

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HACIA UN NACIMIENTO PSICOPROFILACTICO

(Estudio prospectivo de la evaluación de 80 niños recién nacidos en el Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt, durante los meses de mayo 1984 a enero 1985)

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

RITA CAROLINA GALAN DE NORIEGA

en el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1. PREFACIO
2. INTRODUCCION
3. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA
4. JUSTIFICACION
5. OBJETIVOS
6. REVISION BIBLIOGRAFICA
7. METODOLOGIA
8. PRESENTACION DE RESULTADOS
9. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
10. CONCLUSIONES
11. RECOMENDACIONES
12. ANEXOS
13. RESUMEN
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

INTRODUCCION

El Método Psicoprofiláctico es un método de analgesia verbal que incluye técnicas específicas, elementos de enseñanza técnica como lo son Pedagogía, Didáctica, Aprendizaje, Sugestión y elementos prácticos como respiración, gimnasia y relajación, aspectos básicos de Obstetricia Psicopsomática en relación con la preparación psicofísica, Psicología del grupo humano necesaria para interpretar los dinámismos psíquicos, nociones de psicoterapia y elementos básicos que abarcan las relaciones madre-hijo y su enfoque en psicoprofilaxis; que se aplica a las gestantes con el propósito de prepararlas a obtener un parto con mínimas molestias o idealmente sin dolor.

El Método Psicoprofiláctico ha sido ampliamente difundido y practicado en todo nivel en países desarrollados como lo son Rusia, China y Francia; pero en países subdesarrollados como el nuestro únicamente se ha logrado a nivel privado, por lo que nos proponemos demostrar las ventajas del Método en la madre y su trascendencia en el nacimiento del niño y su posterior evolución, en busca del establecimiento del Método Psicoprofiláctico como norma del Control Prenatal en el Hospital Roosevelt y la organización del mismo para que las madres que asisten a este, tengan la oportunidad de ser capacitadas a fin de mejorar el pronóstico fetal.

En este estudio prospectivo se captaron 80 madres primíparas de las que, 40 constituyeron un grupo control y 40

un mínimo de tres meses, todas dirigidas durante el trabajo de parto, y los 80 recién nacidos evaluados en el momento del nacimiento por medio de la escala de Apgar la cual incluye frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, iritabilidad (respuesta al paso de la punta de una sonda por una ventosa de la nariz) y color de la piel y evaluando el aspecto psicomotor y neurológico por medio del Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón a las 24 y 48 horas de nacidos, comparando los resultados con los recién nacidos de madres del grupo control quienes no tuvieron ningún entrenamiento previo al parto.

Fueron incluidos en el estudio todos los recién nacidos con las siguientes características: producto de madre primigesta, con pelvis normal, embarazo simple, ladina, sexto grado de escolaridad en adelante, entre 17 y 28 años de edad, parto eutócico simple y nacidos a término.

Se aplicó el Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón ya que este nos puede llevar al descubrimiento precoz de cualquier perturbación aguda así como de cualquier otro signo que pueda indicar posibles riesgos de daño neurológico para el futuro desarrollo del niño.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La Psicoprofilaxis Obstétrica es un método propio de la escuela soviética que se ha universalizado y extendido a todos los métodos psicofísicos; en nuestro medio con muy limitada aplicación y especialmente a nivel privado pues no existe en ninguno de nuestros Hospitales Nacionales de carácter público. En nuestro país se han realizado estudios encaminados a demostrar sus ventajas en la madre, pero no así en el niño; sabemos que los resultados obtenidos son satisfactorios por lo que deseamos demostrar su trascendencia en el recién nacido, por lo que en el presente estudio se evaluó a todos los recién nacidos por medio del Test de Apgar en escala de 0 a 10 al minuto y a los cinco minutos del nacimiento y luego, a las 24 y 48 horas por medio del Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón que es de fácil aplicación, requiere poco tiempo, cumple con los objetivos de una evaluación neurológica al detectar cualquier perturbación aguda precozmente, controlar la madurez del niño y tratar de hallar cualquier signo que pueda indicar posibles riesgos para el futuro desarrollo del bebé, así como a detectar los efectos establecidos por trauma después del parto y asfixia perinatal.

JUSTIFICACION

El Método Psiconroliláctico reduce significativamente el tiempo de evolución del trabajo de parto y el periodo de expulsión, número de cesáreas, uso de Forceps, partos prematuros, uso de medicación y anestesia, trauma perineal durante el parto, establece un mayor vínculo de afectividad madre-hijo, es menor el índice de asfixia perinatal, el bebé nace en mejores condiciones físicas y neurológicas, obtiene mayor puntaje de apgar, disminuye la posibilidad de secuelas en el recién nacido y mejora su pronóstico de vida. Considerando el elevado índice de morbi-mortalidad en el grupo Materno Infantil y tomando en cuenta los beneficios del método tanto en la madre como en el niño y siendo una técnica aplicable hasta el momento básicamente a nivel privado, cabe la necesidad y el profundo interés de demostrar su trascendencia en el recién nacido con el fin de llegar a organizar nuestros Hospitales Nacionales de carácter público para crear como norma del Control Prenatal en la Consulta Externa de Maternidad, el Método Psiconroliláctico, ya que este grupo es considerado como el de más alto riesgo.

OBJETIVOS

Demostrar los beneficios del Método Psicoprofiláctico en el recién nacido estableciendo si el puntaje de Apgar y Amiel Tizón son iguales o diferentes en recién nacidos producto de madres con entrenamiento en comparación con recién nacidos producto de madres sin ningún entrenamiento previo al parto, con el propósito de establecer el método como norma del Control Prenatal en el Hospital Roosevelt.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Psicoprofilaxis Obstétrica:

El Método Psicoprofiláctico conocido como uno de los métodos de parto sin dolor, tuvo su origen en Rusia en 1949, data aproximadamente desde hace 30 años. En el Hospital Neuropsiquiátrico de la ciudad de Kharkov, los autores K.I. Platonov, I.Z. Velvoski, V.A. Ploticher y E.A. Chugom, médicos obstetras y psiquiatras fundamentaron sus bases. Nació de la casualidad y de la observación al darse cuenta de que la mujer enajenada mentalmente no daba muestras de mayor sufrimiento durante el parto, hecho que los hizo pensar que el dolor no es un elemento primordial para el buen desarrollo del parto y que si en la mujer todo anatomofisiológicamente se encuentra dentro de parámetros normales, qué es lo que ha hecho del parto un fenómeno doloroso. Sus investigaciones les condujeron hacia -- las experiencias de Iván Pavlov y los reflejos condicionados, a las experiencias de los discípulos pavlovianos y por último a las bases de un método de analgesia verbal en el parto. LA PSICOPROFILAXIS DE LOS DOLORES DEL PARTO como ellos lo denominaron.

Después de tres años, en 1952 dieron a conocer sus experiencias en un congreso realizado en París respecto a aproximadamente 100,000 gestantes realizado por los autores rusos.

El Dr. Fernando Lamaze se interesó de tal manera por el método que invitado por los autores viajó a Rusia y visitando el servicio del Dr. Nikolaiev decidió aprender y aplicar algo nuevo con respecto a la Obstetricia. A su regreso a París inició su aplicación en la Clínica de los

Metalúrgicos contando con la colaboración de sus asistentes Drs. Pierre Vellay y Roger Hersillie.

A partir de entonces París se convirtió en sede mundial de Psicoprofilaxis Obstétrica. En 1956 alcanzó gran parte de Europa siendo aplicado en Alemania, Suiza, Bélgica, España, Italia, Etc. Muchos de estos médicos lograron interesar a los gobiernos de sus países para ser aplicado en centros públicos.

El Método Psicoprofiláctico está institucionalizado en países de alto desarrollo, algunos europeos, asiáticos y latinoamericanos, en donde la preparación de las gestantes es totalmente hecha por médicos y personal paramédico que conoce el método y han sido preparadas en centros estatales. Los Ministerios de Salud vieron las ventajas que presentaba el hecho de que las madres se encontraran despiertas, concientes y sin angustia, y que el niño naciera sin traumas por mala conducción del parto.

Con el transcurso del tiempo se ha comprobado que el desarrollo psicofísico de los niños nacidos por el Método Psicoprofiláctico es muy diferente al de los nacidos por el parto clásico.

En Francia el Dr. Lamaze logró de la Municipalidad de París varios millones de Francos para instituir el Método en los hospitales municipales haciéndolo accesible a las personas de escasos recursos. En América Latina también se han hecho logros, como sucede en el Perú, que habiéndose interesado el Ministerio de Salud se imparten cursos a médicos dependientes de las instituciones y enfermeras para capacitarlas en la asistencia a nivel público.

co de gestantes preparadas por medio del método.

La Psicoprofilaxis Obstétrica es un sistema de analgesia verbal que se basa en la educación racional de la gestante y es fundamentalmente distinto de los demás métodos de analgesia obstétrica, basado en el uso de los reflejos condicionados con el propósito de equilibrar la corteza cerebral de la mujer embarazada creando durante el embarazo cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicados durante el parto.

De esta manera las gestantes saben qué va a suceder en el momento del parto y que su papel en el mismo es activo, aprendiendo a adaptarse y controlar las situaciones que se presentan durante el parto, el eslabón principal de este sistema nervioso central, en los que surge el dolor.

El Método Psicoprofiláctico rechaza todos los métodos que tienen por objeto atenuar o hacer desaparecer los dolores del parto, cuando estos ya se han manifestado; -- conclusión que se deduce de los postulados siguientes:

- 1- El parto es un proceso fisiológico normal.
- 2- Los dolores del parto no son cualidades congénitas de la mujer, ni un elemento inseparable del parto. Surgen solamente en determinadas condiciones y se han generalizado en el curso de la historia.
- 3- El objetivo final de las medidas no solo debe constituir las medidas que tienden a disminuir el dolor en cada caso individual sino en que desaparezca como fenómeno de masa.

4- La supresión del dolor del parto debe conseguirse con la participación activa y conciente de la propia mujer y no por medio de determinados métodos de anestesia que -- tengan el carácter de medidas de tratamiento.

5- No acepta el "tratamiento" de los dolores del parto, si no son resultado de enfermedad o de complicaciones en el curso del mismo.

El Método Psicoprofiláctico es preventivo, trata de explicar los orígenes del dolor y de encontrar los medios para suprimirlos. Las palabras dolores y contracciones se han convertido en sinónimos, idea tan arraigada en la conciencia de la gente que han llegado a considerar con el mismo significado los dos diferentes términos como lo son contracciones y dolores del parto.

"La asociación condicionada entre estos dos conceptos escribe Nikolaiev como consecuencia de su consolidación constante en muchas mujeres, bien consecuencia de su propia experiencia, bien bajo la influencia verbal ejercida sobre la corteza cerebral a través del segundo sistema de señales (narraciones acerca de los partos), se han hecho tan firmes que entre las embarazadas que esperan su parto, las primeras contracciones uterinas que perciben a pesar de ser indoloras, condicionan la aparición de dolores al asociarlas con reacciones residuales de dolores efectivamente sufridos anteriormente o con ideas acerca de estos y de su inevitabilidad durante las contracciones uterinas".

Vemos pues el papel tan importante que juega en el

hombre el segundo sistema de señalización y hasta que punto es necesaria la preparación especial antes del parto de las mujeres embarazadas, a fin de evitar en ellas la sensación de temor ante el parto que se aproxima. (10)

Hacemos referencia de que los beneficios de la Psicoprofilaxis se han hecho manifiestos en varios sentidos, tal es el hecho del parto en piscina practicado en Rusia y actualmente en Italia, existiendo también la tendencia a recibir al recién nacido en un baño de agua tibia para mejorar el ambiente tan diferente del que él está acostumbrado. En nuestro país se critica a las pacientes especialmente indígenas por sus costumbres tradicionales, --- quienes prefieren tener su parto de rodillas, algo que debería incrementarse en lugar de arraigarse en favor del parto en posición de litotomía pues este favorece la relajación de los músculos perineales y facilita el descenso y expulsión del niño que además se hace más cómodo para la madre, esto vemos que se practica más en las áreas rurales donde la madre da a luz en dicha posición, en penumbra, sin ruidos, contando con una persona de su confianza además de quien atiende el parto, hecho que si lo analizamos, nos hace ver que esta costumbre comprende algunos de los elementos del parto psicoprofiláctico.

Tan demostrados han sido los beneficios del Método Psicoprofiláctico que vemos en la actualidad el interés que se ha despertado en el personal médico por institucionalizarlo, siendo así, que durante los meses de septiembre y octubre de 1984 fue incluido como parte de un programa sobre "lineamientos de Atención Materno Infantil im-

partido al personal del Hospital Roosevelt con la idea de ser difundido a los Centros de Salud.

EFFECTO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA SOBRE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO EN PRIMIPARAS.

Material y método:

En este estudio se tomaron 129 pacientes a quienes se les impartió el método psicoprofiláctico y 29 pacientes de control. Todas tenían por lo menos 37 semanas de embarazo con edades que no variaban en más o menos 5 años de diferencia y todas del mismo estado socioeconómico.

Factores investigados:

Tiempo de la primera y segunda etapa del parto, uso de analgésicos y anestesia, tipo de parto, morbilidad materna e infantil. El tiempo del parto en su primera etapa fue calculado a partir del establecimiento de contracciones regulares que produjeron dilatación cervical. La significancia estadística de los datos fue evaluada por medio de la aplicación del T-Test y el Test de Chi cuadrado.

Resultados:

Características de cada grupo	Grupo Lamaze	Grupo Control
Parto vaginal espontáneo	81 (62.8%)	47 (36.4%)
Forceps Bajo	32 (24 %)	69 (53.5%)
Forceps Medio	8 (6.2%)	--
CST	8 (6.2%)	6 (4.7%)

Un mayor porcentaje de pacientes preparadas tuvieron parto eutócico simple y del grupo control se tuvo un mayor porcentaje de Forceps Bajos. Estos pudieron ser debi-

dos a los propios deseos de las pacientes.

Variantes en la cooperación en el momento del parto y al mayor uso de anestésicos en el grupo control.

Hubo dos suprimientos letales en el grupo Lamaze y dos en el grupo control.

Complicaciones maternas:

En estas hay una serie de problemas mencionados y comparados, que realmente no tienen relación con el curso, pero sí llama la atención 3 laceraciones cervicales en el grupo control y cero en el grupo Lamaze, lo cual podría asociarse al control que tiene la madre sobre la evolución de su parto.

El suprimiento letal, el peso medio de los recién nacidos, el apgar y la morbilidad infantil fueron similares. Uso de anestesia y analgesia:

El uso de analgésicos y tranquilizantes fue mucho menor en las pacientes preparadas. Las pacientes preparadas, estuvieron más anuentes a bloqueo pudendo o infiltración local y un alto porcentaje de las pacientes del grupo control recibieron anestesia regional.

Discusión:

La mayoría de médicos están anuentes a aceptar el Método Lamaze que cualquier otro método.

Este estudio no evaluó los aspectos emocionales en estas mujeres ni el grado de dolor en las mismas. Sin discutir si el parto duele o no, la primera ventaja que se ve en las pacientes preparadas es su capacidad para tolerar el trabajo de parto y el parto con menos analgesia y anestesia. (19)

En 1965 Moya presentó dos casos de acidosis fetal por hiperventilación materna. (12) Miller en 1974 demostró que la hiperventilación materna no disminuyó los niveles de oxígeno fetal y no hubo daño fetal. Nuestros datos también indican que el método no es dañino para la madre o el feto. (11)

EFFECTOS OBSTETRICOS Y PSICOLOGICOS DE LA PREPARACION PSICOPROFILACTICA PARA EL NACIMIENTO.

La educación recibida por la paciente le disminuye la angustia producida por el desconocimiento que tiene respecto al parto. La hace disfrutar más del parto y comparte mejor la experiencia con su esposo. Este estudio se efectuó con 95 mujeres entrenadas y con 154 de control.

Otros tres estudios encontraron niveles sustancialmente más bajos de anestesia en las pacientes preparadas. Enkin, encontró menores cantidades de medicación y menos partos con Forceps.

Zax, Sameroff y Farrum encontraron un significativo menor uso de analgesia y anestesia.

En Alemania, Huttel encontró trabajos de parto más cortos y menor uso de analgesia y anestesia, menos hemorragia y puntos de apgar más altos en los bebés de madres entrenadas. Desde el punto de vista psicológico ha sido muy importante la ventaja del método.

Cuatro estudios recientes encontraron impactos positivos respecto a la percepción del dolor en mujeres canadienses y gringas, así como un mayor goce del parto. Zax encontró que el entrenamiento aumentó el deseo de partici-

par en el parto y promueve más actitudes positivas hacia el infante. Estudios en Alemania y Suecia determinaron significativos menores niveles del dolor percibido.

Entre las multiparas el 64% de las preparadas no pidieron analgesia contra 42% de las no entrenadas. Respecto al Apgar no hubo diferencia, sin embargo entre las primiparas las madres entrenadas tienen una proporción más alta de bebés que lloraron antes del minuto que los de las no entrenadas.

Respecto al dolor, vemos que las mujeres entrenadas reportaron en forma significativa menores niveles de dolor en el trabajo de parto y en la expulsión.

Las madres entrenadas tienen una media de 11.1 versus 13.5 para las no entrenadas, esto comparado con un índice de dolor que va de 0 a 20 y que es útil para evaluar dolor.

La mayor diferencia se ve respecto al goce del parto en las que las mujeres preparadas tienen un índice de placer de 14.8% mientras que las no entrenadas tienen un índice de 11.1%, en un índice también de 0 a 20. El efecto de la preparación es importante y no tiene relación con el estado socioeconómico, pues se evaluó y demostró que ni la paridad, ni el estado socioeconómico, ni las actitudes psicológicas pueden explicar las diferencias en el dolor y el placer del parto, que tienen las madres preparadas.

Comentario:

En conclusión, el método ha mostrado estar relacionado con significativos menores niveles de dolor y mayor control efectivo del dolor así como niveles más altos de placer. La paridad, el estado socioeconómico y las actitudes psicológicas no alteran los efectos del método. No se encontraron diferencias obstétricas, excepto por el menor uso de analgesia y anestesia en las pacientes preparadas. El entrenamiento parece ofrecer beneficios psicológicos substancialmente satisfactorios y además no parece tener ninguna desventaja obstétrica. El entrenamiento muestra otros efectos no tangibles, como el sentido de participación del esposo y un aumento en la sensibilidad del grupo de personas que atienden las necesidades de la parturienta, que no fueron medidas pero estuvieron presentes definitivamente.

Discusión:

Las pacientes que tomaron el curso o que toman el curso, tienen menos ansiedad y mayores actitudes positivas hacia el bebé. En un estudio efectuado post parto se demostró estadísticamente que las mujeres entrenadas desean más tener otro bebé que las no entrenadas. (2)

SUSCEPTIBILIDAD HIPNOTICA Y EL PARTO PSICOPROFILACTICO.

En este estudio se demostró que la susceptibilidad hipnótica no está relacionada en forma significativa a la experiencia del parto de las mujeres entrenadas con el método. Se confirmó que la práctica de la hipnosis difiere marcadamente de la Psicoprofilaxis. (18)

ASPECTOS SOMATICOS Y EMOCIONALES DE LA EXPERIENCIA NORMAL EL EMBARAZO: LOS PRIMEROS 5 MESES.

Este estudio dice que la gestante, por lo menos los primeros cinco meses no difiere de otros grupos de mujeres, tanto como se ha reportado desde el punto de vista de síntomas físicos y emocionales. (8)

EDUCACION PARA EL NACIMIENTO ACTITUDES MATERNAS Y EL PARTO.

En este estudio se encontró menor uso de anestesia y analgesia en las pacientes preparadas.

El curso parece ser un procedimiento apropiado para llevar al máximo la positividad en un principio de la vida familiar, debido a la actitud positiva de los padres.

(25)

PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA Y PERINATOLOGIA.

"La Psicoprofilaxis Obstétrica refuerza la seguridad feto-materna" y "contribuye a un mayor confort materno para la mujer".

Este estudio reporta las estadísticas perinatológicas y obstétricas de 5 establecimientos privados y 2 públicos que tienen un denominador común. Sus equipos obstétricos han dado a la Psicoprofilaxis Obstétrica una prioridad constante durante el embarazo y alumbramiento asegurando un soporte técnico de alto nivel.

Se trabajó con un total de nacimiento de 24,267 de los que 11,932 corresponden a establecimientos públicos que fueron Rouen y Saint Denis; y 12,335 nacimientos en establecimientos privados que fueron Nantes, Maisons La-

flitte, Blanc Mesnil, Stranbourg.

Se hizo la asociación de establecimientos privados y públicos con el fin de demostrar la diferencia entre los mismos.

Se obtuvo una tasa media de preparación de 45.43%. Se hizo una encuesta para analizar los motivos del porqué la tasa media de preparación apenas alcanzaba un 50%, se encontraron algunos datos comparables con un estudio realizado en 1978 reportado por Rumeau Rouquette et Coll. en una encuesta nacional en Inserm 1972 a 1976 aportando dos muestras; una de 11,154 y la otra de 4,685 alumbramientos comparando la tasa media nacional de 28.4 los autores muestran un 44.5% que es un aspecto cuantitativamente importante.

A continuación se mencionan los resultados más importantes del estudio realizado.

Se realizaron un total de 1,483 Cesáreas correspondiente al 6.11%, de donde se observó que el equipo de Rouen descendió el No. de Cesáreas a un 3.62% sobre tres años de actividad en un servicio público.

Sobre el total de alumbramientos de 24,267 reporta uso de Forceps y Espátulas de 1771 correspondiente al 7.29 por ciento. Es importante mencionar que existen publicaciones del uso de Forceps del 15 al 20% y de otros instrumentos; con anestesia epidural del 30 al 50% sin Psicoprofilaxis.

Queriendo conocer el porcentaje de anestesia general donde la extracción por Forceps viene a concluir el alum-

bramiento mencionan los siguientes datos:

Total de extracciones: 1672

Sin anestesia local o local regional: 1,219 = 72.90%

Anestesia general: 453 = 27.09%

Con respecto a Mortalidad Perinatal y el número de prematuridad los autores mencionan dos indicaciones esenciales permitiendo apreciar el desarrollo de un equipo obstétrico. Se mencionan a manera de comparación; los datos de Suecia para la mortalidad perinatal son: en 1960 el 26%, 1965 el 20% y 1974 el 13%; y los datos de Francia son: en 1960 el 32%, 1965 el 28.5%, 1974 el 19% y 1977-78 el 14%.

Los datos del presente estudio son: sobre un total de 24,267 nacimientos una mortalidad media de 12.03%, de los cuales el 10.21% corresponde a establecimientos privados y 13.91% a establecimientos públicos.

Los autores refieren que no pretenden que la Psicoprofilaxis sea la responsable de estos datos y dicen "no ignoramos los nuevos avances y no somos tampoco los últimos en servirnos de ellos". Se comprobó que con un constante control mensual y sistemático se mejoró considerablemente la mortalidad perinatal.

Los autores relatan que con la Psicoprofilaxis Obstétrica hay un principio, una concepción y una práctica diferente de la Obstetricia.

Se obtuvo una tasa de prematuridad del 2.92%; se observaron resultados del doble en mejoría a la media nacional. Por los resultados obtenidos los autores insisten en el papel de la Psicoprofilaxis en materia de preven---

ción de los alumbramientos prematuros.

Con respecto a Apgar menor de 7 al minuto se obtuvo un 9% en pacientes preparadas y un 7% en las no preparadas. Estas condiciones están ligadas estrictamente al lugar y condiciones socioeconómicas dadas.

En conclusión: Sobre un total de 24,267 nacimientos los autores han presentado los resultados de número de intervenciones netamente inferiores de las cifras netamente nacionales.

En el presente estudio los autores obtuvieron un número de prematuridad de 2.92% y una tasa de mortalidad perinatal de 12.03 por mil.

"Nuestra característica común: nosotros hicimos de la preparación al alumbramiento un don constante de nuestra práctica del mismo modo que una aplicación de técnica avanzada y una supervisión obstétrica rigurosa".

"Otro de los beneficios psicológicos que la madre y el niño sacan de esta práctica y parece ser que los efectos sobre la cualidad de estos nacimientos son suficientemente buenos resultados para que la ignorancia, la indiferencia o la contradicción para la Psicoprofilaxis sean en definitiva un impedimento remarcable para la salud de los niños que nosotros somos encargados de traer al mundo".

(9)

UNA EVALUACION DE PACIENTES PREPARADAS PARA EL NACIMIENTO.

En este reporte comparan 200 primíparas con entrenamiento, con 200 primíparas sin entrenamiento. De este estudio es evidente que el trabajo de parto es más corto por lo menos en un 17% en las pacientes entrenadas. Para

ce ser que el entrenamiento disminuye el trauma perineal en un 5% y que hay una marcada disminución en el uso de drogas y anestesia en estas pacientes entrenadas, lo cual lleva a menos asfixia para el bebé y menos hemorragia post parto.

Además se detectó un gran beneficio psicológico para estas pacientes. (24)

UN PROGRAMA ELECTIVO DE PREPARACION PARA EL PARTO EN EL HOSPITAL DE MUJERES SLOANE, MAYO 1951.

Tal y como observamos en este estudio, el programa de preparación para el parto, ayuda a crear una menor relación entre los padres que aprenden y trabajan juntos, desarrollando un sentimiento familiar hacia el futuro bebé.

Ellos también transfieren ese sentimiento de cooperación a la vida familiar con el bebé en casa. En el Hospital Sloane, se pudo observar que muchos esposos querían estar con sus esposas en la sala de partos. Muchos médicos y enfermeras observaron que los esposos habían contribuido grandemente a darle apoyo a sus esposas en las salas de labor.

En este estudio se encontró lo siguiente:

- 1- La duración del trabajo de parto fue aproximadamente igual en ambos grupos (preparadas y no preparadas).
- 2- Hubo mayor número de partos espontáneos en los grupos preparados.
- 3- Una importante menor medicación pre parto fue necesaria en las pacientes preparadas.

- 4- Un impresionante número de multíparas y primíparas pidieron que no se les diera medicación antes de la expulsión (pacientes preparadas).
- 5- El gran número de pacientes que requirieron muy ligera o ninguna anestesia estuvo en el grupo de las preparadas.
- 6- La anestesia pues, fue definitivamente menor en el grupo de las pacientes preparadas con el Método Psicoprofiláctico.
- 7- El programa influyó en la disminución de la ansiedad de las pacientes y se obtuvo una cooperación más inteligente de parte de las mismas.

Una evaluación subjetiva del programa lo favoreció tanto de parte de las pacientes como de los obstetras así:

Criterio de Éxito (pacientes 230)

	madres	obstetras
Exitoso totalmente	142	150
Razonablemente exitoso	46	24
Medianamente exitoso	32	24
Sin éxito	10	27

(6)

DOS MIL PARTOS BAJO UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA EL PARTO.

Este estudio se basa en 2,000 partos en el que se encontró un menor número de infantes deprimidos, disminución en la duración del parto, menos partos operativos, menor pérdida de hemorragia, una convalecencia menos molesta y madres más felices. (22)

EL VALOR DE LA FISIOTERAPIA EN OBSTETRICIA.

En un estudio en el que se comparó 600 pacientes entrenadas con 600 no entrenadas en el Hospital Queen Elizabeth se encontró que la duración del parto fue menor, así como el uso de anestesia y cantidad de drogas que fueron utilizadas. También se encontró que el grupo entrenado por Furler et. al. en el Hospital Queen Victoria en 1964 hubo menos rasgaduras perineales y el apgar de los bebés fueron más altos que en pacientes no entrenadas.

Este estudio se efectuó en la sección de Maternidad del Hospital Queen Elizabeth, en Woolville, South Australia, sobre cuatro años (1965 a 1968 inclusive) sobre el valor de la Psicoprofilaxis en mujeres embarazadas.

Los criterios usados son:

- 1- Promedio de la duración del parto.
- 2- Uso de anestésicos.
- 3- Drogas usadas.
- 4- Complicaciones.
- 5- Lesiones de perineo.
- 6- Apgar de los bebés.

Este estudio compara a 421 primigrávidas y 179 multigrávidas no entrenadas o sea un total de 600 entrenadas vs. 600 no entrenadas, todas con edades, paridad y condiciones socioeconómicas similares.

Para una mejor ilustración se presentan a continuación los resultados con sus respectivas tablas.

Tabla 1

Promedio de Duración del Parto

Estadio del parto	Entrenadas	No Ent.	Entrenadas	No Ent.	Entrenadas	No Ent.
	CLINICA A		CLINICA B		CLINICA C	
1	10Hr. 7mns	11Hr. 45mns	8Hr. 40mns	16Hr. 14mns	8Hr. 5mns.	13Hr. 3mns
2	35mns	51mns	24mns	50mns	17mns	46mns
3	18mns	19mns	11mns	15mns	12mns	16mns
Total	11Hrs.	12Hr. 55mns	9Hr. 15mns	17Hr. 18mns	8Hr. 34mns	14Hr. 5mns

Algunas mujeres requirieron más de una forma de anestesia (tabla 2) por ejemplo O_2 más oxígeno como anestesia local y luego anestesia general para extracción manual de placenta. Sin embargo menos madres entrenadas necesitan anestesia que las no entrenadas.

Tabla 2

Anestesia	Entrenadas	No Ent.	Entrenadas	No Ent.	Entrenadas	No Ent.
	CLINICA A		CLINICA B		CLINICA C	
Oxido de N y Oxígeno.	167	183	164	171	142	169
General	20	31	26	30	21	32
Local	1	1	0	3	0	1
Bloqueo pudendo.	14	24	16	20	29	20
Bloqueo epidural.	0	1	2	2	0	1
Nada	2	0	6	1	7	2

Drogas usadas:

Más de una droga fue usada en algunos casos, sin embargo del grupo entrenado 518 de 600 no usaron ninguna droga. (tabla 3)

Drogas	Entrenadas No Ent.		Entrenadas No Ent.		Entrenadas No Ent.	
	CLINICA A		CLINICA B		CLINICA C	
Pethidina	26	31	21	45	14	42
Promazina	4	6	2	3	8	11
Paraldehyde	-	-	-	-	-	2
Gluthethimide	2	2	2	5	1	4
Pentobarbital sódico.	1	6	3	10	3	5
Morfina	-	3	2	6	2	4
Fenobarbital sódico.	1	1	-	3	3	7
Papaveretum	-	-	-	2	1	6
Paracetamol	-	-	-	1	-	-
ASA y codeina	-	-	-	-	-	2
Total	34	49	30	75	32	83

La tabla No. 4 muestra las complicaciones que estuvieron asociadas con el parto en los dos grupos de madres. Hubo menos complicaciones en las madres entrenadas aunque la diferencia fue poca, estas complicaciones fueron: menos CST, menos Forceps, menos sufrimiento fetal, menos su frimiento materno (agotamiento materno). Ninguno se dio en madres entrenadas.

La tabla No. 5 muestra que hubo menos lesiones perineales en las pacientes entrenadas.

Agora: En la tabla No. 6 se puede ver una proporción de bebés de las madres entrenadas tuvieron un puntaje de 8 o más y esto se puede deber al menor uso de drogas y anestesia así como al segundo periodo del parto más corto.

Tabla No. 6

Grado de Anoxia al Nacer

Grado	Ent. No Ent.		Ent. No Ent.		Ent. No Ent.	
	CLINICA A		CLINICA B		CLINICA C	
0	-	-	-	-	-	2
1	2	6	1	4	0	5
2	2	6	2	3	2	6
3	3	12	4	7	4	9
4	6	10	4	12	5	11
5	7	11	8	14	5	10
6	9	15	10	18	11	18
7	17	28	13	26	18	23
8	31	21	36	18	39	29

RATAS PARTURIENTAS. Efecto del Alumbramiento en el Parto

En este estudio hecho con ratas blancas se demostró que el medio ambiente influyó en la duración del parto o sea en su curso normal. (15)

EVALUACION DE LA PREPARACION PARA EL PARTO.

En este estudio no cambió la duración del parto. La hemorragia post parto fue menos en las entrenadas. No se encontró diferencia en ambos grupos respecto a parto normal, Forceps Bajo, Forceps Medio y CST. Se encontró más alteración nerviosa en las no entrenadas. Se evaluó cooperación de las madres y se encontró lo siguiente:

	Cooperadoras	No Cooperadoras
Entrenadas	466 (93%)	34 (6%)
No Entrenadas	185 (79%)	49 (21%)

(21)

EXPLICACION DEL DOLOR Y EL PLACER EN EL NACIMIENTO.

Creemos que el parto hospitalario disminuyó la morbi-mortalidad feto-materna, pero le dio un ambiente hostil psico socialmente a las madres.

En este estudio se demuestra que la presencia del esposo puede ser positiva en la mujer, especialmente cuando este recibió las clases. En cuanto a trabajo de parto cualquier complicación aumentó la ansiedad y las complicaciones aumentaron el dolor. En este estudio se vio que las pacientes con pocas molestias durante el embarazo tenían menos problemas durante el parto.

Los aspectos socioeconómicos influyen positivamente pues las de mejores condiciones aceptan más la participa-

ción del esposo en el parto, están más inclinadas a recibir la preparación. Otros datos son que el parto es más doloroso en las más jóvenes, muy viejas o las que tienen historia de dismenorrea. Las grandes multiparas tendían a no recibir la preparación ni a recibir ayuda del esposo. Determinantes Individuales:

Las variables más correlacionadas con el placer en el parto son: 1-poco dolor 2- preparación de Lamaze 3- Ayuda del esposo 4- sensación de bienestar durante el embarazo 5- buena relación con el esposo 6- uso de técnicas de control del dolor 7- buenas condiciones socioeconómicas y 8- ausencia de otra anestesia que no sea la local. Conclusiones:

Los factores sociales y psicológicos están relacionados con esto. Así el nivel socioeconómico alto, un buen matrimonio, menos actitudes tradicionales (creer que el parto es cosa solo de la mujer). La preparación, el aprendizaje de técnicas de control del dolor, lleva así a menos dolor, más placer durante el parto y mayor participación de la mujer en el parto. Habría que hacer estudios para determinar si esas pacientes a quienes se les usó analgesia no se hubieran aliviado igual solo con apoyo psicológico.

En el caso de mujeres que no llenan las determinantes anteriores, se les debería poner más énfasis en el Curso de Lamaze, si son solteras, tener en el parto a su madre o a una hermana y darles mayor apoyo psicológico. (16)

ANSIEDAD EN LA MUJER EMBARAZADA Y LA EFICACIA DEL METODO PSICOPROFILACTICO DEL PARTO SIN DOLOR PARA SU REDUCCION.

Este trabajo de investigación trató de establecer la eficacia del Método Psicoprofiláctico del Parto sin Dolor para reducir el nivel de ansiedad en la mujer embarazada.

Se efectuó una investigación en un estudio transversal de cien mujeres, primigestas y multiparas, entre el séptimo y noveno mes de embarazo, con edad promedio de 27 años, escolaridad media y/o superior, hogar integrado, nivel económico medio y sin complicaciones obstétricas.

De una población de 270 mujeres embarazadas se obtuvo la muestra, esta se dividió en dos grupos, uno de 50 mujeres que constituyó el grupo experimental y otro de 50 mujeres sin Método que constituyó el grupo control, subdividiéndose ambos grupos en 25 primigestas y 25 multiparas.

A las cien mujeres se les aplicó el Test de Ansiedad Manifiesta MMPI que mide cuantitativamente la ansiedad.

Los resultados obtenidos indican que el Método es estadísticamente significativo especialmente con el grupo de las primigestas, por lo que se concluyó que el Método es eficaz para reducir el nivel de ansiedad en mujeres primigestas que presenten similares características a las sujetos investigadas. (17)

METODOLOGIA

Para la realización del presente trabajo de investigación fue de suma importancia la colaboración de varios elementos variosos como lo son Médicos Obstetras, Médicos Pediatras, Fisioterapistas, Enfermeras y Trabajadoras Sociales con la debida autorización de los Jefes de Departamentos de Maternidad, Consulta Externa, Medicina Física y Rehabilitación y Director Médico del Hospital Roosevelt.

Primeramente fue necesario que se me entrenara con respecto al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica el cual impartiría personalmente al grupo de pacientes en estudio actividad que realicé durante un mes bajo la supervisión y entrenamiento directo del Dr. José Orlando Escobar Meza y médico Ginecobstetra y la Señorita Fisioterapista Aura Marina de la Roca del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt. Con el entrenamiento necesario y adecuado se procedió a captar la muestra en el Departamento de Control Prenatal de Consulta Externa de dicho Hospital consistente en 80 pacientes, de las cuales 40 constituirían el grupo experimental y 40 el grupo control, logradas durante el transcurso de alrededor de 6 meses, a quienes se les fue llenando una ficha que contenía además de datos generales las variables necesarios para participar en el estudio. Durante esos 6 meses de captación primero se les impartía diariamente a las pacientes de Control Prenatal una charla referente a los Fundamentos del Método y sus beneficios tanto para la ma-

dre como para el recién nacido, así se fueron incluyendo en el estudio a todas las madres interesadas que reunían los requisitos necesarios para participar en la investigación y a todas aquellas que les interesaba pero que por una u otra razón no les era posible asistir al entrenamiento se les fue incluyendo en el Grupo Control.

Se incluyeron en el estudio a todas las madres con las características siguientes:

- primigesta
- embarazo simple
- estimación pélvica normal
- ladinas
- con sexto grado primaria de escolaridad en adelante
- edad entre 17 y 28 años

Todas las madres del grupo experimental serían entrenadas debidamente por lo menos durante tres meses previo al parto.

Todos los recién nacidos serían evaluados al nacer por medio de la Escala de Apgar y a las 24 y 48 horas de nacidos por medio del Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón.

Luego se inició el Curso de entrenamiento por la autora de Tesis con la colaboración directa de una Fisioterapeuta. El curso comprendió tres charlas básicas auxiliadas con material audiovisual, que fueron: Fundamentos del Método Psicomotilístico, Anatomía y Fisiología de la Reproducción y Mecanismos del Trabajo de Parto y conducta

de la paciente durante el parto; y ejercicios prenatales prácticos así como de relajación y respiración combinados con otro tipo de actividades como baby showers y pláticas que solicitaban las pacientes para una mejor motivación e integración social del grupo.

Simultáneamente se realizó una normatización personal respecto al Test Neurológico de Amiel Tizón supervisada por el distinguido médico pediatra Dr. Jorge Mario Rosales en el Departamento de Recien Nacidos del Hospital Roosevelt durante dos semanas.

Se notificó al personal del Departamento de Maternidad con la debida autorización del Jefe de dicho Departamento, Dr. Francisco Cerezo; que todas las pacientes que se identificaran como integrantes del grupo de estudio se rían ingresadas previa localización de la autora de Tesis.

Siendo localizada asistí personalmente todos los partos funcionando como monitora del Trabajo de Parto en todas las pacientes del grupo experimental y a todas las pacientes del grupo control para evaluar a los 80 recién nacidos mediante la Escala de Apgar que mide objetivamente la Frecuencia cardíaca, Respiración, Tono Muscular, Irritabilidad y coloración de la piel con un punteo de 0 a 10 al minuto y a los 5 minutos.

Luego evalué a todos los recién nacidos a las 24 y 48 horas de vida con el Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón anotando en cada test:

- Apellidos del recién nacido

- Sexo, peso en libras, edad gestacional
- Edad al realizar el examen
- Registro médico de la madre.

El Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón et al, utilizando 20 criterios evalúa 5 áreas generales del comportamiento neurológico del recién nacido:

- 1- Capacidad Adaptativa
- 2- Tono Pasivo
- 3- Tono Activo
- 4- Reflejos primarios
- 5- Estado neurológico general

Cada criterio es calificado con un puntaje de 0, 1 ó 2 de acuerdo a la respuesta.

- 0 Ausente o anormal
- 1 Mediocre o ligeramente anormal
- 2 Normal

El máximo puntaje del test es de 40.

Un puntaje de 35 a 40 es considerado normal.

Antes de describir las condiciones y características del medio donde se evaluó al recién nacido es importante que definamos el concepto de "estado" y su clasificación según Prechtl y Beitema para una mejor comprensión del Test y su importante aplicación.

"Constituye una de las variables más importantes en cualquier período de observación; dependiendo de variables fisiológicas tales como hambre, nutrición, grado de hidratación, tiempo en el ciclo sueño-vigilia en cada ni-

ño. Los modelos de estados así como el pasaje de uno a otro, parecen ser características importantes de los niños en el período neo-natal y esta clase de evaluación puede ser el mejor predictor de la receptividad del niño y su habilidad para responder al estímulo en un sentido cognoscitivo.

Estados de sueño:

1- Sueño profundo sin actividad espontánea, a excepción de sobresaltos o equivalentes, a intervalos bastante regulares; los estímulos externos producen sobresaltos con alguna demora; la supresión de los sobresaltos es rápida y los cambios de estado son poco probables.

2- Sueño liviano con ojos cerrados, bajo nivel de actividad con movimientos casuales y sobresaltos o equivalentes de los mismos; responde a estímulos internos con equivalentes de sobresaltos, a menudo con un cambio de estado consiguiente.

Estados de vigilia:

3- Los ojos pueden estar abiertos o cerrados, los párpados agitando o semi adormecidos; nivel de actividad variable con sobresaltos suaves, espaciados de tanto en tanto; reactivo a estímulos sensoriales, pero a menudo se ve una demora en la respuesta. Frecuentemente se nota un cambio de estado después del estímulo.

4- Alerta, mirada clara; parece focalizar su atención en la fuente del estímulo tal como un objeto para chupar, estímulos auditivos o visuales; estímulos inesperados pue-

den abrinse paso pero con cierta demora. Actividad motora mínima.

5- Ojos abiertos, actividad motora considerable con movimientos forzados de las extremidades, incluso unos pocos sobresaltos espontáneos; reactivo a estímulos externos con aumento de los sobresaltos o de la actividad motriz, pero reacciones discretas difíciles de distinguir debido al alto nivel activo general. Malestar intermitente no conlleva cambio de estado.

6- Llanto. Caracterizado por llanto intenso difícil de interrumpir con los estímulos.

Para realizar la evaluación, el niño debe encontrarse en el estado 2.

La evaluación se realizó mientras el niño se encontraba dormido, cubierto y vestido, a la mitad del período entre dos comidas en la sala donde estaba la madre en un ambiente tranquilo y poca luz, tratando de mantener caliente y cómodo al niño durante el tiempo que duró la evaluación.

El orden de la evaluación se modificó de acuerdo al estado en que se encontraba el niño.

Se anuló el examen si el niño estaba cansado o molesto.

Se colocó de manera que las pruebas pudieran realizarse simétricamente.

Si la calificación de un criterio era de 0 ó 1, ese criterio fue reevaluado después para confirmar el puntaje.

Se tomaron en cuenta en el estudio los recién nacidos producto de partos resueltos después de las 37 semanas de gestación.

Se excluyeron del estudio los recién nacidos mediante técnicas de instrumentación.

Finalizada la investigación se procedió al análisis e interpretación de los datos.

CUADRO No.1

Frecuencia de punteo obtenido por Escala de Apgar en 74 recién nacidos del Hosnital Roosevelt. Enero de 1985.

APGAR	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	1 min.	5 min.	1 min.	5 min.
1 - 2	0	0	1	0
3 - 4	0	0	0	0
5 - 6	2	0	2	1
7 - 8	31	2	30	3
9 -10	5	36	3	32
Total	38	38	36	36

Fuente: Boleta de puntuación Escala de Apgar.

CUADRO No. 2

Frecuencia de punteos obtenidos por el Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón en 74 recién nacidos del Hospital Roosevelt. Enero de 1985.

AMIEL TIZON	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	24 Hrs.	48 Hrs.	24 Hrs.	48 Hrs.
33 - 34	0	0	0	0
35 - 36	11	1	16	5
37 - 38	25	12	17	15
39 - 40	2	25	3	16
Total	38	38	36	36

Fuente: Boleta de puntuación Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón. (Ver anexos)

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el cuadro No. 1 podemos observar que a pesar de ser 80 recién nacidos los que se evaluaron, únicamente presentamos 38 del grupo experimental y 36 del grupo control, esto se debe a que fueron excluidos del estudio aquellos niños nacidos por medio de Técnicas de Instrumentación, así como los nacidos antes de término (37 semanas de gestación). Desde ya, podemos darnos cuenta que se obtuvo un mayor número de recién nacidos normales por medio de la instrucción del Método Psicoprofiláctico, ya que de este se excluyeron solamente 2 nacidos por técnicas de instrumentación (Forceps Bajos por paro en expulsión) en cuanto que, se excluyeron 4 del grupo control (Forceps Bajo por paro en expulsión 2, Forceps Bajo por premadurez 1 y Forceps Bajo por Suprimiento Fetal Agudo 1 obteniendo por producto de este último, un monstrosidad el cual no se presentó en tablas por la misma razón de que fue producto de un parto distócico simple y estos se excluyeron del estudio.

Con respecto a Apgar (Cuadro No.1) vemos que el mayor número de niños que puntuaron más alto se encuentra en el grupo experimental, no habiendo ninguno que haya puntuado menos de 6, en cuanto que, en el grupo control, si hubo uno con punteo de 1 al que hubo que reanimar y enviar posteriormente al Servicio de Mínimo Riesgo; y 3 que puntuaron entre 5 y 6.

Es importante hacer resaltar que estudios anteriores (20) han reportado mayor puntaje de Apgar en niños nacidos de madres con entrenamiento Psicoprofiláctico, así como menor índice de morbi-mortalidad feto-materno.

El Cuadro No.2 nos muestra de igual manera que el mayor número de niños que puntuaron más alto en el Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón se encuentra en el grupo control. De estudios anteriores y de este se deduce que los niños producto de madres con entrenamiento previo al parto nacen en mejores condiciones físicas y neurológicas debido a los múltiples elementos del método, mencionados con anterioridad.

Se trabajó con otras variables como son tiempo de trabajo de parto, tipo de alumbramiento, rotura de membranas, sangrado, complicaciones maternas y medicación previa al parto y complicaciones del recién nacido, las cuales no se presentaron en cuadros pues no pudimos darles tratamiento estadístico ya que hubo sesgo en la toma de la muestra, por lo que se tabularon sacando frecuencias y porcentajes para establecer diferencias, de donde se sacaron las conclusiones presentadas a posteriori.

Por esta razón, lamentablemente no se pudo dar tratamiento estadístico, ni se pueden generalizar los resultados a la población, pero si afirmamos que los resultados de nuestra investigación son satisfactorios y congruentes con los obtenidos en estudios anteriores.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- 1- Los recién nacidos por el Método Psicoprofiláctico obtuvieron mayor puntaje de Apgar al nacer.
- 2- Los recién nacidos por el MPP obtuvieron mayor puntaje de Amiel Tizón a las 24 y 48 horas de nacidos.
- 3- Hubo menos niños nacidos por Técnicas de Instrumentación en el grupo experimental.
- 4- En el grupo control (sin ninguna instrucción previa al parto) se obtuvo un recién nacido por premadurez y un mortinato por Suprimiento Fetal Agudo.
- 5- El tiempo de Trabajo de Parto en sus tres periodos fue menor en el grupo con entrenamiento Psicoprofiláctico.
- 6- En el grupo control se obtuvo un mayor número de madres que pidieron analgesia durante el trabajo de parto.
- 7- En el grupo control se obtuvo un mayor número de madres con trauma perineal durante el parto.
- 8- El programa de preparación para el parto ayuda a crear un mayor vínculo afectivo de los padres hacia el bebé.
- 9- Hubo mayor participación en el parto de las madres preparadas y mayor entusiasmo para trabajar en espera del momento de expulsión.
- 10- Hubo mayor control del dolor en los casos que este se presentó, en el grupo de madres preparadas.
- 11- Hubo en el grupo experimental un buen número de madres que no manifestaron dolor durante el trabajo de parto y participaron activamente durante el mismo.

Los efectos psicológicos que el Método produce en las madres preparadas se hizo manifiesto por la sensación de bienestar que las madres presentaron durante toda la etapa del trabajo de parto y en el momento de ver el nacimiento de sus hijos con plena consciencia de que eran fruto del trabajo que realizaron por varios meses.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- 1- Que se impulse la práctica del Método Psicoprofiláctico a nivel público ya que muestra múltiples beneficios tanto para la madre como para el recién nacido y este no ha llegado hasta el momento sino a nivel privado, negándose a la clase media-baja que constituye el más alto porcentaje de pacientes que asisten a nuestros Hospitales Nacionales de carácter público.
- 2- Que se estimule el uso del Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón como rutina del examen físico del recién nacido ya que es de fácil aplicación y requiere muy poco tiempo comparado con la importancia de este en la detección precoz de cualquier perturbación aguda y nos ayuda a encontrar cualquier signo que pueda indicar posibles riesgos para el futuro desarrollo del bebé, así como a detectar efectos establecidos por trauma después del parto.
- 3- Que la presente investigación sirva como estudio piloto para futuras investigaciones.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
FASE IV

NOMBRE: _____ NUMERO: _____
APGAR: _____ PESO: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

EVALUACION NEUROLOGICA Y ADAPTATIVA EN RECIEN NACIDOS A TERMINO

		0	1	2
1	RESPUESTA AL SONIDO	ausente	leve	vigorosa
2	HABITUA AL SONIDO		7-12	menos 6
3	RESPUESTA A LA LUZ		leve	parado o busto
4	HABITUA A LA LUZ		7-12	menos 6
5	CONSOLABLE		dificil	fácil
	TOTAL:		CAPACIDAD ADAPTATIVA	
6	SIGNO BUFANDA	alrededor del cuello	codo pasa li nea media	codo no lle ga a linea
7	ENCOGE CODO	ausente	lento, débil	rápido
8	ANGULO POPLITEO	>110°	100-110°	< 90°
9	ENCOGE PIERNAS	ausente	lento, débil	rápido
10	CONTRACCION FLEXORES DEL CUELLO (posición supine)	ausente	dificil	bueno
11	CONTRACCION EXTENSORES DEL CUELLO (posición inclinado adelante)	ausente	dificil	bueno
12	PRENSION PALMAR	ausente	débil	excelente
13	RESPUESTA A TRACCION	ausente	levanta parte del peso	levanta to do el peso
14	REACCION SOPORTE	ausente	incompleta	fuerte
15	MARCHA AUTOMATICA	ausente	dificil	perfecta
16	REFLEJO DE MORO	ausente	débil	perfecto o completo
17	SUCCION	ausente	débil	perfecto y sincrónico
18	ESTADO DE ALERTA	coma	letárgico	normal
19	LLANTO	ausente	débil, agudo excesivo	normal
20	ACTIVIDAD MOTORA	ausente o excesiva	disminuida	normal
	TOTAL:		NEUROLOGICO	

PUNTEO

RESUMEN

El Método Psicoprofiláctico es un método de analgesia verbal que tiene como finalidad preparar a la mujer embarazada para obtener un parto con mínimas molestias e idealmente sin dolor, basado en los reflejos condicionados el cual nació de la observación, cuando médicos psiquiatras se dieron cuenta que pacientes enajenadas mentalmente no daban muestras de mayor sufrimiento durante el trabajo de parto.

Se aplicó la estandarización del Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón en el presente estudio ya que además de ser de fácil aplicación, que requiere poco tiempo, nos ayuda a detectar precozmente cualquier perturbación aguda o cualquier signo que pueda indicar riesgos para el futuro desarrollo del bebé, y en nuestro estudio a detectar los efectos establecidos por trauma después del parto.

Primeramente se tomó como muestra del estudio a 40 madres de Control Prenatal que constituirían el grupo experimental y 40 para un grupo control.

A las madres del grupo experimental se les dió entrenamiento Psicoprofiláctico y a las madres del grupo control ninguna instrucción previa al parto.

Todos los partos fueron asistidos por la autora de Tesis y los 80 recién nacidos evaluados por medio de la Escala de Apgar y el Test Neurológico y Adaptativo de Amiel Tizón a las 24 y 48 horas de nacidos de los cuales se excluyeron los nacidos por Técnicas de Instrumentación y los nacidos antes de las 37 semanas de gestación.

Se inició el trabajo de mayo de 1984 y se concluyó en enero de 1985.

Al finalizar el estudio concluimos que el Método Psicofiláctico es eficaz, obteniendo mejores respuestas en los recién nacidos por medio del mismo e instamos a las autoridades respectivas a establecerlo como Norma del Control prenatal en el Hospital Roosevelt así como a nivel de todas las instituciones nacionales de carácter público.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castro, L.D. Psicofilaxis; bases neurofisiológicas-psicosomáticas y bioquímicas del método psicofiláctico en la atención del parto. Lima, s.e. 1966. 152p. (pp. 1-152)
2. Charles, A.G. et al. Obstetric and psychological effects of psychoprophylactic preparation for childbirth. Am J Obstet Gynecol 1978 May 1; 131(1):44-52
3. Farmer, T. Pediatric neurology, 2nd. ed. Chicago, Harper and Row, 1975. 506p. (pp. 1-30)
4. Figueroa, K. Psicofilaxis de los dolores del parto; conferencias para tecnólogos. Mosch, Ediciones en lenguas extranjeras, 1963. 417p. (pp. 1-30)
5. Gavensky, R.V. Psicofilaxis obstétrica; fundamentos básicos, principios de psicología general y aplicada, y práctica del método. Buenos Aires, Ateneo, 1971. 275p. (pp. 25-39)
6. Laird, M.D. et al. An elective program in preparation for childbirth at the Sloane Hospital for women. Am J Obstet Gynecol 1956 Sep; 72(3):641-47
7. Lanza, L.G. Evaluación neurológica y adaptativa del recién nacido normal; estudio prospectivo de evaluación neurológica y adaptativa en 150 RN en el Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1983. 53p.
8. Lips, M.M. Somatic and emotional aspects of the normal pregnancy experience; the first 5 months. Am J Obstet Gynecol 1982 Mar; 142(5):524-29
9. Lipszyc, D. et al. Psychoprophylaxie obstetricale e perinatologie. Bulletin Official de la societe francaise de psychoprophylaxie obstetricale 1980 abril-mayo-junio; 3-1V
10. Mac Donald, J. Revisión de 30 casos de gestantes preparadas por medio del método psicofilaxis de los dolores del parto. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 34p.
11. Miller, F. et al. Hyperventilation during labor. Am J Obstet Gynecol 1974 Oct 15; 120(4):489-95
12. Moya, F.M. et al. Influences of maternal hyperventilation on the Newborn Infant. Am J Obstet Gynecol 1965 Jan 1; 91(1):76-84
13. Muñoz, O.M. et al. Trabajo de investigación sobre "Placebo". Revista del Sindicato Médico del IGSS 1973 dic; 10(3):31-40
14. Nelson, E.W. Exploración neurológica del lactante. En su: Tratado de pediatría, 7 ed. Barcelona, Salvat, 1980, t.2. (pp. 1459-71)
15. Newton, N. et al. Parturient mice; effect of environment on labor. Science 1966 Mar 25; 151(3717):1560-61

Echegaray

16. Norr, K.L. et al. Explaining pain and enjoyment in childbirth. J Health Soc Behav 1977 Sep; 18(3):260-75
17. Rivas, B.A. Ansiedad en la mujer embarazada y la eficacia del método psicoprofiláctico del parto sin dolor para su reducción; estudio transversal con cien mujeres entre el séptimo y noveno mes de gestación, en la ciudad de Guatemala. Tesis (Licenciada en Psicología)-Universidad Rafael Landívar. Guatemala, 1983. 48p.
18. Samko, M.R. et al. Hypnotic susceptibility and Lamaze Childbirth experience. Am J Obstet Gynecol 1975 Mar; 121(5):631-36
19. Scott, J.R. et al. Effect of psychoprophylaxis (Lamaze Preparation) on labor and delivery in primiparas. N Engl J Med 1976 Nov 27; 294(22):1205-07
20. Scharlau, C.B. et al. The value of physiotherapy in obstetrics. Med J Aust 1970 Jun 6; 1(23):1159-61
21. Thomas, J. et al. Evaluation of a preparation for childbirth programme-part I. Med J Aust 1966 May 11; 1(19):776-82
22. Thoms, H. et al. Two thousand deliveries under a training for childbirth program. Am J Obstet Gynecol 1954 Jul; 68(1):279-85
23. Thoms, H. et al. One thousand consecutive deliveries under a training for childbirth program. Am J Obstet Gynecol 1951 Jan; 61(1):205-09
24. Van Auken, W.B. et al. An appraisal of patient training for childbirth. Am J Obstet Gynecol 1953 Jul; 66(1):100-105
25. Zax, M. et al. Childbirth education, maternal attitudes, and delivery. Am J Obstet Gynecol 1975 Sep; 123(2):185-90

Universidad de San Carlos de Guatemala
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 U.S.A.C. - UNIDAD DE DOCUMENTACION

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS
 DE LA SALUD
 (C I C S)

CONFORME:

Dr.

ASESOR.

SATISFECHO:

Dr.

REVISOR:

Dr. JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA
 Médico y Cirujano
 Col. No. 2306

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

IMPRESO:

Dr. Mario René Moreno Cambará
 DECANO
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
 U.S.A.C.

Guatemala, 09 de octubre de 1985

Los conceptos expresados en este trabajo
 son responsabilidad únicamente del Autor.
 (Reglamento de Tesis, Artículo 23).