



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
" I Z T A C A L A "



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

EVALUACION DEL TRATAMIENTO
PSICOPROFILACTICO PARA LA
FASE GESTACIONAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

CARLOS CABRERA LAVERDE





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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

I Z T A C A L A

EVALUACION DEL TRATAMIENTO PSICOPROFILACTICO

PARA LA FASE GESTACIONAL

Autor : Carlos Cabrera Laverde

No. de Cuenta : 7002522-0

Generación : 75 - 79

Asesores :

Dr. Leopoldo García Monroy

Psic. Norma Coffin Cabrera

Ing. José Francisco Cabral Padilla

Tipo de Trabajo : Tesis Profesional

Carrera : Psicología

Año : 1 9 9 2

Lugar : Av. de los Barrios s/n Fraccionamiento Los Reyes -
Iztacala, Tlanepantla Edo. de México CP 54090 .

Agradecimientos :

Por su valiosa y apreciable colaboración -
, y sin la que el presente trabajo de tesis no hubiera sido
escrito jamás .

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, -
Especialmente en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de
Tlatelolco, a los integrantes del H. Cuerpo Médico la Sra. y
los Sres. :

Dra. Aura Toledo Medina
Dr. Manuel Cortés Bonilla
Dr. Francisco R, Hernández Alemán
Dr. Edmundo Espiritusanto Acho
Dr. Humberto Pérez Gonzáles
Dr. José Montes Reyes
Dr. Florentino Alvarez Sánchez

En la Clínica UMF - 16 del IMSS, al Sr.
Director Luis Gallegos Chavarría, al Dr. David Ortega Gara-
vito .

A la Universidad Nacional Autónoma de Mé-
xico en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Izta-
cala (ENEPI) a los profesores asesores de mi tesis :

Dr. Leopoldo García Monroy
Psic. Noma Coffin Cabrera
Ing. José Francisco Cabral Padilla

El presente trabajo de tesis, lo dedico afectuosamente, a las personas miembros de mi familia y a quienes debo reconocer, por su sincero y desinteresado apoyo a lo largo de mi existencia y estudios profesionales

A mi madre la Sra. Teresa Laverde Vda. de Cabrera

A mi hermana la Srta. Pilar Cabrera Laverde

A mi Tia la Sra. Carmen Laverde Vda. de Noriega

A mi Tio el Sr. Victor Laverde Daniel

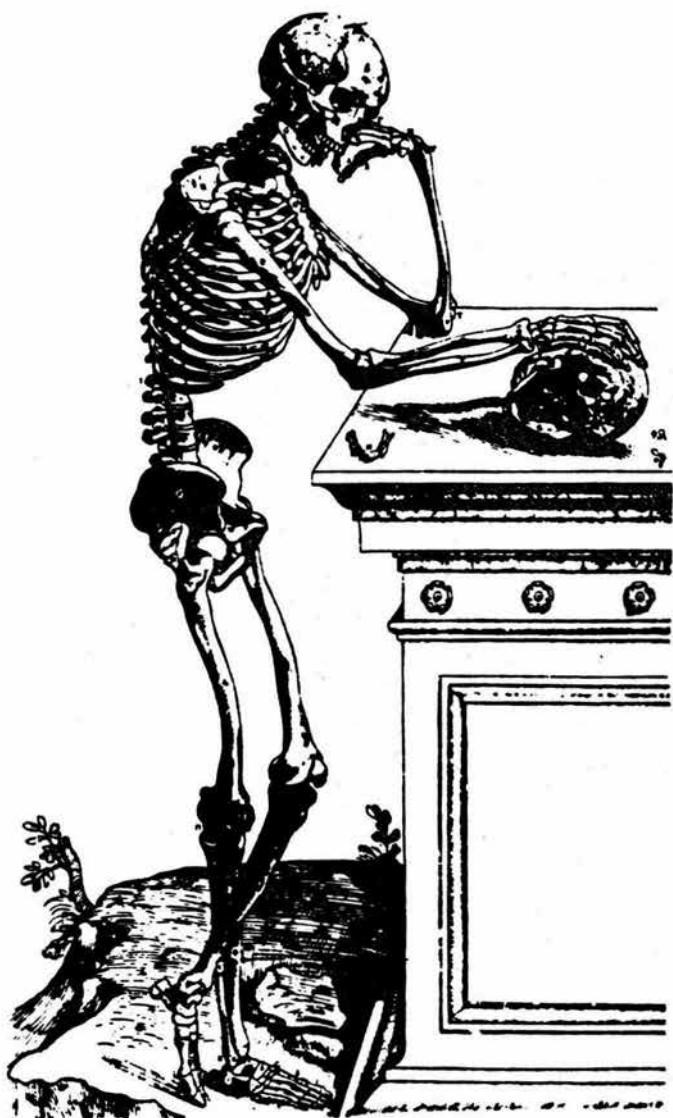
Y especialmente :

A mi Tio El Dr. Angel Noriega Muñoz q.e.p.d.

" EL SEÑOR CARLTON HABLA CON UN ESPEJO "

Señor Carlton: Conque eres tú
El Espejo: sí yo soy
Carlton: pero más soy
que lo que contemplo
Espejo: ¿ qué eres, pues,
si más eres ?
un sueter un cuello
unos lentes
Carlton: También un corazón
también un alma
también una voluntad
que conoce su meta
Espejo: eres una navaja de afeitar
en una garra
y más que eso jamás vi
Carlton: Mucho más que eso
soy una mente
cuyos vagabundeos
carecen de confines
al norte, sur y este
y oeste voy
y todas las cosas bajo dios
conozco
Espejo: habla si se te antoja
pero desconfío
y cuanto reluce
no es sino polvo
Carlton: No obstante recuerdo
lo que veo
y eso para los espejos es imposible

Conrad Aiken: The Coming Forth by Day of Osiris
Carlton (La salida al día de -
Osiris Carlton) .



I N D I C E

	Página
Agradecimientos - - - - -	3
Dedicatoria - - - - -	4
" El señor Carlton Habla con - un espejo " - - - - -	5
Introducción - - - - -	9
Psicoprofilaxis Obstétrica -	
Historia - - - - -	11
Orígenes del Parto sin dolor - - -	11
Parto Psicoprofiláctico - - - - -	14
Teoría de la Psicoprofilaxis - - -	16
Práctica de la Psicoprofilaxis - -	19
Capítulo I	
Antecedentes - - - - -	22
Capítulo II	
Método	
Resumen - - - - -	73
Objetivo - - - - -	75
Hipótesis - - - - -	76 - 77
Variables - - - - -	78 - 79 - 82
Tamaño de la Muestra - - - - -	83
Sujetos - - - - -	85
Selección de las Pacientes - - - -	85
Aparatos e Instrumentos - - - - -	94
Diseño Experimental - - - - -	95
Tipo de Registro - - - - -	96
Períodos Experimentales - - - - -	98
Procedimiento - - - - -	99
Fase de Línea base - - - - -	99
Fase de Tratamiento - - - - -	100
Evaluación - - - - -	103
Resultados - - - - -	104

	Página
Capítulo III	
Conclusiones -----	113
Apéndice -----	120
Bibliografía -----	198

I N T R O D U C C I O N

Al método Lamaze de preparación para el parto, se le -- considera como el mas difundido, conocido y practicado por las mujeres embarazadas inclusive en México .

No obstante el interes que el método a generado, por im plicar la satisfacción de las pacientes de sus expectativas en el proceso del parto. También ha propiciado la aparición de inquietudes médicas. Ha muchos clínicos aun les inquieta el hecho de que algunas técnicas de respiración empleadas -- por las pacientes preparadas con el método Lamaze puedan ser nocivas para el binomio madre-feto, debido a que algunas pue den provocar la hiperventilación .

También se ha especulado en relación a daños potencia- les, cuando en la práctica del método Lamaze de preparación al parto se hace énfasis en la aplicación mínima de analge- sia y anestesia a las pacientes, o en el decremento de inter venciones quirúrgicas o incluso en la presencia del esposo - de la paciente en el momento mismo del parto .

Inquietudes, que tal vez sin la evidencia clínica nece- saria, difícilmente se podrá determinar con certeza científi ca si los efectos que el método produce son nocivos o ino- cuos para la madre y el feto .

Estas inquietudes, ha su vez han encontrado respuesta - oportuna, puesto que se ha demostrado en diversos estudios - clínicos que el entrenamiento en psicoprofilaxis del parto - provee de beneficios psicológicos y fisiológicos al binomio madre-feto (Beck, N., y Hall, D., 1978). Se reconoce que la mujer preparada con el método Lamaze emplea varias técnicas y estrategias de autocontrol cognitivo y conductual. Ya que la aplicación del método implica la práctica y aprendizaje - de técnicas de respiración lenta y profunda, pujo etc., prác tica de gimnasia para la mujer embarazada cuyo propósito bá sico es el de tonificar y dar flexibilidad a los músculos - que estan involucrados en el trabajo de parto y esfuerzo ex- pulsivo, práctica de ejercicios de relajación y tensión neu-

romuscular o control psico-motor de grupos musculares específicos, así como aprendizaje de la teoría de la psicoprofilaxis, enfoque de la atención de la paciente en algún objeto fijo, masaje abdominal y lumbar e incluso ensayos o simulacros del parto .

Obviamente no se descarta, el que participen otras variables, como son la motivación de la mujer para prepararse , el soporte social y familiar, las expectativas de la mujer en relación a su parto, el estado de salud general de la mujer y la atención médica prenatal que reciba para garantizar condiciones favorables durante la etapa del desarrollo gestacional entre otras .

Desafortunadamente al momento de escribirse la presente, llama nuestra atención el hecho de que aún no se ha investigado satisfactoriamente el funcionamiento individual de los componentes que integran al método Lamaze el cual es aplicado durante el trabajo del parto. Es decir, no tenemos conocimiento de investigación alguna, que esté orientada a determinar el efecto individual de cada componente que integra el tratamiento psicoprofiláctico, sobre el control que ejercen las pacientes de sus funciones : respiratoria, de relajación-tensión muscular y cinestésica músculo esquelética y de la incidencia de complicaciones obstétricas, que pueden presentar las pacientes antes y durante el trabajo de parto .

Esto se debe a que el método Lamaze de preparación para el parto, siempre se ha examinado y tratado como un todo, - sin considerar que ese todo esta a su vez integrado por componentes (Worthington, E., y Martín, G., 1980). De aquí -- que en el presente trabajo de Tesis de investigación aplicada, se observará la aplicación de un diseño factorial y del método científico, con el objeto de evaluar en forma individual a los componentes que integran al tratamiento Psicoprofiláctico y conocer sus efectos en el control que tengan las mujeres de sus funciones durante el trabajo de parto .

PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA HISTORIA .

El concepto del inicialmente llamado " Método del Parto sin Dolor ". Ha sufrido una serie de modificaciones, a partir de los estudios de Fisiología Humana de Pavlov, quien tuvo el mérito de convertirlo en Método Científico, sacándolo de los límites del empirismo con el cual fué manejado en otras épocas (Gavensky, R.V., 1968); (Makeiva, O.J., 1959) .

El método ha sufrido desde entonces una serie de modificaciones a través de las numerosas experiencias, llegándose a tener como la finalidad actual " La Educación Integral para la Embarazada " . En donde se acepta el dolor como la filosofía normal del trabajo de parto (Iffyl, L., Kaminetsky, A.H., 1958); (Cogan, R., 1980) .

ORIGENES DEL PARTO SIN DOLOR .

La lucha para quitar el dolor a las mujeres embarazadas, por medios físicos corresponde al siglo pasado siendo Mesmer (Francia 1776), el que inicia la doctrina llamada " Era Mágica de la Hipnosis " , que afirmaba que la influencia de un individuo sobre otro ocurre por medio de un fluido, " Magnetismo Animal " , siendo dicho autor refutado por la Academia de Ciencias Francesa (Zdravomislov, V.I., 1959) .

Posteriormente un cirujano inglés Braid (1892), quien introduce el término " Hipnotismo " , se debe el remplazo de los Pases Mágicos por la sugestión oral (Chertock, L., 1958) .

La " Etapa Empírica " , donde se produce el desarrollo del Hipnotismo y la sugestión como métodos psicoterapéuticos se inicia en el año de 1878 con Charcot (de la escuela de Salpe-

triere, París) y Berheim (En Nancy), para el primero la Hipnósis era una histeria artificial, y para el segundo no era un estado patológico, puesto que puede producirse en sujetos clínicamente sanos y normales (Makeiva, O.J., 1959); (Chertok, L., 1958) .

En 1880 Liebault consigue de este modo hacer parir a varias pacientes sin dolor, le siguen otros como Dumont Pellier (1886), que tiene éxito con la hipnósis al igual que Mesnet, Auvard Varner des Chesnais y P. Joire, que en 1899 afirma: para empezar " el dolor no es necesario y no tiene ninguna utilidad, para la función fisiológica del parto " .

En diversos países otros médicos ensayan la hipnósis: Kingsbury en Inglaterra, Schrent - Notzing en Alemania, Pritzl - en Austria y en Rusia hacia 1890 el método se aplica por Bechterew y Tokarsky .

La " Etapa Científica de la Hipnósis " se inicia en Rusia en 1920, con motivo de los Trabajos de Pavlov, quien estudia por exploración fisiológica a la Hipnósis, dándole una interpretación científica. Así la sugestión hipnótica deja de ser algo misterioso y su práctica puede desarrollarse y perfeccionarse .

En 1923 Platonov y Velvosky, demuestran claramente la necesidad de luchar contra el miedo al parto mediante procedimientos psicoterapéuticos (Gavensky, R.V., 1968) . Posteriormente Platonov y colaboradores investigan todas las variantes de la preparación Hipnótica: Parto bajo hipnósis o en estado de vigilia, con o sin presencia del psicoterapeuta. La hipnósis adquiere así la categoría científica y es utilizada en los partos por Vigdorovich y Sirkin, en forma individual o en grupo . Zdravomislov prepara mil mujeres para el parto entre 1925 y 1938 publicándose su libro " El Parto Bajo Hipnósis "

que se traduce al castellano en 1958 .

Esta experiencia íntegra fué positiva para evidenciar la inutilidad de los dolores del parto y la inocuidad de éste -- método . Sin embargo por dificultades ambientales y del personal no se trató de un método de masas y no se logró generalizar a pesar de los esfuerzos de Velvosky . Pero confirmó la realidad de la " analgesia verbal " y esa convicción permitió a Velvosky y colaboradores crear el Método Psicoprofiláctico (Chertock, L., 1958); (Zdravomislov, V.I., 1959) .

Posteriormente pasamos a la " Etapa de la Transición hacia el Método Psicoprofiláctico " donde A. Nikolaiév y otros en 1936 insisten en la importancia de las visitas prenatales de la mujer para la preparación analgésica y física, abriéndose se la idea de la profilaxia del dolor y la necesidad de quitar el miedo (Nikolaiév, A.P., 1964) .

Hacia la misma época, un médico inglés G. Dick Read (1933), estudiaba en Birmingham Inglaterra, los factores psicológicos del dolor del parto y buscaba suprimirlos. Dick Read no desarrolló ninguna teoría científica para su método, conoce la vía de la regulación del tono, que de la distensión muscular externa conduce a la relajación interna afectiva (LePAGE , F.G., Langevín-Droguet, 1955) .

El llamado Método Psicoprofiláctico fué creado en 1940 - por Velvosky en colaboración con Platonov y dos tocólogos V. Ploticher y E. Sugom en el servicio de Neuropsiquiatría del - Ministerio de Transportes de Krakov (Rusia). La base científica del mismo se apoya sobre los siguientes trabajos y experiencias Pavlovianas y de su escuela .

- 1) Teoría - Reflejo condicionado y de su actividad nerviosa superior de Pavlov.

- 2) Trabajos sobre el dolor de Erofeeva (1912), Bykov, Fchonik y Rogov .
- 3) Trabajos de Bykov sobre la interocepción y fisiología cardiovascular .
- 4) Estudios acerca de la palabra como factor - fisiológico y terapéutico de Krasnogorsky,
- 5) Estudios de Platonov sobre la hipnósis y la Psicoterapia .

En 1951, después del Congreso celebrado en Leningrado - (Rusia), sobre Analgésia Obstétrica dónde se comunican los -- resultados favorables de su aplicación y se promulga por el - Ministerio de Salud Pública de la U.R.S.S. el decreto de generalización del método a todo el país, como metodo reglado y preciso ademas de racional (Chertock, L., 1958) .

Desde 1952, Fernand Lamaze en Francia, a su retorno de -- la Unión Soviética, implanta la psicoprofilaxis en la maternidad del policlínico de Metalurgistas " Pierre Rouques ". Con la colaboración de A. Bourrel, R. Angellergues, P. Vellay, H. Hersilie y F. Le Guy, quienes aplican la psicoprofilaxis contribuyendo a imponer el pensamiento pavloviano en Europa y -- América Latina .

En México se da amplia difusión al Método de Psicoprofilaxis por el Dr. Guillermo Santibañez y el Dr. Ramiro Ruíz Dura y otros, quienes dan relevancia a la educación de las parejas en el proceso reproductivo, (A.M.G.O. México, D.F., 1984)

PARTO PSICOPROFILACTICO

Realmente no forma parte del " Parto Dirigido ", sino que es realmente una excelente preparación para que éste dé buen-

No forma parte del parto Dignificado, sino que es una excelente preparación para que este de be-

- 15 -

nos resultados. Esta es la razón por la que brevemente lo describiremos .

Este procedimiento no es la consecuencia de la introducción de drogas o medicamentos sino mas bién el resultado de una comprensión distinta del parto .

Es un hecho de conocimiento casi vulgar el que las mujeres se comportan de muy distinto modo en el momento del parto , según su educación sus principios y su psicología (Botella, L., Clavero, J., y Cabrera, D., 1982); (Chávez, A., 1983) .

Mujeres que desean vivamente tener un hijo y que no tienen miedo al parto apenas y se quejan. Mujeres que esperan -- con temor el momento de ser madre, no solamente por miedo físico sino por temor a asumir ante la vida la responsabilidad que ello supone, adoptan actitudes descompuestas (Botella, -- Clavero y Cabrera, 1982) .

Cuando existe ya una certeza de embarazo, es frecuente -- que aparezca el temor que este no llegue felizmente a término este miedo se basa en la posibilidad del aborto, del cual toda embarazada ha escuchado historias más o menos cercanas -- a la realidad (Chávez, A., 1983) .

Se han encontrado ciertas características de personalidad entre mujeres que presentan abortos espontáneos (Grim, E.R., 1962), (Blau, A., Slaff, B., Easton, K., Welkowitz, J., Springram, J., y Cohen, J., 1983). Generalmente son personas dependientes sobre todo con sus madres, con fuerte tendencia a sentirse culpables, con poco control sobre su emotividad y dificultad para lograr una adecuada identificación con el rol femenino (Chávez, A., 1983) .

Niñas mimadas que no se han enfrentado nunca con una dificultad y que no valoran suficientemente su posición, se deshacen en gritos y espavientos, mientras que un marido que cree ser el mejor si es complaciente, o una madre que cree que su misión en el mundo es mimar y no educar corean a la " pobre víc

tima " sin pensar en el prejuicio que le hacen (Botella, Clavero y Cabrera, 1982) .

Se ha visto también que cuando las pacientes dan a luz - solas y tranquilas al cuidado de su enfermera y su médico, - en una clínica bien organizada, alborotan menos que cuando - lo hacen en medio del ambiente familiar (Botella, Clavero y - Cabrera, 1982) .

TEORIA DE LA PSICOPROFILAXIS

ANTECEDENTES
En tiempos recientes dos escuelas han estudiado el estado psíquico de la parturienta (o psicología del parto) y - han tratado de llevarlo a un mejor terreno para disminuir la sensibilidad dolorosa del parto. Por una parte la escuela -- inglesa de Dick Read y por otra la escuela de los rusos .

Se saldría de los límites del presente entrar a discutir los conceptos de unos y otros autores. Desde 1912 los disci-- pulos del ruso Pavlov, han trabajado sobre los reflejos condi-- cionados. Han demostrado que la sensación dolorosa consciente como fenómeno puramente cerebral, puede desencadenarse como - un reflejo condicionado .

Un sujeto que introduce una pierna en agua a 40 C. experi-- menta una sensación de calor hiperemia y sudación. Si este ac-- to se repite muchas veces al mismo tiempo que se hace sonar - un timbre, el individuo llegará a asociar las sensaciones de calor del agua y el sonido del timbre y simplemente al oírlo experimentará la misma impresión, aún cuando el agua se haya variado de temperatura (Lamaze, F., Vellay, P., 1954), (Pa-- vlov, I., 1972), (Chertock, L., 1958), (Gavensky, R.V., 1968) , (Velvosky, I., Platonov, V., Ploticher y Sugom, E., 1963) .

Del mismo modo si se verifica este experimento con agua a

60 C. el sujeto notará isquemia del miembro unida a la sensación violenta de dolor y quemadura. Si este sonido se repite con un sonido distinto del anterior por ejemplo una campana, la sensación de dolor y la isquemia la asociará al sonido de la campana. Si se le sumerge el pié, al cabo de mucho tiempo de entrenamiento en agua a 60 C., en agua mas fría, sólo a -- los 40 C. pero se le hace sonar la campana en vez del timbre , experimentará la sensación de dolor y la isquemia. Viceversa, si con agua a 60 C. se hace sonar el timbre, experimentará calor, hiperemia y sudación .

El sonido del timbre y de la campana constituyen lo que - los autores rusos llaman " señalización " que puede ser también sustituida por la " palabra " y la " ideación " de tal - manera que el timbre puede sustituirse por decir " agua ca-- liente " y la campana por la palabra " agua quemando " .

En estas condiciones el sujeto así preparado por la repetición de este acto de entrenamiento y señalización durante - mucho tiempo, bastará con decirle " agua quemando " para que experimente la sensación de quemadura aún con agua a 40 C. -- (Botella, Clavero y Cabrera, 1982) .

Suponen estos autores que el dolor de parto se ha creado por una señalización, en la cual la idea de que el parto es - un fenómeno doloroso, conceptos que en nuestra cultura han si do asociados desde tiempo atrás y por tanto se ha creado un - reflejo condicionado .

El argumento de los autores rusos sería correcto si no se viera en él una intención demasiado directa de atacar la civilización capitalista burguesa. Debido a que no dicen estos au tores, pero lo dejan entender, que la culpa de que la mujer - dé a luz con dolor lo tienen las culturas hebreas y cristia-- nas, que nos han enseñado que Dios arrojó a la mujer de paraí so anunciándole que pariría con dolor .

Por otra parte tienen otros puntos débiles que debemos comentar :

1) Está demostrado que un reflejo condicionado puede adquirirse señalizando por medio de una ideación a lo largo de la vida. El conductor de un automóvil realiza una serie de reflejos condicionados mientras va pensando en otras cosas. Pero ningún conductor de automóvil nace sabiendo conducir, aunque su padre haya sido un experimentado conductor .

Es decir que la experiencia de los reflejos condicionados no se ha podido demostrar hasta ahora que sea hereditaria .

¿ Cómo explicar ahora que la mujer que nunca ha dado a luz, simplemente por que ha oído decir que el parto es doloroso puede tener un reflejo doloroso condicionado ? .

Parece mucho más fácil que explicar este fenómeno, por el complicado mecanismo de la escuela de Pavlov, admitir que la mujer tiene un temor subconsciente al parto .

Este temor desaparece en sucesivas experiencias y por eso las múltiparas sufren mucho menos que las primíparas .

2) La segunda crítica que puede hacerse a la teoría rusa es que los animales también dan a luz con dolor, si bien en efecto, este dolor es menor en la especie humana no era solamente debido a una idea preconcebida, sino que se debía a que era mucho más difícil que el parto en las especies animales - (Botella, Clavero y Cabrera, 1932) .

Parece, por lo tanto, más fácil aceptar el punto de vista de la escuela inglesa que admite simplemente, que el parto humano sería indoloro, sino poco doloroso, sino estuviera pervertido por una educación errónea recibida por la mujer. En este sentido, los autores ingleses llaman al parto indoloro - por métodos psicoprofilácticos " parto sin miedo ", expresión que parece más adecuada que la de parto sin dolor, y que no -

presupone ningún mecanismo etiológico, sino que acepta simplemente una explicación más vulgar y sencilla .

PRACTICA DE LA PSICOPROFILAXIS

Si los fundamentos teóricos son discutibles no lo son en cambio los resultados prácticos. El educar a la mujer durante la gestación en la idea de que el parto va a ser indoloro, en señarle lo que en realidad constituye la esencia del acto obstétrico, previniéndola así contra los posibles temores y finalmente entrenarla en algunos movimientos necesarios para que preste una mejor " colaboración " activa en el parto, constituye la esencia de la preparación psicoprofiláctica sobre cuya realización vamos a dar algunas directrices :

1) La preparación psicoprofiláctica debe empezar temprano en el embarazo, consiste esencialmente de ocho conferencias - teóricas prácticas acompañadas de la realización de movimientos gimnásticos, cada una de estas conferencias se destina a enseñar a la mujer los fundamentos del embarazo y del parto .

Se deben hacer lo más sencillas posible, a fin de enseñar no solamente los fundamentos de lo que con ellas se va a hacer sino de convencerlas de su eficacia; los temas generales de las lecciones son los siguientes :

2) Primera Lección.- Esta primera lección debe darse entre el cuarto y quinto meses de la gestación. En ella debe instruirse a la mujer, sobre la anatomía del aparato genital y de los órganos de la reproducción, la fecundación y su mecanismo, así como la evolución del huevo y la vida del feto en el útero y debe prevenirse a la mujer de lo peligroso que es escuchar conversaciones erróneas o lecturas de lo que puede ocurrirle en el parto .

3) Segunda Lección.- En la segunda lección debe explicarse los reflejos incondicionados y los reflejos condicionados

. Si bien nosotros dudamos de la aplicabilidad de la teoría de los reflejos condicionados al parto psicoprofiláctico, -- creemos que es de gran utilidad enseñarla a las mujeres. No es tan importante crear en ellas la idea de un fenómeno científico real cuanto de establecer en ellas una " idea " que les servirá de base en su preparación psíquica. Sin embargo se procura abstenerse de comunicar dudas, la segunda lección se acompaña de la práctica de los ejercicios respiratorios .

4) Tercera Lección.- Se explica a las pacientes en qué consiste la respiración, la importancia de la oxigenación para la vida del feto y al mismo tiempo se debe continuar enseñando la práctica de un ejercicio respiratorio. Este ejercicio respiratorio permite solamente entrenar a la mujer para la realización de otros ejercicios más importantes que debe aprender mas adelante .

5) Cuarta Lección.- Se explica teóricamente a la mujer en que consisten las fuerzas de la expulsión del parto al mismo tiempo que la importancia de la contracción de la prensa abdominal y de la relajación de los músculos del grupo perineal. Esta enseñanza teórica se acompañará de un gran énfasis sobre lo perjudicial que es realizar en el parto movimientos de contracción y relajación que deberían de continuar en sesiones prácticas diarias de entrenamiento durante el embarazo .

6) Quinta Lección.- En esta lección se explicará la fisiología del período de dilatación. Es necesario aquí enseñar a la mujer que la contracción uterina al principio del parto no es necesariamente dolorosa y que contracción no es sinónimo de dolor. Al mismo tiempo se explicará como los movimientos de la respiración superficial y de respiración profunda realizados durante los últimos meses del embarazo pueden crear un reflejo esteroceptivo y desviando la atención del fenómeno de la contracción dolorosa, permitir que las contracciones de la dilatación sean indoloras durante un tiempo bastante largo. - En cuanto a enseñanza práctica se practicarán los ejercicios de relajación muscular y de respiración .

7) Sexta Lección.- Se explica teóricamente el período de expulsión. Se vuelve a insistir en la importancia de la prensa abdominal, y se pone de manifiesto el papel de la inmovilización del diafragma en posición baja, para comprimir favorablemente al músculo uterino. Este mecanismo ayuda a la prensa abdominal por parte del diafragma, debe ser claramente explicado y así mismo debe practicarse la gimnasia de contracción de la prensa abdominal, con ayuda de barras y estribos y al mismo tiempo la práctica de la respiración rápida y jadeante. Esta lección en ocasiones hay que repetirla dos o tres veces y la práctica gimnástica anexa a la misma realizarla durante varios días seguidos .

8) Séptima Lección.- Esta explicará los síntomas del comienzo del parto, en que momento la mujer debe ir a la clínica y en que momento debe llamar al médico. Debe explicarse el concepto de falsas contracciones y sobre todo a las primíparas, ponerlas en guardia contra una alarma demasiado temprana, esta lección debe ir acompañada de una visita a la clínica, mostrarle todas las instalaciones y servicios así como presentarle al personal con el objeto de familiarizarse con el ambiente en el cual se va a dar a luz (Dick Read G., 1944); (Velvosky, Platonov, Ploticher y Sugom, 1960); (Chertock, L., 1958); (Gavensky, R.V., 1969); (Nikolaiév, A.P., 1964); (Zdravomislov, V.I., - 1959); (Vellay, P., Bourrel, A., y Jeanson, C., 1980); (Wright, E., 1983); (Lamaze, F., y Vellay, F., 1952); (Lapierre, A., 1978); (Botella, J., Clavero, J., y Cabrera, D., 1982) .

9) Octava Lección.- Comprende una revisión y repaso del contenido de la lección previa .

Capítulo I

A N T E C E D E N T E S

La experimentación y la investigación al psicólogo clínico le han permitido comprender que los estados emocionales - de la mujer durante la preñez, (Zazz, Sameroff y Farnum, 1975), han demostrado tener un efecto en el proceso de la liberación (expulsión) del producto .

En particular un alto nivel de ansiedad en la mujer preñada ha sido asociado con una variedad de complicaciones obstétricas y con anomalías del nacimiento (Zazz y cols., --- 1975). Los nacimientos prematuros han sido asociados con las actitudes maternas negativas relacionadas a la preñez y a la inmadurez emocional de las mujeres (Scott y Rose, 1976), - (Brighth, 1982), (Blau, Welkowitz y Cohen, 1984), (Reading y - Cox, 1985), (Bonstein, 1958), (Berg, Taylor, Edwards, y Hakason, 1979) .

Estos hallazgos han propiciado el desarrollo de programas para la mujer embarazada que pueden potencialmente modificar sus actitudes hacia el nacimiento y el embarazo y así, - como mejorar su estado emocional (Zazz y cols., 1975), (Wide- man y Singer, 1984, pág.1357), (Ciliska, 1983, pág. 215); (_ Lamaze, F., 1974), (Crandon, 1978), (Scott y Rose, 1976), -- (Norton y Johnson, 1983), (Barnes, A., 1976), (Burnett, W., - 1956), (Braverman, J., y Roux, F.J., 1978), (Peoples, Conell, y Gordon, 1984), (Al Nahi, Brown, Dale y Anderson, 1984) .

Un ejemplo básico de esos programas, es el Parto Natural por el Método de Bradley, que lleva el nombre de su creador - el Dr. Robert A. Bradley de Dénver Colorado (EUA), este es un método fisiológico que al igual que el método de Read, pone - de manifiesto que el trabajo de parto es un proceso normal, - así también el Método Psicoprofiláctico, que en Inglaterra da principio con el texto clásico del Dr. Grantly Dick Read, el - que explica brevemente, que la mujer experimenta dolor durante la labor del parto, por que la sociedad ha condicionado -- por medio del aprendizaje a la mujer para que ésta tenga esa

Expectativa (Beck y Hall, 1978) .

Dick Read por su parte ha bosquejado un proceso llamado ciclo de temor - tensión - dolor, con él hipotetiza, que el temor es inducido socialmente en lo referente a la labor de parto y que el temor produce tensión muscular en las fibras circulares de la pared inferior del útero, resultando de esto una percepción y sensibilización aumentada del dolor .

En el programa del Dr. Read, se enseña a las madres qué es lo que pueden esperar y como podrían ayudarse a sí mismas durante el parto, se intenta quitar el miedo y eliminar, por tanto la tensión y el dolor. Las clases sobre el parto natural tienen como finalidad ayudar a la madre a que coopere en el proceso natural del parto, para que se controle y pueda participar activamente en el nacimiento de su hijo. Para esto se le enseñan a la madre ejercicios para reforzar los músculos que participan en el proceso del nacimiento y técnicas de respiración que le ayudan a relajarse durante el parto -- (Dick Read, G., 1972), (Lapierre, A., 1973), (Makeiva, O.J., 1960), (Bonstein, J., 1958) .

Un segundo plano en el desarrollo de estos programas y técnicas esta representado por los estudios efectuados por el investigador soviético Velvosky y de sus seguidores. Así como el Dr. Read, Velvosky (1960) ha negado que la labor del parto sea inherentemente una experiencia dolorosa, él deriva del trabajo del fisiólogo I. Pavlov un procedimiento de tratamiento (Beck y cols., 1973) que está basado en las técnicas del condicionamiento clásico, el que tiene como propósito el inhibir la experiencia del dolor a nivel cortical (Volvosky, J., Platonov, K., Ploticher, V., y Shugom, E., 1960) .

Rápidamente el mundo occidental se ha de familiarizar con esta aproximación (usualmente conocida como Método Psicoprofiláctico (PPM), a través de los estudios reportados por Chertock y F. Lamaze este segundo autor en Francia; ha sido asociado intimamente con la Psicoprofilaxis y su nombre es ahora sinónimo de la Técnica denominada método Lamaze .

El Método Lamaze también basado en principios pavlovianos es un programa que tiene como objetivo el educar a la futura madre respecto a las etapas de la preñez, el proceso del nacimiento del bebé y del rol que tiene la mujer en todo esto. En tanto que la ansiedad asociada al nacimiento del bebé, es concebida y relacionada con el dolor anticipadamente asociado al proceso y esfuerzo que implica la expulsión del producto como consecuencia de las contracciones de las fibras musculares uterinas. Por tanto en este programa de tratamiento se hace un esfuerzo para desarrollar en la mujer un completo entendimiento de la labor del parto (Lamaze, F., 1974), (Lamaze, F., Vellay, P., y Hersilie, H., 1954), (Lamaze, F., y Vellay, P., - 1952), (Lamaze, F., y cols. 1953) .

Individualmente en este programa se tiene como propósito - el enseñar la relajación a la mujer por medio de ejercicios - de disociación muscular, como medio a ser utilizado a fin de vencer y controlar la ansiedad, así como de manejar el dolor (Beck y cols., 1978); (Botella, Clavero y Cabrera, 1982); -- (Rolland, A., y Rolland, P., 1954) .

En resumen ciertos ejercicios físicos, de relajación y -- técnicas de respiración son practicados por la mujer para lograr una labor del parto y expulsión mas cómodas, (Lapierre, A., 1978), (Worthington y Martín., 1980) .

Ahora bien no obstante lo atractivo y práctico que pudieran parecer o ser este tipo de tratamientos y técnicas, en pocos estudios de investigación se ha intentado evaluar los -- efectos del Tratamiento en la Preparación al Parto (Beck y -- cols., 1978). Los estudios diseñados para evaluar la efectividad del tratamiento se inician en 1940 y siguen efectuandose hasta nuestros días. En varias oportunidades durante la historia de estas investigaciones los autores de ellas, han manifestado el alcance de las mismas, así como han señalado los - efectos producidos por el procedimiento de tratamiento (Worthington y Martín, 1980), (Beck y cols., 1978) .

Posiblemente estos efectos ocurren a diversos niveles. Algunos estudios han reportado que el tratamiento para el parto tiene como resultado efectos de tipo psicológico, como en el caso de un decremento en la percepción del dolor (Beck y cols., 1978), incremento en cooperación por parte de la madre durante la labor del parto, un decremento en la depresión post-parto y una actitud más positiva relacionada a futuras preñeces.

Otros estudios han reportado una serie de beneficios desde el punto de vista obstétrico, incluyéndose la reducción en la aplicación de medicamentos analgésicos y anestésicos, un menor grado de pérdida de sangre de lo normal, decremento en la incidencia de intervenciones obstétricas significativas incluídas, la liberación por fórceps, episiotomías, episorrafias y secciones cesáreas, así como la duración breve de la labor del parto (Zazz y cols., 1975); (Wideman y Singer, 1984), (Norton y Johnson., 1983); (Reading y Cox, 1985), (Sharley, 1970), (Norr y cols., 1978).

Algunos autores han reportado que el entrenamiento produce efectos que son benéficos al bebé (Wideman y Singer, 1984) incluyéndose el incremento en oxigenación de la sangre fetal, iniciación más rápida del inicio de la respiración que sigue a la expulsión, un decremento en la incidencia del empleo de métodos de resucitación y ajuste a los procedimientos de enfermería y decremento en la tasa de mortalidad infantil y enfermedad.

ESTUDIOS SOBRE CLASES DE PREPARACION PARA EL PARTO

En 1954 Thoms y Karlovsky, estudiaron 2, 000 partos de primíparas que habían recibido preparación par el parto. A las mujeres se les informaba acerca del embarazo y el trabajo del parto, se les adiestraba en técnicas de relajación, y se les preparaba " psicológicamente " al parto, según las indicaciones de G. Dick Read (Dick Read., G., 1944).

Thoms y Karlovsky (1954) no compararon los partos de mujeres preparadas y no preparadas de suerte que su trabajo no debería incluirse en esta revisión; pero adquirió cierta importancia por servir de base al desarrollo de programas de preparación al parto en E.U.A. Thoms y Karlovsky quedaron convencidos de que su programa de preparación al parto produciría un número muy reducido de recién nacidos deprimidos, trabajos de parto más breves, menos partos quirúrgicos, menos pérdidas de sangre, una convalecencia ligera y por último madres felices .

En 1956 Laird y Hogan compararon los datos de 249 pacientes de consulta particular y general que eligieron y recibieron clases de preparación al parto, 96 pacientes de la consulta general eligieron y recibieron clases de preparación al parto, después de preguntarseles si estaban interesadas en las mismas y también participaron 302 pacientes de la consulta general que no eligieron asistir a dichas clases (Laird y Hogan, 1956), la preparación al parto consistió de una serie de clases impartidas por una enfermera obstétrica titulada, que previamente había impartido clases demostrativas sobre el parto natural en un centro de maternidad. Laird y Hogan (1956) demostraron diferencias importantes en los tres grupos de mujeres en cuanto a medicamentos administrados durante el parto. No hubo necesidad de administrar analgésicos durante el parto en el 27% de los casos que escogieron las clases, ni en el 22% de las que asistieron a las clases después de invitarlas a asistir, y sólo en el 6% de las que no asistieron a la preparación al parto. En los grupos que asistieron a la preparación al parto hubo necesidad de administrar poco o nada de anestesia .

Tanzer (1967) comparó los datos de 14 mujeres que no escogieron ni recibieron preparación para el parto, y de nueve que no eligieron dicha preparación, pero que la recibieron al indicarlo sus médicos. La preparación al parto consistió de una serie de clases Lamaze. Tanzer comprobó varias diferencias entre las que recibieron preparación al parto y las que

no lo recibieron. A diferencia de las mujeres que no, las que lo recibieron, mostraban una actitud mental mas positiva hacia el embarazo, recibieron menos medicamentos durante el parto. No hubo diferencias significativas entre las mujeres que escogieron y recibieron preparaci3n para el parte y las que -- no lo eligieron y no obstante lo recibieron (Tanzer, 1976) .

Otro trabajo importante es el de Enkin y cols., (1972) en que se comparan tres grupos de mujeres seleccionadas en cuanto a edad n3mero de embarazos y fecha del parto. Había 28 mujeres en cada grupe. Las del grupe 1 escogieron y recibieron preparaci3n para el parte, las del grupe 2 escogieron asistir a clases pero no fu3 posible (por falta de cupo) . Las del grupe 3 no escogieron ni recibieron preparaci3n para el parte . La preparaci3n consistía en una serie de clases Lamaze. Los grupos eran equivalentes en cuanto a nivel cultural o duraci3n del embarazo, pero diferían en cuanto a muchas otras variables. Las mujeres que asistieron a clases raramente necesitaban analg3sicos y anest3sicos, relataban experiencias favorables experimentadas en el parto y manifestaban menos depresi3n puerperal que cualquier paciente del grupe testigo, seg3n la escala de depresi3n de Zung (Zung Depresi3n Scale) .

Bergstrom-Wallan (1963) compar3 una serie de aspectos obst3tricos y personales de los partes de 250 primíparas suecas -- entrenadas entre 1959 y 1961. Cincuenta mujeres eligieron una serie de cinco clases, 100 no escogieron las clases aunque estuvieron a su disposici3n y 50 no tuvieron la oportunidad de asistir a clases. Las que asistieron a clases sobre todo las -- del primer grupe experimentaron menos dolor durante la expulsión. Tanto las mujeres como las enfermeras señalaron que aquellas preparadas para el parte, tenían menos ansiedad que -- las no preparadas. Las que asistieron a clases necesitaron menos medicamentos y presentaban un parto mas breve, medido desde la admisi3n en el h3spital y sala de partes. Seg3n Bergstrom-Wallan (1963), las diferencias en la duraci3n del trabajo de parte se deben posiblemente a la menor ansiedad observada en mujeres con preparaci3n quienes quiz3 por ello permane

cían es sus casas mas tiempo durante las primeras fases del parto a diferencia de las mujeres sin preparación .

En otra investigación aplicada con controles Huttel y cols. (1972) compararon los efectos de la preparación al parto en mujeres divididas en dos grupos al azar, uno con clases y otro sin ellas. De las 46 mujeres del grupo experimental 31 se incluyeron en el trabajo (dos tuvieron operación cesarea) y 13 se excluyeron porque no asistieron a mas de cuatro clases de preparación y 41 de las 49 del grupo de control se incluyeron en el trabajo (cinco tuvieron operación cesarea y tres no completaron la segunda sesión) . La preparación al parto comprendía instrucciones sobre técnicas de respiración, lenta y profunda, breve y relajada y rápida y forzada. Se les informaba sobre los medicamentos analgésicos y anestésicos; durante la primera entrevista o cuatro semanas mas tarde, no se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a ansiedad extraversión o neurosis. El trabajo de parto fué mas breve en una hora y media en el grupo experimental, pero la diferencia no resultó estadísticamente significativa. Tampoco hubo diferencia entre los grupos en cuanto a complicaciones obstétricas ni en los valores Apgar de los neonatos. En el grupo experimental , una alta proporción de mujeres necesitó del uso de analgésicos durante el parto. Las mujeres del grupo experimental tuvieron menos dolor y presentaron evidentemente menos tensión que las del grupo de control .

EFFECTOS BENEFICOS DE LA PREPARACION AL PARTO.

1) Analgesia y Anestesia .

Como ya mencionamos, Laird y Hogan (1956), Tanzer (1967) , Enkin y cols. (1972), Bergstrom-Wallan (1963) y Huttel y cols. (1972), demostraron que las mujeres con preparación al parto necesitaban menos medicamentos durante el mismo .

Otros trabajos recientes indicaron resultados semejantes : Van Auken y Tomlinson (1953) compararon las experiencias de partos de 200 primíparas que asistieron a 4 o a más clases

según el método de Read-Heardman, y de 200 primíparas que sirvieron de control. El 1% del grupo experimental no recibió anestesia durante el trabajo de parto, contra sólo un 23% del grupo de control .

Whitley (1972) comparó las experiencias de nueve mujeres que asistieron a un promedio de cuatro clases sobre la preparación al parto, impartidas en la sala de espera de un consultorio general, con las experiencias de parto de nueve mujeres que no asistieron a clases, las mujeres eran comparables en edad, número de embarazos, método de parto ensayado, se observó que en las del grupo de preparación se administraron menos medicamentos .

Davenport-Slack y Boylan (1974) compararon las experiencias de parto de 15 mujeres que escogieron la preparación con las de 55 que no la escogieron. Estudiaron 15 variables psicológicas y socioeconómicas para determinar cual podría servir de índice para prever los resultados del parto. Comprobaron que las del grupo experimental recibieron anestesia general - mas raramente que las del grupo de control, y que el hecho de asistir a clases de preparación era el mejor índice para prever que no se necesitaría la anestesia general .

Doering y Entwisle (1975) también señalaron un uso menor de aplicación de anestesia entre mujeres con preparación al parto. Al comparar 132 mujeres que escogieron la preparación al parto según el método de Lamaze, con 137 que no la escogieron, observaron que el estado de conciencia durante el parto era mas elevado en las primeras que en las segundas. En estas últimas el estado de conciencia era mas elevado entre los grupos que tenían ciertos conocimientos acerca del parto, no había diferencias significativas entre los grupos en cuanto a edad, condiciones socioeconómicas y nivel cultural (Doering y Entwisle, 1975) .

Zax, Sameroiff y Farnum (1975), estudiaron las experiencias de un grupo de 70 primíparas y 48 múltiparas que escogieron las clases de preparación al parto, y un grupo de 41 múltiparas que no escogieron clases. Las del primer grupo reci-

bieron menos medicamentos que las del segundo. Las primeras - recibieron anestesia general y local mas raramente que las del grupo control .

Friedman, Keating y Fisichelli, estudiaron (1976) el parto de 254 mujeres que fueron motivadas a participar activamente en el parto y que asistieron a clases de preparación por las que se les cobraba por adelantado (grupo muy positivo), - de 35 mujeres no motivadas para asistir a clases y que no obstante asistieron (grupo ambivalente) y de 53 no motivadas a - asistir a las clases de preparación (grupo negativo), (Friedman y cols. 1976). El 62% de las mujeres del grupo muy positivo no necesitaron de analgésicos durante el parto mientras - que el 60% de las del grupo negativo necesitaron niveles quirúrgicos de anestesia y analgesia. En el grupo ambivalente la motivación resultó ser mas importante que el condicionamiento para prevenir la necesidad de aplicación de medicamentos .

O'Leary (1972) estudió la interacción madre-padre-hijo en 20 familias en los dos primeros días después del parto (O'Leary, 1972). Aproximadamente la mitad de las madres habían recibido preparación para el parto y necesitaron menos medicamentos durante el mismo .

Scott y Rose (1976) compararon el parto de 129 primíparas que eligieron la preparación y el de 129 que no la eligieron. Las primeras completaron el curso de clases tipo Lamaze, adiestradas en técnicas de relajación, respiración y pujar durante seis sesiones de dos horas de duración por una enfermera (consultora del trabajo). Durante la preparación a cada mujer se le insistía en sentirse libre de solicitar se le administraran los analgésicos y a cada una se le informaba claramente que el obstetra estaba encargado de ayudarla. Cada mujer del primer grupo era comparable con el segundo grupo en cuanto edad, nivel socioeconómico y época de embarazo. A diferencia de las mujeres del grupo de control, las del grupo preparado recibieron mas raramente analgesia o anestesia antes - del parto, y la dosis narcótica total fué menor. Los grupos - eran semejantes en cuanto a complicaciones pre y post parto,

número de primíparas con trabajo de parto laborioso, transtornos del feto durante el parto, peso del bebé al nacer, valores Apgar y morbilidad infantil. Los autores concluyeron que la ventaja mayor de las mujeres preparadas psicológicamente es tolerar el parto con menos analgesia y anestesia (Scott y Rose, 1976) .

Charles y colaboradores (1978), estudiaron los efectos de la preparación psicoprofiláctica del parto en primíparas y multiparas. En las primeras no hubo diferencias numericas entre las que necesitaron una analgesia de primer grado : el 34% de las 59 primíparas sin preparación para el parto no requirieron analgesia de primer grado, al igual que 34% de las 59 primíparas con preparación. En las multiparas con preparación al parto hubo menos necesidad de analgésia de primer grado : 64% de las 36 multiparas con preparación al parto no necesitaron de analgesia de primer grado en comparación con el 42% de las mujeres sin preparación. La preparación al parto se acompañó de menos medicamentos durante el parto, tanto en primíparas como en multiparas .

Hugley, McEnlin y Young (1978) compararon los expedientes durante el parto de 500 mujeres con preparación al parto según el método de Lamaze, con las de 500 mujeres que no eligieron la preparación y que eran similares a las primeras en cuanto a edad, raza, número de embarazos y nivel cultural (Hugley, McEnlin y Young., 1978). Los autores indicaron que las mujeres con preparación al parto habían recibido menos analgesia. El 39% de las mujeres preparadas y el 35% de las no preparadas no necesitaron analgésicos durante el trabajo de parto. En el grupo de control se uso con mayor frecuencia la anestesia caudal. En el grupo experimental se usaron mas el bloqueo pudendo y la anestesia local .

TENSION DURANTE EL PARTO

Davenport, Slack y Boylan (1974) y Huttel y cols., (1972)

observaron que la tensión durante el parto era menor en las mujeres con preparación. Bergstrom-Walan (1963) comprobó que la ansiedad durante el parto era menor en las mujeres con preparación .

Otro hecho importante es que las mujeres con preparación al parto refirieron sentir menos dolor que las que no la tuvieron. Otros autores también consideraron que la preparación se acompaña de una disminución del dolor. Lo mismo se dirá en varios trabajos pero no se pueden tomar en cuenta por falta de controles adecuados .

También se ha señalado que en las mujeres que tienen preparación al parto ocasionalmente no se observa disminución del dolor. Davenport, Slack y Boylan (1974), preguntaban a sus pacientes ¿ qué tan doloroso fué el parto en comparación con otros dolores que haya usted sufrido ? . No hubo diferencias en las respuestas de las 15 mujeres con preparación y de las 55 sin ella, ya que la gran mayoría de los grupos contestaron que el parto había sido el dolor mas fuerte de todos los sufridos. Las otras variables no se relacionaban con las respuestas a la pregunta, y los autores consideraron que formulada en esos términos la pregunta podía discriminar a la diferencia del dolor de las mujeres estudiadas .

Javert y Hardy (1950), en un trabajo de hace tiempo, trataron de medir el dolor durante el parto usando un método cuantitativo, en el cual se comparaba con el producido por estímulos térmicos .

El dolor se midió en seis mujeres adiestradas para el parto " natural " . No se describe como fueron adiestradas las mujeres. Javert y Hardy (1950) compararon el dolor de parto en seis mujeres, con el dolor experimentado por 13 mujeres estudiadas anteriormente y concluyeron que la preparación al parto natural no reducía el dolor. No se señalaron detalles, por lo que es imposible valorar las diferencias entre los grupos. Becher (1959) demostró que el método para cuantificar el dolor era poco sensible, haciendo que haya caído en desuso . . .

Van Eps (1955) comparó el dolor experimentado durante el parto por un grupo de 368 mujeres que habían recibido una sola clase de preparación para el parto con el método Lamaze, - impartido por fisioterapeutas. Este trabajo es de mucho interés, por que Van Eps (1955) ejercía en Amsterdam donde a las mujeres no se les suele administrar analgésicos durante el -- parto por considerarlo un fenómeno natural. La técnica para - valorar el grado de dolor no se describe adecuadamente, y sin embargo Van Eps encontró una disminución importante del dolor en las mujeres que recibieron una buena preparación para el - parte y una ligera en las que recibieron preparación incompleta en comparación con las que no recibieron dicha preparación .

Charles y cols., (1978) también encontraron que las mujeres con preparación al parto sufrieron menos que las sin preparación. Así pues se observó disminución del dolor en las -- mujeres con preparación al parto según ocho reportes y según cuatro de los mejores estudios llevados a cabo con controles . Resulta claro por tanto que la preparación adecuada sirve - para reducir el dolor durante el parto .

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

En varios trabajos se ha comparado que la duración del - trabajo de parto, es algo menor en las mujeres con prepara-- ción. En contraste Scott y Reese (1976) determinaron que la - duración del parto es ligeramente mayor en mujeres con prepa ración comparadas con las sin dicha preparación .

Charles y colaboradores (1978) y Burnett (1955) encontra ron que la segunda etapa del parto es ligeramente mayor en - multíparas con preparación comparadas con multíparas sin pre paración, no encontraron diferencias en la duración de la -- primera o segunda etapa en primíparas con preparación .

No es fácil valorar la duración del parto, por lo que -- las mujeres con preparación parecen tener menos disfunción -

del útero que obligue a administrar oxitocina. En los trabajos de Scott y Rose (1976) y de Charles y cols. (1978), la administración de oxitocina fué prácticamente igual en los dos grupos mientras que en el trabajo de Hughey, Mc Enlin y Young se usó menos frecuentemente en mujeres con preparación

POSIBILIDADES DEL INFLUJO PSICOLOGICO SOBRE EL DOLOR DEL PARTO .

Ya en la antigüedad era conocida la influencia favorable de las medidas psicológicas sobre el curso del parto. Pero los primeros ensayos sistemáticos no empiezan hasta mediados del siglo XIX en Francia. Cuando se descubrió que se podía influir sobre los estados dolorosos mediante hipnosis .

Desde entonces el parto con hipnosis no ha desaparecido mas por completo del repertorio del tocólogo, aun cuando los progresos técnicos y medicamentosos en el terreno de la obstetricia hayan desempeñado siempre únicamente un papel secundario .

Sólo con el desarrollo de la " relajación " progresiva de Jacobson (1928), y la lucha contra el miedo al parto de Dick Read en 1933, como principio facilitador del parto, se establecieron puntos de partida para el desarrollo de nuevos métodos que se oponen actualmente en sus diversas variaciones técnicas y prácticas a la facilitación del parto puramente medicamentosa y que debido a su absoluta inocuidad y amplias posibilidades de aplicación han representado un verdadero progreso en la práctica obstétrica (Kroeger, W.S., 1953) .

En la actualidad se emplea como procedimiento para facilitar el parto no medicamentoso los siguientes : sugestión en estado de vigilia e hipnosis, entrenamiento autógeno, relajación progresiva, educación para el parto natural, " par-

to sin miedo "(Dick Read) y psicoprofilaxis del dolor del -- parto (métodos de Velvosky y Lamaze) .

Con la experiencia creciente se ha observado una aproximación lenta pero continua entre los distintos puntos de vista , lo que permite esbozar bases teóricas comunes (Cogan, R., 1980), (Tanzer, S., 1967), (Chertock, L., 1959), (Velvosky, I., Platonov, K., Ploticher, B.S., Shugom, E., 1960), (Van - EPs, L. W., 1955) .

En esencia son tres los principios terapéuticos siguientes los que aisladamente o en **combinación** variable constituyen la base de estos métodos para la facilitación del parto (Kraser, O., Friedberg, L., 1976) .

- 1) Disminución del dolor de parto mediante reducción de la afectividad .
- 2) Disminución de la vivencia del dolor mediante restricción de la conciencia .
- 3) Facilitación del parto mediante regulación del tono muscular .

- - - - -

- 1).- Disminución del dolor de parto mediante reducción de la afectividad ;

La reducción de la afectividad es uno de los principios de la psicoterapia más importantes, especialmente del tratamiento de la neurosis y parece ser el componente mas fundamental de todos los métodos de la preparación psicológica -- del parto (Kraser y Friedberg, 1976) .

De ésto los autores franceses y rusos piensan lo mismo - cuando hablan de la supresión de los reflejos condicionados negativos o de la creación de un centro cortical activo del parto (Gavensky, R.V., 1968), (Dick Read, G., 1944) .

La eliminación o **disminución** de los sentimientos negativos puede ocurrir de dos **maneras** distintas. Por un lado por vía racional, explicando el proceso del parto, especialmente

a través de la función de las contracciones uterinas, por devaluación racional de miedos reales o exagerados o sea mediante una educación cuidadosa preparatoria, tal como destacan en primer término los autores rusos (Chertock, L., 1959), (Velvovsky, I., Platonov, K., y cols., 1960) .

La intensidad de la valoración de la experiencia del dolor se reduce en la medida en que se consigue sustituir la valoración afectiva, es decir el miedo al parto y sobre todo al dolor, con una comprensión racional del proceso y de los dolores del parto (elaboración epicrítica del dolor), (Kraser y Friedberg, 1976) .

La segunda vía de la reducción afectiva es la emocional. A las mujeres temerosas se les transfiere un sentimiento de seguridad, ya sea al adquirir una relación de confianza directa con su médico, en la clínica o en el método psicoprofiláctico en ella aprendido; o bien al experimentar un sentimiento de estar protegida en una comunidad o grupo o al estar convencidas de que pueden dominar el parto que se aproxima, mediante su propio trabajo activo (Lamaze, F., Vellay, P., _ 1952), (Kraser y Friedberg, 1976) .

En la práctica carece de importancia que se hable de una unión personal con el médico, de sugestión o autosugestión - o que se rechacen estos conceptos por consideraciones teóricas y se anteponga la comprensión racional (Kraser y Friedberg, 1976) .

La reducción de la afectividad se manifiesta en un doble sentido : en primer lugar queda reducida o eliminada la tensión efectiva. Se produce un cambio de actitud de la personalidad profunda, frente a estímulos dolorosos por el lado afectivo, es decir una reducción de la percepción dolorosa y de la reacción dolorosa en la región subcortical. Además mediante una regulación del tono se obtiene indirectamente una disminución de los estímulos dolorosos periféricos (Kraser y Friedberg, 1976), (Cogan, R., 1980), (Van Eps, L., 1955) .

Hasta aquí hemos considerado algunas apreciaciones teóricas que intentan explicar la relación entre disminución del dolor en el parto por la reducción de la afectividad en la qu

jer preparada. Veamos ahora esta relación con otros elementos :

- 2).- Disminución de la sensación dolorosa mediante restricción de la conciencia .

Toda concentración intensa afectiva o intelectual, restringe la capacidad de percepción de los estímulos sensoriales que se hayan fuera del interés del sujeto. Por ejemplo en un peligro agudo no duele la herida, en una lectura " apasionante ", no se perciben los estímulos acústicos .

Es decir toda clase de concentración intensa conduce a una protección frente a estímulos internos y externos, sobre este proceso psicofisiológico normal se basa, entre otras cosas, la actitud activa frente al proceso del parto como medio de combatir el dolor (Dick Read, G., 1944), (Chertock, L., 1959), (Tanzer, S., 1967), (Velvosky, Platonov y cols., 1960), (Gavensky, R.B., 1968), (Makeiva, O.J., 1959), (Zdravomislov, V.I., 1959), (Lepage, F.G., Langevin-Droguet, 1955), (Lamaze, F., Vellay, P., 1952) .

La escuela rusa lo explica desde el punto de vista de la - Fisiología cerebral : Por la creación de un foco de excitación cortical activo que determina una inhibición de los impulsos - dolorosos subcorticales .

Se desprende de ello, que toda constricción subjetiva de - la conciencia, que se equipara a una pasividad cortical, es - lo que impedirá la creación de semejante foco positivo de exitación. Sin embargo todo parece señalar que la desconexión del dolor por medio de la sugestión vigil, o de la hipnósis se alcanza también por una concentración intensa sobre las voces u órdenes del sugestionador. Según otras opiniones que se oponen a las sustentadas por los autores rusos (Jacobson, B., 1954), (Ifyyl, L., y Kaminetsky, H.A., 1958), (Botella, Clavero y Cabrera, 1982), se considera que no existe entre concentración - consciente activa y restricción de la conciencia subjetiva ninguna diferencia fundamental. En tanto que la escuela rusa, habla de una polaridad entre activación e inhibición, la mayoría

de los investigadores admiten actualmente que la **facilitación** y la **inhibición** de las conexiones cerebrales presupone igualmente actividad cerebral .

Con ello la **concentración** consciente emocional o intelectual, la **enseñanza** o el **adiestramiento** y la **sugestión** extraña o la **autosugestión** tienen teóricamente por base el mismo principio de la **restricción** de la conciencia a un sector de **percepción** circunscrito .

También en el **entrenamiento** autógeno y en la **relajación** se induce mediante la **distensión** activa una **protección** contra los **estímulos** exteriores, es decir una **restricción** de la conciencia. Este fenómeno es generalmente conocido como **rechazo** propio consciente o inconsciente del dolor o **bién sugestión** extraña .

Puede admitirse con seguridad que en todo método que se --ejercita y también con los **ejercicios** corporales, que la **concentración** sobre los mismos, a través de una **restricción** de la conciencia se opera una **disminución** del dolor .

Esto tiene importantes consecuencias prácticas para la **realización** de **ejercicios** respiratorios. Así por ejemplo si se -ejercita el **rítmico** respiratorio bajo **órdenes** estereotipadas el **tocólogo** puede salvar la fase difícil cuando **claudica** la propia disciplina, al final por ejemplo del período de **expulsión**, mediante la **repetición** enérgica de **órdenes** estereotipadas, aun cuando no se haya encargado el mismo de la **preparación** de la -paciente (Velvosky, Platonov y cols., 1960), (Zdravomislov, V. ,I., 1959), (Lepage, F.G., Langevin-Droguet, 1955), (Kraser y Friedberg, 1976), (Veille, J.C., Hohimer, R., Burry, K., y _ Speroff, L., 1985) .

3).- **Facilitación** del parto mediante **regulación** del **tono** - **muscular** .

Con anterioridad, hemos comentado ya la estrecha **relación** existente entre el **tono** afectivo, el **tono** vegetativo y el de -la **musculatura** de **inervación** involuntaria. La **regulación** del **to** no muscular y de los sectores funcionales se halla en **íntima re** **lación** de **dependencia** recíproca. Conocemos esta **dependencia** en

en los reflejos afectivos fisiológicos, por ejemplo, espanto--
contracción vascular-tensión muscular .

Las tensiones activas persistentes como el enojo o la preo-
cupación, el desengaño, el miedo conducen a través de la misma
conmutación, en circunstancias especiales a transtornos neuró-
ticos funcionales transtornos de la expresión somática (psico-
somáticos), (Krazer y Friedberg, 1976), (Velvosky, Platonov y
cols., 1960), como estreñimiento crónico, dismenorrea, que den-
tro de ciertos límites son específicos de la afectividad .

El dolor aumentado de las contracciones uterinas, aparece
por tanto no solamente como consecuencia de una disminución -
del umbral de excitación determinado por la emoción si no ade-
más por una mayor afluencia de impulsos dolorosos desde la pe-
riferia (Gavensky, R.V., 1968), (Lamaze, F., y Vellay, P., 19-
54), (Chertock, L., 1958), (Makeiva, J.E., 1959), (Nikolaiev,
A.P., 1964) .

Como sea que la regulación del tono representa una función
correlativa, el síndrome miedo-tensión-dolor puede ser inte--
rrumpide no solamente desde el lado afectivo, mediante la eli-
minación del miedo (Dick Read, G., 1944) al parto, si no tam-
bién con gimnasia de relajación, relajación muscular y ejerci-
cios respiratorios .

La relajación muscular induce primariamente una relajación
vegetativa, pero también finalmente una tranquilidad psíquica.
Esto es particularmente evidente en la relajación muscular pro-
gresiva y en el tratamiento y entrenamiento autógeno (autorre-
lajación), (Jacobson, E., 1954) .

Los métodos que se ejercitan psicológica y somáticamente,
obran a través de la regulación del tono de un modo sinérgico
sobre la facilitación del parto. Si estas consideraciones son
correctas, una mujer que está bien preparada para el parto --
psicológicamente, ha de tener no sólo menos dolores sino tam-
bién un período de dilatación similar (por término medio unas
2 hrs. y media) al de la hipnosis (Kroeger, W.S., 1953), y --
como el que se sigue con dosis repetidas de Dolantina .

Cuando por parte de Read y de la escuela rusa se concede
mayor importancia a la preparación psicológica que a la gimna

sia relajadora, esto se debe por un lado a que el miedo al parto constituye el factor fundamental en el origen del dolor del parto patológico y de la elevación del tono vegetativo (Kraser y Friedberg, 1976), (Chertock, L., 1959), (Velvosky, I., Platonov, K., y cols., 1960) .

Por otro lado los ejercicios intensamente relajadores sólo son utilizados por algunas pocas, a causa de la dificultad de su aprendizaje perfecto, si se consigue la relajación completa los éxitos son excelentes .

No cabe duda que cada uno de los tres principios terapéuticos mencionados puede ser suficiente en un caso particular dado para lograr mas facilitación del parto cuando se domina y se practica con la debida intensidad. Pero la mayoría de las parturientas no muestran las condiciones previas para ello, -- por que las mujeres no se eligen por su idoneidad ni pueden -- ser educadas individualmente (Kraser y Friedberg, 1976), también debe considerarse la personalidad de la mujer embarazada (Chávez, A., 1983), (Cerutti, T., Volpe, B., Sichel, M., Sandri, M., Sbrignadelo, C., y Fede, T., 1983), (Reading y Cox, D., 1985) .

Estos conceptos vienen a ser reforzados mas recientemente incluso, a ser precisados por científicos como Santibañez G., (1968), quien indica que de todos es conocido el origen de las vías de la sensibilidad de la matriz hasta la corteza cerebral , constituyendo la excitación biológica, indiscutible factor - orgánico del dolor del parto .

La escuela pavloviana tiene el mérito de habernos demostrado en los animales y en el ser humano las posibilidades de conversión de sensibilidad o sea, en el condicionamiento de los estímulos y las respuesta. En obstetricia, sus seguidores y -- después numerosos investigadores en todo el mundo han demostrado la aplicación de las teorías en el dolor del parto .

El mismo autor (Santibañez, G., 1968), indica que la influencia de la compleja simbolización que constituye el lenguaje, como factor fundamental del desarrollo psicológico del individuo y los efectos que produce en nuestra forma de sentir, pensar y actuar, son explicadas en forma bastante simplista -- por los estudios neurofisiológicos y nos sirven de base impor-

tante para luchar contra el componente abstracto del dolor del parto .

A través de utilizar el mismo medio en que influyeron los elementos negativos (la palabra como estímulo negativo cultural, familiar, escolar, médico y para médico) para producir la fenomenología dolorosa abstracta del parto. Se utiliza este mismo elemento, la palabra en forma positiva (educación y enseñanza en el sentido mas amplio de ambas) como factor terapéutico, (Vellay, P., 1980), (Santibañez, G., 1968), (Lamaze, F., 1956), (Wright, E., 1983), (Ruiz, D., Martínez, C., 1988) .

Por esto en la actualidad el método psicofiláctico es aplicado por psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas para resolver los casos verdaderamente patológicos que representan algunas embarazadas, y en igual forma en las relaciones con la hija, con la madre y con la esposa, que tendran un reflejo directo en su vida conyugal y familiar. De esta forma se ha agregado otro componente abstracto al dolor del parto, que es el componente psicológico, quizas la raíz mas profunda del mismo (Santibañez, G., 1968) .

Santibañez, G., (1968) al estudiar los factores biológicos , indica que en toda contracción muscular para producirse, se requiere de cambios metabólicos, desintegración de glucosa, que en condiciones de anaerobiosis no se hace total, dejando productos de este metabolismo fragmentario o intermedio (ácidos pirúvico o láctico) depositados en el caso del parto, primero localmente en el músculo uterino y después pasando a la circulación (lactacidemia) .

Estos músculos, en esas condiciones se convierten en dolorosos y la acidosis general disminuye el umbral del dolor del parto (Santibañez, G., 1968) .

El método psicofiláctico a través de las técnicas respiratorias combate este factor, oxigenando el músculo uterino y produciendo la glicólisis aeróbica que mejora la contracción del músculo al producir : " energía, CO_2 y H_2O ; la liberación energética en la glicólisis aeróbica representa 285 Kcal. (Ki-

localorías) contra 54 que se producen cuando la glucosa se -- convierte en ácido láctico (Santibañes, G., 1968) .

Santibañes, G., (1968), indica que son dos factores más -- los que contribuyen en el método psicoprofiláctico : La relajación muscular y la educación neuromuscular que van a actuar sobre los músculos del canal del parto (útero vaginal), evitan do lesiones equimóticas; la relajación general evita el gasto innecesario de glucosa que es aprovechada por el músculo uterino, que es el único que debe proveerse en el parto. Con ellos estamos controlando el último factor del dolor del parto, que es el factor de contracción involuntaria y actitud inadecuada ante las contracciones del parto, (Santibañes, G., 1968) .

Fundamentalmente, aparte del factor sensibilidad a la contracción, existen causas que favorecen el aumento de la misma al dolor. Los conceptos producidos por la influencia de la palabra, la lactacidemia, la adrenalinemia, la contracción involuntaria y la actitud inadecuada de las embarazadas (Santibañez. G., 1968) .

Ahora si abordamos el problema desde el punto de vista estrictamente somático, admitiremos que la mujer en condiciones orgánicas normales se prepara cada ciclo menstrual, para albergar dentro de ella a un nuevo ser. Que su cuerpo con sus complejas influencias hormonales, trabaja incesantemente para satisfacer el imperativo biológico de la reproducción (Reading y Cox, 1985) .

Desde el punto de vista de las pulsiones instintivas, expresiones directas de lo biológico, sería normal y teóricamente lo es, que la mujer desde la iniciación de su desarrollo físico y funcional adulto debería estar preparada psicológicamente para tener hijos. Esto implica desear tener hijos, tener embarazos placenteros sin contingencias patológicas, partos fáciles eutócicos y relativamente indoloros y lactancias placenteras (Bonstein, 1958), (Berg, Taylor, Edwards y Hakanson, 1979)

La realidad es bien distinta, médicos psicólogos y otros -- profesionales pueden observar cotidianamente que existen mujer-

res que repudian conscientemente o inconscientemente su sexualidad, que toleran con desdago el acercamiento de su compañero, que temen el embarazo, que ven al hijo que esta por nacer como molesto intruso que perturbará su intimidad y su economía. También se tiene conocimiento de embarazos complicados por por síntomas no explicables por causas patológicas orgánicas, partos difíciles y temidos, lactancias precarias y rechazo manifiesto o en cubierto al producto .

Al pensar en tales hechos surge de inmediato la pregunta : ¿ Como podríamos explicar este estado de eventos ? . Y otras : ¿ Que hemos aprendido los psicólogos que nos permita -- comprender mejor el problema y derivar sugerencias que nos -- permitan acercar algo mas al ser humano a la naturalidad de lo biológico, sin renunciar por ello a sus condiciones reales ? .

La experimentación y la investigación al psicólogo clínico le ha permitido el comprender que los estados emocionales de la mujer durante la preñez, (Zazz, Sameroff y Farnum, 1975) han demostrado tener un efecto en el proceso de la liberación (expulsión) del producto .

En particular un alto nivel de ansiedad en la mujer preñada ha sido asociado con una variedad de complicaciones obstétricas y con anomalías del nacimiento (Zazz y cols. 1975) . Los nacimientos prematuros han sido asociados con las actitudes maternas negativas relacionadas a la preñez y a la inmadurez emocional de las mujeres (Scott y Rose, 1976) .

Estos hallazgos han propiciado el desarrollo de programas para la mujer embarazada que pueden potencialmente modificar sus actividades hacia el nacimiento y el embarazo así como mejorar su estado emocional (Zazz y cols., 1975, pág. 185), (Wideman y Singer, 1984, pág. 1357), (Cilizka, 1983, pág. 215); (Jemelle, 1974; Crandon, 1978; Scott t Rose, 1976; Norton y Johnson, 1983; Elner, 1983; Peoples, Conell y Gordon, 1984; Webster, Ahlles, Thompson y Reczynki; Al Nahi, Brown, Dale y Anderson, 1984) .

Un ejemplo básico de estos programas, es el parto Natural por el Método de Bradley que lleva el nombre de su creador el

Dr. Robert A. Bradley de Denver Colorado (EUA), este es un método fisiológico, que al igual que el método de Read, pone de manifiesto que el trabajo de parto es un proceso normal, así también el Método Psiconofiláctico, que en Inglaterra da principio con el texto clásico del Dr. Grantly Dick Read el que explica brevemente, que la mujer experimenta dolor durante la labor del parto, por que la sociedad ha condicionado -- por medio de aprendizaje a la mujer para que tenga esta expectativa (Beck y Hall, 1978) .

Dick Read por su parte ha bosquejado un proceso llamado ciclo de temor-tensión-dolor, con el que hipotetiza, que el temor es socialmente inducido en lo referente a la labor de parto y que el temor produce tensión muscular en las fibras circulares de la pared inferior del útero, resultando de esto una percepción y sensibilización aumentada del dolor .

En el programa del Dr. Read, se enseña a las madres que es lo que pueden esperar y cómo podrían ayudarse a sí mismas durante el parto, se intenta quitar el miedo y eliminar, por tanto, la tensión y el dolor. Las clases sobre el parto natural tienen como finalidad ayudar a la madre a que coopere en el proceso natural del parto, para que se controle y pueda participar activamente en el nacimiento de su hijo. Para esto , se le enseñan a la madre ejercicios para reforzar los músculos que participan en el proceso del nacimiento y técnicas de respiración que le ayuden a relajarse durante el parto (Bethea, 1984, pág., 91) .

Un segundo plano en el desarrollo de estos programas y técnicas está representado por los estudios efectuados por el investigador soviético Velvosky y de sus seguidores. Así como el Dr. Read, velvosky (1960) ha negado que la labor del parto sea inherentemente una experiencia dolorosa, él deriva del trabajo del fisiólogo I. Pavlov un procedimiento de tratamiento (Beck y cols., 1978) que está basado en las técnicas del condicionamiento clásico, el que tiene como propósito el inhibir la experiencia del dolor a nivel cortical .

Rápidamente el mundo occidental se ha de familiarizar con esta aproximación (usualmente conocida como Método Psicoprofiláctico PPM), a través de los estudios reportados por Chertock y F. Lamaze este segundo autor en Francia; ha sido asociado íntimamente con la Psicoprofilaxis y su nombre es ahora sinónimo de la Técnica denominada Lamaze .

El Método Lamaze también basado en principios pavlovianos es un programa que tiene como objetivo el educar a la futura madre respecto a las etapas de la preñez, el proceso del nacimiento del bebé y del rol que tiene la mujer en todo esto. En tanto que la ansiedad asociada al nacimiento del bebé, es concebida y relacionada con el dolor anticipadamente asociado al proceso y esfuerzo que implica la expulsión del producto como consecuencia de las contracciones uterinas y de los músculos que integran al piso pélvico. Por tanto en este programa de tratamiento se hace un esfuerzo para desarrollar en la mujer un completo entendimiento de la labor del parto .

Individualmente en este programa se tiene como propósito el enseñar la relajación a la mujer por medio de ejercicios de disociación muscular, como medio a ser utilizado a fin de vencer y controlar la ansiedad, así como manejar el dolor -- (Beck y cols., 1978), (Botella, Clavere y Cabrera, 1982) .

Ahora bien no obstante lo atractivo y práctico que pudieran ser este tipo de tratamientos y técnicas, en pocos estudios de investigación se ha intentado evaluar los efectos del tratamiento en la preparación para el parto (Beck y cols., - 1978). Los estudios diseñados para evaluar la efectividad del tratamiento se inician en 1940 y siguen efectuándose hasta -- nuestros días. En varias oportunidades durante la historia de estas investigaciones los autores de ellas, han manifestado - el alcance de las mismas, así como han señalado los efectos - producidos por el procedimiento de tratamiento (Worthington y Martín., 1980), (Beck y cols., 1978) .

Posiblemente estos efectos ocurren a diferentes niveles. Algunos estudios han reportado que el tratamiento para el par

to tiene como resultado efectos de tipo psicológico, como en el caso de un decremento en la percepción del dolor (Beck y cols., 1978), incremento en la cooperación post-parto de la madre durante la labor del parto, un decremento en la depresión post-parto y una actitud positiva relacionada a futuras preñeces .

Otros estudios han reportado una serie de beneficios desde el punto de vista obstétrico, incluyendose la reducción - en la aplicación de medicamentos analgésicos y anestésicos, - y un tercio de pérdida de sangre de lo normal, decremento en la incidencia de intervenciones obstétricas significativas - incluidas la liberación por fórceps, episiotomías, episiorrafias y secciones cesareas, así como la duración breve de la labor del parto (Zazz y cols., 1975), (Wideman y Singer, 1984), (Norton y Johnson., 1983), (Reading y Cox, 1985), (Sharley, 1970), (Norr y cols., 1978) .

Algunos autores han reportado que el entrenamiento produce efectos que son benéficos para el bebé (Wideman y Singer, 1984) incluyendose el incremento en la oxigenación de la sangre fetal, iniciación mas rápida de la respiración que sigue a la expulsión, un decremento en la incidencia del empleo de métodos de resusitación y ajuste a los procedimientos de enfermería y un decremento en la tasa de mortalidad infantil y enfermedad .

No obstante lo anterior, en los estudios que han sido -- conducidos con el propósito de evaluar los efectos del tratamiento en psicoprofilaxis han producido resultados inconsistentes (Norr, Block, Meyering y Meyers; Thoms y Karlovsky, - 1954); por ejemplo en el caso de Thoms y colaboradores, él - reporta alrededor de 2000 expulsiones en un Hospital de -- New Haven (EUA), ellos incluyeron primíparas y múltiparas, de estas un 4% no recibió invitación para participar en las sesiones de tratamiento y sólo fueron incluidas en la muestra mujeres que liberaron bebés con un peso de 2 500 grs. o más. De las 2 000 expulsiones el 88.1% fueron espontaneas -- y 34.2% implicaron el empleo de anestesia y 29.1% no requirió

de analgesia. A un 66.1% sólo intermitentemente se le administró Trileno de óxido nítrico. Sólo 123 mujeres recibieron - anestesia mayor tanto general y espinal, incluidas a las que se les practicó cesarea (Beck y cols., 1978) .

Thoms y colaboradores manifestaron que practicando su régimen de tratamiento sus pacientes presentaron un decremento en la duración de la labor del parto, pocas intervenciones -- quirúrgicas, menor pérdida de sangre y finalmente madres felices .

Si bien, siguiendo el curso de examen del estudio efectuado por Thoms y colaboradores, desde el punto de vista de la - metodología experimental se revela que sus conclusiones carecen de garantía (Beck y cols., 1978). Dado que el diseño de - investigación experimental consistió esencialmente de series de estudio de un sólo caso y como característica muestra carencia total del control de las variables experimentales manejadas y que por ocurrir esto, se puede poner en evidencia - y por tanto carece de validez científica .

La evidencia básica, señala que el diseño experimental -- aplicado por Thoms y colaboradores (1978), carece de un dispositivo que permita efectuar comparaciones, diferencias de registro o de contraste entre los resultados obtenidos. Y esto es la causa que impide comparar los datos obtenidos en la fase de línea base con los datos correspondientes a la fase de tratamiento, de manera que el estudio difícilmente puede ser interpretado en forma conclusiva (Beck y cols., 1978). Ya que también se puede evidenciar que los autores también fallaron en asignar sujetos aleatorizadamente a las condiciones de tratamiento; lo cual posibilita que las diferencias pretratamiento entre los propios sujetos, las relacionadas con nivel de - motivación, nivel de ansiedad, edad de las pacientes etc. -- sean las que generen realmente las diferencias post-tratamiento, en cuanto a duración de la labor, ocurrencia de complicaciones obstétricas, empleo de analgesia y anestesia etc. En - resumen existe la posibilidad que sea de utilidad, el empleo y aplicación de escalas pretratamiento que permitan medir la

ansiedad maternal, las actitudes, cooperatividad y experiencia al dolor de las pacientes, antes de aplicar un tratamiento específico, para evitar que su acción polarice y se confunda con el estado psicológico de las pacientes que son objeto de estudio en una investigación (Beck y cols., 1978) .

Otro ejemplo de inconsistencia metodológica experimental en estudios de psicoprofilaxis lo representa el aplicado por Gregg, Frazier y Nesbit (1975), inicialmente ellos reportaron la aplicación de una innovación en su tratamiento, que consistió en la aplicación de una técnica de bioalimentación para controlar el entrenamiento en relajación (Beck y cols., 1978). El tratamiento referido, implicaba la presentación de datos al paciente relacionados con su funcionamiento electromiográfico (EMG) y electrodérmico (GSR). Aspecto de por sí interesante ya que los psicofisiólogos, han determinado que ambas mediciones frecuentemente manifiestan correlaciones significativas con los niveles de ansiedad manifestada .

Los resultados reportados por Gregg, Frazier y Nesbit (1975) indicaron que las multiparas entrenadas en relajación con retroalimentación, tuvieron una etapa inicial de labor de parto (fase latente) mas breve, mayor rapidéz en la dilatación cervical y en el descenso fetal, empleo reducido de analgesia y anestesia, y respecto al puntaje Apgar, temperatura de la piel fetal y tasa cardiaca, no indicaron diferencias significativas .

Sin embargo el estudio de Gregg y cols., (1975) también sufrió de desaciertos metodológicos, como son el no incluir un grupo de control de sujetos no tratados experimentalmente, asignación aleatorizada de los sujetos a las condiciones experimentales y de tratamiento, datos relacionados con la relajación muscular y la respuesta galvánica de la piel pretratamiento y mediciones del nivel de ansiedad de las sujetos también antes del tratamiento (Beck y cols., 1978) .

Scott y Rose (1976) en un estudio prospectivo, se propusieron determinar que tanto cualquier beneficio objetivo o --

efecto adverso para la madre o su bebé pueden ser distintivo de la aplicación del método psicoprofiláctico para la maternidad. En su investigación participaron 129 mujeres primíparas las cuales fueron atendidas en hospitales privados y -- universitarios, y que fueron designadas a dos grupos de tratamiento (experimental y control). Las sujetos del grupo experimental recibieron seis sesiones semanales de 2 hrs. de duración en técnicas Lamaze para la maternidad, en tanto que el grupo de control parió sin recibir entrenamiento. Ambos grupos de pacientes fueron equivalentes en edad, posición -- socioeconómica y cursaban 37 semanas de embarazo .

Los factores que se investigaron en cada grupo, fueron la duración de la 1er. y 2da. etapas de la labor, tipo y cantidad de analgesia y anestesia aplicados, modalidad de expulsión y morbilidad infantil y maternal. La duración de la primera -- etapa de la labor en el estudio se calculó a partir del inicio de las contracciones regulares que dieran como resultado el borramiento del cérvix y su dilatación; los resultados obtenidos fueron los siguientes, 108 pacientes fueron partos -- atendidos en servicio clínico privado y por médicos especializados las restantes 21 del total del grupo expulsaron en -- el servicio de ginecología y obstetricia universitario que -- atendían 19 residentes. La edad maternal, el tipo de presentación del bebé, número de partos inducidos y duración de la labor fueron equivalentes en ambos grupos (experimental y -- control. Un porcentaje elevado de pacientes del grupo de tratamiento tuvieron expulsión vaginal espontánea y no requirieron de aplicación de fórceps. Se observó la práctica de 6 cesareas en las pacientes del grupo de tratamiento, debidas a desproporción cefalopélvica y ocurrencia de 4 en el grupo de control, con sólo un caso de sufrimiento fetal en el grupo -- de tratamiento y de dos en el grupo de control y ocurrencia de un caso de presentación pélvica en el grupo de tratamiento detectado en el inicio de la etapa de labor. Las complicaciones post parto y ante parto tuvieron frecuencia equivalente en ambos grupos, requiriendose la episiotomía de dos pacientes en el grupo tratado y aplicación de esta en todas --

las pacientes del grupo de control. Las tasas de sufrimiento fetal intra - parto, media del peso de nacimiento y morbilidad infantil fueron similares (equivalentes), se presentó un caso de mortinato ante-parto por causas indeterminadas, justo antes de iniciada la labor de una paciente del grupo de tratamiento, quién ingresó dos semanas después de la fecha calculada de su confinamiento. Y para el grupo de control un bebé falleció 3 hrs. después de su nacimiento por paro cardio-respiratorio, revelando la autopsia correspondiente, hemorragia pulmonar y aspiración del vórnix caseosa, que produjo axfisia neonatal de origen indeterminado. Las diferencias mas importantes se mostraron (Scott y Rose., 1976), en cuanto al uso y aplicación de anestésicos y sedantes entre los grupos de control y tratamiento ya que éstos últimos requirieron de cantidades menores en miligramos .

Diversos estudios, han tratado (Crandon, A., 1978) --- con el efecto del conflicto psicológico en la preñez, sugieren que la tensión emocional y el estrés pueden tener una variedad de efectos adversos sobre el inicio de la preñez, así como los factores emocionales han demostrado tener una cierta relación con la patología, tal como la infertilidad, aborto habitual e hiperemesis gravídica, el estrés y la tensión se han visto implicados como factores que dificultan la labor de la expulsión del feto en el parto. Así en investigación efectuada por Crandon, A., en 1978, se estudió la asociación entre la ansiedad maternal en el tercer trimestre de la preñez y las complicaciones obstétricas, para el propósito se estudió una muestra de 146 pacientes, a las que se les aplicó el IPAT (Anxiety Self Analysis Form), después de una breve introducción para establecer un buen rapport de las pacientes, se les aplicó dicho cuestionario, la interpretación psicológica de los niveles de ansiedad, se calculó de una tabla de puntajes correspondiente al manual de manejo de la prueba. En donde el puntaje de ansiedad, de 70 o más califica al sujeto con una ansiedad histérica o una ansiedad de neurosis de grupo. - Los resultados de la prueba se correlacionan con la incidencia de las siguientes complicaciones obstétricas, preeclampsia

sia, labor prolongada, labor precipitada, remoción manual de la placenta, hemorragia primaria post-parto, sufrimiento fetal clínico y puntaje Apgar. De las 146 pacientes del estudio a 34 se les clasificó con niveles de ansiedad altos y a las 112 pacientes restantes se les consideró con niveles de ansiedad normales, la edad de las pacientes fluctuó en un rango de edades entre los 15 a los 35 años. Según la distribución gráfica correspondiente de los niveles de ansiedad en la población estudiada, la gráfica mostró que en un rango de 1 a 100 la media fué de 50. La incidencia de eclampsia entre los grupos de niveles altos de ansiedad fueron significativamente mas elevados ($p = 0.00003$) mas que en el grupo con nivel de ansiedad normal. De 11 casos de preeclampsia solamente dos ocurrieron en el grupo de ansiedad normal, en tanto que 9 ocurrieron en el grupo de ansiedad alta. La liberación por fórceps fué significativamente mas común ($p < 0.001$) entre las mujeres que pertenecían al grupo de ansiedad alta, así 16 liberaciones por fórceps ocurrieron en el grupo de ansiedad normal. Ocurrieron ocho casos de labor prolongada y todos fueron en el grupo de pacientes con ansiedad elevada ($p = 0.000004$), treinta pacientes tuvieron una labor precipitada de las cuales 9 pertenecían al grupo de ansiedad alta ($p < 0.001$). Dos complicaciones post-parto fueron estudiadas, hemorragia post-parto y remoción manual de la placenta. Cuatro mujeres desarrollaron hemorragia post-parto primaria después de la expulsión del bebé. Y correspondieron 3 casos al grupo de ansiedad alta y sólo un caso se presentó en el grupo de pacientes con ansiedad normal ($p = 0.04$). De los tres casos que presentaron hemorragia post-parto primaria en el grupo de ansiedad alta dos retuvieron la placenta, requiriéndose la remoción manual de la misma. Esta complicación no ocurrió en el grupo de ansiedad normal y de hecho los dos casos fueron los únicos a lo largo del estudio ($p = 0.052$). El sufrimiento fetal clínico, en términos de taquicardia fetal y bradicardia así como la presencia de meconio en líquido amniótico tuvo una frecuencia de 9 casos, y todos dentro del grupo de ansiedad alta, ($p = 0.000008$); (Crandon, A., 1978). El estudio de Crandon, A., (1978), revela que ciertos grupos de pacientes en particu

lar las de " riesgo ", muestran morbilidad y mortalidad prenatal substancialmente incrementadas, por lo que parece razonable el incluir material que mida la ansiedad para descubrir - los casos de susceptibilidad. Si bién la relación causal entre los niveles de ansiedad y estas complicaciones obstétricas no es clarísima. La diferencia en la incidencia de casos de complicaciones obstétricas entre las mujeres ansiosas es estadísticamente significativa, mostrandose en el estudio que las -- primeras tienen la incidencia de casos mas elevada .

La investigación retrospectiva ha mostrado (Crandon, A., 1979), una interrelación entre la severidad física, el estrés emocional durante la preñez y las alteraciones físicas, como paladar hendido y el retardo mental en el bebé. Désde un punto de vista en el que se consideran los factores emocionales sobre el medio ambiente prenatal, se ha llegado ha considerar que dichas influencias ocurren y que el feto responde a los - agentes del exterior, estos agentes pueden ser maternalmente inducidos o provenir del medio ambiente externo. Ya que algunos estudios han demostrado que la estimulación sonora tiene como resultado respuestas fetales que consisten de un incremento en los niveles de movilidad fetal. Así se ha demostrado por ejemplo la evidencia de que el consumo del tabaco por parte de la embarazada afecta la tasa cardíaca fetal resultado de la aceleración cardíaca. En pocas palabras se quiere indicar que el feto puede se afectado por la estimulación proveniente del medio ambiente, así como por el estado emocional o de tensión en la mujer embarazada (Raisa, B., Deber, 1981); - (McIntosh, I., 1984)). En el estudio de Crandon, A., (1979) - se trató de comprobar la hipótesis de que los niveles de ansiedad medidos previamente en 146 pacientes a partir de su -- tercer trimestre de preñez podían correlacionarse con el estado de salud general de sus bebés, así la estimación del nivel de ansiedad de las pacientes se determinó aplicandoles el -- IPAT (Anxiety Self-Analysis Form). La interpretación psicológica de los niveles de ansiedad se calculó por medio de la escala correspondiente, así un puntaje de ansiedad de 7 o más -

colocaba a las sujetos individualmente en los grupos de ansiedad histérica o ansiedad neurótica. Los resultados se correlacionaron con el estado de salud físico del bebé, que se valoró por medio del puntaje Apgar a los 5 min. de nacido. Los resultados de la población participante indican que 34 mujeres fueron clasificadas como personas con nivel alto de ansiedad y las restantes fueron clasificadas como normales, la edad de las pacientes fluctuó entre los 15 a los 35 años, así se observó que los puntajes Apgar fueron mas altos para los bebés de las mujeres clasificadas con niveles de ansiedad normales. Si bien el mecanismo subyacente por el cual se presenta esta asociación aun es desconocido, parece razonable la sugerencia de que esto sea el resultado de un daño producido por la hipoxia, que sigue a la demora en el inicio de la respiración pulmonar del recién nacido y en el mismo déficit respiratorio (Grandon, A., 1979). La morbilidad por la hipoxia no necesariamente es causa de muerte, pero puede asociarse con condiciones de impedimento, epilepsia y de problemas conductuales durante la infancia. Al establecerse la asociación que demuestra el estudio entre la ansiedad maternal y el puntaje Apgar del recién nacido, se pretende establecer la interrelación entre el estado mental de la madre y las anomalías neurológicas en el recién nacido, se presume que los hijos de madres que tienen altos niveles de ansiedad durante la preñez puedan tener bebés con posibilidades de tener déficits en su desarrollo neurológico y por ende retardo mental, por lo que se supone que los niveles de ansiedad medidos pueden ser indicador de éste tipo de predisponibilidad .

Autores como Zazz, M., Sameroff, A., y Farnum, J., (1975) , condujeron un estudio para evaluar los efectos de un programa de educación para la maternidad, en las actitudes de las mujeres hacia la maternidad y el proceso de expulsión. Las variables dependientes incluían medir la ansiedad por medio de la escala IPAT, obtener puntajes de las actitudes hacia la maternidad por medio del MAPI-Test y determinar la duración de

la labor y cantidad de anestesia administrada durante la expulsión. En esta investigación participaron tres grupos de mujeres preñadas, 70 primíparas y 48 multíparas que recibieron durante 6 semanas un curso con técnicas Lamaze para la maternidad, de los tres grupos, uno de los grupos estuvo integrado por 70 mujeres primigestas y recibió seis semanas de educación para la maternidad. Participó otro grupo de 48 multíparas, que tomó el mismo curso y también participó un grupo integrado por 4 multíparas que no recibió ningún curso. Los resultados indican que las multíparas entrenadas tuvieron niveles de ansiedad mas bajos que las del grupo de control, tanto antes como después del tratamiento ($f = 4.49$, $df = 1, 70$ $p < 0.05$), así como puntajes significativamente elevados en el factor IV medido del MAPI-Test ($f = 7.69$, $df = 1, 70$, $p < 0.01$) lo cual revela actitudes particularmente positivas de la madre hacia el bebé. Las comparaciones de los puntajes obtenidos en el IPAT indicaron la existencia de la interacción entre las primíparas entrenadas y las multíparas entrenadas ($f = 4.02$, $df = 1, 104$, $p < 0.05$). Dónde el examen I revela que las multíparas entrenadas fueron mas ansiosas que las primíparas entrenadas ($t = 2.23$, $df = 104$, $p < 0.05$), y la prueba II indica que las primíparas del grupo no entrenado fueron mas ansiosas que las multíparas del grupo entrenado, ($t = 1.84$, $df = 104$, $p < 0.05$). El período de entrenamiento parece que reduce la ansiedad tanto en las multíparas ($t = 2.55$, $df = 104$, $p < 0.05$) pero no ocurre lo mismo con las primíparas. La experiencia revela por el entrenamiento, que en ambos grupos se incrementa el deseo de participación activa en la expulsión. Respecto a la duración de la labor, los datos obtenidos indican que los promedios correspondientes a los cinco grupos entrenados, que las pacientes que los integraron que presentaron una labor mas prolongada que las pacientes no entrenadas, pero que tanto primíparas como multíparas entrenadas tuvieron una hora mas de duración de la labor que las no entrenadas. Los medicamentos administrados consistieron de tranquili

zantes (fenérgan) o narcóticos (meperidine). El grupo de las multíparas entrenadas recibió dosis mas pequeñas que las requeridas por el grupo de control de multíparas. No obstante - las diferencias no fueron estadísticamente significativas, -- también se observó que las primíparas recibieron el entrena-- miento, recibieron dosis mas pequeñas que su contraparte en - el grupo de control. Sin embargo los hallazgos del estudio no permitieron apoyar la expectativa de que el entrenamiento por medio del método Lamaze, reduzca la ansiedad durante la labor del parto y posiblemente esto ocurra en parte debido a que la escala de ansiedad del IPAT-test, no tiene suficiente estabi-- lidad y a que no es una escala que específicamente su diseño sea para medir la ansiedad durante la preñez (Zazz, Sameroff, y Farnum, 1975) .

Tres factores se estudiaron para determinar la influencia del Método Psicoprofiláctico (Santibañes, G., 1968), y fueron la relajación muscular, la educación neuromuscular y la influ-- encia psicológica de la palabra, se postuló que los dos facto-- res inicialmente mencionados van a actuar sobre los músculos del canal del parto, evitando las lesiones equimóticas, se -- considera que la relajación muscular evita el gasto incesesa-- rrio de la glucosa que es aprovechada por el músculo uterino - que es el único que debe proveerse en el parto, también se -- postula que el ejercicio expulsivo con relajación perineal, - favorece el período expulsivo del mismo parto, con esto se -- considera que se produzca el control del último factor del do-- lor del parto que es el factor " de contracción involuntaria y actitud inadecuada ". La muestra de la investigación estuvo integrada por 506 pacientes de la clientela privada todas efe-- ctuaron la preparación para la maternidad. Inicialmente en la primera consulta prenatal, se les explicó las bases del méto-- do su importancia y secuencia del mismo, esto se hizo por me-- dio de información obstétrica y pediátrica en 10 sesiones se-- manarias de una hora a partir del cuarto mes del embarazo que consistió de preparación física, aprendizaje y revisión de -

los ejercicios de educación neuromuscular, técnicas respiratorias y también ejercicios de expulsión. Se dió preparación -- psicológica, empleandose terapia de grupo eslabonada con la -- preparación física y dos platicas de orientación, una sobre -- problemas psicológicos del embarazo y parto y una de puericultura, sobre problemas del recién nacido, se dieron dos proyecciones de cine que resumieron las dos platicas mencionadas. -- Los resultados analgésicos se valoraron de acuerdo a los criterios de la escuela francesa. Los " buenos resultados " comprenden a las mujeres que dieron a luz sin necesidad de anestésico y conscientes, así como a las que en período expulsivo se les administró infiltración local o pudenda. Los " regulares " comprendieron los casos que entre media y dilatación -- completa, requirieron del uso de anestésicos prefiriendo el -- bloqueo epidural. Po último los fracasos, ~~en~~ las que antes -- de llegar a los 5 cm. de dilatación se les aplicó el bloqueo epidural con cateterismo. Así se obtuvieron buenos resultados en 166 casos (54.2%), regulares 46 casos (15%), fracasos 60 -- casos (19.6%). En la duración del trabajo de parto se encontró una ligera disminución comparada con los tiempos promedio aceptados normalmente y observados principalmente en las nulíparas, así el promedio de las nulíparas fué de 6.20 hrs. (_ tiempo mínimo de 3.15 hrs. y máximo de 14 hrs.) el promedio -- en las multíparas fué de 5 hrs. (tiempo mínimo de 2 hrs. y -- máximo de 7 hrs.). El apgar tuvo valores altos con calificade 10 en 62 casos (20.26%) con 9 de calificación 174 casos -- (56.86%) y con 8 que fueron 70 casos (22.88%). La paridad indicó un porcentaje mayor de pacientes nulíparas con 174 casos o multíparas de segundo y tercer parto. La edad indicó un porcentaje mayor de pacientes mayores a los 20 años que unido al dato de su preparación intelectual explica la relación edad-paridad-preparación intelectual, mostrandose que no son personas que se casen muy jóvenes. Se obtuvieron cifras cero de -- mortalidad materno infantil y brevedad en el tiempo del parto . Las intervenciones obstétricas fueron : 6 casos (1.96%) de

fórceps, 28 casos (9.15%) de cesareas, 30 casos (9.08%) de vaginotomías. Los resultados indicaron (Santibañez, G., 1968), que todos los casos incluidos en este estudio pudieron dar a luz sin necesidad de perder la conciencia, incluyendose los -partos distócicos y aún los de resolución por cesarea; la ma-dre vivió su embarazo y parto consciente obteniendose su maduración y seguridad en el campo psicológico, siendo el recién nacido el mas beneficiado por no encontrarse deprimido en el momento del nacimiento .

Se efectuó un estudio para explorar la interrelación en-tre el entrenamiento para la maternidad tipo Lamaze y la su-ceptibilidad a la hipnosis, la hipótesis a probar indica o -afirma que las mujeres que son susceptibles a la hipnosis, son relativamente mas exitosas al emplear el método para la maternidad de Lamaze (Samko, M., y Schoenfeld, L., 1975), que aquellas mujeres que no muestran esta susceptibilidad y por lo tanto se muestran mas despiertas alertas y vigilantes durante -su labor y expulsión, resultando requerir menos cantidad de -medicamentos (analgésicos y anestésicos), tienen actitudes --mas positivas con respecto a su experiencia en la expulsión -del bebé y que son consideradas como mas exitosas en la aplicación de las técnicas que integran al método para la maternidad de Lamaze. Al considerarse que la hipnosis y la técnica -de la psicoprofilaxis estan estrechamente relacionadas, el --punto de vista prevaleciente indica que la sugestibilidad, relajación, enfoque de la atención y la concentración son justamente algunos de los factores que parecen ser esenciales en la hipnosis y se considera que localizar a este tipo de cualidades en las sujetos, hipotéticamente las hace mas suscepti--bles a la hipnosis, en tanto que las sujetos sin estas cuali-dades facilmente se distraen. A partir de esto se considera -que los mismos factores pudieran ser importantes en el Método Lamaze o jugar un papel importante en algunos de su componentes, tales como para la relajación, dado que se ha observado que esta produce un estado hipnótico moderado (Samko, M., y -

Schoenfeld, L., 1975) y esto conduce a sustentar la teoría de que la susceptibilidad hipnótica pudiera servir como una señal indicativa para determinar que tanta facilidad o dificultad -- mostraron las mujeres al emplear la técnica Lamaze. Los sujetos que participaron en la investigación fueron aproximadamente 200 nombres tomados de una lista de personas que habían recibido entrenamiento con el método Lamaze dentro de los últimos años a efectuarse el estudio y que hubieran liberado por lo menos un bebé. De la lista obtenida 111 mujeres, cubrieron el requisito o hubieron liberado en el plazo de un año a un año y medio, las mujeres fueron contactadas individualmente -- por teléfono y se les solicitó así su participación voluntaria en la investigación, de estas 26 no pudieron contactarse y 13 rehusaron su designación de participación en el estudio, y 9 -- no pudieron participar dado que tuvieron intervención cesarea y 8 no pudieron acudir a la entrevista, solamente 55 sujetos -- participaron en el experimento por tanto la muestra fué relativamente pequeña. Se aplicaron pruebas para medir la susceptibilidad hipnótica, como fué el perfil de inducción hipnótica (método de levitación del movimiento ocular de Spiegel y Budger) dicha prueba consiste en medir la habilidad de la persona pa ra concentrar su atención de manera receptiva a las induccio-- nes del experimentador (hipnotizabilidad) y se diseñó -- para medir los mediadores de la hipnosis tales como la levita ción del brazo y el movimiento de rotación del ojo, la prueba se lleva a la práctica y se consume entre 5 a 10 min. por per sona. Se obtuvieron datos demográficos, un cuestionario de ac titudes y se aplicó un cuestionario del experimentador (sin -- especificarse su contenido), (Samko y Schoenfeld, 1975). Los resultados obtenidos para este estudio no sustentan la hipóte sis, de que las mujeres que son mas susceptibles a la hipnosis tengan relativamente mas éxito empleando las técnicas del mé todo psicoprofiláctico (tipo Lamaze) para la maternidad que -- las que son menos susceptibles a la hipnosis, además queda --- indicado que la susceptibilidad a la hipnosis no esta relaciona

da con la experiencia general de la expulsión del bebé o con dicho proceso, también se observó que dicha susceptibilidad a la hipnosis no se relaciona en forma significativa con el tipo de medicamentos administrados a la mujer (Samko y Schoenfeld, 1975), así como con las mediciones que se obtuvieron para verificar el estar despierta, alerta y consciente y que esto se relacione con la experiencia del entrenamiento tipo Lamaze. También se demostró que las mujeres que tuvieron bastante éxito empleando el método Lamaze, no mostraron ser mas susceptibles a la hipnosis que las que no tuvieron dicho éxito. Los resultados nulos no son consistentes, con el supuesto de que la práctica de la hipnosis difiere marcadamente de la psicoprofilaxis, ya que éste último entrenamiento implica la formación de un arco reflejo, la diferencia entre ambas técnicas se basa simplemente en el hecho de que la hipnosis es una inducción verbal (sugestión) y que tiene efecto directo para prevenir el dolor siendo su efecto masivo, en tanto que la psicoprofilaxis, la palabra y su efecto directo es no " masivo ", ya que se desvanece en una red de interacciones y ejercicios (no obstante, ambos conceptos no son claros del todo).

Registros médicos, entrevistas personales relacionadas a la experiencia del parto y datos de actitudes y socioeconómicos fueron obtenidos de 1 a 3 días en el post-parto de una muestra de 249 mujeres, 95 de las cuales recibieron el entrenamiento en psicoprofilaxis (Charles, A., Norr, K., Block, C., Meyering, S., y Meyers, E., 1978), para la maternidad antes de la expulsión. Cuando se controló la paridad; la preparación psicoprofiláctica no pudo relacionarse con algunas de las diferencias obstétricas obtenidas a excepción de los bajos niveles de anestesia administrados a primiparas y a multíparas y también a los bajos niveles de analgesia que requirieron las multíparas. La preparación para la maternidad se relacionó significativamente con niveles bajos de dolor y altos niveles de satisfacción durante el parto. Y estos beneficios psicológicos no disminuyeron aun cuando se controló la paridad, el estatus socioeconómico, con cuatro características psicológicas actitu

dinales. El objetivo del estudio, intentó examinar los efectos psicológicos y obstétricos del método psicoprofiláctico - cuando se controla el estatus socioeconómico y las actitudes psicológicas (Charles et. al., 1978). Inicialmente las participantes fueron entrevistadas en relación a su preparación y experiencia durante el parto, aplicandoseles un cuestionario autoevaluativo, con él se obtuvo información demográfica básica, apreciación de las actitudes y un promedio dónde se midió la experiencia al dolor y a la expulsión. La escala de actitudes se tomó de Robinson y Shaver (MPSA), (measures of social psychological attitudes). Los registros médicos proveyeron información relacionada con la medicación, complicaciones y otros datos obstétricos. Alrededor de una quinta parte (23%) de las entrevistadas no completaron el cuestionario. Inicialmente solo se obtuvieron datos de personas que tuvieron un parto normal, ya que no se consideró a las que se les practico la cesarea, ni tampoco se entrevistó a personas cuyo bebé falleció o hubiera tenido sufrimiento clínico, también se consideraron los factores como el de que las pacientes que tuvieron una estancia hospitalaria prolongada, tal como corresponde a una expulsión prolongada o mas complicada. Las madres solteras diferían bastante de los casos en que la mujer había sido abandonada. Muy al principio en el estudio se descubrió que el rango de variación en la preparación para la maternidad era mas grande entre las pacientes de las instituciones privadas, de ahí que se concentró la información de este tipo de paciente proveniente de hospital privado. Una comparación de la muestra indicó que los hospitales de salud pública afectaría a nuestra muestra en este factor, de ahí que por estar integrada en su mayoría por pacientes de institución privada, se registrarán pocas expulsiones por fórceps, menos intervenciones cesareas, que las ocurridas en hospital público (Charles et. al, 1978). Uno de los problemas metodológicos que se tuvieron que afrontar, fué el de determinar los niveles de dolor y satisfacción percibidos por las pacientes durante la labor y la expulsión, ya que en algunos estudios, son observadores independientes los que califican la tensión corporal y las expresiones de

dolor experimentado por la paciente en tres períodos que corresponderían a la etapa de labor activa, transición y expulsión calificadas por medio de una escala de intervalos ya que el propósito, era medir la intensidad de la duración del dolor experimentado. Resultados, 95 de las 249 mujeres entrenadas, empleó la preparación psicoprofiláctica, aproximadamente tres quintas partes del grupo entrenado fueron primigestas y las dos quintas partes restantes fueron primigrávidas pero no fueron entrenadas; muchos de los factores obstétricos relacionados con la paridad fueron examinados separadamente entre primigrávidas y multíparas. La única diferencia estadística significativa, fué el segundo período de labor que fué mas amplio en las multíparas preparadas que en las multíparas no preparadas, esta diferencia fué pequeña y no tomó la dirección predicha. Aproximadamente la misma proporción de mujeres preparadas y no preparadas tuvieron período de una hora o mas sin dilatación después del inicio de la fase de labor activa y una proporción equivalente de mujeres se les aumentaron las contracciones con oxitocina (Charles et. al., 1978). No se observaron diferencias entre las mujeres preparadas y no preparadas en la proporción de las presentaciones normales del bebé ni en ninguna de las complicaciones que eventualmente ocurren en la labor. Incluidos la placenta previa, pre-eclampsia, prematurez, nacimiento múltiple o sufrimiento fetal. Ocurrieron 17 operaciones cesareas en la muestra, se observó que ocurrieron con mayor frecuencia entre el grupo de las mujeres primigrávidas preparadas con psicoprofilaxis. La expulsión de tipo vaginal tampoco mostró diferencias entre grupos de mujeres preparadas y no preparadas, ni en la expulsión con fórceps o espontánea, tampoco existieron diferencias en la pérdida de sangre, incidencia de laceraciones, expulsión espontánea de la placenta, entre los grupos de preparadas y no preparadas. La aplicación de anestésicos y analgésicos fué un poco mas complicada, aproximadamente una tercera parte de las preparadas y de las primigrávidas no preparadas recibió anestesia regional o no se les

aplicó durante la primer etapa de la labor. Entre las multiparas una proporción grande que no fué entrenada nó requirió de analgésicos el 64% de las pacientes en comparación con el 42% de las pacientes que si los requirió. En la expulsión tanto -- primíparas como múltiparas que recibieren clases sólo se les -- aplicó infiltración local o bloqueos pudiendo a diferencia de -- las mujeres (Charles et, al., 1978) no preparadas. En la muestra no se observaren efectos de la preparación psicoprofiláctica en las condiciones de nacimiento del bebé. Los puntajes del Apgar al 1 min. y a los 5 min y la proporción de bebés que requirió de resusitación difirió mucho entre las preparadas y -- las no preparadas. En cuanto a la experiencia del nacimiento -- un 72% de las preparadas reportó haber estado listas y empleando las técnicas especiales de respiración para reducir eficazmente el dolor, así como manifestaron tener " control sobre sí mismas " en la fase activa y en la transición (justamente antes de que el médico diga a la paciente que puede pujar al presentar una dilatación total). Sólo 155 mujeres sin entrenamiento emplearon eficazmente las técnicas de respiración durante -- los períodos de fase activa y transición. Las mujeres entrenadas reportaron entre un 11.1% y un 13.5% en una escala de dolor experimentado contra un 20% de las no entrenadas .

Veille, Hohimer, Burry y Speroff (1985) en estudios mas recientes se propusieron investigar, si el ejercicio maternal moderado incrementa o no la actividad uterina y las consecuencias que esto pudiera tener durante la gestación. Ya que estudios previos de estos autores (Artal, Platt y Sperling, 1981) habían sugerido que la práctica del ejercicio durante la preñez pudiera correlacionarse con la incidencia de la labor prematura en mujeres que presentan este tipo de riesgo y que además sea causa atribuible del incremento de la actividad uterina (contracciones uterinas), Veille y cols., (1985) también intentaron confirmar la que sugirieron otros autores (Clapp y -- Dickstein, 1983), respecto a que la práctica del ejercicio puede inducir la prematuridad y el bajo peso al nacimiento .

Para probar la hipótesis inicial se efectuó un estudio - prospectivo, durante las últimas ocho semanas de la preñez de 17 mujeres. Dos formas o tipos de ejercicios fueron elegidos : de ejecución pesada (correr a pie) y de ejecución ligera (pedalear una bicicleta estacionaria). Todas las participantes en el estudio de Veille y cols., (1985) gozaban de cabal salud, - el promedio de edades fué de 31 ± 1 años, la media de estatura fué de 1.65 ± 0.07 mts. y la media del peso de las pacientes - fué de 60 ± 1 Kgs.. Todas las pacientes estaban en el tercer trimestre de la preñez con una media de 35 ± 2 semanas y a todas se les administró doxylamina pyridoxina (Bendectin) y a otras hidrocloreto de difenilhidramina (Benardyl), 8 hrs. antes del estudio. Todas se presentaban en ayunas y en promedio habían ingerido alimento 2.5 hrs. antes del estudio. Las participantes fueron distribuidas aleatoriamente entre los dos grupos del estudio. Los datos se obtuvieron en tres períodos distintos : Un período inicial de descanso de 30 min., un período de ejercicio con duración de 10 a 30 min., un período de recuperación de 30 min. Los parámetros o variables dependientes -- fueron : Línea base de la frecuencia cardíaca materna, obtenida por la palpación carotídea, presión sanguínea por medio de un esfigmomanómetro, frecuencia cardíaca fetal monitoreada -- externamente por sonda Doppler y las contracciones uterinas - que se monitorearon en forma externa en un Tocómetro de presión (transductor fetal) conectado a dos canales de grabación . Los resultados indicaron que la frecuencia cardíaca materna se incrementó significativamente durante los primeros 15 min. del período de recuperación post-ejercicio ($p < 0.05$) pero ésta regresó a su línea base. En el siguiente período de 15 min. no se observó cambio en la presión arterial ni ocurrieron cambios en la media de la actividad uterina. El promedio de gestación a la liberación del producto fué de 40 ± 1 semanas; 13 de las - 17 pacientes tuvieron una expulsión vaginal espontánea, cuatro pacientes tuvieron cesarea y el promedio de peso al nacimiento fué de 3822 ± 478 grs., el promedio que correspondió al Apgar fué de 8 al 1 min. y de 9 a los 5 min. El promedio de duración

de la labor fué de 12 ± 6 hrs., Veille y cols., (1985) consideraron que el tipo de ejercicio ejecutado puede tener efectos diferentes en la actividad uterina. Los ejercicios ejecutados en posición erecta con el axis (eje) del útero en posición -- caudal puede ejercer mayor presión en el cervix, esto en su oportunidad puede incrementar la actividad uterina por medio de un mecanismo reflejo. En tanto que el ejercicio sobre bicicleta estacionaria (ejercicio ligero), tiene un efecto gravitacional inferior, (Lapierre, A., 1978), (Veille y cols., 1985), (Vellay, P., 1980), (Rholes, F.G., y Reynolds, H.H., 1963) .

En este estudio se desarrolló la hipótesis de trabajo, la que indica que ciertas características del curso psicoprofili-- láctico en el que se educan a las mujeres embarazadas, sean capaces de influir en los resultados obtenidos. Dichas características son : Los aspectos informativos, conceptuales y -- psicológicos durante la preparación 2) Participación o no participación del médico tratante y 3) La composición del grupo que tiene dos características (con pacientes de diferentes -- médicos e instituciones), denominado " curso abierto ", y el curso denominado " cerrado " (con pacientes pertenecientes a un sólo médico), así como el tamaño del grupo. Se pretendió -- defender el punto de vista de los autores (Ruiz, J., y Etienne, M., 1983), de que este tipo de preparación para la maternidad da importancia equivalente a los aspectos teóricos y a la educación física; el funcionamiento de los grupos cerrados y pequeños donde el equipo médico que atendera el parto participa directamente en organizar el curso. Así se compararon -- los resultados de dos cursos desarrollados paralelamente y simultáneamente en un centro de preparación Obstétrica, ambos cursos fueron manejados por el mismo personal en lo que se refiere a instructores, psicólogos y pediatras, teniendo el mismo tipo de trabajo y empleando el mismo material audiovisual. Siendo sus diferencias mas importantes en cuanto a las características ya mencionadas. En el curso " abierto ", se concen

traron de 35 a 40 parejas remitidas por diversos médicos y --
dónde el adiestramiento físico se realizó en pequeños grupos
y la preparación teórica reúne al total de las parejas por me
dio de conferencias, aquí el médico tratante no participa en
el curso y sólo dos de estos imparten eventualmente alguna --
clase, el curso se imparte a los 4.5 meses de la gestación. -
En el curso " cerrado " se integra con 8 o 10 parejas pero to
das pertenecientes a un sólo equipo médico. Los médicos de di
cho equipo, imparten la preparación teórica mediante platicas
(Ruíz, J., y Etienne, M., 1983), (Ruíz, J.R., 1986), (Atkin,
L., Arcelius, M., Fernández, A., Tolbert, K., 1988), formando
con los instructores, psicólogo y pediatra un verdadero equi
po de psicoprofilaxis, se imparten seis clases prácticas me--
nos que en el anterior y se inicia con gestas intermedias del
6to. mes de gestación. Los resultados contrastados correspon
dieron a los obtenidos durante el año de trabajo efectivo del
" curso abierto " y con datos de dos años del curso " cerrado
", las series son equivalentes en cuanto a el rango de edades
(no especificado), y a las condiciones socioculturales .
El número de nacimientos fué de 164 en el grupo abierto y de
106 en el grupo cerrado, partos eutócicos hubo 61.6% abierto
y 71.6% en el grupo cerrado, cesareas 29.2% grupo abierto y -
21.7% grupo cerrado, partos distócicos 9.1% abierto y 6.6% ce
rrado. Sin anestesia 50% del grupo abierto y 68.6% del grupo
cerrado, bloqueo peridural 45.6% abierto y 59% cerrado. Con -
anestesia 40% abierto y 59% cerrado. Múltiparas sin anestesia
84.6% abierto y 88.8% cerrado, con anestesia 60% abierto y --
41% cerrado. Ingresos al hospital con 7.5 cms. de dilatación
cervical hubo 32.7% abierto y 79% cerrado, con anestesia 35.2
% abierto y 21% cerrado, ingresos al hospital con 5 cms. hubo
56.8% abierto y 65% cerrado. Padre participante 75.8% abierto
y 88% grupo cerrado. Como puede apreciarse en el grupo abier
to hubo 164 nacimientos en 1 año, mientras que en el grupo ce

rrado hubo 106 nacimientos en dos años. El número de cesareas fué mayor en el grupo abierto 29.2% que en el grupo cerrado - 21.7%. Lo mas relevante es el marcado aumento de partos sin - anestesia en el grupo cerrado 68.6% en comparación con el grupo abierto 50%, aún cuando ambas cifras estan por abajo de lo ideal, al observar por separado los resultados en primíparas y múltiparas se observa que las múltiparas logran mejores resultados en ambos grupos (Ruíz, y Etienne, 1983). La inmensa mayoría de las anestесias se administraron por petición de la paciente no por indicación médica, siendo esto mas frecuente en el grupo cerrado. Los autores concluyeron (Ruíz y Etienne, 1983), que la necesidad de aplicar anestesia en el parto, esta determinada por una serie de factores de los cuales no todos tienen que ver con la preparación al parto, sin embargo - aún se consideró que la frecuencia en el uso de anestесias en el parto, es buen parámetro, para valorar los resultados producidos por el tratamiento, también se observó, que los partos que no requirieron de aplicación de anestésicos, ocurren cuando se cuenta con la presencia del instructor durante el - parto, en tanto que el tipo de curso (sea abierto o cerrado), y el factor instructor parecen tener importancia equivalente y finalmente aconsejaron logicamente trabajar con grupos cerrados reducidos, incorporar al médico tratante a las labores de preparación e incrementar la presencia de instructores en el parto .

En otra investigación, se estudiaron 200 embarazadas de - riesgo normal, a las que se les integró en dos grupos de 100 pacientes cada uno. El primer grupo atendido por el método de atención obstétrica tradicional (donde se administra analgesia y anestesia a todos los casos). El segundo grupo atendido, por el médico de psicoprofilaxis. Se analizaron 22 variables en base a la prueba de hipótesis, resultando evidente la significancia estadística, que permitió demostrar la ventaja de la atención por medio de la aplicación del método de psicoprofilaxis (Guzman y Avalos, 1983). Algunos de los paráme--

tros que se analizaron (en total 20) fueron : Grado de educación de la pareja, número de centímetros de berramiento del cervix de la parturienta al ingresar al hospital, ruptura prematura de las membranas, presencia de meconio, duración del período expulsivo, duración del período del parto, tipo de -- analgesia y anestesia, Apgar del recién nacido. Los resultados fueron los siguientes, por lo que se refiere al número de llamadas de la pareja al médico durante el embarazo, de 82 parejas que recibieron el método psicoprofiláctico, sólo 20 personas llamaron, por el método tradicional 92 parejas llamaron o se reportaron al médico en cuando menos dos ocasiones. La escolaridad de la pareja fue de 86 parejas con educación superior a la secundaria, de las que recibieron el método de psicoprofilaxis y 12 tenían una educación inferior a la misma . Por lo que respecta a ganancia del peso ideal en el embarazo, por el método tradicional 68 parejas ganaron dicho peso ideal contra 92 parejas que por el método psicoprofilactico tuvieron esa ganancia. Para el número de semanas de embarazo al ingresar al hospital en pleno trabajo de parto, por el método tradicional 4 mujeres tuvieron un parto a término por el método psicoprofiláctico ocurriendo también 5 partos prematuros. En el número de centímetros de dilatación y berramiento del cervix 90% de las embarazadas por el método tradicional tenía de 2 a 4 cms. de dilatación cervical y entre un 20% a un 40% de dilatación cervical para las parejas entrenadas por el -- método tradicional. En ruptura prematura de las membranas 10 parejas tuvieron una patología y por el método tradicional 6 mujeres la presentaron. La presencia de meconio en líquido amniótico en pacientes entrenadas con el método tradicional estuvo presente en 14 casos y por el método psicoprofiláctico -- en 6 casos. La presentación y variedad de posición fue la -- siguiente : por el método tradicional una podálica, 09 cefálicas y 20 presentaciones cefálicas viciosas, por el método psicoprofiláctico por el contrario ocurrieron una podálica, -- 99 cefálicas y 10 presentaciones cefálicas viciosas (Guzmán y Avalos, 1983). En operaciones cesareas, por el método tradicional se practicaron 18 cesareas, nueve de estas por despro-

porción cefalopélvica y 9 por otras causas, por el método tradicional se practicaron 14 cesareas. La duración del período expulsivo, fué el siguiente, con duración de 20 a 30 minutos con el método tradicional para 80 casos y 20 casos tuvieron un período expulsivo con duración de 30 a 50 minutos. Por el método psicoprofiláctico 88 mujeres tuvieron un período expulsivo con duración de 30 a 50 minutos. Por el método psicoprofiláctico 88 mujeres tuvieron un período expulsivo entre 20 y 30 minutos y las doce restantes tuvieron un período expulsivo entre 30 y 50 minutos. En la duración total del parto por el método tradicional 70 mujeres tuvieron un parto en 12 horas o más horas y 30 mujeres entre 4 y 12 horas, por el método psicoprofiláctico 65 mujeres tuvieron un parto entre 4 y 12 hrs., y las 35 restantes en 12 hrs. o más horas de duración. En la aplicación de la analgesia y anestesia, por el método tradicional 94 pacientes se manejaron con anestesia y analgesia y en seis casos no se aplicó esta última, contrariamente por el método psicoprofiláctico en 20 casos se aplicó algún método anestésico y en 80 casos no se aplicó ninguno de los métodos anestésicos, en la calificación del puntaje Apgar por el método tradicional 78 recién nacidos se calificaron con Apgar menor de 7 de calificación, por el método psicoprofiláctico - 95 recién nacidos tuvieron un Apgar mayor de siete y cinco -- casos con Apgar menor de siete de calificación .

Otros investigadores (Kulpa, Bridget, White y Vischer, -- 1987), ejecutaron un estudio para averiguar el efecto que el entrenamiento en ejercicios aeróbicos pueden tener en las mujeres preñadas. Por tanto probaron trabajar con 141 pacientes con preñez de bajo riesgo las cuales fueron probadas en su capacidad aeróbica durante su primer trimestre y durante su tercer trimestre en el post-parto. Inicialmente se pronosticó el valor de consumo máximo de oxígeno de las participantes por medio de un protocolo estandar denominado Bruce, empleando -- una cinta de caminata sin fin y un monitor de electrocardió-- grafo durante la primera y tercera pruebas y también se em-- pleó el protocolo Astrand para las pruebas de sub y máximo --

consumo de oxígeno al pedalear en una bici-ergómetro durante el tercer trimestre. Se dió una prescripción de ejercicios y primíparas y múltiparas fueron distribuidas aleatoriamente -- entre los grupos de control y de ejercicio, difiriendo sólo -- en cuanto a la frecuencia de práctica del ejercicio aeróbico practicado. Las participantes elegibles al estudio debieron -- cubrir previamente a la realización del mismo los siguientes criterios : edades de 18 a 34 años, no fumadoras habituales, con -15% de su peso corporal ideal, con -10% del equivalente metabólico de 3.5 ml/Kg/min., de su consumo de oxígeno en sus ejercicios de caminata en la cinta sin fin y no tener problemas médicos o haberseles pronosticado alto riesgo de complicación obstétrica (Kulpa y cols., 1978). Los datos que se obtuvieron el primer trimestre fueron tasa Borg's de esfuerzo máxima observada. Durante el tercer trimestre el criterio de -- terminación de las pruebas sub-máximo se basaron en la ecuación $220 - \text{edad} - (\text{años}) \times 0.80$. La duración sobre la bici-ergómetro y la tasa de esfuerzo máximo fueron medidas. Los datos obtenidos de sujetos sentadas erectas sobre la bici-ergómetro se registraron, cuando ésta fué pedaleada inicialmente a 1 Kml. x Hrs., el pedaleo podía ser como mínimo el equivalente a 2 cargas de trabajo (un mínimo de 1 Kml. a un máximo de 3 Kml.). La tasa cardiaca fetal fué registrada antes de la prueba y 10 min. después de la misma. Las pruebas post-parto consistieron de variables similares a ls del primer trimestre (Kulpa, Bridget, White y Vischer., 1987). Los resultados indicaron lo siguiente : 85 de las sujetos que calificaron -- para el estudio todas parieron en un rango de edades gestacionales de 38 a 42 semanas. En el grupo de primigrávidas las -- que practicaron ejercicios tuvieron una fase de labor activa mas breve y una segunda fase de labor mas breve si se les com para con las primigrávidas del grupo de control; y no existiendo diferencias entre las múltiparas para los grupos de control y ejercicio, pocas múltiparas requirieron de medicamentos en tanto que las primigrávidas en el grupo de ejercicio -- tuvieron una $p < 0.002$ y las primigrávidas del grupo de con--

trol una $p < 0.021$. No se observaron diferencias significativas en la modalidad de expulsión del producto, edad gestacional, grado de laceraciones, distribución del sexo fetal, peso fetal y Puntajes Apgar. Las multigrávidas del grupo de control ganaron mas peso que las multigrávidas del grupo de ejercicios ($p < 0.03$), la media total del peso ganado fué de 31.5 lbs., en las primigrávidas que ejercitaron y de 31.3 lbs. en las primigrávidas del grupo de control. Los ejercicios aeróbicos no fueron asociados a un incremento en la incidencia de complicaciones obstétricas o a la morbilidad neonatal. En terminos de eficiencia cardiovascular entre cada subgrupo, todas las pacientes desarrollaron o mantuvieron su nivel de adaptabilidad durante la preñez y el post-parto (Kulpa y cols., 1987), (Laird, M., y Hogan, M., 1956), (Davenport-Slack, B., y Boylan, Ch., 1974), (Cave, C., 1978), (Chance, M., y Prytula, R., 1978), (Whitley, N., 1979), (Nettelbladt, P., Fagerstrom, C., Uddenberg, N., 1976), (Hughey, M., Mc Enlin, y Young, T., 1978).

Ahora bién, inicialmente concluiremos en base a lo anterior que los estudios reportados sobre el Tratamiento Psicoprofiláctico del parto, señalan una serie de efectos obstétricos positivos y también ventajas de tipo psicológicas. Pero no especifican con precisión como medirlos (cuantificarlos) sistemáticamente (Beck y cols., 1978).

Es mas como lo indican algunos autores (Werthington y Martín, 1980), se considera que actualmente es bastante escasa la investigación disponible que esté orientada a determinar, si individualmente o en grupo los componentes que integran al Tratamiento Psicoprofiláctico se correlacionan o no con los efectos obstétricos y psicológicos positivos que se le atribuyen al mismo.

Probablemente, esto sea resultado del hecho de que los investigadores clínicos, hallan examinado al tratamiento Psicoprofiláctico como un todo, (Werthington y Martín, 1980) y que como resultado no consideran que el tratamiento está integrado de hecho por varios componentes individuales como son :

- a) Los Ejercicios Físicos (Gimnasia para la mujer)
- b) Ejercicios de relajación Muscular por Disociación
- c) Técnicas de Respiración
- b) Teoría en Psicoprofilaxis del Parto

A criterio puede atribuirse que la inconsistencia de los resultados obtenidos al aplicarse el Tratamiento Psicoprofiláctico (entendida esta, como resultados que no siempre son los mismos ya sean positivos o negativos). Particularmente sea de origen metodológico como lo han señalado algunos investigadores (Beck y cols., 1978) que indican que al efectuarse algunas investigaciones se ha adoptado una metodología poco apropiada .

Y que este error puede evidenciarse si consideramos que no se cumple en la mayoría de los estudios con los siguientes criterios metodológicos de la investigación aplicada :

- I) Asignación aleatorizada de los sujetos a -- las condiciones de Tratamiento experimentales
- II) El tener sujetos realmente ingenuos respecto a las condiciones del Tratamiento
- III) Empleo de Grupos de Control
- IV) Aplicación de un diseño experimental de investigación, acorde al tipo de variables que se pretende manipular
- V) Aplicación adecuada de pruebas estadísticas e interpretación de datos y resultados
- VI) Empleo de algún tipo de registro que permita medir el cambio ocurrido en la Variable Dependiente (VD)
- VII) Participación de personal calificado y familiarizado con la aplicación del tratamiento, técnicas y desarrollo de la metodología de investigación experimental

Lógicamente, estos aspectos ya han sido expuestos en las conclusiones de estudios reportados en la literatura especializada (Wideman y Singer, 1984. págs. 1358-1366 ; Beck y Hall , 1978, págs. 371-377-378; Reading y Cox, 1958 pág 310 ; Werthington y Martín, 1980 pág. 109) en forma por demás clara y precisa .

Ahora bién considerando los aspectos previamente expuestos y señalando su importancia. En el presente estudio se aceptan los criterios señalados por los autores ya citados -- (Beck y Hall, 1978; Wideman y Singer, 1984, Reading y Cox, - 1985, Cranden, 1978; Worthington y Martín, 1980), además de que se eligió un diseño experimental que permita la manipulación experimentalmente de componentes, que se considera integral al Tratamiento Psicoprofiláctico y así observar el comportamiento de las variables, (VI y VD), antes, durante y al final del tratamiento .

Capítulo II

M E T O D O

R E S U M E N :

Se efectuó la presente investigación aplicada, con el objeto de evaluar, si existe o no diferencia en el control voluntario que ejercen las mujeres primigestas clasificadas previamente con niveles de ansiedad altos o normales, de sus funciones cinestésica músculo esquelética, de relajación tensión muscular y respiratoria. Cuando recibieron individualmente — cualquiera de los componentes que integran el tratamiento Psicoprofiláctico (Ejercicios físicos, de relajación-tensión muscular, de respiración y teoría en psicoprofilaxis del parto) que cuando los reciben todos . Y para determinar el efecto de las variables independientes involucradas (componentes del Tratamiento Psicoprofiláctico y los niveles de ansiedad variable independiente dos (VI_2) con 6 niveles y variable independiente uno (VI_1) con 2 niveles), sobre la (s) variable (s) dependiente (s) : conductuales (control de las funciones cinestésica músculo-esquelética, de relajación-tensión muscular y respiratoria) y las fisiológicas (complicaciones obstétricas, puntaje Apgar y valoración del Psicoprofiláctico en la escala de Lamaze) . Se uso un diseño factorial $K \times L$ - (6×2) de medidas repetidas para muestras relacionadas. Las mediciones empleadas para determinar el nivel de ansiedad en las pacientes fueron el (HAD) y el (IDARE), Anxiety and Depresión Hospital Scale y el Inventario de Ansiedad Razgo-Estado respectivamente, también se empleo un Registro de Ocurrencia de respuestas emitidas por las pacientes y un Registro de -- la Labor del parto entre otras mediciones. La muestra probabilística de la investigación, estuvo integrada por 24 pacientes primigestas, que acudían a consulta prenatal a la Unidad de medicina Familiar No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social (UMF-16 IMSS) en la Ciudad De México Distrito Federal , las que parieron en el Hospital de Gineco Obstetricia de --

Tlatelolco del IMSS, también ubicado en la Ciudad De México, D.F. . Todas las pacientes, fueron seleccionadas como sujetos participantes en la investigación voluntariamente y también considerando a los criterios de investigación estandarizados formalmente . De principio, las pacientes fueron integradas por parejas y posteriormente distribuidas aleatorizadamente entre los doce grupos que estuvieron expuestos al procedimiento experimental de investigación . El procedimiento de investigación experimental fué constituido por 3 fases que fueron : Línea Base (LB) de 5 sesiones, Tratamiento (TR) de 12 sesiones y Evaluación (EV) sesión única en tococirugía y sala de labor de parto. Los resultados obtenidos indican que los grupos de pacientes que recibieron el tratamiento Psicoprofiláctico integro (aquí llamado arbitrariamente componente de " sumación ", con objeto de identificarlo), ejercieron un control mas efectivo de sus funciones en el parto y sin presentar complicaciones obstétricas. Esto lo demostró el análisis de varianza (Andeva) para el diseño factorial K X L (6 X 2), ya que éste reveló un efecto "principal" del denominado componente de sumación. También se observó, que ambos niveles de ansiedad (Alto (+) y Bajo (-)), por sí solos no son un factor determinante que afecte el control de las pacientes en el parto, aspecto que no es paradójico. Ya que el mismo análisis de varianza (Andeva) indica la competencia de un tercer efecto denominado " interacción " (en los términos de los análisis factoriales) o efecto conjunto de los componentes del tratamiento psicoprofiláctico y de los niveles de ansiedad, - los cuales si tienen un efecto sobre la variable dependiente esto quiere decir, que las pacientes con niveles de ansiedad Altos (+) y normales (Bajos (-)) respondieron en forma diferencial a la exposición que ellas tuvieron a los componentes que integraron al tratamiento psicoprofiláctico .

O B J E T I V O :

El Objetivo General del presente trabajo de investigación, fué evaluar la efectividad de los cuatro componentes - que integran al Tratamiento Psicoprofiláctico para la Fase Gestacional, (como son : Los Ejercicios Físicos (Gimnasia para la mujer), Ejercicios de Relajación Disociación, Ejercicios de Respiración y Teoría en Psicoprofilaxis del parto), aplicados individualmente o en conjunto. Para establecer el control voluntario de las funciones : respiratoria, de relajación y tensión muscular y cinestésica músculo esquelética, en una muestra de pacientes primigestas pareadas previamente en (2) niveles de ansiedad (nivel alto y bajo) que - redibieron el tratamiento especificado a partir de las 28 semanas de su último ciclo menstrual y máximo con 32 semanas (6to a 8avo. meses de gestación).

Además se registró la incidencia de las complicaciones - obstétricas, así como el puntaje obtenido por las pacientes en la escala de Valoración de la Psicoprofilaxis de F. Lameze (1956) .

El Diseño Experimental seleccionado para manipular individualmente y en conjunto a los componentes que integran al Tratamiento Psicoprofiláctico para la Fase Gestacional, así como a los (2) niveles de ansiedad de la muestra de pacientes (Las consideradas Variables Independientes (VI's). Fué un diseño Factorial $K \times L$ (6×2) de medidas repetidas para muestras relacionadas.

El tratamiento Experimental íntegro comprende (3) fases o períodos experimentales y la selección de las sujetos :

- 1) Selección de las pacientes
(Sujetos Experimentales)

- 2) Una Fase de Línea Base (L.B.) .
- 3) Una Fase de Tratamiento (entrenamiento), en —
dónde se aplicaron las variables independientes
de acuerdo a la estructura del diseño Factorial
K X L (6 x 2) de medidas repetidas para mues—
tras relacionadas .
- 4) Una Fase de Evaluación de la Labor del Parto, —
dónde se determinó el comportamiento de las va—
riables Dependientes (VD's) siguientes :
 - a) Conductuales : control voluntario de la fun—
ción cinestésica músculo esquelética, respirato—
ria y de relajación tensión- muscular, y :
 - b) Variables Fisiológicas ; puntaje obtenido de
las pacientes, por medio de la Escala de Valora—
ción de Psicoprofilaxis del Parto de Lamaze F.,
e incidencia de complicaciones obstétricas p. —
ejem. Labor prolongada, Hemorragia post-parto —
etc. .

H I P O T E S I S :

Las Hipótesis de Trabajo a ser comprobadas en la investi—
gación fueron :

HI - HIPOTESIS ALTERNA :

Existe diferencia en el control voluntario que ejercen, —
las mujeres primigestas de sus funciones : cinestésica múscu—
lo esquelética, de relajación-tensión muscular, respiratoria
y en la incidencia de complicaciones obstétricas que presen—
tan antes y durante la labor del parto, cuando reciben indi—
vidualmente cualquiera de los componentes que integran al —
Tratamiento Psicoprofiláctico (Ejercicios Físicos, Ejerci—
cios de Relajación-tensión muscular, Ejercicios de Respira—
ción y Teoría en Psicoprofilaxis del Parto) que cuando los
reciben todos .

H I P O T E S I S :

HO - HIPOTESIS NULA :

No existe diferencia en el control voluntario que ejercen las mujeres primigestas de sus funciones : cinestésica-músculo esquelética, de relajación tensión muscular, respiratoria , y en la incidencia de complicaciones obstétricas que presentan antes y durante la labor del parto, cuando reciben individualmente cualquiera de los componentes que integran al Tratamiento Psicoprofiláctico (Ejercicios Físicos, Ejercicios de Relajación-tensión muscular, Ejercicios de Respiración y Teoría en Psicoprofilaxis del Parto) que cuando los reciben todos .

Si suponemos que el Tratamiento Psicoprofiláctico está integrado por los componentes siguientes :

- C1 = Ejercicios Físicos
- C2 = Ejercicios de Relajación
- C3 = Ejercicios de Respiración
- C4 = Teoría en Psicoprofilaxis

Entonces :

$$\begin{array}{rcl} \text{HI} & = & \text{C1} + \text{C2} + \text{C3} + \text{C4} \quad \neq \\ & & \text{C1} \\ & & \text{C2} \\ & & \text{C3} \\ & & \text{C4} \\ \\ \text{HO} & = & \text{C1} + \text{C2} + \text{C3} + \text{C4} \quad = \\ & & \text{C1} \\ & & \text{C2} \\ & & \text{C3} \\ & & \text{C4} \end{array}$$

V A R I A B L E D E P E N D I E N T E :

Las Variables Dependientes son de dos tipos :

- A) Conductuales
- B) Fisiológicas

A) Variable Dependiente Conductual : Se definió, como variable dependiente (VD) a la ocurrencia de respuestas correctas e incorrectas del :

- 1) Control voluntario de la función cinestésica músculo esquelética .
- 2) Control voluntario de la función respiratoria .
- 3) Control voluntario de la función de relajación - tensión muscular .

Todas funciones que son ejercidas por las pacientes antes y durante la labor del parto .

El control voluntario de las funciones especificadas se determina por la emisión de respuestas correctas, o sea cuando la paciente si responde a una instrucción verbal específica (estímulo verbal) del psicólogo, dentro de los 10 primeros segundos emitiendo la conducta solicitada .

La ausencia de control de las funciones se determina, -- por la emisión de respuestas incorrectas, o sea cuando la paciente no responde al estímulo verbal cumplidos 10 segundos reglamentados, es decir cuando hubiera ausencia completa de respuesta en ese intervalo de tiempo, o si se emite una conducta diferente de la requerida .

B) Variable (s) Dependiente (s) Fisiológica (s) : Se definie ron de acuerdo a la valoración en Psicoprofilaxis por me dio de una escala y a la incidencia de complicaciones Obs tétricas por caso .

Los resultados obtenidos se valoraron de la siguiente forma :

- MB - Muy Buenos.- Aquellas pacientes que durante todo el trabajo de parto y período expulsivo no acusaron sensación de dolor o molestia; o sea que la analgesia fué total y su comportamiento tranquilo .
- B - Buenos.- En aquellas pacientes que llegaron a la di latación completa y que por alguna razón se aplica anestesia medicamentosa o anestesia general en período expulsivo .
- R - Regulares.- Aquellas pacientes que hicieron una di latación de 5 centímetros o mas cm., sin llegar a - la dilatación completa bajo el método Psicoprofiláctico .
- M - Malas.- Aquellas pacientes que no llegaron a los 5 centímetros de dilatación .



B) Variable (s) Dependiente (s) Fisiológica (s) (Complicaciones Obstétricas) .

Todas las que se especifican enseguida :

1) Labor prolongada :

Cualquier labor de parto que exceda 12 hrs., desde que se estableció el inicio de la misma. La labor se considera - que se establece en forma regular cuando se asocian contracciones uterinas rítmicas cada 5 mín., con una dilatación y - borramiento del cervix .

2) Labor precipitada :

Cualquier labor con una duración menor de 4hrs., desde que se estableció el inicio de la misma .

3) Liberación por fórceps :

Aplicación del instrumental requerido (fórceps) por -- parte del cirujano que extrae el producto según las necesidades del caso .

4) Hemorragia primaria post-parto :

Sangrado Vaginal que exceda los 500 ml. las primeras - 24 hrs. después del parto .

5) Remoción manual de la placenta :

La placenta se considera retenida cuando ésta no ha - sido expulsada después de 30 mín., del nacimiento del bebé .

cont...

6) Sufrimiento fetal clínico :

Se consideró presente si ocurrió cualquiera de los siguientes eventos :

- a) Taquicardia fetal : Línea basal de la FCF superior a 160 latidos por minuto .
- b) Bradicardia fetal : Línea basal de la FCF inferior a 120 latidos por minuto .
- c) Presencia de meconio en líquido amniótico .

7) Puntaje Apgar :

El sistema de valoración de las condiciones físicas -- de nacimiento del neonato a los 60 seg. y 5 min. De acuerdo al grado en que esten presentes se califican con: 0 - 1 - 2 , la frecuencia cardiaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la irritabilidad refleja y el color de la piel, - siendo 10 el puntaje mas alto y 0 (cero) el mas bajo .

Nota.- Los datos que corresponden a las Variables Dependientes Fisiológicas, se reportan en el Registro de Labor del Parto empleandose el Instructivo correspondiente, ver registro e instructivo de llenado en el Apéndice en pp. (125 a 136) .

VARIABLE INDEPENDIENTE :

Se definieron como variable (s) Independiente (s) a los componentes que integran al entrenamiento en Parto Psico profiláctico y que actuaron individualmente y/o en grupo de acuerdo al diseño de investigación experimental propuesto, antes y durante la Labor del Parto, así como a los Niveles de ansiedad que funcionaron como variable de pareamiento y que específicamente fueron los siguientes :

- 1) Ejercicios Físicos
 - 2) Ejercicios de Respiración
 - 3) Ejercicios de Relajación Disociación
 - 4) Teoría en Psicoprofilaxis del Parto
 - 5) Grupo Control / sin tratamiento experimental
 - 6) Niveles de Ansiedad :
 - a) Alto (+)
 - b) Bajo (-)
-
- II) Grupalmente
 - 7) Sumación (Ejercicios Físicos + Ejercicios de Respiración + Ejercicios de Relajación Disociación + Teoría en Psicoprofilaxis del Parto .

T A M A Ñ O D E L A M U E S T R A :

El procedimiento para determinar, el tamaño de la muestra - en este estudio, se obtuvo de la siguiente expresión matemática, para obtener el tamaño mínimo necesario y para realizar un muestreo aleatorio simple :

$$N_e = \frac{1}{k^2} \left(\frac{1}{p} - 1 \right)$$

Dónde : N_e = Tamaño de la muestra efectivo
 p = Valor de la proporción a estimar
 k^2 = Coeficiente de variación esperado en la estimación

Un elemento esencial en los cálculos del tamaño de la muestra es la tasa de respuesta, la cual está determinada primero por la ausencia del informante seleccionado o la incapacidad para proporcionar los datos y segundo por aquellas personas - que se rehusan a proporcionar información. La expresión matemática de la no respuesta (Camel, F., 1971) esperada es la siguiente :

$$N_e = \frac{1}{k^2} \left(\frac{1}{p} - 1 \right) \frac{1}{(1 - Tnr)}$$

Dónde : Tnr = Porcentaje de no respuesta

Tomando en cuenta los datos provenientes del archivo clínico de la institución (Hospital de Gineco Obstetricia Tlatelolco) el promedio de nacimientos por mes es de 1037.6 de los que (726.32) fueron de primíparas (en un período que comprende

doce meses desde mayo de 1989 a abril de 1990), Por lo tanto se consideró que el evento (partos de primíparas) tendría una probabilidad de ocurrencia del 70% . Por otro lado se estimó que la tasa de no respuesta en la información sería del 25% con un coeficiente de variación del 15%. Sustituyendo las variables en la expresión matemática se tiene :

$$Ne = \frac{1}{(.15)^2} \left(\frac{1}{.70} - 1 \right) \frac{1}{.75}$$

$$Ne = \frac{1}{0.0225} \left(\frac{1}{.70} - 1 \right) \frac{1}{.75}$$

$$Ne = \frac{1}{0.0225} (1.42 - 1) (1.33)$$

$$Ne = (44.4) (0.42) (1.33)$$

$$Ne = (44.4) (0.55)$$

$$Ne = \underline{24.42}$$

El tamaño de la muestra mínima, es de 24 individuos con un error relativo igual a 0.015 y una confianza del 95% .

M E T O D O :

S U J E T O S .- Se seleccionó a 24 pacientes (de una muestra inicial de 35 mujeres) casadas, primigestas que asistían al Servicio Médico de Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social (UMF - 16 IMSS) y que parieron en el Hospital de Gineco Obstetricia (U. Tlatelolco del IMSS). Todas eran no fumadoras habituales; todas designadas al Tratamiento en Parto Psicoprofiláctico voluntariamente, que cursaban el sexto mes del embarazo - como mínimo (esto es a las 26 semanas del último ciclo menstrual reportado por la paciente) y máximo al cursar 32 semanas del mismo. Que correspondieron a un rango de edades de los 18 a los 30 años. Y que al inicio de la presente investigación no presentaron ningún transtorno médico del embarazo o sea de embarazo normoevolutivo .

Criterios de Inclusión : Los señalados en " Sujetos " .

Criterios de Exclusión : Ser fumadoras habituales, las que presentaron o se les detectó, cualquier tipo de patología del embarazo, las que rebasaron un factor de riesgo con índice de -- (4) en la forma MF 7 - 85 del IMSS (véase formato en Apéndice en pp. (121 a 122), las que se ausentaron mas de dos ocasiones sucesivas injustificadamente a las sesiones de tratamiento , y las pacientes que no cumplieron con lo indicado en características de los " sujetos " .

Criterios de Eliminación : Los señalados en " Criterios de -- Exclusión " .

S E L E C C I O N D E L A S P A C I E N T E S :

Debido a que el Diseño Experimental elegido para la presente investigación requirió, de integrar parejas de sujetos,

equivalentes o pareadas en cuanto a su calificación obtenida en las dos mediciones de ansiedad que se aplicaron y que fueron, el Inventario de Ansiedad Razgo-Estado (IDARE); - (Spielberg, C., Gorusch, R., y Lushene, R., 1975) y el Hospital Anxiety and Depresión Scale (HAD); (Zigmond, A., y - Snaith, R., 1983), y posteriormente designarlas a los 12 -- grupos objeto de tratamiento. Así como de distribuirlos en - dos Niveles de Ansiedad ; Nivel Alto (+) y Nivel Bajo (-) . Se procedió de la siguiente forma :

1o.) Hospital Anxiety and Depresión
Scale (HAD) .

2o.) Inventario de Ansiedad Razgo -
Estado (IDARE) .

El inventario de Ansiedad Razgo- Estado (IDARE) ver-- sión en español del STAI; está constituido por (40) reactivos divididos en dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de ansiedad

a) La Llamada ansiedad - Razgo (A-Razgo)

b) La Llamada ansiedad - Estado (A-Estado)

La escala A-Razgo del inventario de la ansiedad consiste de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos el describir como se sienten generalmente las personas .

La escala A-Estado también consiste de 20 afirmaciones - en las que se pide a los sujetos describir como se sienten - generalmente .

En la escala A-Estado la diferencia de la escala A-Razgo consiste en que las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten ante una situación específica en un momento dado (Spielberg, C., y cols., 1975) .

Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja en el anverso de un lado y otra al reverso .

La ansiedad Estado (A- Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que está caracterizada por que los sentimientos de tensión y apreciación subjetiva, son conscientemente percibidos y por estar acompañados de un aumento de la actividad -- del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y de fluctuar através del tiempo .

La ansiedad Razgo (A - Razgo) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad; es decir a las diferencias en las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones del A - Estado .

La calificación del (IDARE) se obtuvo sumando los números marcados através de la plantilla, que contiene el lado (A) como el lado (B). La calificación 1 2 3 4 , se dá en -- aquellas frases cuya connotación se refiere a los síntomas -- que reflejan la ansiedad. Esto es las frases que aluden a la ausencia de estos síntomas que les da menos puntuación. A mayor puntaje cuando mayor es el nivel de ansiedad Razgo-Estado indicado por el sujeto .

La escala de Hospital para Depresión y Ansiedad (The - Hospital Anxiety and Depresión Scale HAD), (Zigmond,. A., y Smith, R., 1983) está diseñada originalmente con juicios

que forman afirmaciones y que fueron designados como ítemes indicadores de ansiedad o depresión manifiesta de acuerdo a su propia definición. Esta integrada por la versión original de juicios de los cuales el 80%, fueron seleccionados para integrar a dicha escala; esta escala con el transcurso del tiempo subsecuentemente ha sido objeto de modificaciones y la revisión mas reciente que los autores han efectuado, representa una nueva variación, que se hace con el objeto de simplificar la estructura de las frases de algunos ítemes de ansiedad y depresión (Zigmond y Snaith, 1983), que podrían dificultar la comprensión del mismo, especialmente entre la población escolarizada levemente. Finalmente de los 50 ítemes iniciales elegidos 14 integran la versión revisada de esta escala de Hospital para Depresión y Ansiedad (HAD). La escala la resuelve el sujeto en forma por demás simple, evaluando su propia opinión respecto a su propio juicio personal, indicando por medio de subrayado la respuesta que mas se aproxima a lo que considera a sentido últimamente. La calificación de la escala es por demás sencilla y se tomó como resultado el número de respuestas para la escala de depresión y ansiedad que sumadas indiquen, si este resultado corresponde a los rangos (8 - 10) de calificación D o A, que indicaron que el paciente esta manifestando depresión o ansiedad, se entiende que cualquier calificación que rebase un puntaje de 8 en las dos escalas (A o D), implica que se está deprimido o ansioso y que mayor puntaje indica incremento en el estado de depresión o ansiedad que se manifiesta (véanse formatos para las dos escalas - (IDARE y HAD) en el Apéndice en pags. (155 a 160) .

De acuerdo a lo previamente expuesto, se entiende que el método de selección de participantes fué determinado por la aplicación de las dos mediciones de Ansiedad (HAD e IDARE) . Los siguientes pasos a seguir fueron :

1) Calificar las pruebas de la muestra probabilística inicialmente integrada por 35 pacientes, primero se calificó el HAD y después el IDARE .

2) Las dos mediciones se correlacionaron, es decir se determinó el factor " r " (coeficiente de correlación) entre los puntajes obtenidos en el IDARE y en el HAD . Se previó que la paciente que obtuvo un puntaje alto de ansiedad en una prueba también obtuvo un puntaje de ansiedad alto en la subsecuente prueba y en correspondencia la paciente que obtuvo un puntaje bajo de ansiedad (-) en el IDARE también obtuvo un puntaje bajo de ansiedad en el HAD .

3) Una vez obtenida calificación y puntaje de correlación de este grupo de 35 pacientes, se procedió a integrar primero una lista en la que se clasificaron a las pacientes de acuerdo a su nivel de ansiedad sea Bajo (-) o Alto (+) como se indica enseguida :

L I S T A D E P A C I E N T E S

NIVEL DE ANSIEDAD ALTO (+)			NIVEL DE ANSIEDAD BAJO (-)		
No.	Sujeto	Calific.	No.	Sujeto	Calific.
1	_____	_____	17	_____	_____
2	_____	_____	18	_____	_____

4) De esta lista se procedió a integrar aleatoriamente -- una lista de la muestra definitiva integrada por 24 pacien-- tes, que posteriormente fueron pareadas al ser integradas -- por parejas lo mas equivalente posible que lo permitieron -- sus calificaciones (puntajes) en las dos mediciones de ansie-- daa aplicadas .

5) El Método que se empleó para obtener una muestra proba-- bilístitca en esta investigación, es el conocido como el -- Método de los números al Azar (Camel, F., 1971), siguiendo se el procedimiento indicado :

Ya que inicialmente se calificaron 35 exámenes de ansie-- dad y posteriormente se integraron dos listas de pacientes una de Nivel de Ansiedad Alto (+) y una de Nivel de Ansiedad Bajo (-). Y de esta población de pacientes se desea extraer una muestra probabilístitca de 24 pacientes. Y como el número 24 consta de dos dígitos. Fué necesario utilizar dos colum-- nas de la tabla de números aleatorizados, sin que importara cuales fueron .

La tabla de números aleatorizados que se empleó puede em-- pezarse a leer en cualquier parte, pero se eligió al azar la columna y la fila del comienzo, para lo cual fué suficiente colocar a ciegas un dedo sobre la tabla y empezar desde este sitio la lectura v. eje. : Si se decidió comenzar con la co-- luma 7 fila 3 el primer paciente será el número 1953, como los dos primeros dígitos fueron el número 53 y no tuvimos -- mas que 34 pacientes no se tomó en cuenta y vimos el segundo número que era el 4321, como si existió este paciente lo ano-- tamos en la lista como el 1er. sujeto que integró nuestra -- lista de 24 pacientes. Este procedimiento implicó que la -- muestra definitiva con 24 pacientes se integró también en -- dos partes. Una de la lista inicial de participantes con Ni-- vel Alto de Ansiedad (+) y otra de la lista inicial de Parti-- cipantes con Bajo Nivel de Ansiedad (-) .

6) Al terminar el procedimiento previamente especificado se obtuvo la muestra de 24 pacientes definitiva quedando integrada en una lista así aproximadamente :

L I S T A D E P A C I E N T E S
D E F I N I T I V A

NIVEL DE ANSIEDAD ALTO (+)			NIVEL DE ANSIEDAD BAJO (-)		
No.	Sujeto	Calific.	No.	Sujeto	Calific.
1	_____	_____	12	_____	_____
2	_____	_____	13	_____	_____
3	_____	_____	14	_____	_____
Etc...					

7) El siguiente paso implicó la selección de sujetos muestra, consistió de parear o integrar parejas de sujetos de acuerdo a nuestros 2 Niveles de Ansiedad especificados (Alto y Bajo). Por tanto se elaboró un listado en el que se consideró como dato principal la calificación o puntaje de las pacientes correspondientes a las dos mediciones de Ansiedad. Así que de la lista de Nivel de Ansiedad Alto (+) de nuestra muestra definitiva integrada, en este caso por la mitad de pacientes en total, pareamos por ejemplo al sujeto 1 y al 12 por que sus calificaciones indicaron que los sujetos en este nivel tienen los puntajes mas equivalentes. Y por este hecho se decidió parearlos . Supongamos siguiendo con el ejemplo, que la siguiente pareja eran las pacientes 2 y 8 también por tener puntajes equivalentes, entonces los integramos como pareja. Y así se proce-

dió sucesivamente hasta completar una lista total integrada por 6 grupos de parejas con 12 participantes, este procedimiento también se siguió en forma idéntica para integrar la parte restante o sea la lista de participantes con nivel de Ansiedad Bajo (-) .

8) Y para propósito de identificar los grupos que integraron los dos Niveles de Ansiedad se les designó una clave - (dónde G significó Grupo, seguido de un dígito del 1 al 12 -- que significó pacientes número). Por lo tanto los grupos finalmente fueron identificados fácilmente mas o menos así :

Nivel de Ansiedad Alto (+)			Nivel de Ansiedad Bajo (-)		
G1	pacientes	1 - 12	G7	pacientes	13 - 14
G2		2 - 8	G8		15 - 11
G3		?	G9		?
G4		?	G10		?

9) Ahora bien de acuerdo a las características del Diseño Factorial K X L seleccionado para esta investigación, restó solamente que los grupos G1 - G2 - G3 - G4 - G5 - G6 que correspondieron a un nivel alto de ansiedad, se les distribuya aleatoriamente entre las 6 (VI's) condiciones o componentes en que se fragmentó el Tratamiento Psicoprofiláctico y que son -- las variables factoriales que interesó estudiar .

Por tanto haciendo uso nuevamente de la tabla de números aleatorizados, tuvimos 6 grupos de Nivel Alto de Ansiedad (+) a ser distribuidos azarosamente entre las 6 condiciones o componentes, que fueron la parte L del diseño K X L (Ejercicios Físicos, Ejercicios de Respiración, Ejercicios de Relajación, Teoría en Psicoprofilaxis, Sumación = Todos los componentes -

unidos y Nada = Grupo de Control .

Por tanto nuestro procedimiento de distribución aleatorizada mas o menos fué el siguiente : Supongamos que elegimos columna y fila al azar de la tabla de números aleatorizados y — que iniciamos por la columna 8 fila 6, entonces el primer grupo fué el 2674 o sea G4. Esto quiere decir, para el propósito que aquí nos interesa ejemplificar, que el grupo G4 fué asigna a la primera condición del tratamiento o sea a los Ejercicios Físicos; enseguida esta el número 3640, como no tuvimos grupo cero (0), no se tomó en cuenta, buscando el siguiente número — que fué el 4035 entonces el grupo G5 fué asignado al segundo — componente de nuestro tratamiento que fueron los Ejercicios de Respiración; este procedimiento se siguió hasta completar la — distribución de todos los grupos de pacientes entre las seis — condiciones de tratamiento . Y lo mismo se hizo con los grupos de pacientes G7 - G8 - G9 - G10 - G11 - G12 que correspondieron a un Nivel Bajo de Ansiedad (-) al distribuirlos entre las mismas seis condiciones del Tratamiento Psicoprofiláctico - (Mc Guigan, 1984, págs 92,93,122,194) .

SELECCION DE LAS PACIENTES :

ENTREVISTA DE LA PACIENTE :

Al concluir la Selección de las Pacientes, se les aplicó La Entrevista de la Paciente en forma individual, y se emplearon 3 sesiones para obtener la información total de las pacientes seleccionada de la muestra definitiva integrada por 24 casos .

El formato de entrevista, está constituido por dos hojas . El que para ser llenado de datos, se guía del instructivo de llenado correspondiente. Véase formato de entrevista y el instructivo de llenado correspondiente en Apéndice en pp. (137 a 149) .

A P A R A T O S E I N S T R U M E N T O S :

Para la aplicación practica de la presente investigación se requirió de los siguientes medios :

- 1) Sala de Tratamiento fué el aula No. 2 de la UMF-16 del IMSS , que es una habitación amplia de aproximadamente 7 mts²., bién iluminada, aseada y ventilada con un pizarrón, se usó un retroproyector de cuerpos opacos, un proyector de transparencias, pantalla para proyecciones, doce sillas movibles (que permitieron en un momento dado moverlas para dejar es pacio libre para practicar los ejercicios que se hicieron - en el piso) . Todo el material anterior lo facilitó la UMF.
- 2) Las pacientes usaron como vestimenta pantalones (deportivo o de calle) que les permitieron libertad de movimientos al practicar los ejercicios .
- 3) Se utilizaron los Test o mediciones ya especificados por -- juegos, así como el siguiente material impreso :
 - A) IDARE
 - B) HAD
 - C) Entrevista de la paciente
 - D) Hojas de Registro de Labor de Parto y Código de llenado (instructivo)
 - H) Código de entrevista de la Paciente
 - I) Programa de Tratamiento y Diseño - Experimental

- J) Ilustraciones (dibujos); véase la pp. (182 a 197) .
- K) Las Películas : " Un enfant va naitre " de Pierre Vellay Dr. del Centre Hospitalaire Sain't Antoine Paris France (en idioma frances). Se dispuso de traducción castellana de la misma para las pacientes .
" Los primeros dias de la Vida " Dir. Pierre André Clayderon, Compañia Nestlé, (en idioma español)
(Material facilitado y propiedad de la Hemerobiblioteca Del Hospital General de México S.S.A.) .
- L) Acceso autorizado al área de tococirugía (quirófanos) y a sala de trabajo de parto. Véase memorandum de autorización de acceso en Apéndice en pp. (123) .
- 4) Uniforme quirúrgico, cubre pelo, cubre boca, guantes desechables y botas estériles .
- 5) Participantes : La población del Hospital (muestra de pacientes, especificada) el equipo de tococirugía integrado por tococirujenos (as) pediatra, anestesista, instrumentista quirúrgico y la participación del psicólogo como testigo y - registrador del evento quirúrgico .
- 6) La teoría o parte teórica del Tratamiento Psicoprofiláctico que es la indicada en el texto " Parto sin Dolor " (Método sicoprofiláctico) del DR. Pierre Vellay (1980) .

DISEÑO EXPERIMENTAL :

Dado el planteamiento del problema a resolver en el presente -- estudio se propuso el siguiente diseño experimental :

Un K x L de Medidas Repetidas para Muestras Relacionadas. En -- dónde K = 6 y L = 2 , (6 x 2). La descripción general del -- diseño factorial indica que cada variable puede cambiarse en -- cualquier número de formas. El modelo factorial generalizado --

para dos variables independientes puede clasificarse como Modelo Factorial ($K \times L$), en dónde (K) representó a la primera Variable independiente y es su valor el que indicó el número de formas en las que se cambia dicho valor, así (L) denotó a la segunda Variable independiente .

Si se cambia una variable Factorial en seis formas y la segunda en dos formas tendríamos un Modelo Factorial de (6×2). Además al multiplicar los números implicados en el Diseño Factorial, se obtuvo el número de condiciones experimentales (generalmente grupos) Así el presente diseño factorial de 6×2 tuvo " VI's, dos variables factoriales independientes, en dónde la primera de ellas asumió seis condiciones y la segunda dos condiciones. El número de grupos requeridos fué de (12) doce, con dos (2) participantes por grupo que hicieron un total de 24 participantes (véase la fig. (1) en pp. (97) .

T I P O D E R E G I S T R O :

Durante las fases que integraron a la presente investigación el Método de Registro que se empleó para medir el cambio producido por la manipulación de la (s) variable (s) independiente (s) en la variable dependiente, se determinó que fuera un Registro de Ocurrencia de las respuestas correctas e incorrectas emitidas por las pacientes antes y durante la labor del parto que recibieron tratamiento en Parto Psicoprofiláctico. La Medición se hizo en base a la participación de dos registradores independientes, que ubicados estratégicamente en el escenario de actividades de tratamiento observaron la ocurrencia de las respuestas emitidas y las anotaron en la hoja de registro correspondiente, (véase los formatos de Registro de Ocurrencia de Respuestas correctas e incorrectas en el Apéndice en pp. (177 a 181) .

**A) COMPONENTES DEL TRATAMIENTO
(VI'S)**

**B) NIVEL DE ANSIEDAD
ALTO (+) BAJO (-)**

Ejercicios Físicos	Ejercicios Respiración	Ejercicios Relajación	Sumación	Teoría	G. Control
G 1	G 2	G 3	G 4	G 5	G 6
G 7	G 8	G 9	G 10	G 11	G 12

LAS VARIABLES FACTORIALES EN EL PRESENTE DISEÑO 6x2 SON:

- A) 1) EJERCICIOS FÍSICOS
2) " DE RELAJACION
3) " DE RESPIRACION
4) SUMACION = (E. FÍSICOS + RELAJACION + RESPIRACION + TEORIA)
5) TEORIA
6) NADA (GRUPO DE CONTROL)

B) NIVELES DE ANSIEDAD

- 1) ALTO
2) BAJO

FIG.(1)

La Fórmula empleada para obtener el porcentaje de respuestas correctas e incorrectas fué el siguiente :

$$\text{Respuestas} = \frac{\text{Respuestas Correctas}}{\text{Respuestas Correctas} + \text{Respuestas Incorrectas}} \times (100)$$

Confiabilidad :

Se obtuvo al finalizar cada sesión del programa, comparando se los registros de los dos observadores (registradores) mediante la siguiente fórmula :

$$\text{Confiabilidad} = \frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{Desacuerdos}} \times (100)$$

La evaluación de las conductas emitidas en la Sala de Parto (tococirugía) se obtuvo empleandose un Registro de la Ocurrencia, diseñado especialmente denominado " Registro d' Labor de Parto. (véase el formato de Registro de Labor d' Parto e instructivo de llenado en el Apéndice en la pp. (125 a - 136) .

PERIODOS EXPERIMENTALES :

El Tratamiento comprendió tres fases que fueron :

Una Fase de (L.B.) Línea Base, una Fase de Tratamiento en donde se aplicaron las variables Independientes de acuerdo a la estructura del Diseño Experimental K x L (6 x 2) y una fase de Evaluación de la Labor del Parto en donde se determinó el comportamiento de la Variable Dependiente (VD) .

PROCEDIMIENTO :

Las sesiones correspondientes a la Fase de Línea Base (L.B.), se efectuaron cinco veces a la semana en forma sucesiva y cada sesión tuvo una duración mínima 1 hora y máxima de -- 2 horas. Y en esta el sicólogo no empleó las ilustraciones - (dibujos), que ejemplificaron la ejecución de cada una de las posturas corporales o ejercicios que integraron como componentes individuales al Tratamiento Psicoprofiláctico (Véase descripción de los ejercicios (VI's - variable (s) independiente (s) Ejercicios Físicos, de relajación-tensión muscular etc., en el Apéndice en pp. (150 a 154 y 177 a 181) .

En esta fase sólo se indicaron instrucciones para ejecutar los ejercicios y se efectuó el registro correspondiente .

Fase de Línea Base (L.B.) :

Se efectuó de la siguiente forma : Durante esta fase de Línea Base (L.B.), se aplicó un registro de la ocurrencia de las respuestas correctas e incorrectas emitidas por las pacientes para controlar las funciones cinestésica músculo-esquelética, de relajación y tensión muscular y respiratoria, al seguir las instrucciones verbales emitidas por el sicólogo, para ejecutar los ejercicios físicos, de relajación-tensión muscular y de respiración, que son tres de los componentes individuales que integran al Tratamiento Psicoprofiláctico del Parto; sin que el sicólogo indicara o hiciese observaciones respecto, a si la (s) respuesta (s) emitida por la (s) paciente (s) fueron o nó ejecutadas correctamente .

Esta Fase de Línea Base (L.B.) se aplicó a todas las parejas de pacientes de los siguientes grupos :

(G1 - G2) - (G3 - G4) - (G5 - G6) - (G7 - G8)
(G9 - G10) - (G11-G12)

Todos los grupos desde la primera sesión de la Fase de Línea Base (L.B.), en forma conjunta fueron reunidos en el área de tratamiento designada, a su arribo se anotó los datos correspondientes de las pacientes en la Hoja de Registro diario de actividades. En cada sesión el psicólogo les entregó un número del 1 al 12, lo portaron en lugar visible las pacientes sobre su vestimenta y al final de la sesión lo entregaron, esto se hizo para facilitar el registro de las respuestas emitidas por las pacientes, para controlar su asistencia e identificarlas; por demás esta aclarar, que la paciente que por ejemplo se le asignó el número 5, fué el mismo que empleó para su identificación durante la fase de Línea Base y también en la fase de Tratamiento. Al concluir cada sesión de línea base se les dió instrucciones verbales específicas a las pacientes para la siguiente sesión o sesiones sucesivas y se repitió el procedimiento hasta completar la fase .

Es necesario especificar que la Fase de Línea Base (L.B.) difiere de la de tratamiento por que :

- 1) El psicólogo solamente emitió instrucciones verbales específicas para demandar la ejecución de determinado número y tipo de ejercicios (conductas) y que se registró lo ocurrido .
- 2) La paciente emitió la respuesta solicitada por el psicólogo sin recibir consecuencias sobre su ejecución .

F a s e d e T r a t a m i e n t o :

Las sesiones correspondientes a la Fase de Tratamiento (TR) se efectuaron 6 veces por semana y comprendieron 12 días. Cada

sesión tuvo una duración mínima de 30 min. y máxima de 90 min. . Aquí se efectuó un registro de las respuestas correctas (c) e incorrectas (i) emitidas por las pacientes . Y el procedimiento fué como se indica :

- 1) El sicólogo emitió instrucciones específicas (estímulo-verbal), mostró una ilustración (dibujo - estímulo visual) y observó la ejecución de la respuesta emitida por la paciente. Como consecuencia de estas instrucciones verbales - específicas indicó si fué o nó, la respuesta solicitada (- requerida) correcta o incorrectamente ejecutada y dió instrucciones verbales específicas para corregir lo incorrecto . Esto quiere decir, que aplicó contingencias sobre la emisión de respuestas correctas e incorrectas emitidas por las pacientes, simultaneamente a la ocurrencia de esos eventos se aplicó el registro de ocurrencia de respuestas anotandose siempre la ocurrencia de las ejecuciones incorrectas que posteriormente se restaron al total y de esto se calculó - el total de la emitidas correctamente .
- 2) La paciente emitió o no la respuesta solicitada (requerida) por el sicólogo, que le indicó verbalmente y gráficamente, cuál fué específicamente la respuesta a ser ejecutada y esto se repitió hasta que la paciente la ejecuto correctamente. La emisión de respuestas emitidas correctamente por la paciente no recibieron consecuencias y sólo indicaron que - la paciente ejecutó y siguió las instrucciones en forma correcta; estos eventos (respuestas incorrectas o correctas) fueron registrados .

Los grupos (G1 - G7) el primer día de la fase de tratamiento fueron reunidos en forma conjunta en el área de entrenamiento designada, a su arribo se anotaron los datos correspondientes de las pacientes en la hoja de registro diario de actividades (Véase el apéndice en pp. (161) .

En cada sesión el sicólogo les entregó al inicio de la sesión un número del 1 al 24, que portaron en lugar visible en su vestimenta y al final de la sesión lo entregaron, esto se hizo con la finalidad de facilitar el control de la asistencia de las pacientes y de su identificación. Al concluir la sesión se les dieron instrucciones verbales específicas para el siguiente día o sesiones sucesivas y se repitió el procedimiento hasta completar la fase .

Los grupos (G1 - G7) recibieron instrucciones verbales específicas de parte del sicólogo para ejecutar los ejercicios físicos, los cuales fueron entrenados siguiendo las especificaciones señaladas en los puntos 1) y el 2) para la fase -- del Tratamiento, se entiende que únicamente estos ejercicios fueron entrenados y que el sicólogo aplicó contingencias sobre las respuestas ejecutadas por las pacientes, también se registró la ejecución de los ejercicios de respiración y de relajación tensión-muscular pero no fueron entrenados, ni se aplicaron contingencias sobre su ejecución fuera o nó correcta .

Los grupos (G2 - G8) recibieron exáctamente el mismo tratamiento que los grupos que les precedieron, excepto que sólo practicaron los ejercicios de respiración; al igual que con el grupo anterior (G1 - G7) se aplicó un registro de la ejecución de los ejercicios físicos y de relajación tensión-muscular, pero no se aplicaron contingencias sobre su ejecución .

Las pacientes de los grupos (G3 - G9) en forma similar a los grupos anteriores recibieron en el mismo tratamiento, pero sólo recibieron instrucciones verbales específicas y corrección en la ejecución de los ejercicios de relajación-tensión muscular y también se registró la ejecución de los ejercicios de respiración y de gimnasia de la mujer, pero no se aplicaron contingencias sobre su ejecución .

Los grupos (G4 - G10) recibieron el mismo tratamiento que los grupos anteriores, pero su actividad por sesión fué la práctica sumatoria de los Ejercicios Físicos + Los Ejercicios de Respiración + Los Ejercicios de tensión-relajación muscular + La Teoría en Psicoprofilaxis del Parto; aquí se aplicaron e indicaron correcciones sobre la ejecución de todos y cada uno de los ejercicios practicados, se utilizaron todos los dibujos para ejemplificar gráficamente que es lo que debieron hacer las personas que los observaron y que postura corporal adoptar al efectuarse la práctica .

Los grupos (G5 - G11) recibieron una clase teórica sobre la Psicoprofilaxis del Parto, pero se evaluó en la práctica de ejercicios físicos, de respiración y de tensión relajación este procedimiento fué el mismo hasta concluir la fase .

Con las pacientes de los grupos (G6 - G12) se efectuó la evaluación en la práctica de ejercicios de respiración y de relajación-tensión muscular y de los ejercicios físicos, pero no se utilizaron los estímulos de apoyo (dibujos) y nunca se aplicaron medidas correctivas respecto a si la ejecución de estos ejercicios fué correcta o incorrecta .

Evaluación :

De las pacientes que integraron a los grupos (G1 - G7) se registró la ocurrencia íntegra, de respuestas correctas e inco

rectas que integraron el paquete de ejercicios durante la fase de Línea Base y también durante la fase de Tratamiento, la hoja de registro implicó anotar los datos de control de las -- funciones de relajación-tensión muscular, de respiración y el control de la función cinestésica músculo-esquelética, y también se anotaron los datos correspondientes a la ocurrencia de complicaciones obstétricas, calificación en la escala de Psicoprofilaxis de Lamaze, el puntaje Apgar etc. que corresponden a las variables fisiológicas que están indicadas en la Hoja de Registro de Labor de Parto (véase el formato en Apéndice en pp. (125). El procedimiento señalado previamente para evaluación de la Labor de Parto de las pacientes para los grupos -- (G1 - G7), fué aplicado en forma similar con todos los demás grupos de pacientes y se efectuó en la sala de Trabajo de parto y en tococirugía del Hospital de Gineco Obstetricia de Tlatelolco del I.M.S.S. (HGOT) .

RESULTADOS :

La aplicación de la entrevista inicial de la paciente (véase formato en el apéndice en pp. (137), indica que de las 35 pacientes que integraron la muestra poblacional de pacientes inicial, se excluyeron 11 (por los criterios de exclusión ya expuestos). Y al efectuarse el procedimiento de selección de sujetos mediante muestreo aleatorizado simple para integrar la muestra definitiva, esta finalmente se integró con 24 pacientes primigestas .

De estas el (100%) de las pacientes fueron primigestas lo que es congruente con los datos siguientes :

Hubo (0%) de partos anteriores; abortos provocados (0%), - abortos anteriores espontáneos (0%), cesareas anteriores (0%), productos muertos en útero sacados por cesarea (0%), productos muertos en útero sacados por vía vaginal (0%), hijos nacidos -

vivos antes de 37 semanas de gestación (0%), hijos nacidos vivos que fallecieron los primeros 28 días de edad extrauterina (0%). La veracidad de los anteriores datos, se probó al consultarse el expediente clínico de cada una de las pacientes - que integraron la muestra definitiva, y en forma específica - al consultarse la forma MF 7-85 IMSS (véase el formato en el Apéndice en la pp. (121) de la hoja de Riesgo Reproductivo y Atención Médica Prenatal) .

Respecto al grupo sanguíneo y al factor (RH), se observó - que el (45.8%) de las pacientes correspondieron al grupo sanguíneo A (RH +), y el (4.2%) al grupo sanguíneo A (RH -). El (16.6%) correspondió al grupo sanguíneo B (RH +), y (4.2%) al grupo sanguíneo B (RH -). El 4.2% al grupo AB (RH +) y el (4.2%) al grupo AB (RH -). El (20.8%) de la muestra correspondió al grupo O (RH +) y el (0%) al grupo sanguíneo O (RH -) .

Un (62.5%) de las pacientes, reportó no haber llevado ninguno de los Métodos de Planificación Familiar disponibles, antes de la presente gestación. Un (12.5%) reportó haber empleado algún método Hormonal, (20.9%) empleó métodos mecánicos, el (4.1%) usó algún método químico y ninguna de las pacientes (0%) empleó métodos naturales o definitivos para el control - de la natalidad.

Acorde con el perfil de las pacientes que acudieron a la -- UMF - 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, de la presente muestra se obtuvieron datos, los cuales indican que el (33.3%) de las pacientes pertenecieron al grupo de edades entre los 18 - 20 años, el (25%) correspondió al grupo de edades entre los 21 y 23 años, el (20.9%) correspondió al grupo de edad entre los 24 - 26 años y el (12.5%) correspondió al - grupo de edad entre los 27 - 29 años; lo que es acorde con la edad de mayor reproducción en la mujer (20-29 años). Y finalmente el (8.4%) correspondió al grupo de edad entre los 30 a

32 años de edad .

En la muestra de pacientes que participó en la presente investigación predominó la escolaridad de secundaria (41.7%) y los estudios medios superiores (preparatoria) correspondieron al (41.7%) y solamente un (8.4%) **efectuaba** estudios profesionales o superiores .

Respecto al estado civil el (100%) de las pacientes refirió ser casadas. El (50%) reportó tener un empleo con horario mixto y el (25%) refirió tener horario flexible de trabajo, el (16.7%) tener horario vespertino y solamente el (8.3%) tenía un horario de trabajo nocturno .

En relación al control prenatal, el (50%) de las pacientes refirió haber acudido entre los meses de enero febrero y marzo de 1990 a su primera consulta prenatal y el (50%) restante acudió a esta primera consulta prenatal entre los meses restantes del mismo año. De la muestra estudiada el (12.6%) acudió a (0) cero consultas prenatales, (24.9%) a 2 consultas -- prenatales, el (37.5%) a 3 consultas prenatales y el (25.1%) acudió a 7 o mas consultas prenatales al momento de haberse efectuado la Entrevista Inicial de la Paciente .

Respecto a los orígenes de preocupación y temor ante el Parto, el (25%) refirió temor a la posibilidad de malformaciones en el neonato, el (20.9%) al cambio por otro niño, el (12.5%) al trauma obstétrico, el (8.3%) a no saber manejar al neonato y el (38.3%) de las pacientes refirió no tener temores en particular .

De las preocupaciones ante el Parto, las **pacientes** con respecto a si mismas, el (37.5%) refirió temer al dolor, el (20.8%) a la cirugía, el (12.5%) a lo desconocido, el (4.2%) refirió temer a las complicaciones del parto y el (12.5%) refirió **carencia de preocupaciones** .

Al tratar de determinar los conocimientos en relación a la preparación para el parto de las **pacientes** entrevistadas, re-

firieron saber relajarse el (62.5%) y el (37.5%) no saber hacerlo, el (54.2%) reportó conocer la respiración especial para el parto y el (45.8%) la desconocía, el (45.8%) reportó - saber que hacer para que naciera el bebé y el (54.2%) refirió desconocimiento y finalmente el (25%) precisó el conocer como son las contracciones del trabajo de parto, en tanto que el - (75%) manifestó desconocimiento total de este aspecto tan importante.

La actitud de la paciente frente al embarazo indicó que el (95%) de las pacientes lo deseaban y solamente el (4.2%) refirió que aceptaban estar embarazadas . Finalmente el (91.7%) - manifestó su deseo de llevar Planificación Familiar al término del embarazo y el (8.3%) refirió lo contrario .

De las 24 pacientes que integraron la muestra probabilística del presente estudio 12 fueron clasificadas con un nivel alto (+) de ansiedad y las doce (12) restantes con un nivel - de **ansiedad** considerado normal o bajo (-), al haberse aplicado las **dos** mediciones (HAD) y (IDARE) se efectuó un análisis de correlación (se calculó el coeficiente de correlación de Spearman), el que indicó que ambas mediciones están correlacionadas en forma significativa ($r_s (0.93) = 0.53$, $p < 0.01$), y que dicha correlación es positiva y casi perfecta (véase Histograma y polígono de la distribución de frecuencias de los puntajes de ansiedad medidos con ambas escalas - IDARE y HAD en pp. (170 - 173).

Variable dependiente conductual :

El control de las funciones cinestésica músculo esquelética, de relajación y tensión muscular y respiratoria de las pacientes durante las tres fases que integraron a la presente investigación aplicada (fases de : Línea Base (LB), tratamiento (TR) y fase de evaluación (EV) fué el siguiente :

El porcentaje de respuestas correctas (del control de las funciones cinestésica músculo-esquelética, de relajación-tensión muscular y respiratoria) emitidas durante la fase de Línea Base por las pacientes que integraron a los grupos G1 - G7 fué de (61.90%), para la fase de tratamiento fué de (62.45%) y durante la fase de evaluación fué de (61.90%), véase la figura (5) en pp. (166) .

El porcentaje de respuestas correctas emitidas durante la fase de Línea Base por las pacientes que integraron a los grupos G2 - G8 fué de (76.39%) en la fase de tratamiento fué (76.32%) y en la fase de evaluación fué de (76.39%) .

Para los grupos G3 - G9 el porcentaje de respuestas correctas emitidas por las pacientes durante la Fase de Línea Base fué, (54.86%) en la fase de tratamiento fué de (63.76%) y en la fase de evaluación fué de (54.86%) .

Para los grupos G4 - G10 el porcentaje de respuestas correctas emitidas por las pacientes durante la fase de Línea Base fué de (100%), en la fase de tratamiento fué de (100%) y en la fase de evaluación fué de (100%) .

Para los grupos de pacientes G5 - G11 el porcentaje de respuestas correctas emitidas durante la fase de Línea Base fué

de 0%) en tratamiento fué (0%) y en la fase de evaluación -- fué de (47.91%), (véase la figura (6) en pp. (167)).

Y finalmente los grupos de pacientes G6 - G12 (grupos de control sin tratamiento o grupos testigo) tuvieron un porcentaje de respuestas correctas emitidas durante la fase de Línea Base de (0%), en tratamiento de (0%) y en la fase de - evaluación de (44.72%), (véase la figura (6) en pp. (167)).

Y la confiabilidad global que se obtuvo al efectuarse los Registros de Ocurrencia de Respuestas Correctas emitidas por las pacientes antes y durante la labor del parto durante las fases de Línea Base = 5 sesiones, Tratamiento = 12 sesiones y evaluación sesión única , fué del (100%) .

Se efectuó un análisis de varianza (Andeva) de los datos -- que correspondieron a la fase de evaluación de la labor del parto y expulsión. Y se hizo con el propósito de aceptar o -- de rechazar las hipótesis de investigación conocidas (nula y alternativa), y también con el objeto de verificar si las variables independientes (VI's) presentaron efectos principales o interacciones significativas sobre la variable dependiente (s), los resultados fueron los siguientes :

El análisis de varianza indicó que los efectos debidos -- al factor "L" (VI₁) son iguales (niveles de ansiedad Alto (+) y Bajo (-), dónde $F(1.44) = 4.75$, $p. > 0.05$; y por lo tanto no son significativos. Pero los efectos debidos al factor "K" (VI₂) no son iguales (componentes que integran al tratamiento psicoprofiláctico) y afectan en forma diferencial a la variable (s) dependiente (s) (control de las pacientes de

sus funciones cinestésica músculo-esquelética, de tensión-relajación muscular y respiratoria, durante la labor del parto y expulsión), el análisis de varianza (Andeva) indicó efectos principales significativos $F(3.11) = 31.2, p < 0.01$, y $F(5.06) = 31.2, p < 0.01$, (véase la gráfica del diseño factorial (6×2) que muestra los efectos principales de la suma de variables independientes (VI₁) sobre la variable dependiente (VD) (véase la figura (7) en pp. (168). Y es, ésta parte del análisis de varianza, la que nos permite rechazar la hipótesis de nulidad en favor de la hipótesis alternativa de investigación propuestas. Y finalmente el mismo análisis de varianza (Andeva), indicó que los efectos debidos a la acción conjunta del factor "K" y "L", tampoco son iguales (componentes del tratamiento psicoprofiláctico del parto y niveles de ansiedad Alto (+) y Bajo (-), lo que significa que existe un efecto conjunto de ambas variables (VI₁ - VI₂) sobre la variable dependiente (VD). El análisis indicó que ocurrió un efecto de interacción de ambas variables independientes (VI's), el cual es significativo obteniéndose una $F(3.11) = 23.9, p < 0.05$ y $F(5.06) = 23.9, p < 0.01$, (véase la grafica del diseño factorial (6×2) que muestra la interacción de las variables (VI₁) y (VI₂) sobre la (VD) en la figura (2) en pp. (163) .

Variable (s) dependiente (s) Fisiologica (s) :

Para determinar el efecto de la ansiedad (VI₁), si es que alguno ocurrió, se analizó la incidencia de complicaciones Obstétricas entre los grupos de pacientes clasificadas con -

nivel de ansiedad alto (+) y normal o bajo (-). Se obtuvieron los siguientes resultados : (véase la tabla (I) en la pp. (175) .

La incidencia de la hemorragia post-parto fué significativamente mas alta $p = (0.04)$ en pacientes con nivel de ansiedad alta, que comparativamente con las del grupo de ansiedad normal. De tres casos dos ocurrieron en el grupo de ansiedad alta y sólo un caso se presentó en el grupo de ansiedad normal .

La labor prolongada fué mas común entre las pacientes del grupo de ansiedad alta $p < (0.052)$. Ya que los dos casos que se presentaron todos ocurrieron en este grupo. De la labor precipitada todos los casos que fueron dos, ocurrieron entre las pacientes de nivel de ansiedad alta $p < (0.052)$. Así también ocurrió sólo un caso de extracción del producto con fórceps entre las mujeres con nivel de ansiedad alto (+) -- $p < (0.01)$. (véase la tabla (I) en la pp. (175), y la fig. (3) en la pp. (164) .

La remoción manual de la placenta fué significativamente mas alta entre mujeres de nivel de ansiedad alto (+) con $p = (0.005)$, que entre las pacientes de nivel de ansiedad normal, dado que los casos que se presentaron, seis ocurrieron entre las pacientes de nivel de ansiedad alta y cuatro mujeres retuvieron la placenta, requiriendo remoción manual de la misma en el grupo de mujeres con ansiedad normal .

El sufrimiento fetal clínico en términos de bradicardia o taquicardia fetal no se detectó, pero si se observó la presencia de meconio en líquido amniótico en seis casos de los neonatos de las pacientes que habían sido clasificadas con un nivel alto de ansiedad, siendo significativamente altos -

$p = (0.005)$ si consideramos que esto ocurrió sólo en tres - casos de neonatos nacidos de las mujeres con nivel de ansie--dad normal. (La fig. (4) en pp. (165) muestra la dis--tribución relativa de complicaciones obstétricas entre los - grupos de tratamiento y la tabla (II) en pp. (176) - muestra la incidencia de complicaciones obstétricas en los - grupos de tratamiento .

Así también podemos observar que las pacientes que integra--ron a los grupos G1 - G7 tuvieron (22.22%) de incidencia de complicaciones obstétricas. Las pacientes de los grupos G2 - G8 tuvieron (14.81%) de complicaciones obstétricas. Las pa--cientes de los grupos G3 - G9 tuvieron (18.52%) de complica--ciones obstétricas. Las pacientes de los grupos G4 - G10 tu--vieron (0%) de complicaciones obstétricas. Los grupos de pa--cientes G5 - G11 tuvieron un (18.52%) de incidencia de compli--caciones obstétricas y finalmente el grupo G6 - G12 tuvo una incidencia de (25.03%) de estas complicaciones . (véase la - tabla (II) de incidencia de complicaciones obstétricas entre los grupos de tratamiento en pp. (176) .

Con respecto a la valoración de la Psicoprofilaxis del Par--to de acuerdo a la escala desarrollada por Fernand Lamaze (o sea a los criterios de la escuela francesa), el (8.33%) de - las pacientes obtuvieron muy buenos resultados equivalentes - al 100% de efectividad, el (45.83%) de las pacientes obtuvo buenos resultados o sea el 75% de efectividad, el (29.2%) de las pacientes obtuvo resultados regulares o sea un 50% de e--fectividad y el (16.7%) obtuvo resultados malos o sea del - 25% al 0% de efectividad .

Capítulo III

CONCLUSIONES :

En la presente investigación aplicada, se demostró que existe diferencia en el control voluntario que ejercen las mujeres primigestas de sus funciones : cinestésica músculo-esquelética , de relajación tensión muscular y respiratoria. Antes y durante la labor del parto, cuando recibieron individualmente cualquiera de los componentes que integran al tratamiento Psicoprofiláctico (Ejercicios Físicos, Ejercicios de Relajación-tensión muscular , ejercicios de Respiración y Teoría en Psicoprofilaxis del parto) que cuando los reciben todos .

De los cuatro componentes que integraron al tratamiento de Psicoprofilaxis para el parto se observó que el componente aquí denominado " sumación " (que es el tratamiento psicoprofiláctico íntegro) a los grupos de pacientes que lo recibieron, les permitió un control de respuestas mas eficiente de las funciones cinestésica músculo-esquelética, de relajación tensión muscular y respiratoria en las fases de Línea Base (L.B.), Tratamiento (T.R.) e inclusive en la fase de Evaluación (E.V.) ya en trabajo de parto y expulsión efectivos. lo cual es básicamente el efecto " principal " de dicho componente como variable independiente actuando en la variable dependiente. Además también es notable que existen diferencias cuantitativas en relación al control de sus funciones en trabajo de parto de las pacientes que recibieron " sumación " como componente del tratamiento psicoprofiláctico, cuando estas fueron clasificadas con niveles de ansiedad bajo (-) o alto (+), ya que las segundas también tuvieron una ejecución diferencial de control de dichas funciones en trabajo de parto, es decir que mujeres consideradas ansiosas respondieron en forma mas eficiente en su labor de parto que las mujeres consideradas no ansiosas o normales que también recibieron el tratamiento psicoprofiláctico íntegro .

Así también se observó que los grupos de pacientes que reci-

bieron el Tratamiento psicoprofiláctico íntegro, tuvieron una incidencia de complicaciones obstétricas nula o equivalente - al (0%), los puntajes Apgar mas elevados observados entre todos los neonatos, también las pacientes se recuperaron rápidamente en el post-parto (su estancia hospitalaria no excedió las 24 horas después del parto), recibieron menos analgesia y anestesia durante la labor del parto y expulsión y además - fueron las que obtuvieron las calificaciones mas elevadas en la Valoración de la Psicoprofilaxis del parto en la escala de Lamaze .

También el análisis de varianza (Andeva) muestra que el segundo componente que tiene un efecto " principal " sobre el control de las funciones cinestésica músculo-esquelética, de relajación-tensión muscular y respiratoria durante el trabajo de parto y expulsión de mujeres primigestas es la " respiración " (véase la fig (7) pp. (168), es decir que las técnicas de respiración como son : respiración por boca, respiración por boca y nariz, jadeo por boca y jadeo por nariz, la respiración jadeante lenta y superficial, la respiración jadeante acelerada y profunda y el pujo; posibilitan que las mujeres controlen la función respiratoria e inclusive las funciones de relajación-tensión muscular y cinestésica músculo esquelética, aún cuando estas dos últimas no hayan sido entrenadas (véase la fig. (7) en pp. (168). Y también se observó que las pacientes que recibieron solamente técnicas de respiración como componente del tratamiento psicoprofiláctico y que habían sido clasificadas previamente como mujeres ansiosas, tuvieron un control de sus funciones en el trabajo de parto mas eficiente que las pacientes que también habían sido entrenadas con técnicas de respiración pero que habían sido clasificadas como pacientes no ansiosas o normales. Es pertinente indicar que estos resultados son equivalentes y coinciden con lo reportado por autores como Worthington y Martín - (1980) quienes emplearon un diseño factorial mas complicado

un (K x L x M de 2 x 2 x 3), que el aplicado en la presente investigación, dichos autores detectaron la presencia de efectos " principales " atribuidos a tres técnicas de respiración del método Lamaze, que permitieron a sus pacientes mayor tolerancia al dolor en el trabajo de parto .

En la presente investigación, también se observó que las pacientes que recibieron el componente de " ejercicios de respiración " unicamente como parte del tratamiento psicoprofiláctico, que obtuvieron una calificación del 75% en la valoración de Psicoprofilaxis del Parto en la escala de Lamaze . No obstante estos resultados que se pueden considerar positivos, no son equivalentes en cuanto a la incidencia que este tipo de pacientes tuvo de complicaciones obstétricas, ya que aquí si se detectó el (14.81%) de incidencia de complicaciones obstétricas, sobre todo entre las pacientes consideradas ansiosas (véase la fig. (4) en pp. (165) .

Otro aspecto que es interesante señalar, de la presente investigación aplicada, se refiere y tiene relación con el efecto nulo, que se observó tienen los niveles de ansiedad, sean altos (+) o bajos (-), en cuanto a su capacidad para influir por sí solos en el autocontrol que tienen las pacientes de sus funciones durante el trabajo de parto y expulsión. Aspecto que no es paradójico, con lo reportado en otras investigaciones, puesto que como podrá apreciarse mas adelante, se considera que estos niveles de ansiedad cuando actúan en forma conjunta con los componentes individuales del tratamiento psicoprofiláctico, ejercen un efecto diferencial, sobre la ejecución de las pacientes en trabajo de parto. Es decir, que una paciente que inicialmente manifiesta ansiedad ante la exposición a estimulación potencialmente nociva o generadora de ansiedad, con el paso del tiempo y sobre todo por su exposición a los componentes del tratamiento psicoprofiláctico (que no necesariamente tienen que ser las técnicas de relajación-tensión muscular) va a experimentar cambios, que se traducen en una desensibilización progresiva a los estímulos generadores

de dicha ansiedad (Yates, A.J., 1978), (Solomon, P., y Patch, D.V., 1976), (Craighead, E., Kazdin, A., y Mahoney, M., 1981), ansiedad que se manifiesta como un modelo de respuestas que pueden ser de naturaleza autorreferente, fisiológica o somático-motora. Con esto queremos dar a entender que se observa a veces que las pacientes primigestas, inicialmente consideradas ansiosas que se tranquilizan y modifican sus reacciones psicológicas negativas, por ejemplo al recibir explicaciones técnicas por medio de ilustraciones, películas o fotografías que que visualmente muestran como se desarrolla y se produce el parto. Es decir que las pacientes primigestas, son objeto de una atención mas especializada, mas enfocada a sus necesidades reales, como son las de la mujer durante su desarrollo gestacional. Atención psicoterapéutica especializada en la que se da relevancia a la salud integral del binomio madre-hijo, durante dicha fase, ya que así se posibilita y promueve la educación de la mujer durante la fase gestacional a la vez que se apoya y se dan las bases, para la participación activa de la mujer antes y durante la labor del parto e inclusive durante el puerperio.

Aspectos todos ellos, que tienen importancia desde el punto de vista bio-psico-social como son ; los beneficios biológicos (disminución de complicaciones obstétricas previsibles , disminución de intervenciones obstétricas etc.) y beneficios psicosociales (vivencia positiva del parto, reducción progresiva de la tensión emocional, desarrollo psicobiológico positivo del neonato, atribuido a la lactancia materna que se apoya y promueve, participación activa de la mujer en el parto etc.) .

De esta forma, y retomando uno de los aspectos señalados anteriormente, observamos en la presente investigación aplicada que se detectó la presencia de un efecto conjunto de los niveles de ansiedad altos (+) y bajos (-) y de los cuatro componentes que integran al tratamiento Psicoprofiláctico (Ejer

cos, Ejercicios de relajación-tensión muscular, teoría en psicoprofilaxis del parto etc.), ya que el análisis de varianza (Andeva), indicó que se produjo un efecto de " interacción " o conjunto de ambas variables independientes, sobre el control de las funciones cinestésica músculo-esquelética de relajación-tensión muscular y respiratoria (VD's) durante la labor de parto de las mujeres primigestas que participaron en esta investigación .

Aquí se observó, que los ejercicios físicos y los ejercicios de relajación-tensión muscular pueden " interactuar ", es decir que produjeron efectos diferenciales (al actuar como componentes individuales del tratamiento psicoprofiláctico y ser combinados con los niveles de ansiedad Altos (+) o Bajos (-)), sobre la ejecución de las pacientes durante el trabajo de parto o específicamente sobre el autocontrol de sus funciones (cinestésica músculo-esquelética, respiratoria etc.) . Ya que se observó que las pacientes clasificadas previamente como ansiosas y que practicaron sólo ejercicios físicos como componente individual del tratamiento psicoprofiláctico, que ejercieron un control mas efectivo de sus funciones en el parto, comparandolas con las pacientes también clasificadas como ansiosas pero que sólo practicaron técnicas de relajación (véase la fig. (13) en la pp. (174). Y en forma totalmente opuesta, se observó que las pacientes clasificadas como no ansiosas o con niveles de ansiedad bajos (-), que practicaron las técnicas de relajación exclusivamente, que ejercieron un control mas eficiente de sus funciones en trabajo de parto, comparandolas con las pacientes también clasificadas como no ansiosas, pero que solamente practicaron ejercicios físicos (gimnasia para la mujer) .

Es pertinente señalar que las pacientes que practicaron los ejercicios físicos y los ejercicios de relajación-tensión muscular como componentes individuales del tratamiento psicoprofiláctico que ocupan el segundo y tercer lugares en cuanto

a la incidencia de complicaciones obstétricas o sea el (22.22% y el 18.52%) respectivamente (véase la fig. (4) en pp. - (165) y la tabla (II) en pp. (176) .

La presente investigación también reveló la presencia de una segunda " interacción " menos marcada que la anterior y producida por la participación de la teoría en psicoprofilaxis del parto y los ejercicios de relajación, como componentes individuales del tratamiento psicoprofiláctico (VI₂) combinados con los niveles de Ansiedad (altos y bajos), (VI₁). Ya que se observó que las pacientes que practicaron ejercicios de relajación y que fueron clasificadas como no ansiosas, ejercieron un autocontrol de sus funciones en el parto diferencialmente superior si son comparadas con pacientes también clasificadas como no ansiosas pero que solamente recibieron clases teóricas de psicoprofilaxis del parto. En contraposición también se observó el efecto opuesto; ya que las pacientes clasificadas como ansiosas que solo recibieron clases de teoría en psicoprofilaxis del parto, ejercieron un control de sus funciones diferencialmente superior, al exhibido por pacientes también clasificadas como ansiosas pero que sólo practicaron ejercicios en técnicas de relajación-tensión muscular (véase la fig. (8) en pp. (169) .


Y finalmente el análisis de varianza, permitió detectar la presencia de " interacciones " menos marcadas, por lo tanto menos significativas o relevantes en cuanto al efecto que pudieron ejercer sobre el autocontrol de las funciones de mujeres ansiosas y no ansiosas durante el trabajo de parto y expulsión. Y que ocurren cuando este tipo de pacientes no recibió ninguno de los componentes del tratamiento psicoprofiláctico (nos referimos específicamente a la ejecución de las pacientes que integraron los grupos de Control o Testigo), cuya inclusión dentro del diseño factorial (6 x 2) esta justificada (Himmelfarb, S., 1975), (véase la fig. (2) en pp. (163) sobre todo si dicha ejecución se compara con la exhi-

bida por pacientes que recibieron teoría en psicoprofilaxis o que practicaron las técnicas de relajación exclusivamente .

También consideramos que la paciente primigesta es una paciente, la mayor parte de las veces poco informada respecto a la gestación y al parto en sí y esto posibilita el que tenga conceptos erróneos inculcados posiblemente por el medio social en que vive y se desarrolla. Y que si bien, enfrenta problemas físicos, económicos y psicológicos para los cuales recibe ayuda mínima y que tiene expectativas de como dar a luz, expectativas que la medicina moderna actual aún no satisface por completo .

Esto nos conduce a afirmar que estas ansiedades, necesidades y expectativas todas ellas exigen un cambio, en las formas de atención del parto y atención prenatal, con Instituciones de Maternidad que brinden en forma masiva la aplicación del Tratamiento Psicoprofiláctico del Parto, haciendolo asequible a la Mujer en México y evitando con esto que su aplicación se limite a un núcleo de pacientes muy reducido, como cuando se aplica en Instituciones de Salud del Sector Privado ; También consideramos que éste cambio debe ocurrir en los sistemas de atención y modelos del Sector Salud .

A P E N D I C E :

 <p>IMSS SUBDIRECCION GENERAL ...MEDICA</p>	<p>ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO</p>	
---	--	--

CIRCULE DONDE HAYA CUADROS PROCEDENCIA U.M.F. ENVIO H.G.Z.

ANTECEDENTES

<p>1. EDAD (EN AÑOS)</p> <p>20 A 29 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>15 A 19 <input type="checkbox"/> 1</p> <p>30 A 34 <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- DE 15 A - 34 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>2. PESO HABITUAL</p> <p>MILOS:</p> <p>90 A - <input type="checkbox"/> 0</p> <p>- DE 50 <input type="checkbox"/> 1</p> <p>3. TALLA (CENTIMETROS)</p> <p>- DE 150 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>150 A - <input type="checkbox"/> 1</p> <p>4. ESCOLARIDAD MATERNA</p> <p>SECUNDARIA O - <input type="checkbox"/> 0</p> <p>PRIMARIA O - <input type="checkbox"/> 5</p> <p>5. F.U.M.</p> <p>_____ _____ _____ </p> <p>DIA MES AÑO</p> <p>6. F.P.P.</p> <p>_____ _____ _____ </p> <p>DIA MES AÑO</p> <p>VIDA SEXUAL ACTIVA</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p>7. GESTA</p> <p>2 A 5 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>PRIMIGESTA <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- DE 5 <input type="checkbox"/> 3</p> <p>8. PARA</p> <p>- DE 5 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>5 A - <input type="checkbox"/> 4</p> <p>9. ABORTOS</p> <p>0 A 1 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3 A - <input type="checkbox"/> 4</p> <p>10. CESAREA</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 0</p> <p>SI <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES)</p> <p>13 A 60 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>- DE 13 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>- DE 60 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>EL ULTIMO EMBARAZO</p> <p>FUE DE TERMINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABORTO</p> <p>EL PARTO FUE NORMAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CESAREA</p> <p>HUBO MORTALIDAD PERINATAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS</p> <p>NINGUNO PATOLOGICO <input type="checkbox"/> 0</p> <p>TROMBIA <input type="checkbox"/> 4</p> <p>POLIHIDRAMNIO <input type="checkbox"/> 4</p> <p>SANGRADO 3er TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4</p> <p>PRE-TERMINO - 36 SEMANAS <input type="checkbox"/> 4</p> <p>BAJO PESO AL NACER - 2.500 g <input type="checkbox"/> 4</p> <p>MALFORMACION CONGENITA <input type="checkbox"/> 4</p> <p>MUERTE FETAL TARDIA - 28 SEMANAS <input type="checkbox"/> 4</p> <p>MACROSONIA > 4.000g <input type="checkbox"/> 4</p> <p>OPUGA PELVICO UTERINA <input type="checkbox"/> 4</p> <p>OTROS <input type="checkbox"/> 4</p> <p>13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS</p> <p>NINGUNO <input type="checkbox"/> 0</p> <p>HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/> 4</p> <p>DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> 4</p> <p>INFECCION SISTEMICA CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> 4</p> <p>OTROS <input type="checkbox"/> 4</p> <p>14. TABAQUISMO</p> <p>NO > 10 CIGARROS AL DIA <input type="checkbox"/> 0</p> <p>10 > CIGARROS AL DIA <input type="checkbox"/> 1</p> <p>15. ALCOHOLISMO/OTRA TOXICOMANIA</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 0</p> <p>SI <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NUMERO DE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
--	---	--

EMBAZADO ACTUAL

	16. CONSULTAS PRENATALES	17. SEMANAS DE AMENORRUEA	18. PESO KILOS	19. MEDICO TRATANTE	20. APU PUNTS LONGO (cm)	21. SALIDA LIQUIDO ANOMICO	22. FOCO FETAL PRESENCIA	23. MOV. FETALES	24. T.A. DIASTOLICA	25. SANGRADO GENITAL	26. EDEMA
1	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INCREMENTO MAXIMO DE PESO 2 TRIMESTRE 1kg TR 300g POR MES
2o TR 1kg POR MES
3er TR 2kg POR MES

INCREMENTO MAYOR AL ESPERADO EN 2 CONSULTAS CONSECUTIVAS

90% EN 2 OCASIONES

DIAGNOSTICOS CONSULTAS	25. DIAGNOSTICO DE PATOLOGIAS AGREGADAS											
	1	2	3	4	5	F.R.	6	7	8	9	10	F.R.
	*SIN PATOLOGIA AGREGADA <input type="checkbox"/> 0 *HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/> 4 *DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> 4 *INFECCION SISTEMICA <input type="checkbox"/> 4						*CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> 4 *TOXEMIA <input type="checkbox"/> 4		ENVIO OCOLOGIA PREVENTIVA SI <input type="checkbox"/> 0 NO <input type="checkbox"/> 5			
*SI ESTAN ANOTADOS EN ANTECEDENTES NO SUMAR NUEVAMENTE LOS PUNTOS												
TRATAMIENTO CONSULTAS	26. TRATAMIENTO (SOLO ANOTAR EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	TOROIDE TETANICO					MEDICAMENTO DE INOCUIDAD COMPROBADA EN EL EMBARAZO						
	SI <input type="checkbox"/> 0 NO <input type="checkbox"/> 1					SI <input type="checkbox"/> 0 NO <input type="checkbox"/> 4						
LABORATORIO CONSULTAS	27. HEMOGLOBINA EN GRANULOS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	27. HEMOGLOBINA EN GRANULOS ALTERNAR SI NO		28. EXAMEN GENERAL DE ORINA HEMOGLOBINA SI NO		LEUCOCITOS SI NO		BACTERIAS SI NO		29. URICOLETIVO < 100.000 COL. % SI NO		30. ALBUMINA < 100.000 COL. % SI NO	
	- 9.5 grs. <input type="checkbox"/> 0 - 9.5 grs. HASTA SEMANA 34 <input type="checkbox"/> 2 - 9.5 grs. DESPUES SEMANA 34 <input type="checkbox"/> 4		NO <input type="checkbox"/> 0 SI <input type="checkbox"/> 2		NO <input type="checkbox"/> 0 SI <input type="checkbox"/> 2		NO <input type="checkbox"/> 0 SI <input type="checkbox"/> 2		NO <input type="checkbox"/> 0 SI <input type="checkbox"/> 4		NORMAL: <input type="checkbox"/> 0 NEGATIVO <input type="checkbox"/> 0 POSITIVO <input type="checkbox"/> 2	
			RE 2 EGO CONSECUTIVOS <input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4		31. FACTOR RH: RH POSITIVO e COMPATIBLE CON EL ESPOSO <input type="checkbox"/> 0 MADRE RH - PADRE RH - <input type="checkbox"/> 4	
									32. V.D.R.L. MAYOR A VALORES NORMALES <input type="checkbox"/> 4			
#INCAPACIDAD PRENATAL <input type="checkbox"/> FOLIO <input type="checkbox"/> #DIAS AMPARADOS <input type="checkbox"/> INICIO <input type="checkbox"/> POSTNATAL <input type="checkbox"/> FOLIO <input type="checkbox"/> #DIAS AMPARADOS <input type="checkbox"/> INICIO <input type="checkbox"/>												
Vo. Bo. JEFE DEPTO. CLINICO _____ (PARA SER LLENADO POR EL MEDICO QUE ATIENDE EL PARTO)												
EVALUACION DEL EMBARAZO	33. RESUMEN DEL ENVIO					34. TIPO DE PARTO						
	SIGNA DE FACTORES RIESGO <input type="checkbox"/> MATRICULA DEL MEDICO <input type="checkbox"/>					ESPONTANEO <input type="checkbox"/> FORCEPS <input type="checkbox"/> CESAREA <input type="checkbox"/> 35. CONDICIONES DEL PRODUCTO AL NACER VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> PESO AL NACER <input type="checkbox"/> SEMANAS DE GESTACION POR EXAMEN SONATICO <input type="checkbox"/> PATOLOGIA PRODUCTO _____ PATOLOGIA MADRE _____						
P.F.	Método Solicitado		DEFINITIVO		TEMPORAL		Firma de la Paciente		Realizado		SPC DIU	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MEMORANDUM INTERNO

Al Dr. Humberto Pérez González
Subdirector Médico Edrno Vespertino.

Ref. H. 11.027.

Del Dr. Francisco R. Hernández Alarcón
Jefe de Asistencia e Investigación

Fecha 26 agosto-1940.

Asunto:

El que se indica :

Por medio de la presente solicito a Ud. -
se le permita al psicólogo Carlos Cabrera L., ingresar a la -
Unidad Tocquirúrgica, con motivo de la elaboración del trabajo -
de Investigación " Psicoprofilaxis Obstétrica " que se está -
elaborando en forma conjunta con la Clínica 16 del I.M.S.S. di -
cho trabajo requiere de la presencia del investigador respon -
sable quien únicamente estará como observador de la respuesta -
psicológica de las pacientes en trabajo de parto, no intervi -
niendo en la decisión médica de los pacientes. El psicólogo -
Carlos Cabrera L., se identificara mediante credencial de " F. -
F. Istoccala y ruego a usted se le proporcione el uniforme qui -
rúrgico correspondiente.

Sin nada más que agregar se despide de -
usted.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"

F. Hernández Alarcón
Dr. Francisco R. Hernández Alarcón,
Jefe de Asistencia e Investigación.

28.09.40
Visto el 26 de agosto
[Signature]

FHM/oca*.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

México, D.F. a 3 de Septiembre de 1990 .

ATENCIÓN .-

DRA. MARIA ELENA ANZURES
Directora de Enseñanza

HOSPITAL GENERAL SSA .
Dr. Balais # 148 Col de los Doctores.

Por medio de la presente, nos permitimos llamar su amable atención a fin de solicitar para las pacientes primigestas que acuden a la Unidad de Medicina Familiar # 16 del I.M.S.S. ubicada en las calles de Conzales Bocanegra # 10 , Col. Peralvillo en México D.F. la proyección de las películas " Nace un Niño " de P. Vellay y " Los Primeros Días de La Vida " . Ya que estas están recibiendo el Tratamiento de Psicoprofilaxis Obstétrica . Para tal propósito pedimos se nos indicara que día y a que hora por la tarde podríamos acudir a la Hemeroteca de esta Institución .

Agradecemos la atención que se sirva prestar a la presente .

ASENTAMIENTO :
PSICOLOGO CARLOS CABRERA L.



1) Serot. 312 Cadua, L. A. S. 2) Fecha 9 10 83
 año mes día
 3) Sem. Gest. 42 semanas
 4) Hora 12:00 hrs inicio término 5) Paciente 19 71 años 6) Coma 166 gts.
 número Grupo 93-93 Sign. Inhib.

7) Nombre Paciente Dña. Elizabeth Wharki 8) Edad 25 9) Peso 69.50 Kgs.
 Escala 64-8260-0333/c
 10) Valoración Psicoprofilaxis

100%	75	50	25-0	11) Expulsión	+	-	12) Complicaciones Obstet.	+	-	13) Anestesia	+	-
				1) Vaginal	+		a) Labor prolongada.			Epidural El.		
				2) Fórceps			b) Labor precipitada.			General.		
				3) Cesárea			c) Libera. X Fórceps.			El. Pudendo		
				4) Extr. Vacio			d) Hemorrag. Post-Parto.			El. Caudal		
				5) Episiotomía	+		e) Rom. Mem. Placenta.			El. Pericervic		
				6) Doloroso			f) Taquicard. Fetal.			El. Espinal.		
				7) Induc. Parto.			g) Bradicard. Fetal.			Gen. Drogas Non.		
							h) Meconio en Liq. Amniot.					
							i) Puntaje Apgar					

14) Médico D. Armando Preciado 15) 370 500ml 17) 1000 ml
 Enfermera (o) 3-52-38-33 peso neonato. 740g muerte neonato.
 16) Observaciones Dolor mediano constante
de 4-5 de 10 - nivel neonato
la sonda se extrae que se extrae el tubo y esto
se extrae el neonato al bebé

NOMBRE	IDENTIFICACION										EXPLUSIVO									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
II PERLACION																				
III COOPERACION																				
IV RESPIRACION																				
V OBSERVACIONES																				
VI TUBO																				
VII CESS																				

VERBALIZA
 SOLICITUDES
 ANEJOS
 II RESERVA
 III TUBO
 IV RESERVA
 V CESS

PACIENTE EN EL MOMENTO

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE RECUPERACION
DE DATOS DE LABOR DE PARTO EN PSICOPROFILAXIS .

- 1) El llenado de la hoja de recuperación, se hace con tinta , al cometerse algún error al asentar los respectivos datos, se puede tachar y anotar al lado del dato correcto que corresponda o dejar espacio en blanco hasta verificarlo en caso de duda .
- 1) Regst.- Llenar el espacio en blanco con el nombre del registrador .
- 2) Fecha - Llenar el espacio nuevamente con los datos del día en que se realiza el registro .
- 3) Semanas de Gest. - Semanas cumplidas del embarazo .
- 4) Hora inicio - Término.- Hora en que se inicio el registro y hora en que termina el mismo .
- 5) Paciente No.- Grupo.- Número de control asignado a la paciente y el Grupo p. eje. (G1 - G2 etc.) al que fué designada la paciente al distribuirse entre los grupos de control y tratamiento, según diseño experimental .
- 6) Cama - Sala - Habit.- El número de cama asignada a la paciente para su recuperación e identificación del lugar dónde se localiza la cama, así también en el caso de habitación individual .
- 7) Nombre Paciente - Nombre completo de la paciente .
- 8) Edad.- De la paciente en años cumplidos .
- 9) Peso.- De la paciente en kilogramos (Kgs.)

10) Escala de Valoración del Psicoprofiláctico .

- MB - 100% - Aquellas pacientes que durante todo el trabajo de parto y período de expulsión no acusaron sensación de dolor o molestia o sea -- que la analgesia fué total y su comportamiento fué tranquilo .
- B - 75% - Buenos en aquellas pacientes que llegaron a la dilatación completa y que por alguna razón se aplica anestesia medicamentosa o anestesia general en período expulsivo .
- R - 50% - Regulares en aquellas pacientes que llegaron a una dilatación de 5 centímetros o más cm., sin llegar a la dilatación completa bajo el método de psicoprofilaxis .
- M - 25% - Malas , aquellas pacientes que no llegaron a los 5 centímetros de dilatación .

11) Expulsión :

- 1) Vaginal- Cuando el producto es expulsado por el canal vaginal através de la vulva .
- 2) Fórceps- Instrumentos usados por el médico para liberar al producto aplicandolos a su cabeza y -- ejerciendo tracción .
- 3) Cesárea- Operación quirúrgica obstétrica en la que se libera al producto por medio de una incisión en el abdomen y el útero de la paciente .
- 4) Ex. Vacío- Extracción al vacío. Cuando se aplica un -- dispositivo mecánico en la cabeza fetal y después se extrae ejerciendo tracción .

- 6) Episiotomía- Incisión quirúrgica del perineo para permitir el nacimiento del niño sin desgarrar el área.
- 6) Exp. Dolorosa- De acuerdo a la vivencia que reporte la paciente al ocurrir la expulsión del producto, p. eje. algunas reportan sentir como un desgarramiento interno, o la sensación producida - por una quemadura etc.
- 7) Inducc. del Parto- Ruptura artificial del amnios (membranas) y empleo de oxitocicos (oxitocina) y/o prostaglandinas .

12.- Complicaciones Obstétricas.

- A) Labor Prolongada - Cualquier Labor de Parto que exceda 12 hrs., desde que se estableció el inicio de la misma. La labor se considera que se establece en forma regular cuando se asocian - contracciones uterinas rítmicas cada 5 min., con una dilatación o borramiento del cérvix .
- B) Labor Precipitada - Cualquier labor con duración menor de 4hrs., desde que se estableció el inicio de la misma .
- C) Liberación por Fórceps - Aplicación del instrumental requerido (fórceps) por parte del cirujano que extrae el producto según las necesidades técnicas del caso .
- D) Hemorragia Post- Parto - Sangrado vaginal que exceda de los 500 ml., las leras. 24 hrs. después - del parto

E) Remoción Manual de la Placenta - La placenta se considera retenida cuando esta no ha sido expulsada -- después de 30 min., del nacimiento del bebé .

F) Taquicardia Fetal - Índice de pulsaciones superior a las - 160 x min. en 3 ocasiones sucesivas .

G) Bradicardia Fetal - Índice de pulsaciones inferior a las - 120 x min., en 3 ocasiones sucesivas .

H) Presencia de Meconio en el líquido amniótico (licor).

I) Puntaje Apgar - El sistema de valoración de las condiciones físicas del niño a los 60 seg., 5 min. y 10 min. de nacido. De acuerdo al grado en que esten presentes se califican con : 0-1-2 ; la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio , el tono muscular, la irritabilidad refleja y el color de la piel, siendo 10 el puntaje , mas alto y 0 (cero) el mas bajo .

13) Anestesia Tipo :

Eloqueo Epidural - Inyección de anestésico p. eje. lidocaína en la región lumbar del espacio epidural.

General - Inhalación por eje. de ciclopropano o etileno - por mascarilla puesta en la cara .

Eloqueo Parecervical - Se inyecta p. eje. procaina (Novocaina) a través de la vagina en cualquier lado del cuello uterino .

Eloqueo Pudendo - Se inyecta p. eje. xilocaína en la región de los nervios pudendos .

- 13) Anestesia Tipo : Cont. ...
- Caudal - Se inyecta p. ejem. Dibucaina (bupivacaína) en el espacio caudal del sacro .
- Esinal Baja - Se inyecta Dibucaina (bupivacaína) en el saco dural de la médula espinal .
- Gas o Droga - Nombre del anestésico aplicado p. ejem. -- Pentrane etc.
- 14) Médico - Enfermera (o) - Nombre y apellido del médico responsable de entender el parto, así como de la enfermera encargada de la paciente .
- 15) Peso del Neonato - Peso en grs. al nacer el neonato .
- 16) Observaciones - Las que se consideren importantes .
- 17) Muerte Neonato - Fallecimiento del producto en útero o del neonato después de 48 hrs. de su nacimiento .
- 18) Dolor que reporte la paciente :
- a) Dolor Leve - La paciente reporta molestias ligeras .
- b) Dolor Moderado - La paciente reporta sensación de dolor asociado a fatiga ligera y malestar, pero es capaz de relajarse y controlar su respiración .
- c) Dolor Fuerte - La paciente reporta fuertes dolores, -- que manifiesta gritando, quejándose, se produce llanto, se fatiga fácilmente, tiene dificultad para relajarse y controlar su respiración.

18) Dolor que reporta la paciente : Cont ...

- 6) Dolor intenso - La paciente reporta dolores intensísimos, sudoración excesiva, incomodidad extrema se producen muecas, gritos y llanto asociados a la pérdida total de su control respiratorio y de relajación .

=

| + | Símbolo que significa que Ocurrió dicho evento .

| - | Símbolo que significa que No Ocurrió dicho evento .

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE EVALUACION
DE PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO

La hoja está estructurada por columnas y por renglones. En las columnas, se localizan dos secciones : Una incluye varios procedimientos (Tactos, amnioscopia, bloqueo, amniorexis, revisión de cavidad y fórceps) y otra incluye contracciones, en las diferentes fases de la dilatación .

En los renglones se localizan siete secciones I Relajación, II Cooperación, III Respiración, IV Flujo, V Observaciones, VI Recién Nacido, VII Otros, cada uno con sus subsecciones .

El llenado consiste en cruzar las secciones de los renglones con cada columna en el momento que se realiza el evento correspondiente .

Ejemplo : En la columna Tactos, esperamos que la paciente aplique la relajación, coopere siguiendo las instrucciones médicas o permita maniobras; y que respire por la boca .

Ficha de Identificación :

NOMBRE : Apellido paterno, materno y nombre .

REGISTRO : El que corresponda .

EDAD GESTACIONAL : Número de semanas cumplidas de gestación - el llenado de la hoja .

No. DE CAMA : Número de cama en hospitalización asignado a la paciente .

Para el llenado de esta hoja se usará la clave S (que significa si ejecuta lo que se esta evaluando) y se dejará el espacio en blanco si no las ejecuta .

Ejemplo : Acerca de la relajación : si la paciente mantiene relajada la cara durante los tactos se anotará en el cruce de tactos y relajación de cara con la letra S ; si no verbaliza durante el tacto en el cruce de tactos y verbaliza se dejará en blanco .

DEFINICIONES :

I) RELAJACION :

Se entiende por relajación mantener los músculos voluntarios (cara, periné, hombros, espalda y glúteos) en reposo, de terminado por apreciación del registrador .

VERBALIZA : Se entenderá cualquier expresión oral que manifieste la paciente .

II) COOPERACION :

Se entenderá por cooperación las actitudes positivas y voluntarias ante , el seguir indicaciones y/o permitir maniobras .

ESPONTANEA : Se entenderá por espontánea la cooperación de la paciente por iniciativa y voluntad propia .

III) RESPIRACION :

Se refiere a las siguientes técnicas respiratorias :

ESPONTANEA : Cuando los cambios de aire se realicen en forma voluntaria en su profundidad y frecuencia .

III) RESPIRACION : Cont

INSPIRACION PROFUNDA : Se entenderá cuando la paciente - inspire llenando toda la capacidad pulmonar, ampliando la caja torácica y espirándolo .

INSPIRACION CONTENIDA: Inspirar y llenar los pulmones lentamente, que la capacidad pulmonar sea entre la respiración normal y que no llegue a la capacidad completa conteniéndolo por unos segundos

POR BOCA : Cuando inspire y espire por boca unicamente .

SOPLIDO : Cuando se hace una inspiración por nariz y expulsa el aire superficialmente por boca, repitiéndolo rítmicamente .

IV) PUJO :

Se entiende por pujo la realización correcta de la siguiente técnica .

- Identifica deseo de pujo. Cuando después de transición la paciente manifieste oral o físicamente la necesidad de empujar .

- Cambios Libres de Aire . La paciente deberá hacer sus cambios de aire de acuerdo a sus necesidades que en ese momento requieran .

ESPONTANEO : Cuando por iniciativa propia puja en la dilatación completa y durante la contracción sin que se deba ordenar .

FORMAR LORDOSIS : Basculando la pelvis hacia adelante apoyando glúteos y dorso .

V) OBSERVACIONES :

Todo lo que el instructor considere conveniente en relación al evento que se evalúa .

VERBALIZACION : Expresiones orales que la paciente refiera, - por cualquier motivo .

SOLICITUDES : Se anotarán las peticiones que la paciente manifiesta para satisfacer sus necesidades .

QUEJAS : Se anotarán las expresiones orales de incomformidad, que por cualquier razón manifieste la paciente .

VI) RECIBIENDO :

Observamos las manifestaciones de la madre hacia el hijo.

LO VE ; Se entenderá como cuando sigue con la mirada a su hijo

LO TOCA : Cuando voluntariamente toca y acaricia a su hijo .

LE HABLA : Si le habla o le dedica sonidos a su hijo .

VII) OTROS :

ENTREVISTA INICIAL

Instructor ; _____ Fecha de Entrevista Sem. de Gest. Edad Edo. Civil
año mes día

Escolaridad Horario de Trabajo FUM FPP
año mes día año mes día

B) Antecedentes:

AB. esp. AB. prov. C Ob. d Pretermin. Muerte Neon. Gpo. Rh.

EMBARAZOS ANTERIORES :

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	OBSERVACIONES
Gesta	Planif. Fam.	Act. Emb.	Control Prenatal	Culmina-ción.	Anestesia	Atención Parto.	Dolor	Vivencia	Lactancia		

C) Embarazo ACTUAL:

XI) Actitud _____ XII) Intervalo _____ XIII) Control _____ XIV) Molestias _____
Prente Emb. Intergenésico Natal y soluciones. _____

XV) Temores Hijo Madre XVI) Espectativas F. P. Parto Post. Vivencia

OBSERVACIONES : _____

XVII) Preparación Para el Parto.

Sabe relajarse Si No Cuando lo haría en trabajo de P. Y P. Fuente de información _____

Cuando lo aplicarías en T. DE P. Y P. _____ Conoce respiración especial para el parto Si No

Cuál (es) _____ Sabe que hacer para que nazca el bebé Si No

Cuando lo aplicaría _____ Signos de alarma que te hagan acudir a urgencias _____

En trabajo de parto como son las contracciones Duración _____ Intensidad _____ Frecuencia _____

XVIII) Planificación familiar.

Deseas llevar planificación familiar al término de tu embarazo Si No Por que? _____

Que métodos conoces? _____Cuál se te hace mejor. _____

Por cuanto tiempo lo usarías

Hasta cuando tendrías otro hijo

E) Plan de manejo:

Fecha de inicio de clases año mes día

Horario

XIX Curso normal Gestas avanzadas

XI)

Ejercicios especiales _____

Observaciones: _____

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE ENTREVISTA
INICIAL

Para llenar la hoja de entrevista inicial se hacen --
las siguientes recomendaciones : Usar tinta indeleble, en caso
de equivocación tachar y anotar al lado las respuestas correc-
tas y en caso de cualquier duda dejar el espacio en blanco y -
posteriormente llenarlo al haber aclarado la duda .

Fecha de Entrevista : Llenar los cuadros con números -
arábicos y así como los datos del
día en que fué realizada la entre
vista.

Semanas de Gestación : Semanas cumplidas del embarazo.

Edad : de la Paciente en años cumplidos.

Estado Civil :

- 1- Soltera
- 2- Casada
- 3- Unión Libre
- 4- Divorciada
- 5- Viuda

Escolaridad :

- 1- Analfabeta
- 2- Primaria
- 3- Secundaria
- 4- Preparatoria
- 5- Profesional

Horario de Trabajo :

- 1- Diurno
- 2- Vespertino
- 3- Mixto (diurno - vespertino)
- 4- Nocturno
- 5- Flexible

F.P.P. : Fecha probable del parto calculada por el instructor -
que realiza la entrevista .

B) Antecedentes :

- G : Número de embarazos incluyendo el actual
P : Número de partos anteriores
Ab. Esp : Número de abortos anteriores espontaneos
Ab. Prov : Número de abortos anteriores provocados
C : Número de Cesareas anteriores
Ob. P. : Número de productos muertos en útero sa-
cados por vía vaginal
Ob. C. : Número de productos muertos en útero sa-
cados por cesarea
Pretérmino : Número de hijos nacidos vivos antes de las
37 semanas de gestación
Muerte Neonatal : Número de hijos nacidos vivos que falle-
cieron durante los primeros 28 días de -
edad extrauterina
GPO : Grupo sanguíneo que la mujer refiera
Rh : Signo (+) o (-) que la mujer refiera

Embarazos anteriores :

- I Gesta : Número de embarazo anterior
II Planif.
Familiar : 0 Ninguno
1 Hormonales
2 Mecánicos
3 Químicos
4 Naturales
5 Definitivos

III. Actitud Frente al embarazo : La división en dos cuadros corresponde a la mujer (M) y al Hombre (H)

- 1) Deseado
- 2) No deseado
- 3) Aceptado
- 4) No aceptado

IV) Control Prenatal : La división en dos cuadros corresponde a los meses (M) de embarazo en que acudió por primera vez al control prenatal y (C) al número de consultas aproximadas a que acudió durante el embarazo .

V) Culminación

- 1) Eutócico
- 2) Fórceps
- 3) Cesarea

VI) Anestesia

- 1) Bloqueo
- 2) General

VII) Atención del parto

- 1) Institución
- 2) Particular
- 3) Hogar

VIII) Dolor

- 1) Ausente
- 2) Leve
- 3) Moderado
- 4) Intenso

IX) Vivencia

- 1) Positiva
- 2) Negativa
- 3) No especificada

X) Lactancia

- 1) Si
- 2) No

OBSERVACIONES : El instructor podrá anotar si la paciente recibió información en algún curso formal sobre el embarazo y parto, sobre la duración y suspensión de la lactancia y otros puntos que considere de interés.

C) Embarazo Actual :

XI) Actitud frente al embarazo (Mujer = M ; Hombre = H)

- 1) Deseado
- 2) No aceptado
- 3) Aceptado
- 4) No aceptado

XII) Intervalo Intergenésico : Anotar el número de años y / o meses entre el nacimiento o -- pérdida del último embarazo y la fecha de la última menstruación actual.

XIII) Control Natal :

- 1) Hormonales
- 2) Mecánicos
- 3) Químicos
- 4) Naturales
- 5) Definitivos

XIV) Molestias y Soluciones : Anotar las molestias referidas -- por la mujer y las soluciones -- que ha tomado para c/u de las molestias .

XV) Temores :

Hacia el Hijo : 1) Malformaciones

- 2) Daño durante el parto
- 3) Cambio por otro niño
- 4) Muerte
- 5) No saber manejarlo
- 6) Otros

Hacia la Madre :

- 1) Dolor
- 2) Desconocido
- 3) Anestesia
- 4) Complicaciones
- 5) Muerte
- 6) Cirugía
- 7) Enfermedad Actual
- 8) Otros

XVI) Expectativas : (Trabajo de Parto)

- 1) Normal
- 2) Rápido
- 3) Prolongado
- 4) Anestesia
- 5) Otros

(Parto)

- 1) Eutócico
- 2) Cesarea
- 3) Fórceps

(Post - Parto)

- 1) Hemorragia
- 2) R.N. Sano
- 3) Sexo del R.N.
- 4) Lactancia
- 5) Otros (especificar)

(vivencia)

- 1) Buena
- 2) Mala
- 3) No especificada

E) Plan de Manejo : Fecha de inicio de clases : anotar, el año, mes y el día en que deberá iniciar el curso. Horario anotar la hora asignada.

XXII) Marcar con una cruz (X) el grupo que se ha asignado, Normal, Gestas Avanzadas o Cesárea .

XXIII) Ejercicios Especiales :

- 1) Cruce de piernas
- 2) Abdominales
- 3) Extensión de piernas
- 4) Círculos con los pies
- 5) Flexión de pies
- 6) Semihincada, flexión del tronco

Observaciones : El instructor anotará el o los padecimientos que refiera la paciente desde el inicio del embarazo y aquellos datos que considere de interés para el caso .

DEFINICIONES PARA LA ENTREVISTA INICIAL

Estado Civil :

- Soltera Mujer que no está unida por las leyes sociales y religiosas y que no lleva vida común con la pareja .
- Casada Mujer que está unida por las leyes sociales y/o religiosas y lleva vida común con la pareja .
- Unión Libre Mujer que lleva vida común con su pareja sin estar unida por las leyes sociales y/ o religiosas.
- Divorciada Mujer que habiéndose casado por las leyes sociales se separa voluntariamente de su pareja por juicio legal .

Escolaridad :

- Analfabeta Menos de tres años de primaria cursada .
- Primaria Estudios de 3 a 4 años de primaria (incluye las que hallan cursado lo. de la secundaria) .
- Secundaria Estudios completos de 3 años de la secundaria y se incluirán las que hallan cursado el lo. de preparatoria .
- Preparatoria Estudios completos de 3 años de preparatoria .
- Profesional Estudios de 2 o más años de profesional .

Horario de

- Trabajo :
Es el turno de trabajo, que incluye horarios flexibles sin horario específico y las amas de casa .

B) Antecedentes :

- Gesta Se entenderá todos los embarazos que haya tenido - la paciente a término o no, nacidos por cualquier vía (vaginal o abdominal) ya sea vivo o muerto y

- Centr: incluyéndose el embarazo actual .
Cont ..
- Para Se entenderá ha todos los partos que halla tenido la paciente por vía vaginal (incluyendo por fórceps) .
- Aborto Se entenderá por aborto a la expulsión del feto - menor a 20 semanas de gestación : E espontaneo -- P Provocado .
- Obito Se entenderá por producto que nazca entre las 20 semanas y el término, sea cualquiera la vía de nacimiento .
- Muerte
Neonatal Se entenderá por muerte neonatal, cuando el recién nacido fallezca dentro de los 28 días posteriores a su nacimiento .
- Embarazos anteriores :
- II Planific. Pam : Se refiere a el uso de un método anticonceptivo .
- 1) Hormonales, intramusculares- orales .
 - 2) Mecánicos , Diafragma-dspositivo-condón .
 - 3) Químicos, Ovulos- Espumas - Jaleas .
 - 4) Naturales, Ritmo-Temperatura-Coito interrumpido Ducha .
 - 5) Definitivos, Salpingoclasia - Vasectomía .
- III Actitud Frente al embarazo :
- Deseado Es el embarazo buscado tanto por relaciones sexu regulares como sin uso de cualquier método anti--conceptivo .

No Deseado El embarazo no deseado, manifestado por relaciones sexuales irregulares y/ o en uso de cualquier método anticonceptivo .

No Aceptado Embarazo no deseado y una vez teniendo conocimiento de éste se tuvieron intentos de aborto (cualesquiera que sean estos) y/ o el recibido sin agrado .

IV Control Prenatal :

Visita médica que demanda la paciente durante el embarazo , por cualquier motivo .

Culminación

Eutócico Es el parto vaginal cefálico en el que no se utiliza ningún procedimiento armado .

Fórceps Fórceps es la utilización de estos en un parto vaginal sea cefálico o pélvico .

Cesarea Se entenderá por cesarea, la extracción del producto por vía abdominal .

V Anestesia

Eloqueo Eloqueo, es la aplicación de un anestésico por vía medular .

General Anestesia general es la aplicación de un anestésico por vía respiratoria o intravenosa, causando la supresión de la conciencia .

VI Atención del Parto :

Institución Cuando el parto a sido atendido en Instituciones -- gubernamentales (SSA/IMSS/ISSTE)

Particular Cuando el parto sea atendido en clínicas o Hospitales no gubernamentales y remunerativos .

VI Atención del Parto :

Cont...

Hogar : Cuando el parto sea atendido en la casa de la --
paciente, familiares u otros .

VII Dolor : Se entenderá por dolor a la sensación de desagrado
o molestia en cualquier momento del parto sea cuál
fuere su causa .

VIII Vivencia :

Percepción de la embarazada, acerca de su embarazo
y parto .

IX Lactancia :

La paciente amamanta a su hijo sin importar dura--
ción o motivo .

C) Embarazo Actual :

X) Actitud Frente al Embarazo : (véase definición en III) .

XI Intervalo Intergenésico :

Tiempo transcurrido entre la culminación del últi--
mo embarazo y la última menstruación .

XII Control Natal : (véase definición en II)

XIII Molestias :

Sensación orgánica desagradable manifestada por la
mujer durante el embarazo .

Soluciones : Toda acción ejercida por las pacientes para mejo--
rar las molestias referidas .

XIV Temores :

Sensación negativa de un acontecimiento presente o
futuro relacionado con el hijo o con ella la madre

XV Expectativas :

Manifestación del sentir ante el acontecimiento --
que puede ser agradable, en relación al trabajo de
parto y el post-parto .

E) Plan de manejo :

XVI Ejercicios Especiales

Son aquellos ejercicios no incluidos en la fisiote
rapia de rutina y que por sus características son
indicados a pacientes con problemas específicos a
criterio del instructor .

EJERCICIOS DE RELAJACION

FASE No. (2)

Por el Método de Schultz Rhoehof (1923) La paciente va a efectuar la técnica de relajación que se describe enseguida : acostada boca arriba en el piso (decúbito supino) hará una inspiración profunda por la nariz y por la boca exhalará el aire soltándolo.

INSTRUCCIONES ----

- Y en adelante..... cada día que pase usted se sentirá cada vez mejor dormirá profundamente todas las noches y la noche entera sin despertarse completamente en calma y tranquila sus piernas irán gradualmente desinchiéndose..... perdiendo peso cada día que pase se estarán mas normalizadas relajese relajese

A cada momento se sentirá mas tranquila sus molestias desaparecerán no volveré a sentir malestar ni ganas de orinar frecuentemente..... estará en calma y tranquila..... y cada vez que se sienta intranquila o angustiada se acostará inmediatamente e imaginará estar oyendo mi voz y sintiendo el contacto de mi mano en su cabeza..... poco a poco la calma volverá permaneceré en calma sin náusea sin vómitos su estómago funcionará en calma normalmente su gestación transcurrirá sin accidentes sin ninguna razón para episodios de náusea de ahora en ... adelante y cada día que pase estará usted cada día mejor

→ Para finalizar el ejercicio se indicará verbalmente que -- terminó el ejercicio y que tranquilamente deberá irse despertando y podrán incorporarse sin efectuar esto con prisa, se les indicará el momento en que deberán estar todas de pie.

EJERCICIOS DE RELAJACION

Fase No. (2)

El ideal es cuando se logra o consigue conducir a la gestante, corrigiendo cada vez antes de despertarla, las conexiones dolorosas ligadas a su útero. Pasando la mano sobre su vientre permanentemente durante las sugerencias insistidas :

INSTRUCCIONES + ====

- Cada día que pasa se cerciorará más de que no hay ninguna razón para que las contracciones de su útero, en ocasión del parto, sean molestas la contracción uterina es un acto normal..... fisiológico comúnse debe realizar de forma completamente indolora así de ahora en adelantemientras espera el nacimiento de su hijo..... la pasará cada día mejor..... y tendrá un parto absolutamente normal tranquilo no sentirá malestar ni antes ni durante ni después del parto en el día del nacimiento de su hijo....las contracciones de su útero se harán completamente soportables su útero tendrá fuerzas para contraerse para seguir las instrucciones de su médico y las contracciones de su útero serán vigorosas fuertes regulares ...pero absolutamente soportables relajase relajasedebe estar tranquila profundamente relajada y consciente de ahora en adelante cada día estará usted convencida de que este es el mejor procedimiento para que tenga un parto comple-

normal rápido tranquilo sin ning'un sintoma desagradable durmiendo bien y profundamente todas las noches esperando tranquila y serenamente el nacimiento de su hijo y segura de que su parto transcurrirá rápida y normalmente sin molestias desapareciendo todas las razones para que las contracciones uterinas sean desagradables su útero funcionará enérgicamente fuertemente regularmente pero sin producir malestar ...
..... →

EJERCICIOS DE RELAJACION

FASE No. (2)

INSTRUCCIONES =====

" Durante el Parto " .- Recogida la parturienta antes del parto y de los necesarios exámenes obstétricos podrá el psicólogo si estuviese presente, profundizar la inhibición de la paciente, por pequeñas sesiones durante las contracciones, mayormente, mientras estas se hagan todavía bastante espaciadas. De esta forma podrá incentivar el periodo de dilatación vulvar. Bastarán muy breves sesiones de cinco a diez minutos en que después de la señal inductora, apenas sugerida facilitará la dilatación y se intensificará la inhibición sensitiva uterina :

→ Cuando usted siente las primeras señales del parto..... cuando perciba que comienza el nacimiento de su hijo..... al percibir las primeras señales de su parto donde estuviese sentira una profunda relajación , una relajación profunda invencible fuerte y así dormida será transportada a la maternidad donde esperará el momento de nacer de su hijo donde estuviese a las primeras señales del comienzo del trabajo de parto..... usted se imaginara sentir ni meno tocando su cabeza imaginara oír mi voz que le dice cierre los ojos relajese descanse mientras su útero comienza a trabajar a contraerse sin dolor sin ningún dolor

DURANTE EL PARTO + =====

A cada momento se abre su útero se dilata con más facilidad poco a poco progresivamente es mayor la distensión de la abertura de su útero sus contracciones ..
..... son completamente soportables siempre que usted sienta una contracción incluso estando dormida podrá hacer fuerza podrá moverse asegurarse en la cama hacer fuerza e con Todo su cuerpo..... sin despertar sin molestias a cada contracción del útero usted podrá moverse y podrá hacer fuerza con todo su cuerpo para aumentar la dilatación para hacer nacer a su hijo sin ningún sufrimiento totalmente sin molestias.

Si fuese el interés de la obstetra la parturienta podrá ser mantenida en estado de relajación profunda todo el período de dilatación y de expulsión, atravesado todo el tiempo del parto en estado de relajación profunda. Habiendo la posibilidad de que el terapeuta no sea el propio obstetra o condicionador del parto y de ser preciso ausentarse el terapeuta, podrá transferir el control terapéutico hacia el obstetra o condicionar el parto en estado de relajación profunda, por inducción terapéutica.



IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigom, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Estoy a gusto	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento ansioso	0	1	2	3
10. Me siento cómodo	0	1	2	3
11. Me siento con confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Me siento agitado	0	1	2	3
14. Me siento "a punto de explotar"	0	1	2	3
15. Me siento reposado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento muy excitado y aturdido	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. Me siento bien	0	1	2	3

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	0	1	2	3
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35. Me siento melancólico	0	1	2	3
36. Me siento satisfecho	0	1	2	3
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	0	1	2	3

Este Psiquiatra. Board,
1984:07:361-370.

THE MAD SCALE

APPENDIX

A.S. ZIGMOND & R.P. SNAITH

NOMBRE : _____ FECHA : _____

Los médicos estan enterados que las emociones --
juegan un papel determinante, cuando se requiere --
que se nos trate en un Hospital. Si su Médico cono-
ce sus emociones él estará, mas apto para ayudarle --
cuando Ud. lo necesite.

Este cuestionario se diseñó para auxiliar a su --
Médico, a conocer como se siente Ud.

Ignore los números que estan impresos a la izqui-
erda del mismo. Lea cada afirmación y suscríbe la res-
puesta que se aproxime mas a lo que Ud. considere a
sentido la última semana.

No se tome mucho tiempo para considerar sus res-
puestas, su reacción inmediata a cada afirmación es-
crita será probablemente lo mas acertado, que si me-
ditara largamente su respuesta.

	A	1) Me siento tenso y ansioso :
	3	La mayor parte del tiempo
	2	La mayoría de las veces
	1	De vez en vez, ocasionalmente
	0	No del todo
D	:	2) Aún disfruto las cosas que usualmente me
	:	agradan :
0	:	Definitivamente mucho
1	:	No completamente del todo
2	:	Solo un poco
3	:	Difícilmente

A	3) A veces o hasta cierto punto he sentido temor de que algo muy malo ocurra o vaya a suceder :
3	Mucho definitivamente
2	Si, pero no mucho
1	Un poco, pero no me asusto
0	Para nada
D	4) Puedo reirme y ver el lado chistoso de las cosas :
0	Tanto como siempre lo hago
1	No tanto como ahora
2	Definitivamente no mucho
3	No del todo
A	5) Pensamientos inquietantes pasan por mi mente :
3	Una gran parte del tiempo
2	Frecuentemente
1	De vez en vez pero poco
0	Solo ocasionalmente
D	6) Me siento animado :
3	No del todo
2	No frecuentemente
1	A veces
0	La mayor parte del tiempo
A	7) Al sentarme facilmente me relajo :
0	Definitivamente
1	Usualmente
2	No frecuentemente
3	Rara vez

D		8) Me siento lento y sin animo :
3		Casi todo el tiempo
2		Muy frecuentemente
1		A veces
0		No del todo
	A	9) A veces siento una sensación desagradable, como " mariposas " en el estomago.
	0	No del todo
	1	Ocasionalmente
	2	Casi frecuentemente
	3	Muy frecuentemente
D		10) He perdido interes por mi apariencia :
3		Definitivamente
		No le doy importancia como deberia
2		Posiblemente no le presto importancia
1		Le dedico tanta importancia como siempre
0		
	A	11) Me siento tan comodo, como si estuviera -
		en el cine :
	3	Mucho verdaderamente
	2	Casi por completo
	1	No mucho
	0	No del todo
D		12) Puedo ver con optimismo todas las cosas :
0		Tanto como siempre lo hago
1		Un poco menos de lo usual
2		Definitivamente menos de lo usual
3		Dificilmente del todo

A
3
2
1
0
D
0
1
2
3

13) Repentinamente siento pánico :

- Muy frecuentemente
- Casi frecuentemente
- No muy frecuentemente
- Casi nunca

14) Puedo disfrutar un buen libro, el radio
o un programa de televisión :

- Frecuentemente
- A veces
- No siempre
- Rara vez

* Ahora cheque sus respuestas a todas las aseveraciones

PARA USO DEL HOSPITAL UNICAMENTE

D (8 - 10) _____

A (8 - 10) _____

**A) COMPONENTES DEL TRATAMIENTO
(VI'S)**

**B) NIVEL DE ANSIEDAD
ALTO (+) BAJO (-)**

Ejercicios Fisicos	Ejercicios Respiracion	Ejercicios Relajacion	Sumacion	Teoria	G. Control
01	02	03	04	05	06
07	08	09	010	011	012

LAS VARIABLES FACTORIALES EN EL PRESENTE
DISEÑO 6 X 2 SON:

- A) 1) EJERCICIOS FISICOS
2) " DE RELAJACION
3) " DE RESPIRACION
4) SUMACION = (E. FISICOS + RELAJACION
+ RESPIRACION + TEORIA)
5) TEORIA
6) NADA (GRUPO DE CONTROL)**

FIG.(1)

- B) NIVELES DE ANSIEDAD
1) ALTO
2) BAJO**

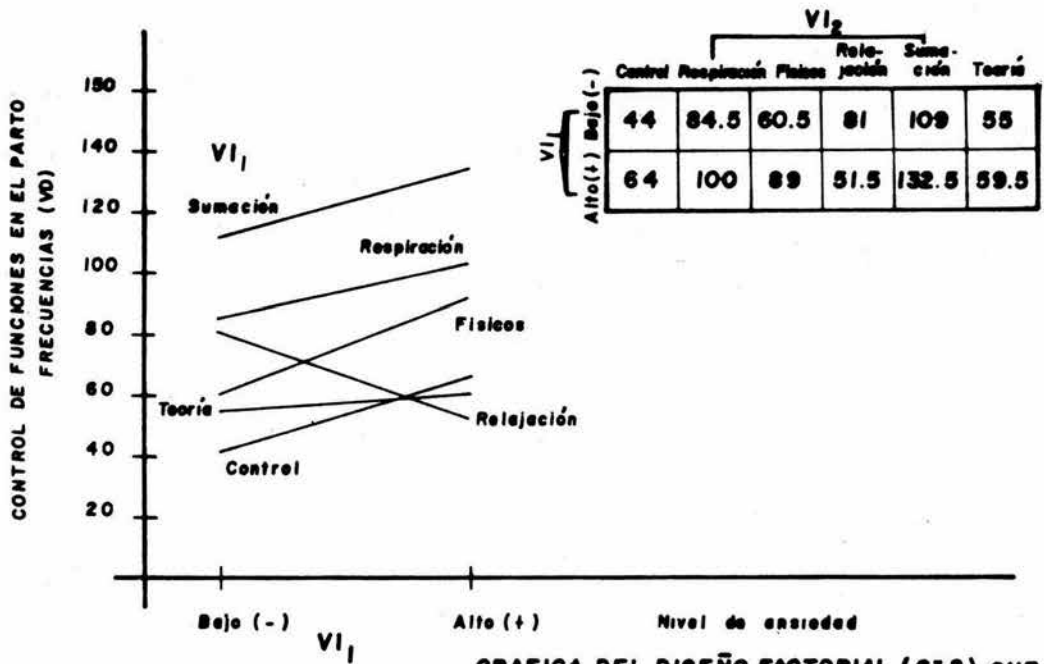


FIG. (2)

GRAFICA DEL DISEÑO FACTORIAL (2×2) QUE MUESTRA LA INTERACCIÓN Y EFECTOS PRINCIPALES DE LAS VI_1 Y VI_2 SOBRE LA VD.

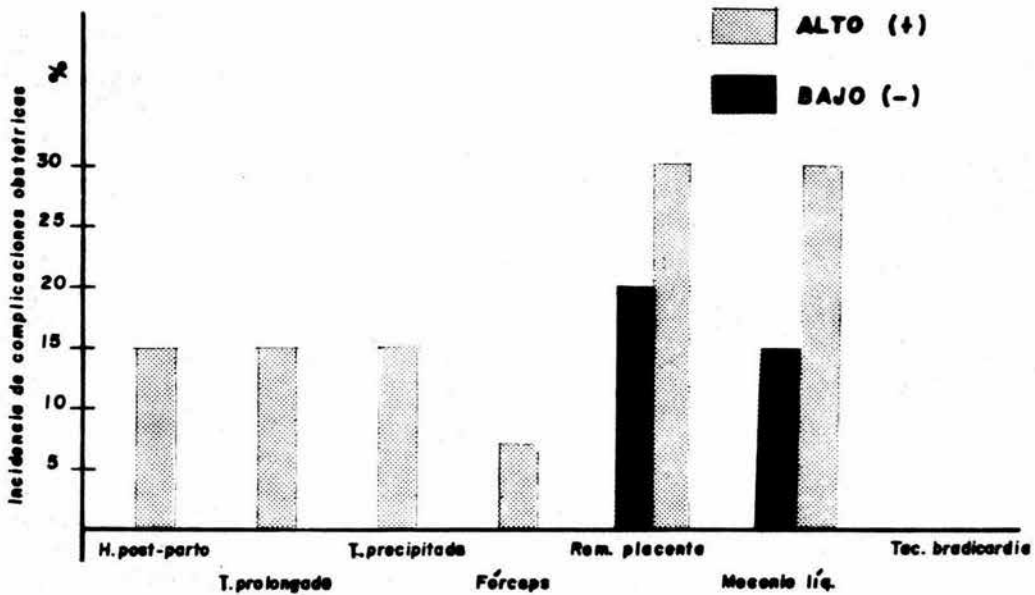


FIG. (3)

**DISTRIBUCION RELATIVA DE COMPLICACIONES
OBSTETRICAS EN PACIENTES PRIMIGESTAS CON
ALTO Y BAJO NIVEL DE ANSIEDAD**

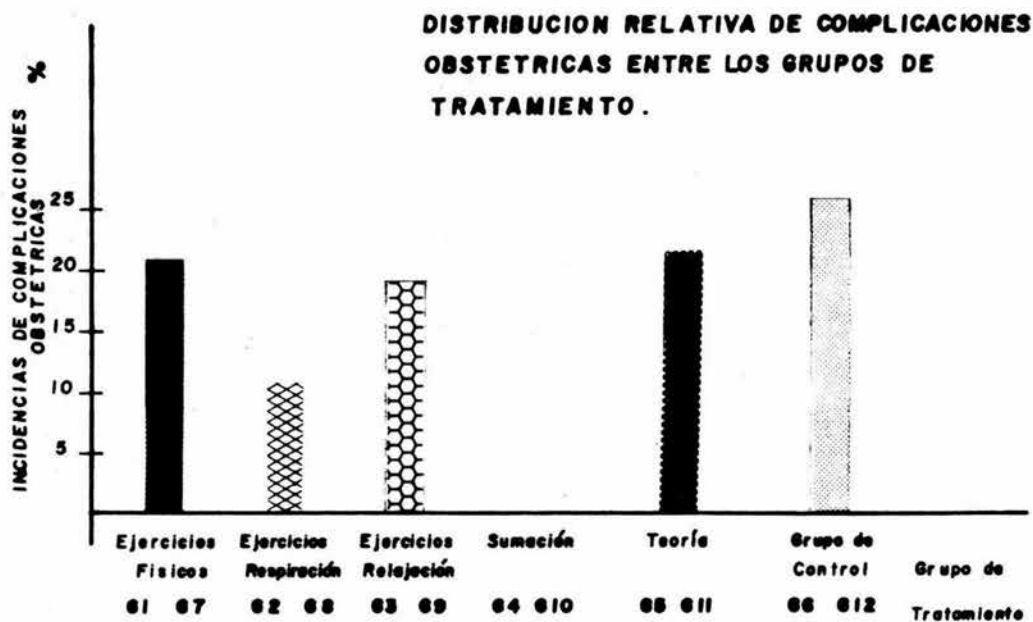
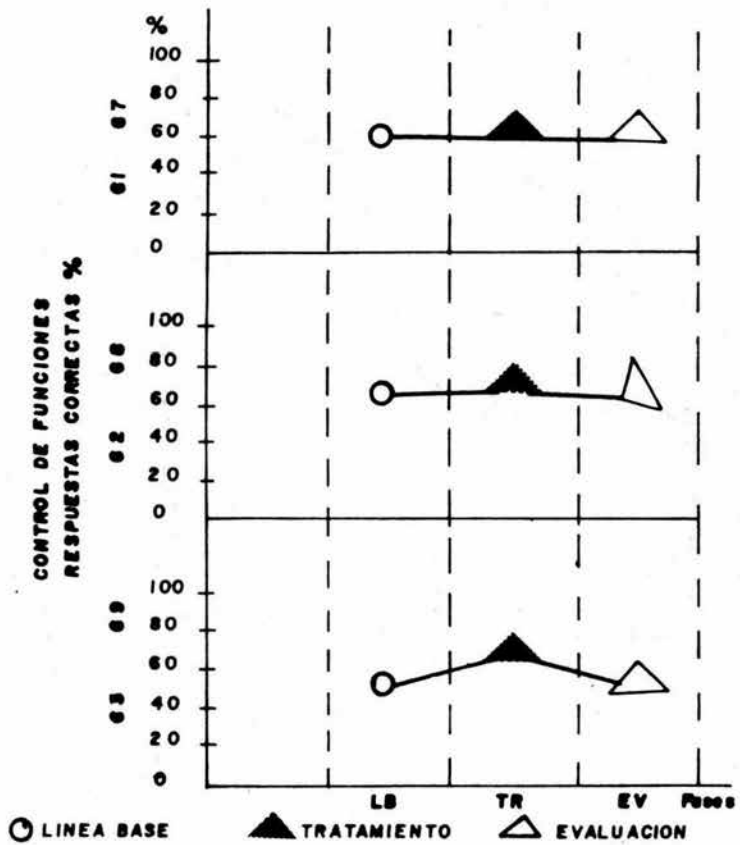
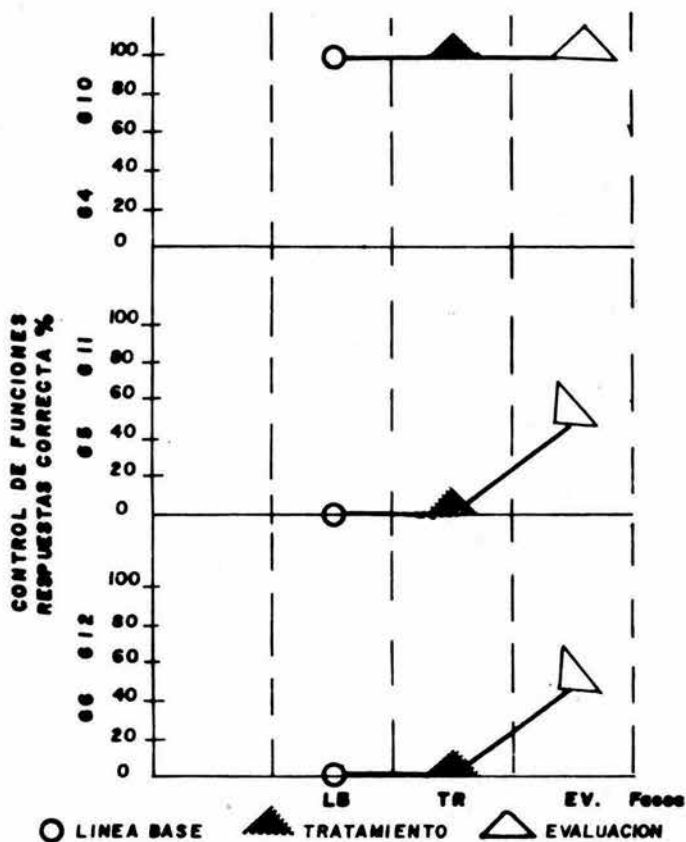


FIG. (4)



**PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS
EN LAS FASES DEL PROCEDIMIENTO
EXPERIMENTAL**

FIG. (5)



**PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS
EN LAS FASES DEL PROCEDIMIENTO
EXPERIMENTAL.**

FIG. (6)

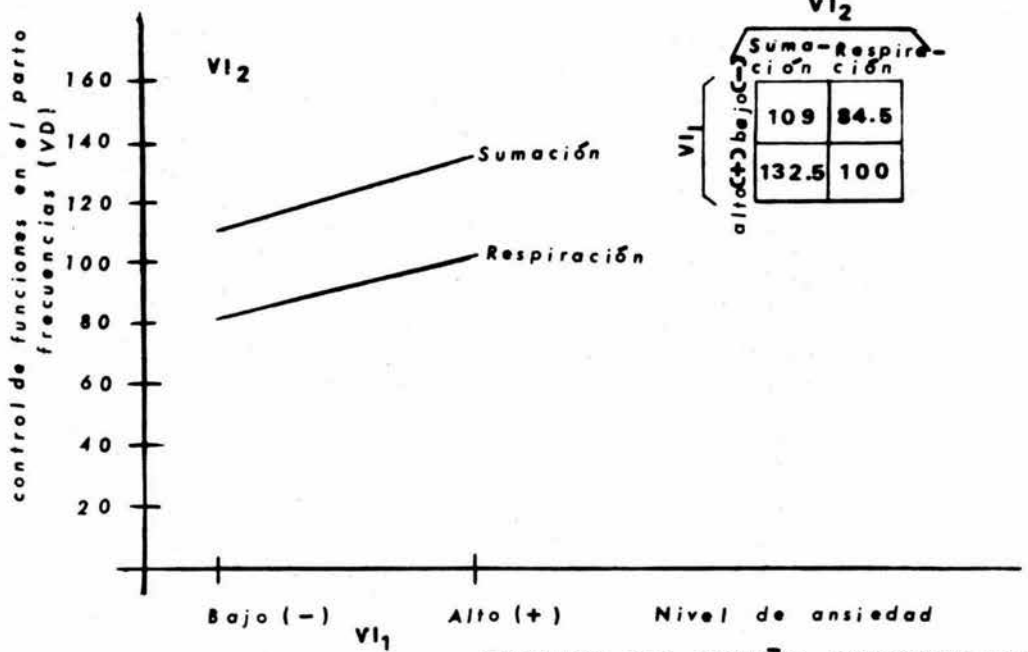


FIG.(7)

GRAFICA DEL DISEÑO FACTORIAL (2x2) QUE MUESTRA LA INTERACCION Y EFECTOS PRINCIPALES DE LAS VI₁ Y VI₂ EN LA VD.

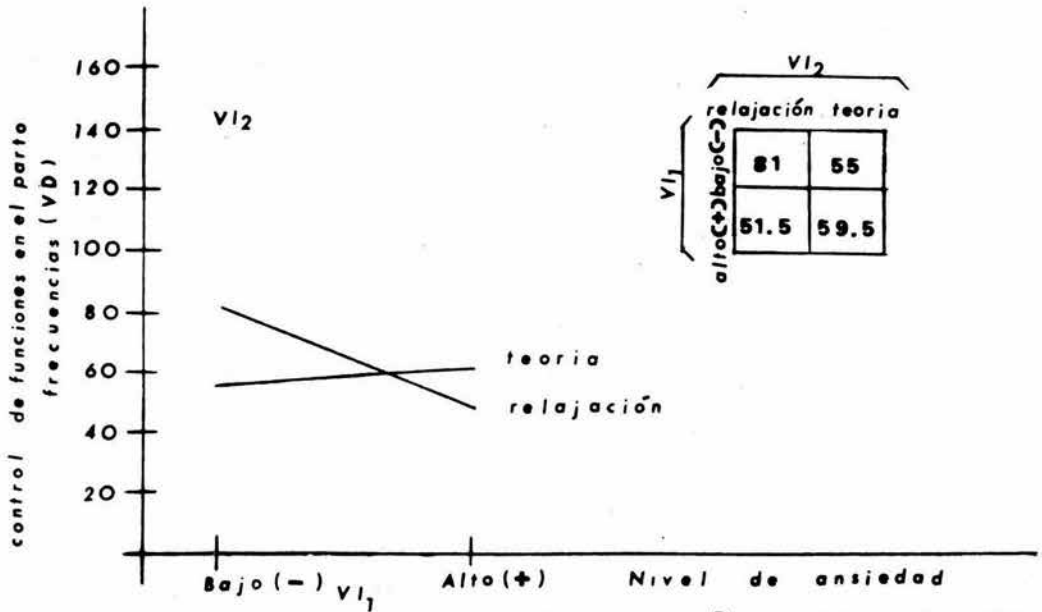


FIG. (8)

GRAFICA DEL DISEÑO FACTORIAL (6x2) QUE MUESTRA INTERACCION ENTRE LAS VI2 Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD VI1 EN LA VD.

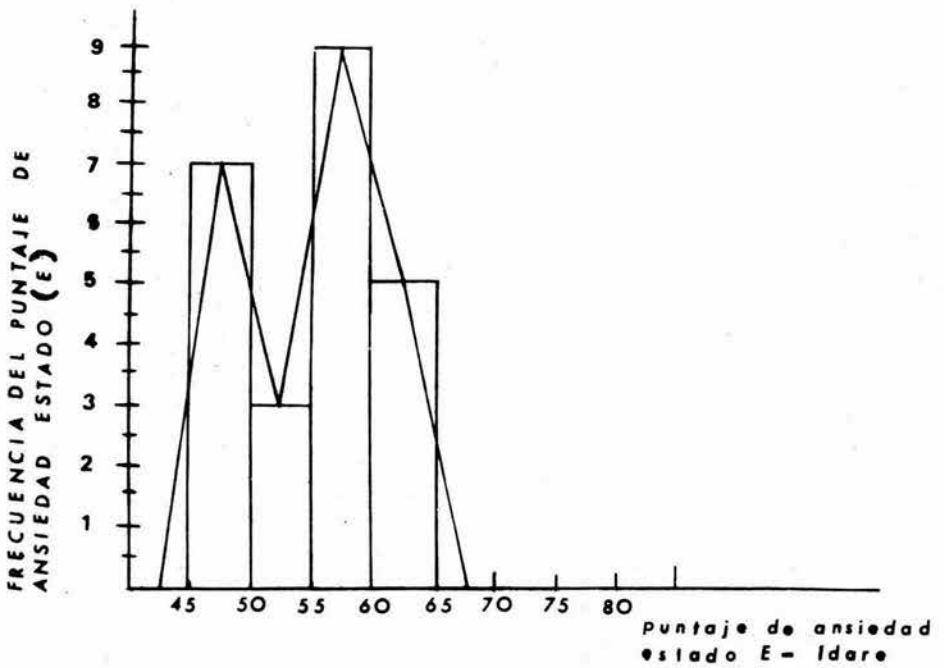


FIG. C9) Histograma y poligono de la distribucion de frecuencias de los puntajes de ansiedad medidos en la escala E- estado del idare

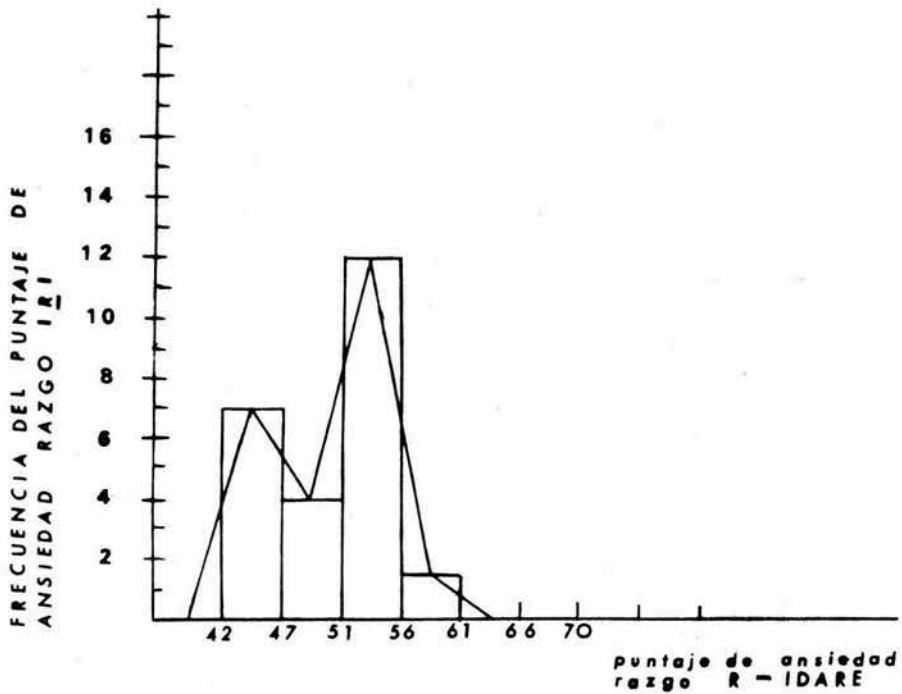


FIG.(10)

Histograma y poligono de la distribucion de frecuencias de los puntajes de ansiedad medidos en la escala R-RAZGO del IDARE

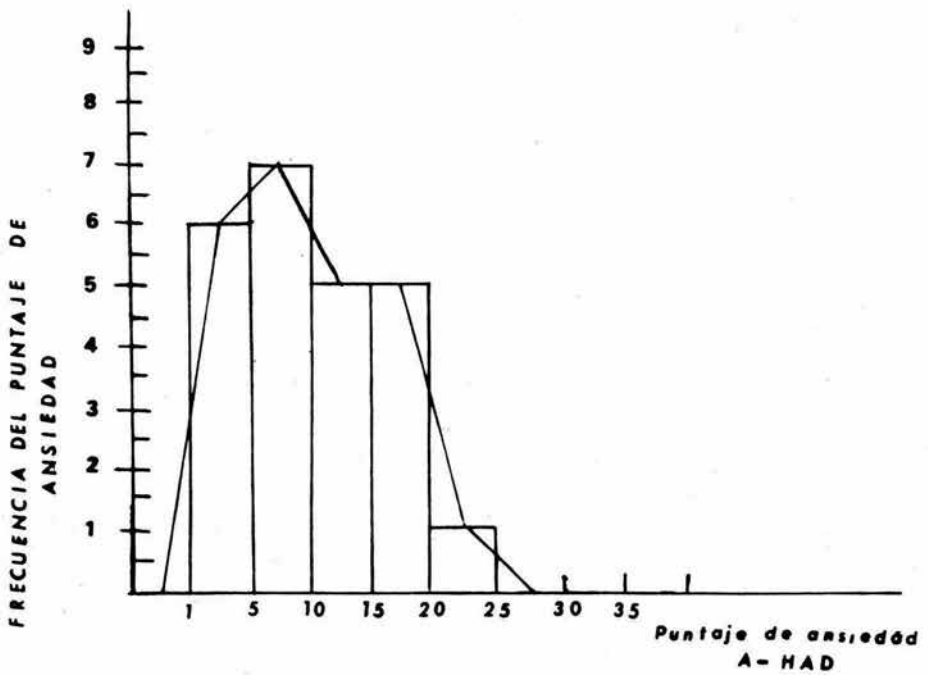


FIG.(11) Histograma y Poligono de la distribución de frecuencias de los puntajes de ansiedad medidos con el -HAD

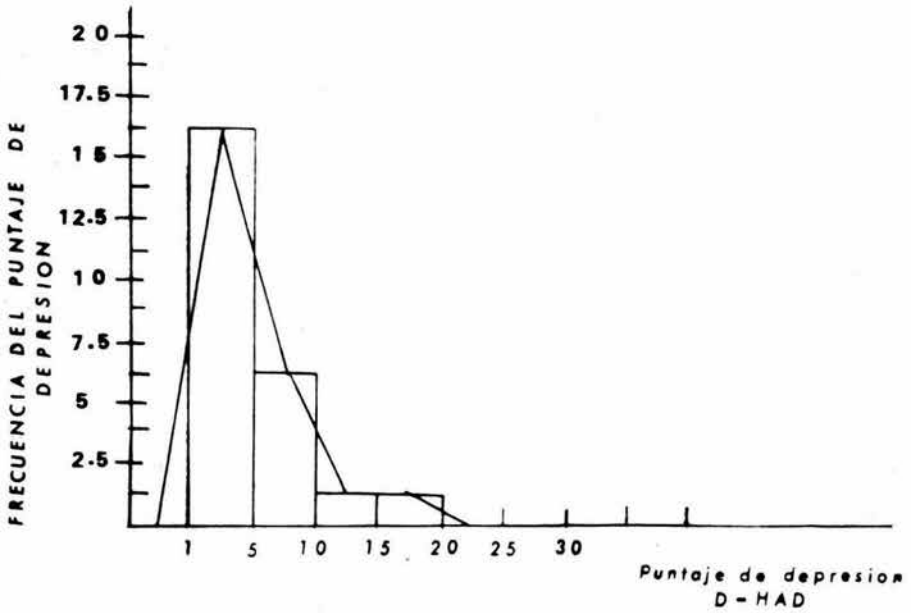


FIG.(12) Histograma y Poligono de la distribución de frecuencias de los puntajes de depresion medidos con el-HAD

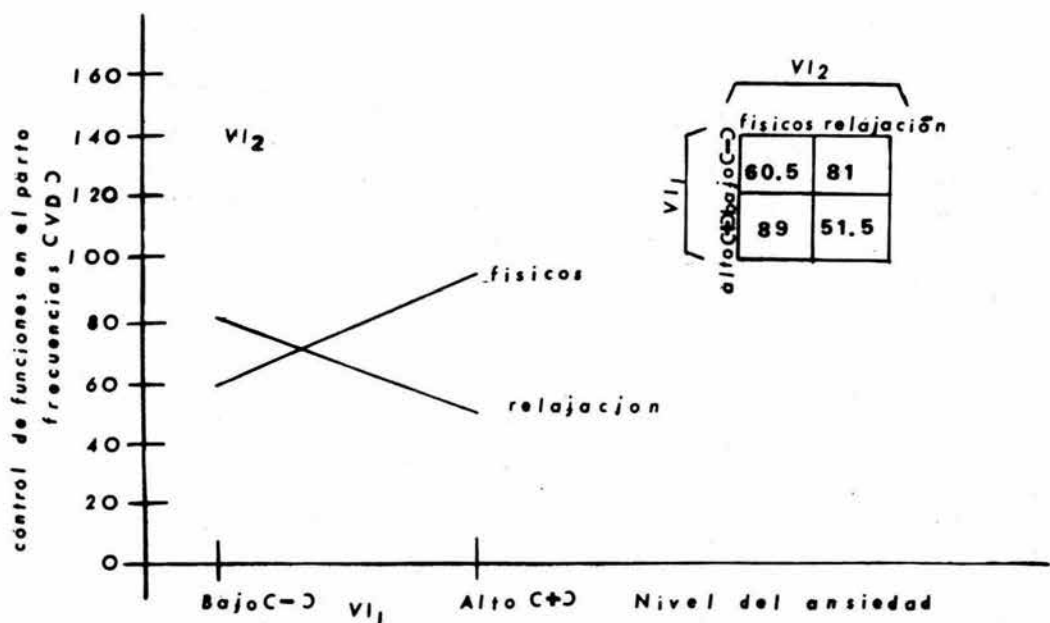


FIG. 13

GRAFICA DEL DISEÑO FACTORIAL (2x2) MUESTRA INTERACCION ENTRE LAS VI_2 Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD VI_1 EN LA VD

ANSIEDAD	Hemorragia post-parto	Trabajo de parto prolongado	Trabajo de parto precipitado	Fórceps	Remocion manual de placenta	Meconio en líquido amniótico	Taquicardia bradicardia fetal
BAJA (-)	1	0	0	0	4	8	0
ALTA (+)	2	2	2	1	6	6	0
P =	= 0.04 [†]	<0.052°	<0.052°	<0.01°	=0.005 [†]	=0.005	

† ANALISIS DE SIGNIFICANCIA FISHER'S PROBALIDAD EXACTA

° ANALISIS DE SIGNIFICANCIA χ^2

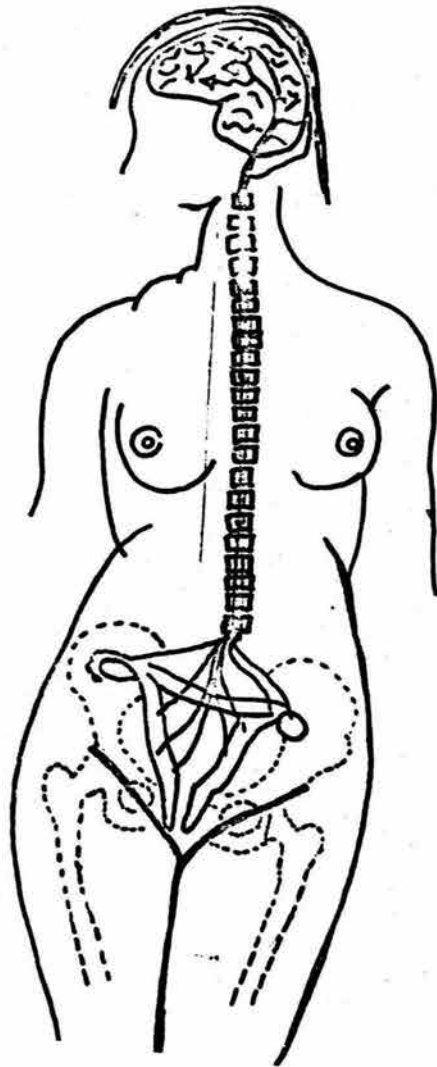
INCIDENCIA DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS
EN PACIENTES CON ANSIEDAD ALTA Y BAJA
(FRECUENCIAS)

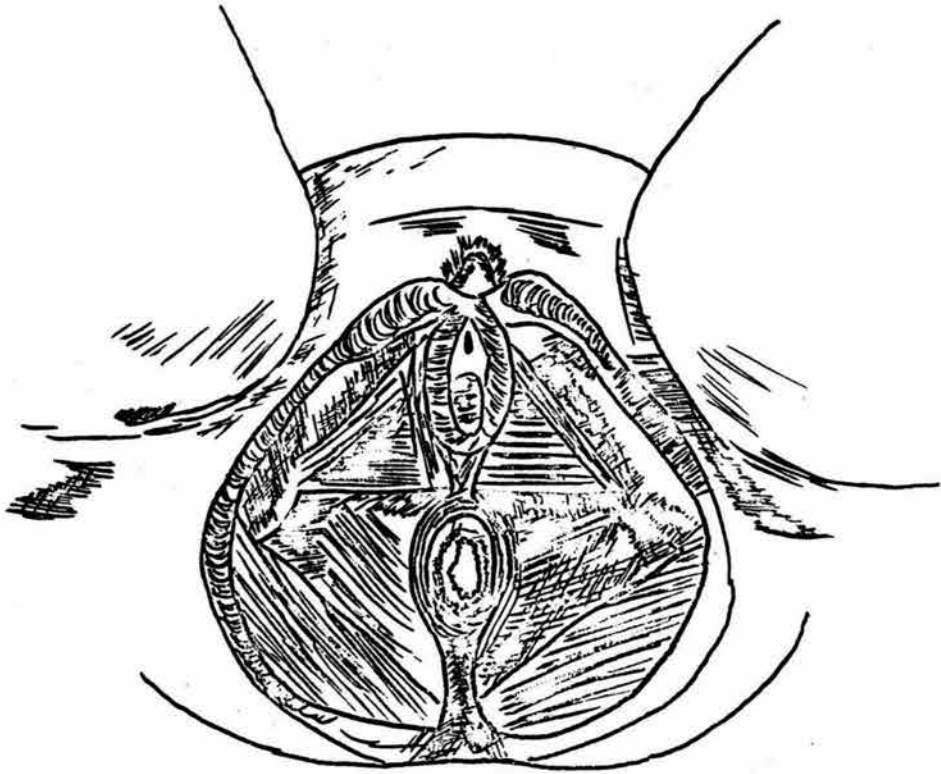
TABLA (I)

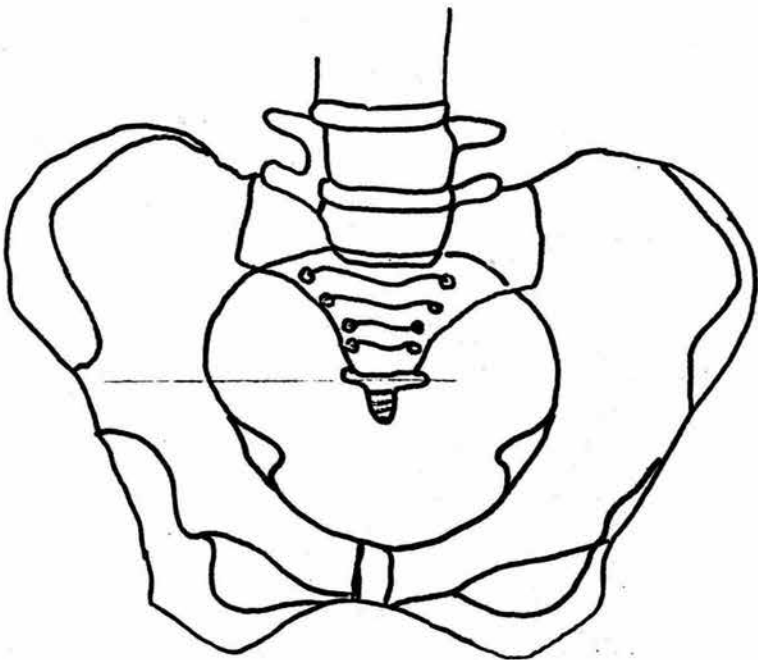
ANSIEDAD	ALTA +		Hemorra-		Trabajo de		Trabajo de		Fórceps		Remoción		Taquicar-		Meconio		Total X Grupo	X 100 %
	BAJA -		gía post-		parto pro-		de parto				manual		dia Bradl		líquido			
	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+		
61 67		1							1	1			2	1			6	22.22
62 68									1	2				1			4	14.81
63 69				2									1	2			5	18.52
64 610																	0	0.0
65 611	1	1					1		1	1							5	18.52
66 612							1		1	1	2				2		7	25.03
TOTAL X VARIABLE		3		2		2		1		10		0			9		27	
X 100 %		11.11		7.41		7.41		3.70		37.04		0.0		33.3				100 %

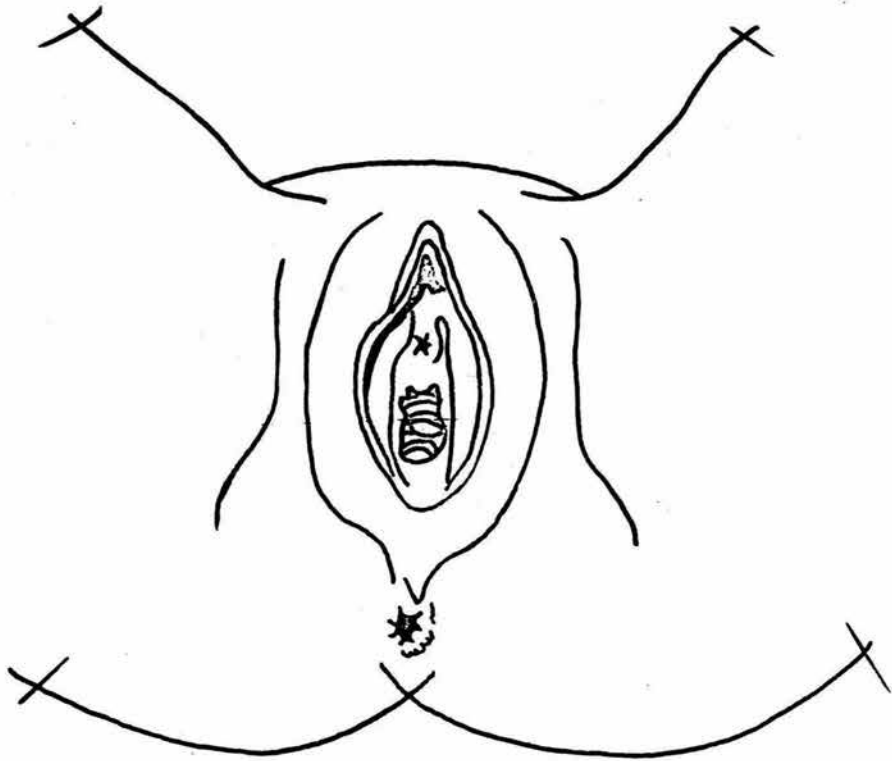
TABLA (II)

INCIDENCIAS DE COMPLICACIONES
OBSTETRICAS EN LOS GRUPOS DE
TRATAMIENTO.









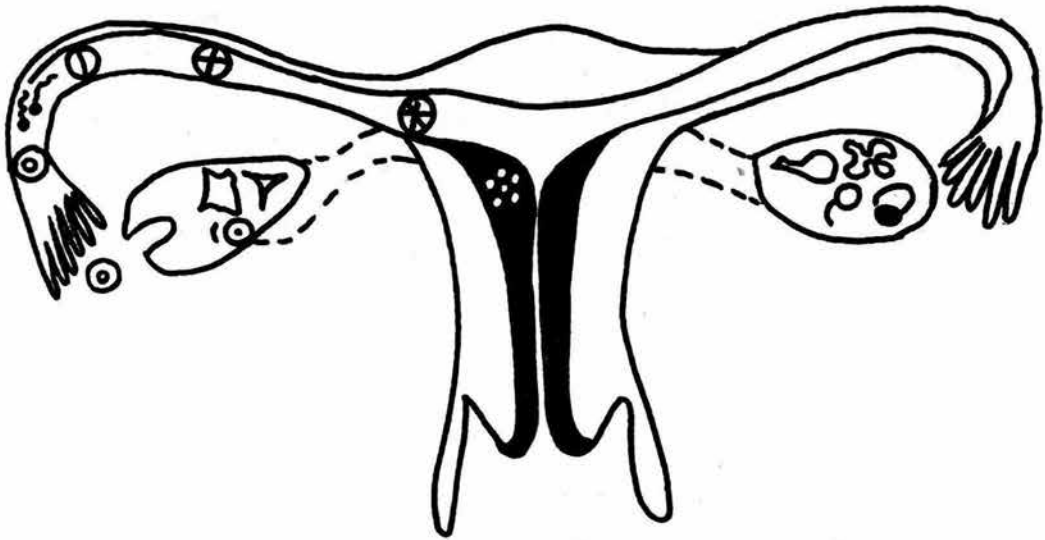






Fig. 18-4. Etapas del nacimiento. (Arriba izquierda) antes del trabajo de parto, el cuello uterino no se ha dilatado ni borrado. (Arriba derecha) durante el trabajo de parto, el cuello uterino se dilata y la cabeza desciende. (Al centro izquierda) el cuello uterino se encuentra completamente dilatado y las membranas intactas. (Al centro derecha) La cabeza es visible en la abertura vaginal. (Derecha) el nacimiento de la cabeza. (Reproducción del Birth Atlas published by Maternity Center Association, Ciudad de Nueva York).



FIG. 3.5. Embrión humano a las nueve semanas. Ahora se ven claramente las manos y los dedos. © Lennart Nilsson, cortesía de la revista LIFE.

22 EL SISTEMA REPRODUCTIVO

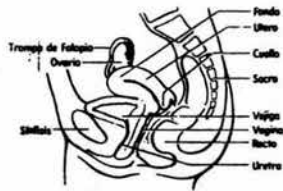
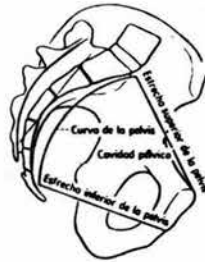
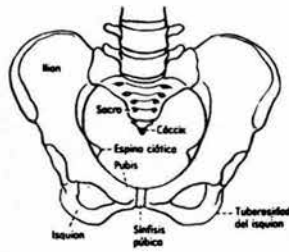


Fig. 2-6. (Arriba a la izquierda). La pelvis.

Fig. 2-7. (Arriba a la derecha). Vista lateral de la pelvis, que muestra el estrecho superior, el estrecho inferior, la cavidad y la curvatura de la pelvis.

Fig. 2-8. (Izquierda). Corte sagital de la pelvis femenina que muestra las relaciones anatómicas de los órganos.



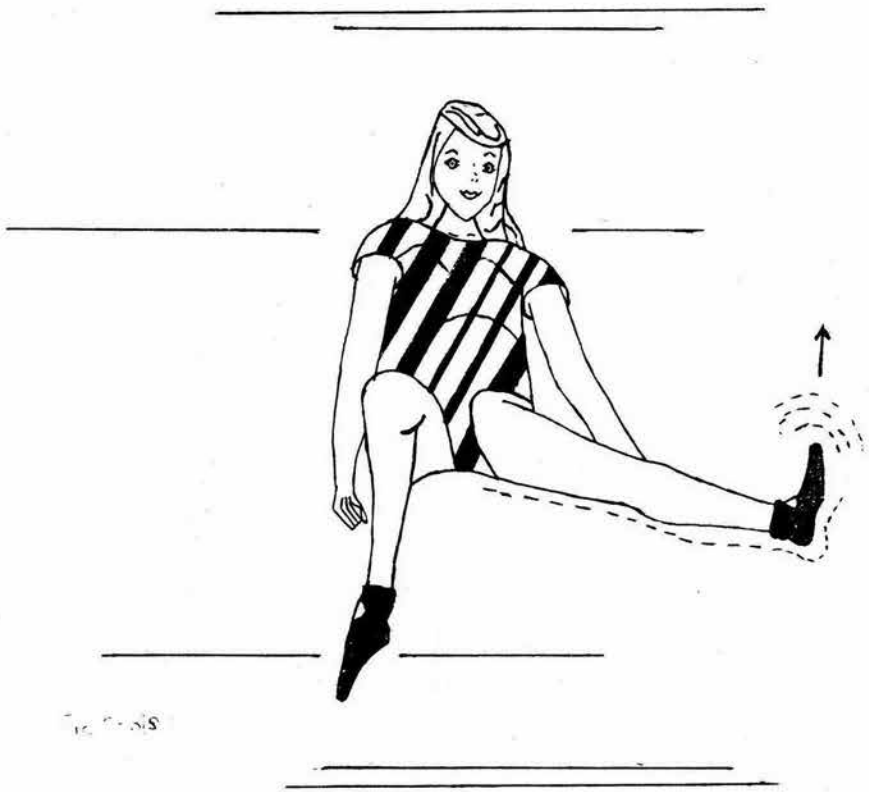
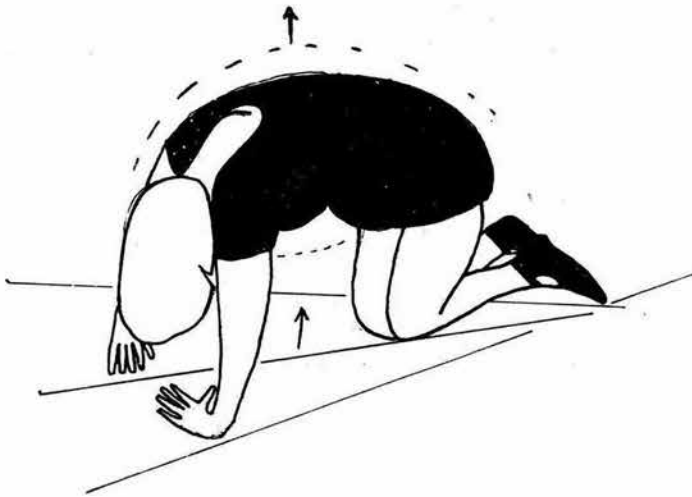
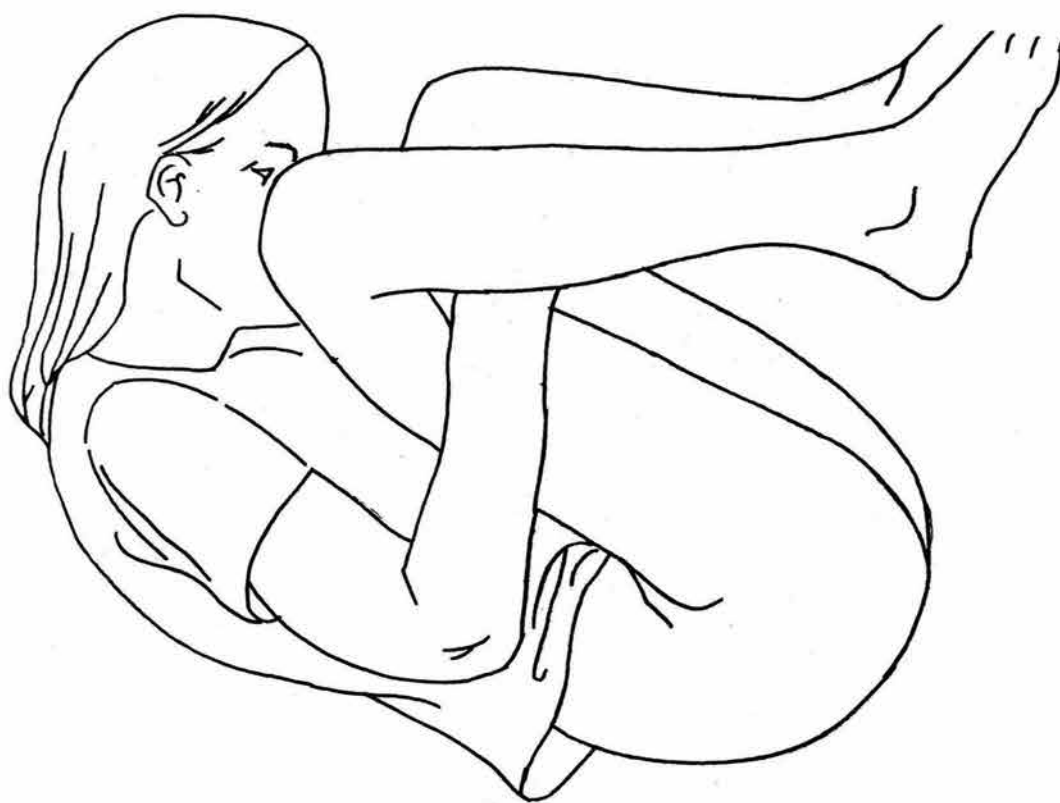
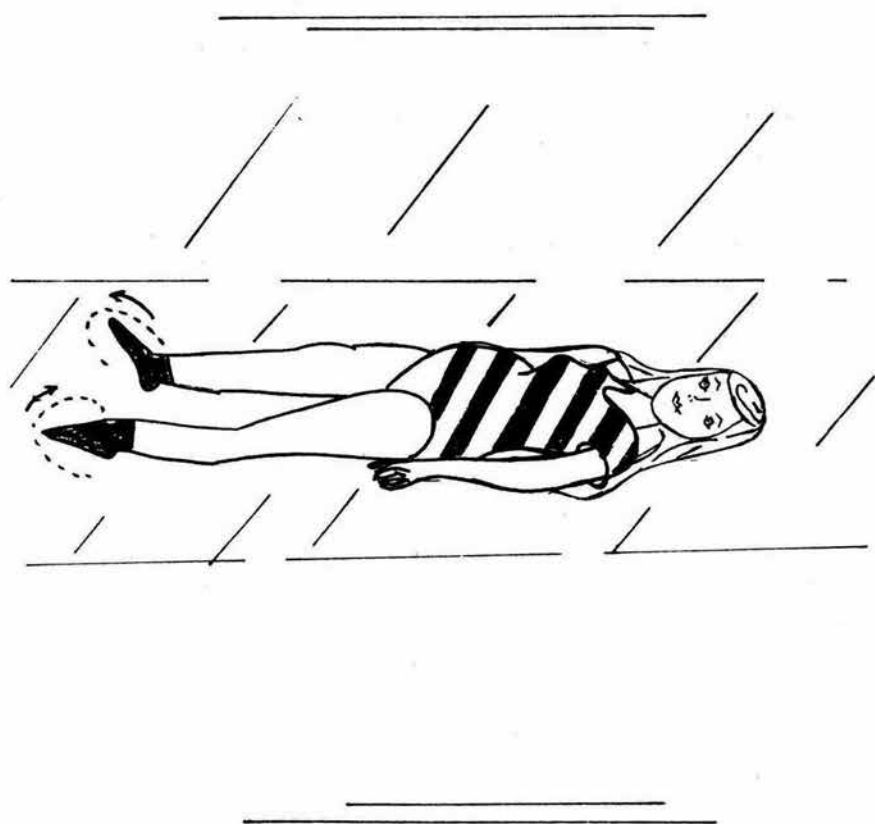
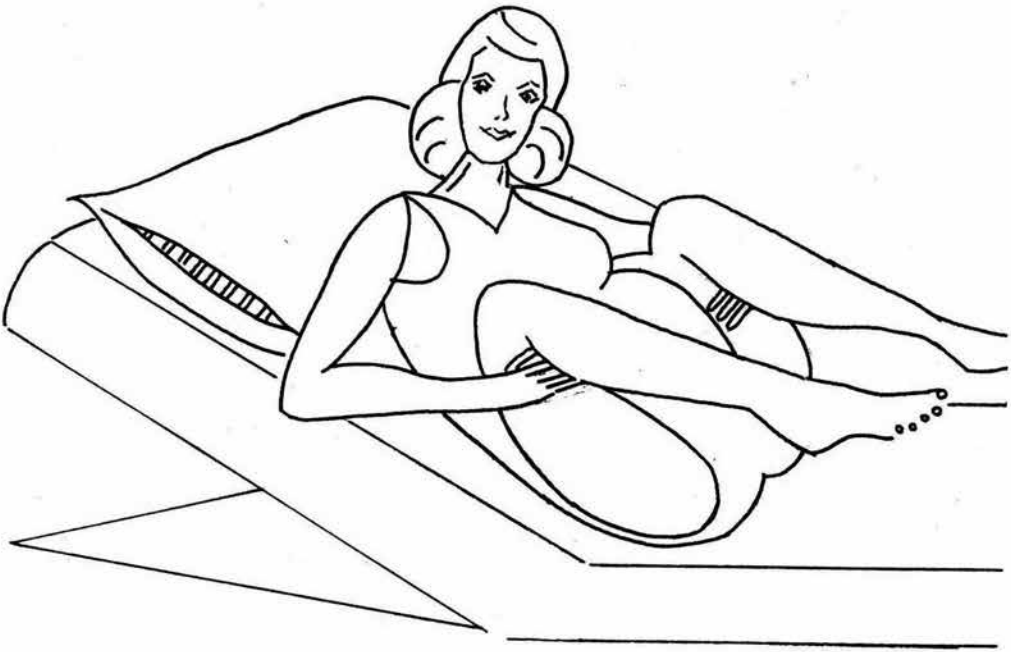


Fig. 10-18

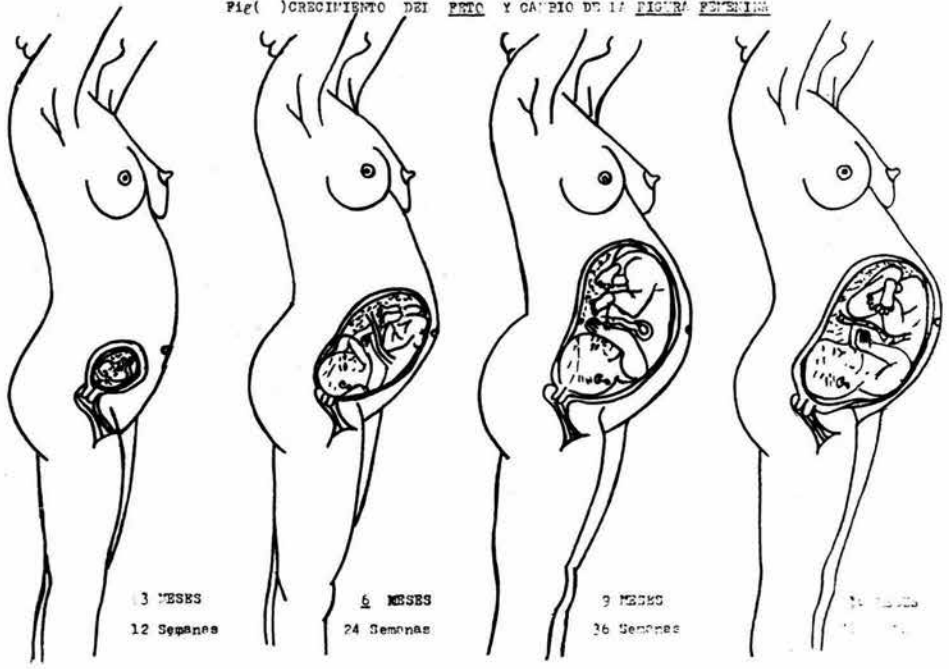








Fig() CRECIMIENTO DEL FETO Y CAMBIO DE LA FIGURA FEMENINA



B I B L I O G R A F I A

- 1) Angelergues, R. Quelques critiques sur les conceptions - théoriques et la pratique de Read, dans L ' accouchement - sans la douleur . Bulletin des Cercle Claude Bernard (Paris). 1954 février 8 : 5-7 .
- 2) A.M.G.O. Resumen del curso teórico de Medicina Psicosomática aplicada a la ginecología y a la Psicoprofilaxis Obstétrica Méx. D.F. 1987 .
- 3) Al Nahi, Brown, E.R., Dale, J.W., Anderson, J. Antenatal - Care In High Risk Pregnancies. Journal of The Royal Society of Medicine, 1984, págs. 26-37 .
- 4) Artal, R., Platt, L.D., Sperling, M., Kammula, R.K., Jilek , J., y Nakamura, R. Exercise in pregnancy, maternal cardiovascular and metabolic responses in normal pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1981, 140, págs. 123-127 .
- 5) Blau, A., Welkowitz, J., Cohen, J. Maternal Attitude to - pregnancy instrument. Archives of General Psychiatry, 1984 , 10 (4), págs. 324-331 .
- 6) Beck, N. C., y Hall, D. Natural Childbirth : A review and - analysis. Obstetrics and Gynecology, 1978, 52, págs. 371-379 .
- 7) Bergström-Walan, M. Efficacy of educación for childbirth, Journal of Psychosomatic Research, 1963, 7, págs, 131 .
- 8) Brigh, F. Perinatología. México, D.F. : La Prensa Médica, 1983, págs. 1-15 .
- 9) Bonstein, J. Painless childbirth. New York : Grunne Straton Inc., 1958, págs. 20-34 .

- 10) Berg, M., Taylor, B., Edwards, L. y Hakanson, E. Prenatal care of pregnant adolescents in a public school health. The Journal of School Health, 1979, págs. 32-35 .
- 11) Beck, E. Obstetricia. México D.F. : Interamericana, 1981 - , págs. 220-229 .
- 12) Beskeovnaia, N.I. Particularités cliniques du déroulement des accouchements compliqués chez les femmes préparées par la méthode psychoprophylactique . Medicina Psychosomatica in Obstetricis et Gynaecologia. S. 313. 1965, págs 1160-1179 . (Verlag der Wiener Medizinischen Akademie) .
- 13) Burnett, W.F. The value of antenatal exercises. Journal of Obstetrics and Gynecology British Empire, 1956, 63, - págs. 40-57 .
- 14) Beck, N., Siegel, L., Davidson, Kormeier, S., Breitenstein, L., y Hall, D. The prediction of pregnancy outcome, maternal preparation, anxiety and attitudinal sets. Journal of Psychosomatic Research. 1980, 24, págs. 343-351 .
- 15) Bull, M.V. Practising Prevention (pregnancy). British Medical Journal. 1982, 284, págs. 1609-1612 .
- 16) Botella, J., Clavero, J. y Cabrera D. Fisiología Femenina. Barcelona España : Científico Médica, 1982, I, págs. 534-537, 600-640.
- 17) Batsstone, G. Pediatría Prenatal. Barcelona España : Científico Médica, 1972, 7, 111-135 .
- 18) Beck, N., y Hall, D. Natural childbirth. Obstetrics and Gynecology. 1978, 52 (3), págs. 371-379 .
- 19) Bennet, E. Coping in the puerperium, the reported experience of new mothers. Journal of Psychosomatic Research. 1981, 25, págs, 13-21 .
- 20) Barnes, A.B. Prophylaxis in labor and delivery. New England Journal of Medicine. 1976, 294, págs. 1235-1236 .

- 21) Braverman, J. y Roux, J.F. Screening for the patient at risk for post-partum depression. *Obstetrics and Gynecology*. 1978, 53, págs. 731-736.
- 22) Brigh, F. *Perinatología*. México D.F. : La Prensa Médica, 1982, 1, págs. 1-15.
- 23) Cave, C. Social characteristics of natural childbirth --- users and nonusers. *American Journal of Public Health*. -- 1978, 68, págs. 898 .
- 24) Chance, M.Z., y Prytula, R.E. Fathers response to Child-- birth. *Nursery Research*. 1974, 23, pág, 210.
- 25) Charles, A., Norr, K., Block, C., Meyering, S. y Meyers, E. Obstetric and psychological effects of psychoprophylac tic preparati6n for childbirth. *American Journal of Obs-- tetrics and Gynecology*. 1978, 131, págs. 44-52.
- 26) Clapp, J.F. y Dickstein, S. Maternal excercise perfomance and pregnancy outcome. *Society for Gynecologic Investiga-- ti6n*. 30 Annual Meeting. 1983, 17, págs. 104.
- 27) Camel, F. *Estadística Médica*. Caracas Venezuela : Venegrá fica, 1974, 19, págs. 197-230.
- 28) Cerutti, R., Volpe, B., Sichel, M.P., Sandri, M., Sbrigna dello, C. y Fede, T. Consideration about our approach to obstetric psychoprophylaxis. *Clinical Experimental Obste-- trics Gynecology*. 1983, 10 (23), págs. 142-144.
- 29) Ciliska, R.N. y Donna, K. Early pregnancy clases as a -- vehicle for lifestyle educati6n and modificati6n. *Canadi-- an Journal of Public Health*. 1983, 74, págs. 215-217.

- 30) Crandon, A. Maternal anxiety and neonatal wellbeing. *Journal of Psychosomatic Research*. 1979, 23, págs. 113-115.
- 31) Crandon, A. Maternal anxiety and obstetric complications. *Journal of Psychosomatic Research*. 1978, 23, págs. 109-111.
- 32) Cox, H. Manual elemental de obstetricia. México D.F. : -- Mc Graw Hill, 1973, 11, págs. 43-46.
- 33) Cogan, R. Efectos de la preparación al parto. *Clínicas -- Obstetricas y Gynecológicas*. 1980, 1, pág. 130.
- 34) Chertock, L. Los métodos psicósomáticos del parto sin dolor. Barcelona España : Científico Médica, 1958.
- 35) Chávez, Ma. El Feto y su ambiente. Grupo Estudios del Nacimiento A.C. 1983, Nov., págs. 87-89.
- 36) Collings, C., Curet, L., y Mulling, J. Maternal and fetal responses to a maternal aerobic exercise program. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. 1983, 145 (6), - 702-707.
- 37) Dick-Read, G. Childbirth without fear : the original approach to natural childbirth. New York U.S.A. : Harper -- and Row, 1972.
- 38) Dick-Read, G. Observations on a series of labors with special reference to physiological delivery. *Lancet*. 1949, - págs. 721-726.
- 39) Davenport-Slack, F. y Poylan, C.H. Psychological correlates of childbirth pain. *Psychosomatic Medicine*. 1974, -- págs. 215-230.
- 40) Guzmán, A. y Avalos, L. Parto psicoprofiláctico VS atención obstétrica tradicional. *Ginecología Obstétrica de -- México*. 1983, 51 (316), págs. 221-224.

- 41) Gavensky, R.V. Psicoprofilaxis obstétrica. Buenos Aires Argentina : El Ateneo, 1968.
- 42) Gregg, R.H., Frazier, L.M. y Nesbit, R.H. Using biofeedback to aid relaxation during childbirth. Birth Family - Journal. 1974, págs. 1-4.
- 43) Hughey, M.T., Thomas, W., Mc Enlin, Facog y Young, T. Maternal an fetal outcome of Lamaze prepared patients. Obstetrics and Gynecology. 1978, 51 (6), págs. 643-647.
- 44) Huttel, F., Mitchell, F., Fischer, A. y Meyers, W.A. A -- quantitative evaluation of psychoprophylaxis in childbirth. Journal of Psychosomatic Research. 1972, 16, págs. - 81-92.
- 45) Iffyl, L., Kaminetzky, A.H. Obstetricia y Perinatología. Buenos Aires Argentina : Médica Panamericana, 1985.
- 46) Jacobson, E. Progressive relaxation. U.S.A. : University of Chicago Press. 1954.
- 47) Klusman, L.E. Reducción of pain in childbirt by the allevation of anxiety during pregnancy. Journal of Consulting and Clinical Psychiatry. 1975, 43 (2), págs. 162-165.
- 48) Kulpa, P., Bridget, M. y Visscher, R. (Michigan U.) Aerobic exercise in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1987, 156 (1), págs. 395-403.
- 49) Kroeger, W.S. Hypnotism. Brithis Journal of Medecine. -- 1953, 5, pag. 1.
- 50) Lamaze, F., Vellay, P. y Hersilie, H. Considerations sur la technique de l' accouchement sans douleur . Revue de - la Nouvelle Médecine (París). 1954, Mai, 3, págs. 63-68.

- 51) Lamaze, F. y Vellay, P. Considérations sur l' accouchement sans douleur par la methode psychoprophylactique. Revue de la Nouvelle Médecine (Paris). 1953, Juin, 11, págs. -- 71-77.
- 52) Lamaze, F. y Vellay, P. L' accouchement sans douleur par la methode psychoprophylactique, premiers résultats portant sur 500 cas. Gazette Médicale de France . 1952, décembre, 59 (23), págs. 1445-1460.
- 53) Lamaze, F., Vellay, P. y Hersilie, H. Considérations sur la technique de l' accouchement sans douleur. Revue de la Nouvelle Médecine. 1954, Mai, 1 (3), págs. 63-68.
- 54) Lamaze, F. Painless childbirth. New York U.S.A. : Pocket Books. 1974, Cap. 2-6-7, págs. 101-107 ; 151-160.
- 55) Lamaze, F. Qu' est-ce que l' accouchement sans douleur, - methode psycho-prophylactique. Paris Francia : Savoir et connatre. 1956, págs. 10-286.
- 56) Lapierre, A. La Reeducación Física. Tomo I Cinesiología - Reeducación Psicomotriz. Barcelona España : Científico Médica, 1978.
- 57) Lepage, F.G. y Langevine-Droguet, G. A-propos de la préparation physique et psychique des femmes a l' accouchement . Presse Médecine, 1955, 63, págs. 549-551.
- 58) Makeiva, O.J. Painless childbirth. en la obra de Velvosky y cols. (dir) Painless Childbirth through psychoprophylaxis. Moscow, Foreign Languages Publishing House, 1960, -- págs. 15-34.

- 55) Mc Intosh, I. Smoking and pregnancy: attributable risks and public health implications. *Canadian Journal of Public Health*. 1984, march/april, 75, págs. 141-147.
- 56) Mc Guigan, F.T. Psicología experimental, enfoque metodológico. México D.F. : Trillas. 1983, págs. 273-316.
- 57) Nikolaiev, A. P. Painless childbirth. En la obra de Velvsky y cols (dir), Painless childbirth through psychoprophylaxis. Moscow Foreign Languages Publishing House. 1960, págs. 40-56.
- 58) Northon, G.R. y Johnson, W.E. A comparison of two relaxation procedures for reducing cognitive and somatic anxiety. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*. 1983, 14 (3), págs. 209-214.
- 59) Norr, K.L., Block, C.R., Charles, A.G., Meyering, S. y Meyers, E. Explaining pain and enjoyment in childbirth. *Journal of Health Social Behavior*. 1977, 18, pág. 260.
- 60) Nettelbladt, P., Fagerstrom, C.F. y Uddenberg, N. The significance of reported childbirth pain. *Journal of Psychosomatic Research*. 1976, 20, pág. 215.
- 61) Miller, S. Diseño experimental y estadística. México D.F. : CECSA. 1980.
- 62) Peoples, D., Connel, R., Daugtrhy, L. Evaluation of the effects of the north Carolina improved pregnancy outcome project : implications for state level precision making. *American Journal of Public Health*. 1984, 74 (6), págs. 549-553.
- 63) Pavlov, I. Reflejos condicionados e inhibiciones. Barcelona España : 62 S/A. 1972.

- 64) Reading, P. y Cox, A. Psychosocial predictor of labor --- pain. PAIN. 1985, 22, págs. 30-315.
- 65) Raisa, B. The limits of persuasion : Anti-smoking activities in the U.R.S.S.. Canadian Journal of Public Health. 1981, 72, págs. 118-126.
- 66) Ruíz, R.J. El médico y la educación de la pareja embarazada. Perinatología. 1986, 1, págs. 20-22.
- 67) Ruíz, R.J. y Etienne, M.A. Dos enfoques en la preparación psicoprofiláctica. En Asociación Mexicana de Psicoprofilaxis obstétrica. Primer encuentro Nacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, Memorias. 1983, Nov, págs. 49-57.
- 68) Ruíz, J.R. Educación para la pareja durante el embarazo, parto y puerperio. En Atkin, L. (dir) Psicología en el --- ámbito perinatal : INPER. 1988, págs. 159-179.
- 69) Santibañez, G. Experiencia clínica con el Método Psicoprofiláctico, en clientela privada en México. Ginecología y Obstetricia de México. 1968, 23, págs. 209-218.
- 70) Samko, M. y Schoenfeld. Hypnotic susceptibility and the --- Lamaze Childbirth experience. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1975, march, págs. 631-636.
- 71) Scott-Palmer, J. y Skevington, S. Pain during childbirth and menstruation a study of locus of control. Journal of Psychosomatic Research, 1984, 25 (3), págs. 151-155.
- 72) Thoms, H. Y Karlovsky, E. Two thousand deliveries under a training for childbirth program. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1954, 68, págs 279-284.

- 73) Tanzer, D. Natural Childbirth : Pain or peak experience ? . Psychology Today. 1968, págs. 18-21.
- 74) Vellay, P. Parto sin dolor , método psicoprofiláctico. México. : Azteca, 1980.
- 75) Van-Eps, L. Psychoprophylaxis in Labour. Lancet. 1955, -- págs. 2-112.
- 76) Velvosky, J., Platonov, K., Ploticher, V. y Shugom, E. -- Painless childbirth through psychoprophylaxis. Moscow : Foreign Languages, Publishing House, U.S.A.. 1960.
- 77) Volpe, B., Tenaglia, F., Fede, T. y Cerutti, R. The group in obstetric psychoprophylaxis. Clinical Experimental Obstetrics Gynecology. 1983, 10 (2-3), págs. 124-126.
- 78) Veille, J.C., Hoimer, R., Burry, K. y Speroff, L. The effect of exercise on uterine activity in the last eighth weeks of pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1985, 151, págs. 727-730.
- 79) Wideman, M. y Singer, J.J. The role of psychosocial mechanisms in preparation for childbirth. American Psychologist . 1984, 39 (12), págs. 1357-1371.
- 80) Wolpe, J. Desconditioning and had-hoc uses of relaxation : and overview. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1984, 15 (4), págs. 229-304.
- 81) Worthington, V. y Martin, G.A. A laboratory analysis of response to pain after training in three Lamaze techniques. Journal of Psychosomatic Research, 1980, 24, págs.-109-116.
- 82) Zaz, M., Sameroff, A. y Parnum, J. Childbirth education , maternal attitudes and delivery. American Journal of Obstetric Gynecology. 1975, 123 (21), págs. -185-190.

- 83) Zigmund, A.S. y Snaith, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983, 67 - págs. 361-370.
- 84) Spielberg, C. Gorusch, R., y Lushene, R. State-trait anxiety inventory, " Self - evaluation questionnaire. : Consulting Psychologist Press Inc. U.S.A. 1975.

Bibliografía Adicional :

- 85) Priest, R.G. Transtornos Psicológicos en Obstetricia y Gynecología. Barcelona España : Tocay. 1987.
- 86) Roberts, J., Chamberlain, G., Haran, F. y Hutchinson, C. Use of electromyographic and skin - conductance biofeedback relaxation training to facilitate childbirth in primiparae. Journal of Psychosomatic Research. 1982, 26 (4), 445-462.
- 87) Langer, P. y Bobadilla-Bronfman, M.A. Apoyo psicosocial durante el embarazo. Salud Pública de México, 1988, 30 -- (1), págs. 81-87.
- 88) Scott, J.R. y Rose, N. Effect of Psychoprophylaxis (Lamaze) preparation on labor and delivery in primiparae. The New England Journal of Medicine, 1976, 294 (22), págs. 1205-1207.
- 89) Rolland, A. y Rolland, P. L' accouchement sans douleur á domicile de la campagne. Reveu de la Nouvelle Médecine. -- 1954 décembre, (4), págs. 55-56.