, ver gráfica, 2).

A continuación exponemos los resultados arrojados por la escala del dolor, en relación a las diferencias entre grupos. El grupo control presentó los siguientes porcentajes: el 40% (4) no presentó componentes vocales; el 40% (4) presentó componentes vocales en forma ocasional, y el 20% (2) restante los presentó frecuentemente. Con referencia al grupo experimental, este no abarcó la modalidad de frecuente, sino que sus porcentajes se distribuyeron de la siguiente forma: el 20% (2) no presentó componentes vocales, y el 70% (7) presentó estos de manera ocasional .

En lo referente a la movilidad, obtuvimos en el grupo control que, el 30% (3) de las parturientas no presentaron movilidad; a diferencia, el grupo experimental tuvo un 70% (7); en el primero el 60% (6) presentó movilidad ocasionalmente, y el experimental, sólo el 10% (1); en el control, el 10% presentó movilidad frecuente, siendo el

porcentaje del grupo experimental igual que el del control.

Por último, la medicación que se requirió en cada grupo fue: en el grupo control, 20% (2) sin medicamentos, el 30% (3) con analgésicos y el 50% (5) requirió anestesia y analgesia. A diferencia en el grupo experimental, se tuvo un 50% (5) sin medicamentos y un 50% (5) con analgesia y / o anestesia (este porcentaje estuvo constituido básicamente por la mujeres que tuvieron cesárea). Cabe mencionar que los registros se realizaron durante el parto o en el momento más inmediato posterior al mismo (ver gráfica, 3).

ASPECTOS CUALITATIVOS (GRUPO EXPERIMENTAL)

Pasaremos a continuación a abordar los resultados obtenidos con siete de las parejas del grupo experimental que tuvieron un parto natural. En éstas, pudimos constatar por medio de la información obtenida en forma verbal después del parto, que la técnica de relajación les sirvió a cinco de éstas en el trabajo de parto; particularmente en los momentos en que se les realizaba el lacto. Con esta técnica, se produjo menos molestias, mientras avanzaba su trabajo de parto: dilatación, borramiento, frecuencia e intensidad de las contracciones; se manifestaron más tranquilas y estuvieron en condiciones de utilizar las técnicas de respiración y demás instrucciones apropiadas al acto de alumbramiento.

Un aspecto importante digno de mencionar es que, una mujer que tuvo parto natural, y que no contó con el apoyo físico y emocional de su pareja, no controló ni dirigió, como era de esperarse, su parto. Perdió el control a tal grado que, a pesar de estar bloqueada, seguía quejándose debido a

las intensas molestias provocadas por las contracciones. En este caso, pudimos detectar problemas de pareja que se habían presentado desde la concepción.

Tres mujeres (grupo experimental) a quienes se les practicó cesárea al recibir la noticia de que no tendrían un parto natural, les provocó en un primer momento desesperación, ya que no aceptaban este hecho (y querían intentar tener a su hijo en forma natural). Esperaron más tiempo, para ver si avanzaba su dilatación; pero desistieron de esta posibilidad, cuando el médico les mencionó el riesgo de perder a su hijo. Por su parte, los esposos de estas señoras, al darse cuenta de esta situación manifestaron estar desilusionados. Hicieron comentarios como: " tanto tiempo invertido, tanto planear la llegada de su hijo, para que finalmente naciera bajo situaciones imprevistas ". Además, lamentaban que las señoras no sintieran el nacimiento de su hijo, a causa de la anestesia y / o analgesia aplicada; y por último, el que ellos no estuvieran presentes durante el parto. Dos de estos señores mencionaron que tal vez, lo que provocó esto fue resultado de tantos ejercicios; que en lugar de ayudar, habían ocasionado esta situación de cesárea. Una de estas parejas, al parecer se quedó con esta idea; además de mencionar que los servicios y atención de esta institución no son los adecuados para este tipo de pacientes. Podemos considerar que esta opinión es particular. En otro caso, una de las parejas nos comentó lo mismo; pero su última reacción fue pensar que ellos no se habían preparado únicamente para ver nacer a su hijo, sino para educarlo a lo largo de muchos años; es decir, pensaban que apenas empezarían a aplicar todo lo que aprendieron en su preparación de parto psicoprofiláctico.

Las tres parturientas en particular, mencionaron que después de la ((mala noticia)) (parto por cesárea) y de pensar mil cosas, creyeron conveniente utilizar la técnica de relajación enseñada por nosotros. Solo les ayudó a no perder el control y pensar mejor la situación, ya que lo importante era que su hijo naciera saludable, y ellas podían colaborar si lograban relajarse y sentir más confianza en su preparación.

Es importante mencionar que, dentro del grupo experimental, estuvo presente una pareja de psicólogos y una psicóloga. Desde el inicio del curso estas personas se propusieron contradecir la información que dabamos. Desde el primer momento no querían participar, pero los invitamos a que escucharan. Asistieron a dos sesiones y después abandonaron definitivamente el curso. En las sesiones de relajación, estas personas interfirieron negativamente en varias de las señoras asistentes, lo que provocó cierta apatía al comienzo del evento y disminuyó la confianza del grupo; pues observaron reticencia a expresar dudas y sugerencias. Solo se hacía el trabajo por cumplir, sin pensar en el beneficio que la técnica les ofrecía. Nos vimos en la necesidad de exigir mayor participación de las señoras. Esta situación fue mejorando paulatinamente. En la última evaluación realizada, las psicólogas nos señalaron que en un principio fuimos inseguros y agresivos al aplicar la técnica.

Un aspecto más por resaltar fue la motivación, ya que siete de las señoras, siempre se mostraron alegres y entusiastas en todo lo que hacían al asistir a las sesiones, manifestando dudas y expresando siempre lo bien que se sentían al llevar un curso como éste. Estas señoras fueron quienes tuvieron una experiencia satisfactoria en su parto, a

pesar de que a tres de ellas se les practicó cesárea. Algo relacionado con lo anterior, es la confianza en el método y en sí mismas, ya que estas señoras confiaron en lo que hacían, asimilaron con mayor facilidad todos los conocimientos (prácticas y ejercicios) y adquirieron mayor dominio en las técnicas de relajación; y en el momento del parto, pudimos constatar eso.

Observamos que la asistencia fue elevada al principio del curso en el grupo experimental, pero a través del tiempo, disminuyó. Los motivos fueron varios. Primero, el status que se nos dió en la Institución: éramos ((estudiantes)) que deseaban realizar una tesis. Esto fue asimilado de diferente forma por las parejas asistentes. Algunos, que son profesionistas, pensaron que ellos ya habían pasado por esta experiencia, se interesaron por nuestro trabajo y se mostraron dispuestos a colaborar para concluirlo, ya que consideraban nuestro trabajo como una investigación que podía dar frutos favorables para ellos, ya que aprenderían más cosas y nos retroalimentarían. Peis parejas de este grupo asistieron continuamente, pero no concluyeron todas las prácticas por diversas causas (como flojera), ya que tenían que asistir con nosotros una hora antes, y ello significaba permanecer cerca de seis horas en el mismo lugar oyendo prácticas. Sumado a esto, eran personas que vivían lejos de la clínica. En otros casos, fueron problemas personales los que impidieron asistir a nuestras prácticas; aunque sí llegaban al curso impartido por la Institución, ya que en ésta se llevaba un control de asistencia, que exigía un porcentaje mínimo para que el esposo pudiera entrar al quirófano.

Otro grupo de cinco parejas se mostró más inseguro, ya que al saber nuestra formación como psicólogos, creyeron que

podríamos ayudarlos a resolver otros problemas (relación de pareja, relación con sus otros hijos, etcétera) ese tipo de parejas fue el que más desertó puesto que su objetivo era diferente al que nosotros perseguíamos.

Un grupo de cuatro parejas, que asistió durante todo el curso, se caracterizó desde el inicio por su participación en las discusiones y comentarios. Estaban convencidos de que aprendían con nosotros, manifestando un gran interés en nuestras pláticas.

Los comentarios recibidos en la última sesión expresaron una comprensión clara de los tópicos abordados (educación sexual, roles sexuales, experiencias tempranas, ideología individual y social, crianza, etcétera). Desde luego, comprendieron también que lo expresado en el curso se ubica en el plano ideal, considerando como válidas las conclusiones a las que se llegaron; pero que en la práctica, tratar de educar a sus hijos con ideas diferentes a las que socialmente son aceptadas, era algo que tal vez no podrían hacer en el futuro.

ASPECTOS CUALITATIVOS (GRUPO CONTROL)

De este grupo no podemos describir ningún aspecto cualitativo, ya que no hubo más observaciones que las realizadas con la pre y post-evaluación de conocimientos sobre el método psicoprofiláctico, en las que fue muy breve nuestra participación (dos sesiones de quince a veinte minutos aproximadamente, cada una).

Cabe recordar que, tanto el grupo control como el experimental fueron asignados por la institución; y bajo estas circunstancias, no pudimos obtener en forma directa la

información requerida, tanto escrita como verbal (experiencia personal en el parto de cada pareja).

D I S C U S I O N E S

Estamos conscientes de las limitaciones metodológicas a que estuvo expuesto este trabajo. Aunque se planteó un diseño experimental propiamente dicho, no se cumplió con un prerrequisito básico de este tipo de diseño (en particular la aleatorización), debido a que no se pudo formar a los grupos con un muestreo aleatorio, por la organización de la Institución. Otro rubro que presentó problemas fue el de la asistencia y su control, debido a que no se nos otorgó el suficiente reconocimiento, ni las facilidades institucionales para su control. En anterior ocasiones problemas de asistencia; no obstante, consideramos que las mejoras y superancias que se plantean en este trabajo tienen la suficiente significancia para sustentar las propuestas de modificación a la metodología psicoprofiláctica. Debido a que se tuvo una muestra representativa de la población, y aunque no hubo significancia estadística en algunos rubros, la clínica mostró la eficacia de nuestro método cuando, a pesar de presentarse algunas dificultades en ciertos casos, la técnica de relajación y concepciones acerca del parto lograron que las parejas resolvieran favorablemente su situación, como en los casos de cesárea y problemas de alta o baja presión, días antes del parto.

El aspecto cultural tuvo una importancia trascendente. Para la buena aceptación y los resultados óptimos de esta metodología, la cultura incluye y sobrepasa al nivel académico, ya que éste no fue garantía de nivel cultural, ni de amplitud y flexibilidad de criterio. Así, Pbrank (cit. en Millon, 1977); Hardy, Wolf y Goodel (cit. en Melzack, 1973), al igual que nosotros, consideran que la actitud

individual hacia el dolor, dependerá en gran medida de la motivación general de una cultura. Ya que, como se mencionó en el capítulo primero, el papel que se le ha dado a la mujer después del matriarcado, es el de la procreación; y aunque el grupo de personas con quienes se trabaja, marca diferencias desde el hecho de participar en el parto como pareja, al expresar sus ideas sobre el papel de padres, dejaron ver cómo se sigue dejando la mayor responsabilidad a la mujer. Ellos mismos reconocieron que estas ideas, costumbre o moral, se las transmitieron sus padres (y por su propia experiencia lo consideraban adecuado para un buen desarrollo del individuo) y ahora ellos transmitirán muchos de estos valores a sus hijos, porque sería difícil desprenderse de esa carga socio-cultural, que ya había marcado ciertos patrones de comportamiento en ellos. También es claro el hecho de que socialmente, se le ha dado a la mujer un papel pasivo dentro del núcleo familiar y, más que nada, se ha conceptualizado al parto y al embarazo como algo (" natural "), sin darle la importancia al hecho de dar vida a un nuevo ser, y la responsabilidad que esto implica. Es así como en nuestra sociedad en particular, el papel de la mujer sigue siendo la procreación, cuidado de los hijos y esposo, y la realización de ella a través de esa misión.

Por otra parte, en esta investigación concordamos con los resultados obtenidos por Pcoll (1981) y Chapman (1980), en el hecho de que dentro del fenómeno doloroso no existe una predominancia de la percepción fisiológica ni de la sensación psicológica, sino una interrelación entre varios factores. Estamos en desacuerdo con las teorías especificistas, ya que estas investigaciones no dan una explicación completa del dolor; pues se concretan en analizar el dolor a nivel

sensorial, central y periférico. Si se considera de esta manera el fenómeno, al aplicar una anestesia local a las parturientas éstas ya no sentirían ninguna molestia; pero, por la evidencia obtenida, no fue así. Asimismo, estamos en discordancia con los postulados de la teoría del patrón ya que consideramos que éstos enfocan al fenómeno del dolor parcialmente. Cabe mencionar que no negamos la importancia de los factores fisiológicos y / o endocrinos, tales como la producción de endomorfina en el cuerpo humano, sino que adoptamos una postura teórica que medie entre estas dos posturas (la de la especificidad y la de los patrones), y también entre la sensación y la percepción, pudiendo vincularse de manera adecuada con los mecanismos del dolor obstétrico.

En los resultados del presente trabajo, coincidimos con los obtenidos por Elumb, Luscomb y Scott (1982); Mc Caril y Mallot (1984); Pione y Deck (1980); Phachm, Reinhart y Rauberlas (1983); Mallow (1981) y Verrick, Garenko y Taylor (1981), en el sentido de que factores psicológicos, como el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva y el remodelamiento, los estados emocionales negativos y positivos, la distracción, la ansiedad -y la inoculación de estrés, muestran una correlación positiva con el control del dolor. Algunos de estos factores fueron observados por nosotros. En el caso de la relajación, sirvió para que las parturientas se sintieran seguras de su entrenamiento y se condujeran favorablemente; ya que en cuanto empezaron a presentarse las sensaciones más agudas, producidas por las contracciones aplicaron esta técnica y confirmaron que ellas podían dirigir su parto. Por lo que se

refiere a ideas irracionales, nos mencionan algunas parejas que empezaron a sentirse inseguros al enterarse de partos mal logrados (durante su estancia en el hospital), y empezaron a creer que esto podía ocurrirles también. No tenían un referente real para pensar así, ya que la situación de las personas que perdieron a su hijo era diferente a la de ellos. Además, en el caso de algunas parejas que no tenían una buena relación detectamos que esta situación provocó estados emocionales negativos (ansiedad, temor, contradicciones internas, rechazo) en las parturientas, presentando en su parto más dificultades. Debido a que no sentían apoyo emocional por parte del esposo, ya que este no aceptaba la paternidad, y como ya se mencionó en el capítulo primero, socialmente este era una situación de rechazo para el hijo y la madre lo que no permitió controlar la sensación de dolor.

Otros aspectos relativos a las emociones y personalidad, que pueden generar impulsos dolorosos, son los que mencionan Melzack y Denis (1978). En nuestra investigación se dieron diferencia en la percepción del dolor. Las señoras que desde un inicio mostraron rasgos de personalidad, como timidez e inseguridad no tuvieron un parto favorable; a diferencia, aquellas que se mostraron más seguras de sí mismas lograron un parto exitoso.

Así, identificamos a la teoría del control de entrada de Melzack (1973), como la que abarca los factores arriba mencionados. Debido a que es posible que a través de la relajación, de acuerdo a esta teoría, el sistema modulador del impulso doloroso es la sustancia gelatinosa, donde funcionan fibras cortas y largas. Si estas últimas incrementan su acción, la entrada se amplía y actúan rápidamente las células T. Nosotros, a través de la

relajación, pudimos controlar y modular el puente de entrada; es decir, la acción moduladora de la sustancia gelatinosa. Así también, podemos decir y estar de acuerdo con esta teoría al considerar que la señal responsable de disparar este sistema está controlada por las cogniciones formadas acerca del parto y el conocimiento en general; ya que las personas que tuvieron un parto exitoso, fueron aquellas que tenían la convicción de que las sensaciones producidas por las contracciones durante el parto, podían ser controladas.

Para concluir, transcribimos la opinión de Jones, Shaiberg y Byer (1984), quienes señalan « la importancia de dar seguridad en sí misma y comprensión a la mujer embarazada y a su pareja ». Lo anteriormente dicho sólo puede lograrse con una preparación integral y multidisciplinaria.

CONCLUSIONES

Esta tesis trata acerca de la psicoprofilaxis del dolor durante el parto. Psicoprofilaxis significa prevención del dolor por medios psíquicos. También es posible usar la psicoprofilaxis para evitar el dolor en pacientes dentales y otras situaciones de tensión. Aplicada al parto, la enseñanza de la psicoprofilaxis se ubica en dos aspectos:

- 1) Preparación psicológica
- 2) Adiestramiento físico.

Dentro de la preparación psicológica, la influencia del factor cultural pudo constatarse a lo largo del presente trabajo, lo cual obliga a realizar una adaptación del método a la cultura de esta población. Por ejemplo, en el presente trabajo las instrucciones de las técnicas de respiración se han tenido que modificar para poder ajustarse a la mayoría de las mujeres estudiadas en este caso. No obstante, en sentido profiláctico una ((mujer entrenada)) es la que se ha instruido para entender la manera como trabaja su cuerpo (especialmente a nivel neuro-psicológico), sus músculos y sistema reproductor. Una mujer entrenada conoce también los sucesos imprevistos que pueden ocurrir durante el parto; y con su preparación psico-física, aprende oportunamente a adaptarse a dichas situaciones; sin olvidar las visitas al médico y la colaboración de la pareja o esposo.

Tener un parto sin dolor no significa estar exenta a situaciones de este tipo, puesto que cualquier experiencia corporal es una sensación. Lo que sucedió realmente es que ninguna de las sensaciones presentes, ni siquiera las más intensas, se pueden interpretar como dolor. En nuestra investigación tuvimos por parte del grupo experimental, una

actitud positiva y concientización acerca del nacimiento de su hijo. A diferencia de este grupo, el de control tuvo una actitud negativa en aspectos como la participación del psicólogo, participación de la pareja y buena relación de pareja.

Por otro lado, para lograr la experiencia de un parto exitoso es necesaria la conjunción de varios factores:

a) Tener una buena condición y preparación psicológica y física.

b) Que el niño este en posición correcta dentro de la matriz.

c) Que la estructura ósea de la madre sea del tamaño adecuado.

De presentarse en forma negativa uno o varios de estos factores, el parto puede degenerar en cesárea o uso de fórceps (como ocurrió en un 25% de las pacientes del grupo experimental y un 35% del grupo control, en el caso de esta investigación). Cabe mencionar que estos detalles son independientes a la preparación psicológica. La actitud de las mujeres del grupo experimental que tuvieron una mala experiencia, fue negativa con respecto a la eficacia del método psicoprofiláctico. En forma diferente, las mujeres con parto natural, su actitud fue positiva al considerar que el método fue eficaz; además, manifestaron gran interés por conocer más acerca del desarrollo de su hijo.

Las personas preparadas con nuestro método vertieron comentarios tales como: ((tuve dolor, dolor durante la última etapa del parto; pero tan pronto como volví a poner en práctica lo que ustedes me enseñaron, lo controle. Nunca me abrumó el dolor)). Propusieron que lo único que se debe hacer es manejar sus sensaciones, tal y como lo enseñamos. Desde

luego, el esposo y el equipo humano que rodean a la parturienta, durante el parto, ayudaron y / u obstaculizaron, al reforzamiento de este control. Desde luego pudimos observar que el reforzamiento no fue positivo, como era de esperarse, ya que existen dentro de la Institución personas escépticas al método; y además, la mayoría de estos ignoran que este método requiere un trabajo multidisciplinario, en el cual participa el psicólogo.

También es importante señalar que, no sólo el equipo humano refuerza o no el control del dolor por la parturienta, sino también la situación física; la cual era desconocida para estas mujeres. El hospital da servicio a un gran número de derechohabientes, esto provoca deficiencias en la atención, y crea un ambiente desagradable para las parturientas por ejemplo: no permitir la entrada del esposo desde su hospitalización, sino hasta unos minutos antes del parto; estar con un grupo numeroso de mujeres, que en su mayoría no tenían una preparación como la de ellas; una desvinculación entre el personal que las entrenó y el personal médico, que en ese momento las atendió. Y aunado a esta situación, las parturientas se dieron cuenta de que los conocimientos acerca del proceso del parto, este no se presenta de igual manera en todas las mujeres. Esto las hizo sentirse inseguras en algunos momentos, y provocó que su parto no fuera tan favorable (presentaron mayores manifestaciones de dolor y tuvieron que utilizar mayor medicación a la hora del parto). Asimismo, podemos decir que las manifestaciones del dolor disminuyeron en la medida en que el parto de cada mujer se iba desarrollando favorablemente. Tal es el caso de las mujeres con parto natural del grupo experimental.

También podemos concluir que la técnica de relajación

favoreció el control y manejo del trabajo de parto en las señoras, tanto a las que se practicó cesárea, como las de parto natural; ya que estas requirieron de menos medicación. A diferencia, en el grupo control, que sólo presentó dos cesáreas requirieron de más medicación.

Por otro lado, encontramos que la seguridad en sí misma así como una buena relación de pareja, ayudó siempre a que el parto se desarrollara bajo condiciones favorables. Esto se dio aún en los casos de cesárea.

A decir verdad, términos tales como éxito y fracaso, no tienen sentido; pues las mujeres no dan a luz, como si se tratara de ganar una prueba de resistencia o una carrera de obstáculos. Lo que sí podemos concluir, es que proveímos a las parejas de medios que pudieran ayudar para su futura vida de padres.

Algunas deficiencias por parte de nosotros fueron: la falta de experiencia para manejar un grupo numeroso de personas, lo que en un inicio nos hizo mostrarnos inseguros al dar las pláticas; así como el no manejar algunos aspectos de la anatomía de la mujer embarazada. Dentro de las dinámicas, también podemos decir que faltó hacer preguntas precisas, que nos pudieran hacer notar en que medida se iban dando cambios y en que dirección se estaban dando éstos.

En cuanto al estatus que representamos, aunque como ya se mencionó anteriormente no se nos dio a nivel institucional, pudimos haber creado estrategias para dárnoslo ante el personal de hospital, así como ante el grupo de personas que trabajaron con nosotros.

También ocurrió que nos extendimos y polemizamos mucho en algunos temas, lo cual pudo ser un motivo para que ciertas personas, de un nivel educativo medio, no asistieran

con regularidad. No ocurrió así en el caso de las personas que tuvieron un alto índice de asistencia, quienes en su mayoría son profesionistas.

En cuanto a el objetivo general, podemos considerar que modificamos parcialmente el método utilizado en el hospital el 10 de octubre. Implementamos aspectos que no son del todo cubiertos por este método, al incluir específicamente contenidos psicológicos. Nos hizo falta, para mayor eficiencia del método propuesto, contar con el apoyo técnico del auditorio donde se daban las pláticas. Por lo tanto, no pudimos presentar más material (diapositivas, videos) que hiciera más claro y comprensibles algunos temas.

Con referencia a la relajación, consideramos que se adaptó al programa del hospital adecuadamente, debido a que está sustentada tanto en la teoría como en la práctica, y la técnica utilizada dentro de esta Institución no tiene un objetivo claro ni un valor primordial dentro del método practicado.

En cuanto a la reformulación teórica del programa, podemos decir que fue completa puesto que la teoría del control de entrada, en la que sustentamos nuestro método, cubre tanto los aspectos bio-fisiológicos; como los aspectos psico-socio-culturales, ambos de suma importancia para hacer un replanteamiento del ((dolor)) de parto.

Por otro lado, diseñamos un instrumento metodológico que evaluó el dolor obstétrico del parto. Lo que aún faltaría por hacer es aplicarlo a un mayor número de mujeres para darle confiabilidad y validez. Desde luego esto supone contar con más recursos humanos, económicos y tiempo.

Estamos conscientes de las limitaciones en el alcance de este trabajo. No obstante plantearemos las siguientes

sugerencias:

1) Es muy importante no olvidar el carácter multidisciplinario del área de ginecología; por tanto, también debería llevarse a cabo una labor de concientización y promoción de la metodología de psicoprofilaxis y las otras metodologías expuestas (tanto a enfermeras como médicos, sin menoscabo del trabajo del psicólogo y del equipo técnico); ya que la colaboración conjunta y coordinada de todos los elementos que tienen que ver con la preparación de la parturienta, poseen un valor primordial para elevar su porcentaje de éxito.

2) Que se realice una selección más exhaustiva de las parejas para aceptar a las que se van a preparar con esta metodología; ya que al parecer, este es uno de los factores que atenta contra el éxito de la psicoprofilaxis. Podría exigirse a las candidatas un ultrasonido de pélvis y aplicar un cuestionario para detectar posibles problemas físicos, fisiológicos, psicológicos y emocionales.

3) Para las parejas que presenten problemas emocionales (de familia, personales, de embarazos no deseados, etcétera), se podría ofrecer, como servicio adicional, sesiones de psicoterapia individual.

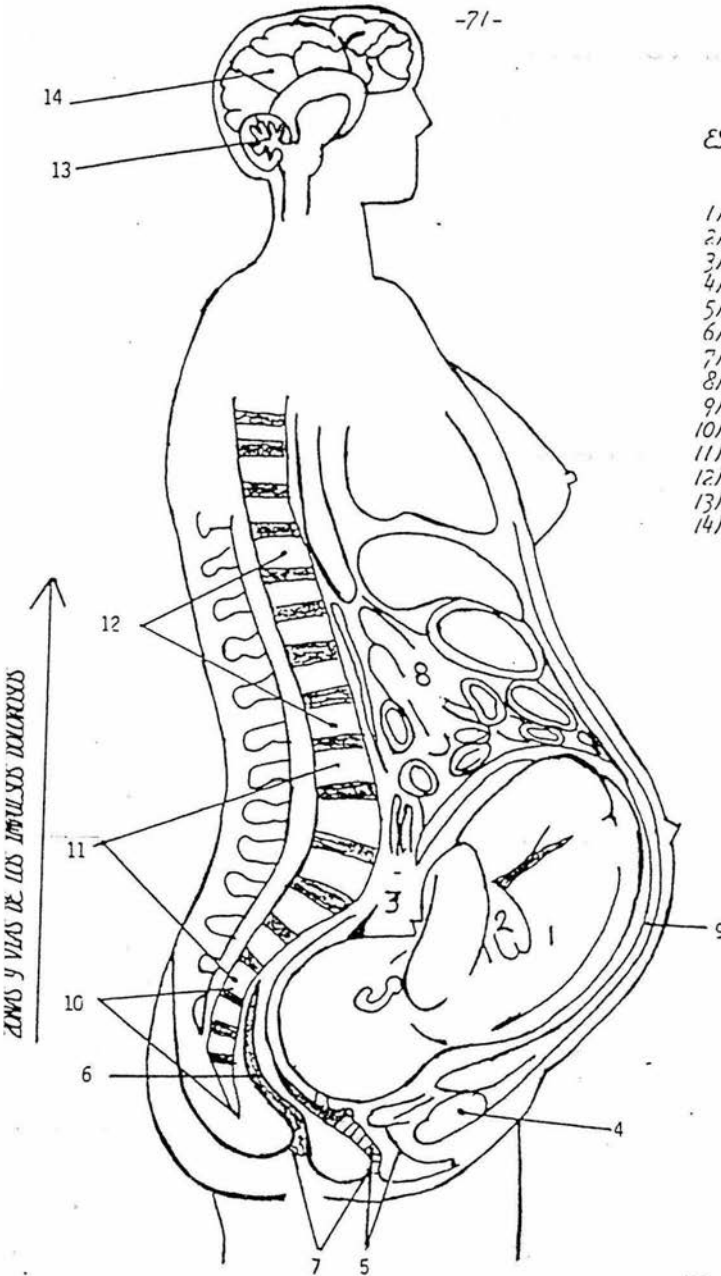
4) Debido a que muchas de las variables manejadas, (ver resultados) estuvieron muy cerca de obtener significancia estadística y clínica, se sugiere que se realicen investigaciones posteriores, donde se profundice en esta área, en la cual se abren expectativas importantes para la psicología.

5) Por último, se sugiere la publicación de un manuscrito publicitario, que describa con la mayor amplitud posible el método real que se aplica en la Institución, sus

0.1.

objetivos, ventajas y desventajas, y para qué tipo de embarazos es recomendable, con la finalidad de evitar falsas expectativas y desilusiones.

A N E X O S

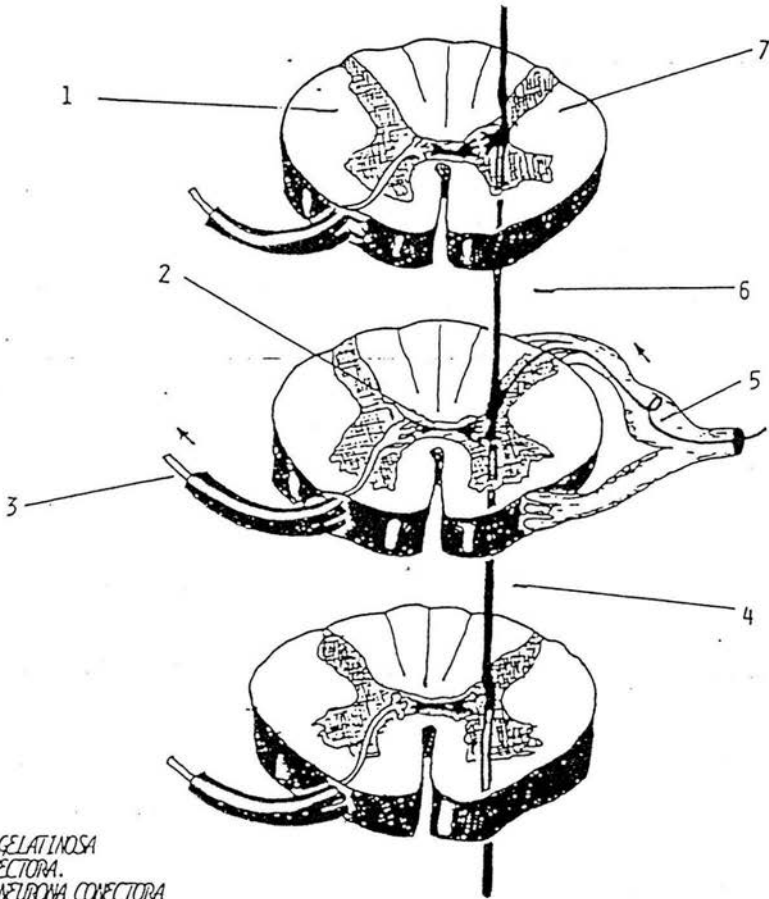


ESQUEMA 1

- 1) FETO
- 2) CORDON UMBILICAL
- 3) PLACENTA
- 4) UTERO
- 5) VAGINA
- 6) RECTO
- 7) PERINEO
- 8) PERITONEO
- 9) LINEA ALBA ABDOMINAL
- 10) SEGMENTO VERTEBRAL TÓRACICO
- 11) SEGMENTO VERTEBRAL LUMBAR
- 12) CEREBELO
- 13) CEREBELO
- 14) CEREBELO MEDIO.

ESQUEMA 1: Muestra el corte sagital de una mujer embarazada, que enumera los principales órganos que intervienen en el parto de una mujer normal. Así como la correlación que existe entre la teoría del control de entrada y la transmisión de los impulsos del dolor al cerebro medio. El proceso fisiológico se da de la siguiente forma, las fibras aferentes viscerales que llevan los impulsos sensoriales del útero entran en la médula espinal a nivel del décimo, undécimo y duodécimo segmentos torácicos y el primer segmento lumbar. El dolor perineal va por fibras somáticas aferentes, principalmente el nervio pudendo, llegando a la médula espinal a nivel del segundo, tercero y cuarto segmentos sacros.

ESQUEMA 2



- 1) SUBSTANCIA GELATINOSA
- 2) NEURONA CONECTORA.
- 3) ARON DE LA NEURONA CONECTORA
- 4) RAMA DESCENDENTE
- 5) ARON DE LA NEURONA SENSITIVA
- 6) RAMA ASCENDENTE
- 7) CELULAS "T"

ESQUEMA 2 : Se advierte una rama sensitiva, que emite ramas ascendente y descendente, por las que se envían los impulsos dolorosos al cerebro. Así como la ubicación que tienen la sustancia gelatinosa y las células T. En el dolor obstétrico, las células donde hacen sinápsis los impulsos dolorosos son las células T y la sustancia gelatinosa. La señal responsable de disparar las acciones del sistema está constituida por la experiencia al dolor y su respuesta a nivel cognición. Por lo que las células T y la sustancia gelatinosa se convierten en la puerta de acceso o no acceso de los impulsos dolorosos rumbo al cerebro, la cual está regulada por factores psicológicos.

QUILA DE LAS PLATICAS QUE SE IMPARTIERON

- 1) La primera actividad a realizar es el rapport, la presentación del trabajo y sus objetivos
- 2) Exposición de los planteamientos teóricos de la propuesta
 - A) Método Lanaze
 - B) Otros métodos de psicoprofilaxis
 - C) Teoría del control de entrada
 - D) Aspectos psicológicos del dolor y algunas teorías al respecto.
- 3) Psicología de la mujer y del embarazo
 - A) Conociendo a la mujer (como ente bio-psico- social)
 - B) El papel de la mujer
 - C) La mujer mexicana.
- 4) La sexualidad
 - A) Aspectos socio-culturales
 - B) Aspectos biológicos
 - C) Aspectos psicológicos
- 5) La cultura y la familia
 - A) Erich Fromm y la familia
 - B) Tipos de familia y roles asignados y designados
 - C) Familia y autonomía.
- 6) Ideología
 - A) Individual
 - B) Social
- 7) Las interacciones madre-padre-hijos (as)
 - A) Las interacciones madre-hijo (descripción e importancia)
 - B) Las interacciones padre-hijo (descripción e importancia)
 - C) Las interacciones madre-padre.
- 8) Crianza y educación
 - A) Elementos básicos en la crianza (factores biológicos y psicológicos)
 - B) Factores sociales
 - C) La importancia de las experiencias tempranas.
- 9) Como realizar una buena estimulación temprana.

10) El desarrollo de la personalidad

A) Definiciones

B) Factores que intervienen en su desarrollo

C) La influencia de la personalidad de los padres sobre las estructuras psíquicas del niño.

11) El desarrollo de la inteligencia infantil.

12) Taller para parejas.

NOTA: Los temas arriba presentados y su desglose, muestran la secuencia que se siguió en las conferencias, que se impartieron los sábados, a las cuales asistían las parejas.

PREEVALUACION DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL METODO PSICOPROFILACTICO.

NOMBRES

EDADES

OCCUPACIONES

ELLA: _____

EL: _____

TELEFONO: _____ F.P.P. _____ CLINICA _____

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta que considere como más acertada.

1.- Tuvo usted información previa sobre el parto psicoprofiláctico:

A) Completa y suficiente B) Regular C) Deficiente o nula

2.- La información que obtuvo fue por medio de:

A) Amistades o familiares B) Libros y revistas C) otros medios

3.- ¿ Pon qué se decidió a tener a su hijo por medio de la psicoprofilaxis?

A) Se le brindaron facilidades a nivel institucional

B) No confía en el parto tradicional

C) Otras, especifique.

4.- Considera que el parto es un fenómeno:

A) Muy doloroso B) Doloroso pero aceptable C) Sin dolor

5.- Considera que el dolor es:

A) Aprendido B) Innato

6.- Considera que la participación que debe tener el psicólogo dentro de su preparación es:

A) Muy importante B) Poco importante C) Nada importante.

7.- ¿ En qué momento considera que debe iniciarse la participación del padre?

A) Desde el embarazo B) A partir del parto C) En la crianza.

8.- Considera que por medio de la psicoprofilaxis su relación de pareja puede:

A) Mejoran

B) Empeoran

C) Permanecen igual

9.- Considera que el conocimiento de los factores psicológicos presentes en su embarazo, relación de pareja, crianza, etcétera, es:

A) Muy importantes

B) Importantes

C) De poca o nula importancia

10.- Que es lo que espera Ud. obtener al final de su entrenamiento por este método?

POST-EVALUACION DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL METODO PSICOPROFILACTICO

NOMBRES _____ EDADES _____ OCUPACIONES _____
ELLA: _____
EL: _____
ESCOLARIDADES: _____ TELEFONO: _____ F.P.P. _____
CLINICA: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta que mejor describa su opinión con respecto al curso que ya concluyó.

- 1.- La información y formación que recibió fue:
A) Completa B) Regular C) Deficiente
- 2.- ¿Porque decidio tener a su hijo por medio de la psicoprofilaxis?
A) Oportunidades a nivel institucional
B) Desconfió del método tradicional
C) Considero que era algo novedoso
D) Considero que era algo beneficioso.
- 3) Considera que el parto es un fenómeno:
A) Muy doloroso B) Doloroso pero aceptable C) Sin dolor
- 4.- Considera que el dolor es:
A) Aprendido B) Innato
- 5.- Considera que la participación que tuvo el psicólogo dentro de su preparación fue:
A) Muy importante B) Poco importante C) Nada importante
- 6.- A partir de cuando debe iniciarse la participación del padre:
A) De la planeación B) La concepción C) El embarazo
- 7.- Considera que por medio de la psicoprofilaxis su relación de pareja:
A) mejoró B) empeoró C) Permaneció igual
- 8.- En base a la preparación obtenida, considera que ésta le puede ofrecer:
A) Un parto satisfactorio B) Ayudar a las relaciones de pareja
C) O ambas.

ESCALA DE DOLOR

NOMBRE: _____ EDAD: _____

HORA DE INICIO DEL TRABAJO DE PARTO: _____ HORA QUE CONCLUYE: _____

GRUPO: _____ CALIFICACION: _____ REVIZO: _____

		ESTOSO	ESTOSA	OBSERVADOR IMPARCIAL	TOT	OBSERVACIONES
1) COMPONENTES VOCALES Y VERBALES (quejas, gemidos y otros)	NO OCASIONALES FRECUENTES	0	0	0		1.-
		1/2	1/2	1/2		
		1	1	1		
2) COMPONENTES NO VERBALES (gestos, muecas, otros)	NO MODERADOS SEVEROS	0	0	0		2.-
		1/2	1/2	1/2		
		1	1	1		
3) LENGUAJE CORPORAL (apretar los dientes, ríscaras, frótamientos)	NO OCASIONALES FRECUENTE	0	0	0		3.-
		1/2	1/2	1/2		
		1	1	1		
A) MOVILIDAD	NORMAL MODERADA FRECUENTE	0	0	0		4.-
		1/2	1/2	1/2		
		1	1	1		
B) POSTURA	NORMAL MEDIANAMENTE MAL DISTORSIONADA	0	0	0		5.-
		1/2	1/2	1/2		
		1	1	1		
4) MEDICACION	NINGUNA ANALGESICOS NO NARCOTICOS ANESTESIA Y/O ANALGESIA	0	0	0		6.-
		1/2	1/2	1/2		
		1	1	1		



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

ESCALA DE OBSERVACION

(BASADA EN 3 PUNTOS: SIN DOLOR, DOLOR MODERADO Y DOLOR SEVERO).

1) INTENSIDAD 0

Hay respiración normal, sin agitación

2) INTENSIDAD 1

La frecuencia y amplitud de la tasa respiratoria es modificada durante las contracciones. Todas las manifestaciones son consideradas como manifestaciones de dolor, ya sea intencional (por ejemplo: debido al entrenamiento psicológico) o puramente reaccional.

3) INTENSIDAD 2

IZT.

Es una suma de las manifestaciones antes señaladas, más signos de tensión que aparecen durante las contracciones. Estas incluyen reacciones controladas tales como: apretar las sábanas, la cama o la mano de otra persona (en nuestro caso del esposo). Estas manifestaciones cesan durante la relajación de las contracciones.

4) INTENSIDAD 4

Las manifestaciones descritas en el nivel 2 persisten durante las contracciones, indicando una ausencia de relajación.

5) INTENSIDAD 5

Signos de agitación se presentan durante las contracciones y posiblemente antes de éstas. Estos signos incluyen movimientos abruptos e incontrolados, como cuando la reacción se inicia.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

ANEXO COMPLEMENTARIO



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

Dirección General Médica

m e m o r á n d u m

EXCMO. D. F. a 5 de JULIO de 1941

Dependencia DELEG. REG. DONA NORTE, D
HOOR. REG. "MAY DE OCTUBRE "
Numero EXCMO. DE GINECO-OBSTETRICIA

JEFE DE GUARDIA DEL
SERVICIO DE TOCOQUIRURGICA.
R E S E N T E .

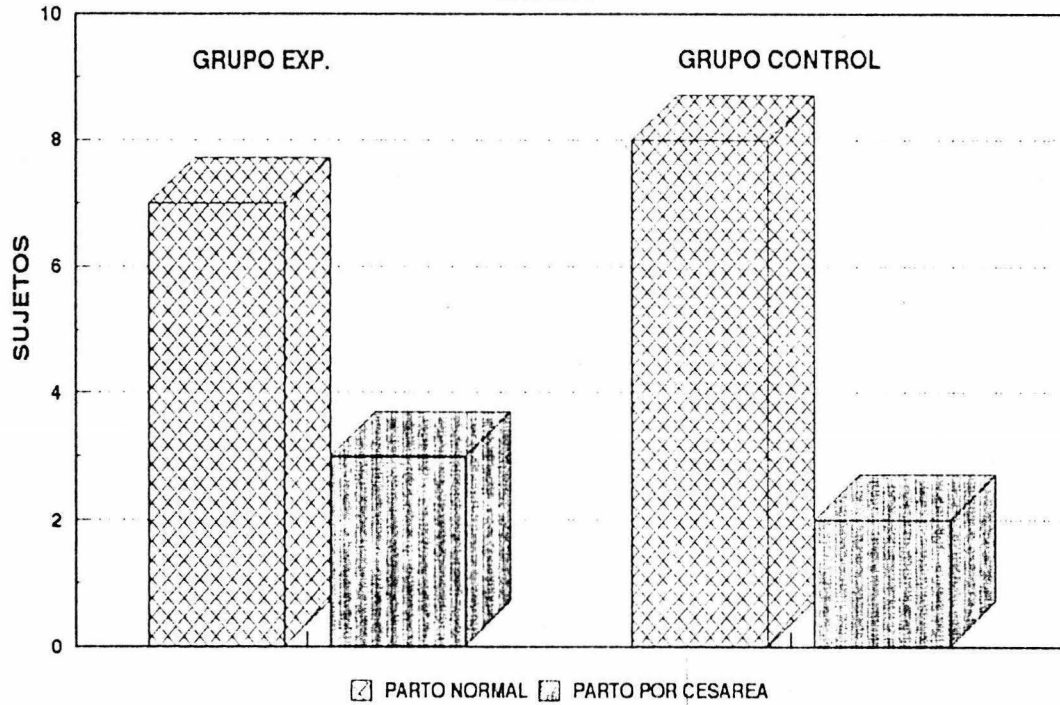
Por este conducto, me permito solicitar a ustedes, brindarme las facilidades necesarias, para la C. PSICOLOGA OLIVIA GUTMAN QUIROZ, a efecto de que se le permita la entrada a los enfermos de pacientes que han tomado el curso de Psicoprofilaxis.

T E N I E N D O

DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA AZOTA.
COORD. DEL SERV. DE GINECO-OBSTETRICIA

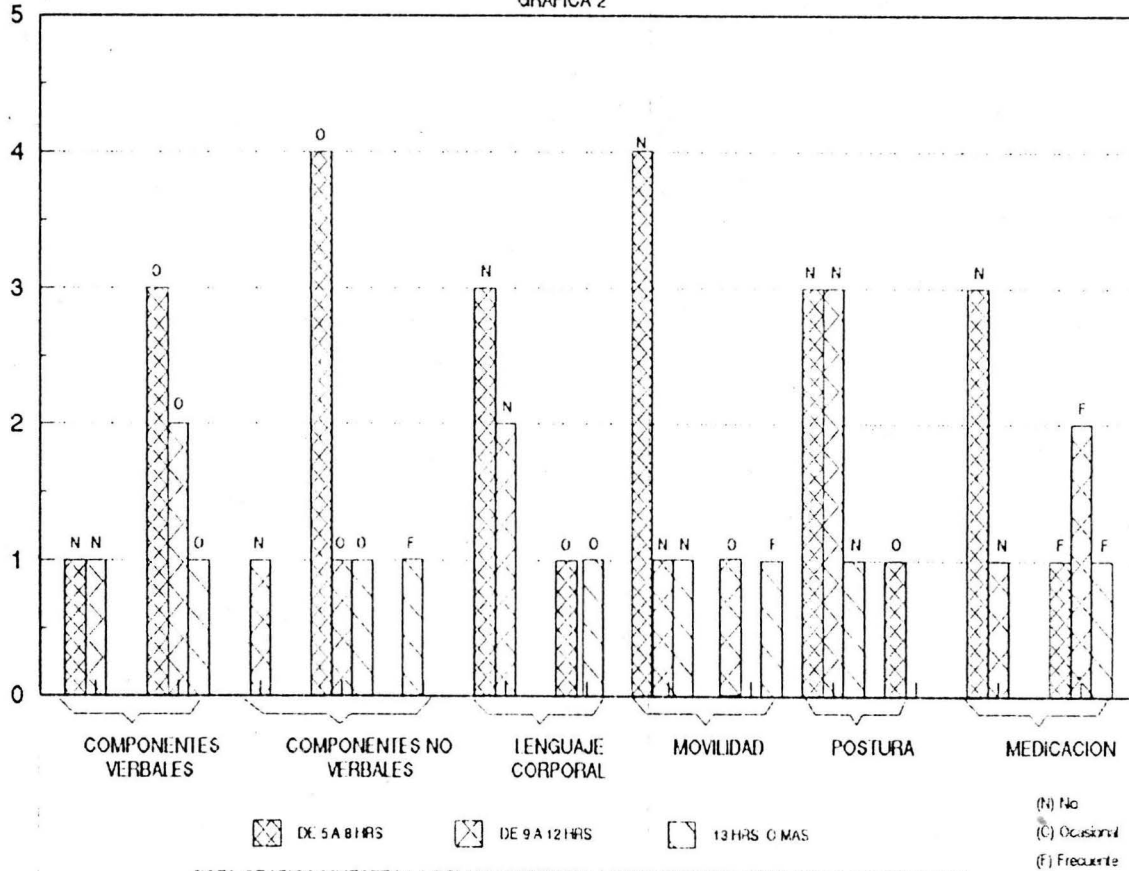
GRAFICAS

GRAFICA 1



ESTA GRAFICA MUESTRA LOS DIFERENTES TIPOS DE PARTO QUE OBTUVO EL TOTAL DE LA POBLACION DE ESTA INVESTIGACION

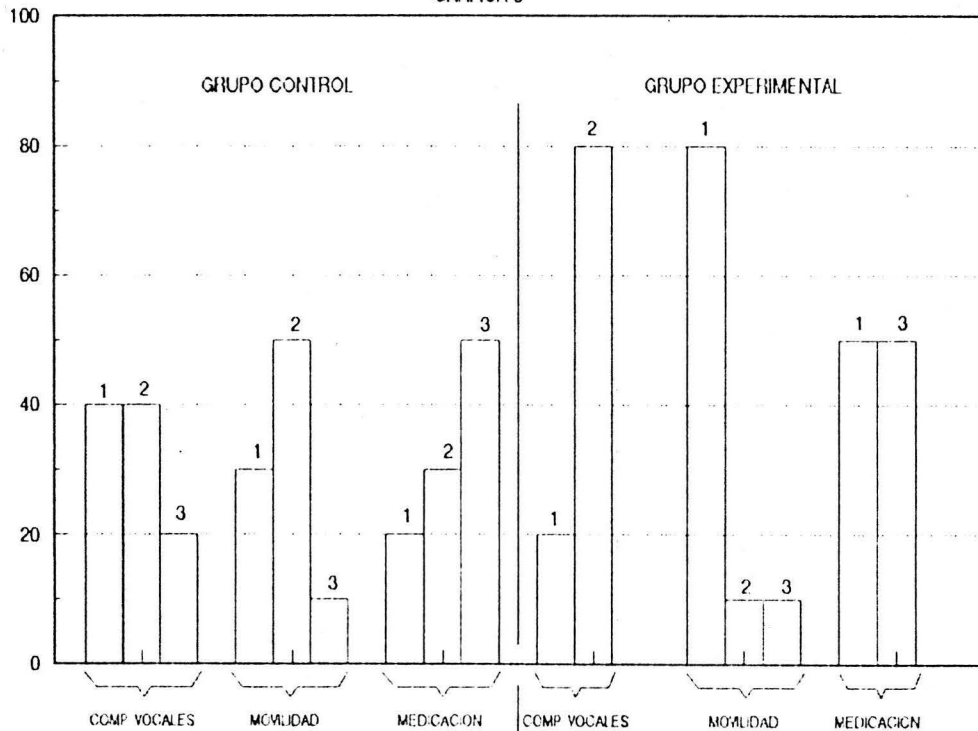
GRAFICA 2



ESTA GRAFICA MUESTRA LA RELACION ENTRE LA DURACION DEL PARTO Y LOS DIFERENTES NIVELES DE LAS MANIFESTACIONES DE DOLOR EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.

GRAFICA 3

3



COMP. VOCALES Y MOVILIDAD

- 1) NO
- 2) OCASIONAL
- 3) FRECUENTE

MEDICACION

- 1) SIN
- 2) CON ANALGESICOS
- 3) ANESTESIA Y/O ANALGESIA

ESTA GRAFICA REPRESENTA LAS DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS (EXPERIMENTAL Y CON CONTROL), DE ALGUNAS MANIFESTACIONES DEL DOLOR OBTENIDAS CON LA ESCALA DEL DOLOR

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aladjem, S. Riesgos en la práctica obstétrica. Barcelona. Salvat. pp.32-84. 1978.
- Armentrout, E. A. Pain patient MMPI. Subgroups the psychological dimension of pain. Journal of behavior medicine. Vol. 5 No. 2. pp. 201-211. -- 1982.
- Backer, M. A. Sex differences in human performance. New York. John Wiley and Sons. 1987.
- ✓ Bernstein, D.A. and Bonokoveck, T. D. Entrenamiento en relajación progresiva: manual para terapeutas. Madrid: Desclee de Brouner. 1973.
- Bethea, D.C. Enfermería materno-infantil. México: Interamericana. pp. 1-8 -- 1982.
- Botello Lluísia, J. y Clavero Nuñez, J. A. Patología obstétrica. En: J. Botello Lluísia y J. A. Clavero Nuñez (ed). Tratado de ginecología (tomo II). Barcelona: Científica-Médica. pp. 863-889. 1978.
- ✓ Bretón Silva, M.L. Psicoprofilaxis perinatal. Manuscrito no publicado. México: I.S.S.S.T.E. Hospital regional 1o. de octubre. 1990.
- Buytendijk, J.J. Pain and experience feeling o sensation. En: J.J. Buytendijk. Pain: its modes and functions. Chicago: University of Chicago --- Press. pp. 107-169. 1961.
- Campbell, D y Stanley, J. Diseños experimentales y cuasi-experimentales en investigación social. Buenos Aires: Amounnotu. pp. 25-36. 1970.
- ✓ Cautela, J. R. y Gnoden, J. G. Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial. México: Foca. pp. 29-43. 1988.
- Chapman, C.D. The behavioral managment of chronic pain: a response to critics. Chicago. Rev. Pain. Vol. 2. No. 22. 1980
- 7 Clumb, G.A.; Luscomb, R.L. y Scott, L. Relaxation training and cognitive - redirection strategies in the treatment of acute pain. Chicago. Elseviers, Biomedical Press. pp. 171-183. 1982.
- Conklin, K. A. Analgesia y anestesia en obstetricia. En: N. F. Hacker y J. G. Moore (eds). Compendio de ginecología y obstetricia. México: Mc. - Graw-Hill. pp. 121-133. 1968.
- Dowlin, S. Autonomic indices and realtive pain report on the Mac Guill --- pain questionarie. Chicago: Elseviers, Biomedical Press. pp. 387-392 1982.

- Eson, M.E. Bases psicológicas de la educación. México: Interamericana. pp. 1-16. 1978.
- Engels, F. El papel del trabajo en la transformación del mono al hombre. México: Cultura popular. pp. 1-18. 1978.
- García Sainz, J. Punto por acupuntura. México: Rev. Padres e hijos. Año XII. No. 1. pp. 19-35. 1991.
- Hacker, N.F. y Moore, J.G. (eds) Compendio de ginecología y obstetricia. México: Mc Graw-Hill. 1988.
- 1 Hernández Galindo, A. Y; Raya Gutierrez, M.R y Salazar Romero, S.P. Análisis del pensar y sentir de la mujer embarazada desde la perspectiva de Henri Wallon y Agnes Heller. México: U.N.A.M. Tesis de licenciatura. 1988.
- Jones, K.L. ; Shainber, L. N. y Byer, C.G. La sexualidad humana. México: Pax-Mex. 1984.
- Klaus, F. Cuidados de la madre. En: F. Klaus, L.S. Marshall y J.T. Kennel (eds). Asistencia al recién nacido de alto riesgo. México: Panamericana. pp. 157-183. 1981.
- Kozma, C y Anaujo, A.G. Medicamentos y embarazo: Aspectos clínicos, toxicológicos y farmacéuticos. Madrid: P.M.U. pp. 95-117. 1985.
- Krieske, P. El enigma del matricinado. México: Rev. de occidente. Año 1. Vol. 1. pp. 13-18. 1976.
- ✓ Lamaze, F. Punto sin dolor. París: Fayard. pp. 1-37. 1967.
- ✓ Levoyer, F. Por un nacimiento sin violencia. México: Daimon. pp. 77-95. 1987.
- Malow, R. W. The effects of induced anxiety on pain perception: A signal detection analysis. Chicago: Elsevier-North Holland, Biomedical Press. pp. 397-405. 1981.
- Masters, A. Y Johnson, V. El embarazo. En: A. Masters, V. Johnson y F. Koloday. La sexualidad humana. Tomo 1. México: Grijalbo. pp. 97-110. 1988.
- 1 Mac Cault, K.D. and Mallot, J. M. Distraction and coping with pain. Chicago. Rev. Psychological Bulletin of American Psychological Association: Vol. 95. No. 3. pp. 516-533. 1984.
- Melzack, R. The puzzle of pain. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Book. 1973.

- Melzack, R. and Wall, P. A. Pain mechanics: A new theory. En: T. H. Millon (ed) Medical behavior sciences. Washington: W.B. Saunders. pp. 153-164. 1978.
- Orne, M. T. Hypnotic control of pain: toward a clarification of diferent psychological proceses involved. New York: Raven Press. pp. 117-155. 1980.
- Procacci, E. F. Sensory functioning. En: M. A. Backer (eds) Sex differences in human performance. New York: John Wiley and Sons. pp. 4-28. 1987.
- Real Academia Española de La Lengua. Diccionario de La Real Academia Española. 20a. ed. Madrid: Espasa Calpe. 1984.
- Rachman, T y Wilson, S. (eds) Cognitive behavior therapy. En: T. Rachman y J. Wilson.- The effects of psychological therapy. Oxford: Pergamon Press. pp. 195-230. 1980.
- Saavedra, M; Gibbons, P and Tesler, M. How to children describe pain? A tentative — assessent. Chicago: Elsevier Biomedical Press. pp. 95-104. 1982.
- Sahagún, B. Fr. Historia general de las cosas de La Nueva España. México: Porrúa. (col. Sepán Cuantos No. 300) . pp. 25-45. 1982.
- ✓ Sánchez López, F. J. Psicoprofilaxis perinatal. México: U.N.A.M. (tesis de post-gradol. pp. 19-45. 1986.
- Sbronski, M. Cultural componentes in response to pain. En: T. Millon. Medical behavior-science. Washington: W. B. Saunders. pp-164-178. 1977.
- Scott, D. S. Myofascial Pain Dysfunction a Syndrome: A Psychobiological perspective. — Journal of behavior medicine. Vol.4. No. 4. pp. 451-462. 1982.
- Shachm, S; Reinhart, L. C. y Raubertas, R. F. Emotional states and pain intraindividual-on interindividual measures of association. Journal of behavior medicine. Vol 6.— pp. 405-418. 1983.
- Stenbanch, R. A. (eds) The psychology of pain. New York: Raven Press. 1978
- Stivalet, G. I. Yoga para el parto natural conciente. México: Pax. pp. 105-148. 1988.
- Strasberg, J. C. y Klinger, B. D. Sennation psychology. En: M. A. Backer (ed) . Sex — diferents in human performances. New York: John Wiley and Sons. pp. 29-36. 1987.
- ✓ Vellay, P. D. Parto sin dolor: principios, prácticas y testimonios. México: Azteca. — 1983.
- Weisenberg, M. Understanding and pain phenomena. En: R. J. Daitzman (ed) Diagnosis and behavior medicine. New York: Springer Publishing Co. pp. 90-150. 1983.
- Werrick, R. L.; Jarenko, M. F. and Taylor, P. W. Pain magnment severely burned adults: A test of stress inoculation. Journal of behavioral medicine. Vol. 4. No. 1 pp. - 103-109. 1981.