

## Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal

Tte. Enfra. Guadalupe del Socorro **Chable-Uitz**,\* Tte. Enfra. Karla **García-Cruz**\*

Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. Ciudad de México.

### RESUMEN

**Introducción.** La psicoprofilaxis perinatal es una analgesia verbal, su principal propósito es el de equilibrar la corteza cerebral de la mujer embarazada para crear reflejos condicionados aplicables durante el alumbramiento.

**Objetivo.** Identificar las ventajas durante el trabajo de parto que obtienen las gestantes que participaron en el programa de Psicoprofilaxis Perinatal en comparación de las que no participaron.

**Métodos.** Estudio descriptivo comparativo representativo, en una muestra por conveniencia de 294 pacientes gestantes en trabajo de parto, formando dos grupos las que participaron en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal y las que no participaron. Aplicándoseles una guía de observación y una encuesta.

**Resultados.** Los resultados fueron de 254 gestantes que se estudiaron 56 (22%) participaron en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal y 198 (78%) no participaron. El motivo principal por el que no asistieron al curso es porque no se enteraron.

El total de pacientes con curso aplicaron técnicas no farmacológicas. Las variables control del dolor, temor y grado de conocimientos resultaron con diferencia significativa con ventaja hacia las mujeres con curso y en cuanto a las variables de analgesia obstétrica, cesáreas y tiempo de trabajo de parto no resultaron con diferencia significativa.

**Conclusiones.** Las mujeres que realizan el curso de Psicoprofilaxis perinatal participan en forma activa durante el trabajo de parto, controlan el temor, dolor, aplican las técnicas no farmacológicas logrando con esto acortar el tiempo de trabajo de parto y obtienen conocimientos acerca del proceso del trabajo de parto.

**Palabras clave:** Psicoprofilaxis perinatal, trabajo de parto.

### Introducción

La psicoprofilaxis perinatal es una analgesia verbal, que está basada en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de otros métodos de analgesia obstétrica. Se basa en el uso de los reflejos condicionados que estudian Ivan Petrovich Pavlov y sus discípulos y que

### *Advantages of perinatal psychoprophylaxis*

### SUMMARY

**Introduction.** The perinatal psychoprophylaxis is an oral analgesia, its main purpose is to balance the cerebral cortex of the pregnant woman to mirror conditions for the delivery.

**Objective.** Identify the benefits for labor in pregnant women who get involved in the program compared Perinatal Psychoprophylaxis of which did not participate.

**Methods.** Representative comparative descriptive study in a convenience sample of 294 pregnant patients in labor, forming two groups that participated in the course of Psychoprophylaxis Perinatal and who did not. Applying a guide to observation and survey.

**Results.** The results were of 254 pregnant women who were studied 56 (22%) participated in the course of Psychoprophylaxis Perinatal and 198 (78%) did not participate. The main reason for not attending the course is because they found out.

The current total number of patients with non-pharmacological techniques applied. The control variables of pain, fear and level of knowledge resulted in significant difference with an advantage to women with current and considering the variables of obstetric analgesia, cesarean section and labor time resulted in no significant difference.

**Conclusions.** Women who perform during perinatal Psychoprophylaxis participate actively during labor, control the fear, pain, apply non-pharmacological techniques achieving this shorten the labor and gain knowledge about the process of labor.

**Key words:** Psychoprophylaxis perinatal, labor.

fueron aplicados a la obstetricia por algunos médicos rusos como Velvoski y Nicolaiev.

El propósito principal de este método es el de equilibrar la corteza cerebral de la mujer embarazada creando durante esta etapa cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicables durante el alumbramiento. La mujer embarazada aprende a dar a luz. Al completar esta educación, com-

\* Educación Perinatal. Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología, Cuartos combinados.

Correspondencia:

Tte. Enfra. Guadalupe del Socorro Chable-Uitz

Unidad Habitacional Militar Heroico Colegio Militar Edif. 9, Depto. 3, Deleg. Tlalpan, México, D.F.

Recibido Octubre 10, 2012.

Aceptado Mayo 24, 2013.

prende el mecanismo del parto y puede adaptarse cuando llegue el momento.

Gracias a este tipo de educación, las mujeres pierden la actitud pasiva que adoptan cuando llega el parto, saben lo que va a suceder y aprenden adaptarse y a controlar las modificaciones que ocurren en su organismo durante el alumbramiento.

Desde mucho tiempo atrás los dolores de parto se han aliviado con anestesia, en un principio utilizando cloroformo y posteriormente usando diversos medicamentos siguiendo los progresos de la bioquímica y la farmacología. Los modos de atacar el dolor han sido cuatro y son:

- Reducir la sensibilidad local del útero.
- Interrumpir la transmisión de las sensaciones dolorosas entre el útero y cerebro (epidural, caudal continua, infiltración de ganglios o nervios que ingresan al útero).
- Disminuir o suprimir la conciencia del dolor (escopolamina, etc.).
- Actuar sobre los tres factores locales de transmisión de la sensación por medio de la anestesia total o parcial.

Todos estos métodos fueron útiles y han soportado la prueba del tiempo, pero el uso de medicamentos no carece de peligros tanto para la madre como para el niño, se necesitaba de un método que tuviera en cuenta dos principios fundamentales:

- Falta de toxicidad para la madre y el niño.
- Participación activa y completa de la mujer que vive uno de los momentos más importantes de su vida.

En los casos normales el método psicoprofiláctico satisface ambas condiciones de una gran manera.

El método no es una farsa como muchos piensan y no existe ninguna fórmula rígida, tiene reglas y disciplinas, y debe aplicarse consciente e inteligentemente. De ninguna manera es un método fácil para la mujer, ayudante o médico. Exige un esfuerzo colectivo, pero éste enriquece a todos los que participan en él.

Ivan Petrovich Pavlov dice “el reflejo no es un fenómeno no elemental o simple, ya que depende de la actividad de procesos nerviosos tales como una excitación o inhibición y corresponde a reacciones variadas y complejas”. Pavlov describió dos tipos de reflejo:

- **Reflejos absolutos:** Como el reflejo de defensa o el reflejo salival, que son hereditarios, su centro nervioso se encuentra en el mesencéfalo bulbo o médula espinal. Estos reflejos aseguran las primeras reacciones del ser humano al mundo exterior, pero no pueden mantener el equilibrio entre el individuo y el medio en el que vive.
- **Reflejos temporales adquiridos:** Dependen del efecto del medio y constituyen los reflejos condicionales. El más conocido es el reflejo salival.

Los reflejos condicionados simples o complejos no son independientes, contribuyen a crear estructuras nerviosas funcionales a las cuales ha dado Ivan Petrovich Pavlov el nombre de estereotipos dinámicos. Son una especie de fórmula de acondicionamiento, diferente de la suma de simples conexiones. Durante el alumbramiento, no son los pequeños estímulos aislados los que actúan, sino las señales agrupadas en estereotipos dinámicos (Pavlov).

Existen diversas fórmulas complicadas que corresponden a las situaciones múltiples de nuestra vida diaria, a las que podemos enfrentarnos y como consecuencia nos adaptamos de manera constante a nuestro medio. Nuestro sistema nervioso debe seleccionar los estímulos que recibe, la selección se realiza mediante una especie de equilibrio entre dos procesos nerviosos fundamentales: excitación positiva y negativa (inhibición y frenado). Cualquier excitación positiva en la corteza tiende a difundirse, pero esta difusión induce el proceso opuesto: la inhibición. Se entabla una lucha entre la actividad positiva (excitación) y la actividad negativa, que termina con una concentración y selección en los centros de actividad, eliminando cualquier otra actividad secundaria, la actividad negativa puede ser condicionada, lo mismo que la actividad positiva, a partir de un estímulo, puede crearse un estímulo condicionado inhibitorio.

De los experimentos de Pavlov cuidadosos y detallados surge la posibilidad de que exista una relación entre la participación activa de la mujer en el alumbramiento y la inhibición de estímulos provenientes del útero: la eliminación del dolor.

A la corteza llegan dos tipos de estímulos:

- Los que provienen del mundo exterior y son transmitidos por los órganos de los sentidos, que constituyen la exterocepción.
- Los que provienen de nuestras vísceras y constituyen la enterocepción.

En los estereotipos dinámicos hay una estrecha asociación de señales internas y externas. En el hombre hay una forma especial de señales: el lenguaje. Para adaptar a una mujer al parto no hay mejor instrumento que el lenguaje. Antes del parto sin dolor la mujer estaba sometida a la influencia de factores desfavorables como: postración, aumentado por temores y emociones causados por ignorancia ante una mala educación, producido por una relación condicionada entre el parto y el dolor imaginado y desorganización cortical completa consecuencia de estereotipos dinámicos apropiados que sumado a la participación pasiva, impedía la creación de una inhibición adecuada.

Para que la mujer pueda tener una actividad bien dirigida, deberá recibir una educación racional. Hay que suprimir las emociones negativas y demostrarle que el parto es un acto fisiológico natural, es necesario crear emociones fuertemente positivas, mostrando el valor y enriquecimiento que significa el nacimiento de un hijo para la mujer, se necesita crear un clima de absoluta confianza.

Las mujeres deben de aprender a parir como aprendieron a leer y a escribir; siendo necesario que comprendan el valor que tiene su participación activa y consciente en el momento del parto. Es necesario que conozcan cuál es el papel durante el parto y demostrarles que éste es un proceso que pueden llevar a cabo, controlar y dirigir y finalmente por medio de la educación práctica, podrán crear mecanismos de defensa y adaptar su organismo al alumbramiento.<sup>1</sup>

Los primeros experimentos sobre el parto sin dolor se basaban en la hipnosis y éste también se usó con algún éxito en las cirugías. En los años de 1880-1890 se llevaron a cabo muchos intentos de llevar a cabo el parto sin dolor dentro de los cuales se obtuvo un éxito parcial. En 1890 se realizaron experimentos en personas y se obtuvieron excelentes resultados; pero la hipnosis sólo podía ser usada por especialistas y hasta cierto límite. En 1889 Joire usó la sugestión cuando la paciente estaba despierta, pero tampoco pudo experimentar la en gran escala.

En Alemania, Bélgica, Inglaterra y Austria se hacían experimentos, pero fue en Rusia donde este método tuvo un gran progreso y en 1902, de 28 mujeres que se sometieron a la hipnosis, 20 dieron a luz sin dolor, pero este método era empírico y los trabajos de Ivan Petrovich Pavlov dieron la base científica de la hipnosis explicando su mecanismo psicológico y abriendo nuevas perspectivas a la investigación.

Desde 1920, Platonov aplicó esta técnica al parto sin dolor, estudió con Velvoski la sugestión y el hipnotismo en la cirugía, la obstetricia, la ginecología y la estomatología.

Junto a Nicolaiev perfeccionaron su trabajo e hicieron que la mujer diera a luz estando despierta, pero bajo la influencia posthinóptica. Se inició la preparación colectiva con mucho éxito, ya que de 4,000 partos, con la madre despierta o semidespierta, obtuvo éxito en un ochenta por ciento de ellos.

Por esta época el doctor Dick Read descubrió la naturaleza psicológica del dolor. En 1945 a pesar de todos los experimentos, la sugestión hipnótica no se aplicaba de manera general; durante casi 30 años sólo se produjeron 8,000 partos sin dolor; éstos sirvieron de base para llegar a la psicoprofilaxis como principal medio de eliminar los dolores del parto.

En 1949 Nicolaiev y Platonov apoyaron las ideas de Velvoski en la conferencia de Karjov basados en la escuela de Ivan Petrovich Pavlov que tenía fundamento científico. Nicolaiev declaró que “el dolor del alumbramiento, su manifestación, su carácter y su fuerza depende del sistema nervioso y de las relaciones entre la corteza y el subcortex y propuso el término de psicoprofilaxis”.

En junio de 1951 la Academia de Ministerio de Salud Pública organizó una conferencia donde Velvoski, Pavlov, Nicolaiev y sus colegas describieron el nuevo método que habían perfeccionado poco a poco y que usaron en Karjov, Moscú y Leningrado.

En julio de este mismo año el gobierno de Rusia dispuso que se aplicara este método en todo el país y en ese mismo año el Doctor Fernand Lamaze regresó de Rusia e introdujo este método en Francia, así fue como Fran-

cia fue el segundo país en usarlo, posteriormente fue China.

En un inicio el doctor Fernand Lamaze y cols. tenían muy poca literatura científica; sólo tenían unas notas traídas de Rusia y pidieron a las mujeres que escribieran relatos de sus experiencias, poco a poco esas experiencias influyeron favorablemente en otras para provecho común. El método francés, originado en Rusia, introdujo innovaciones que fueron valiosas para los rusos. El método francés se extendió a muchos países en los últimos años que influyeron en Rusia y China.<sup>2</sup>

Durante los años 60's el método Lamaze ganó popularidad, en los Estados Unidos de América ofreció nuevas perspectivas a la preparación para el parto al resaltar el aspecto del control mental, Marjorie Carmel introdujo el método psicoprofiláctico a este país con su libro Thank you, Dr. Lamaze, que publicó en 1959. Este método combina la relajación muscular con las técnicas de respiración. La relajación activa es parte integral del método se enseña a la mujer a contraer grupos musculares, al mismo tiempo que el cuerpo se relaja, así ella al relajar los músculos de su cuerpo que no están comprometidos, el útero se contrae.<sup>3</sup>

En París aplicó las técnicas de condicionamiento clásicas de Ivan Petrovich Pavlov al proceso del parto. Conocido popularmente como método Lamaze, la psicoprofilaxis era originalmente un enfoque rígido y dogmático hoy en día es menos rígido, sin embargo, aún está estructurado basado en condicionamiento, disciplina y concentración. Se supone que la mujer debe someterse a un entrenamiento para introducir respuestas a estímulos de las contracciones del parto. Se reconoce la necesidad de la educación prenatal que se orienta a reducir la tensión psíquica, estos métodos incorporan lo que se llama dominio del dolor que anima a las parejas a entrar en el parto como en un combate.<sup>3</sup>

En 1957 el doctor Fedor Stefanovich presentó en México el primer trabajo sobre psicoprofilaxis obstétrica, en el Segundo Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia; debido a los conflictos del continente europeo, el doctor Ávila Sosa lo invitó a quedarse en México y a trabajar en el Hospital Central Militar, a implementar la preparación, se obtuvieron resultados favorables en la población del hospital, por lo que se convierte éste en la cuna institucional de la psicoprofilaxis obstétrica en México.

El Dr. Raymundo Nava Zulaíca era el encargado de proporcionar la preparación psicoprofiláctica a las gestantes en colaboración con entrenadoras del equipo del doctor Stefanovich.

El Dr. Raymundo Nava Zulaíca aplicó el método; sin embargo, no obtuvo el efecto esperado por falta de apoyo de las autoridades, la incomprensión de los colegas, el poco conocimiento del método por parte del personal que lo rodeaba.

En 1958 el doctor Santibáñez y Raúl Fuentes Calvo organizan la psicoprofilaxis obstétrica en la consulta privada, estos médicos ya habían trabajado con hipnosis obstétrica,

por lo tanto aprovechan la oportunidad para su promoción y difusión en México.

Para esa misma época, la doctora Stopen, de nacionalidad francesa, quien conociera el método en su país de origen, se encontraba como instructora de psicoprofilaxis con el doctor Dosal de la Vega, médico mexicano dedicado a la obstetricia.

En 1960 se funda la Asociación Mexicana de Psicoprofilaxis Obstétrica, dirigida por el doctor Raúl Fuentes Calvo y el doctor Santibáñez, capacitando el primer grupo de instructoras en psicoprofilaxis obstétrica.

En 1970 se acuña el término de psicoprofilaxis perinatal y se institucionaliza en la práctica en el Instituto Nacional de Perinatología, siendo director en ese entonces el doctor Jurado Chávez.

En 1989 se crea la Fundación de la Asociación Nacional de Instructoras en Psicoprofilaxis Perinatal, siendo presidenta fundadora Guadalupe Martínez de Trueba.

En 1990-1991, primera generación de educación Perinatal Certificadas por ASPO/Lamaze y reconocidos por el "American Collage of ChildBirt Educators" (ACCE) Curso cursado en forma abierta con el departamento de postgrado de la escuela Médica de la Universidad de Kansas.

En 1994-1995 egresa la primera generación de educadoras perinatales graduadas del diplomado de Educadoras Perinatales de la Universidad Anáhuac.

En 1999 se inaugura la Clínica de Especialidades de la Mujer, siendo director de la misma el C. Gral. de Brigada M.C. Ramón Celaya Barrera, médico militar quien le da el impulso a la psicoprofilaxis, estableciendo una unidad específica para la preparación de las parejas que viven esta nueva experiencia.

En 2002 se eleva a Especialidad en Educación Perinatal con Certificación de Lamaze Internacional de La Facultad de Educación de la Universidad Anáhuac.

En conclusión, la escuela rusa de la psicoprofilaxis se originó como un método de analgesia verbal, basada en la acción pseudohinóptica de la palabra, en la descripción pavloviana de la fisiología del sistema nervioso y en sus estudios sobre reflejos condicionados.<sup>4</sup>

La práctica obstétrica es ampliamente conocida en nuestro medio, pero se ha observado que la gran mayoría de las gestantes ya sean nulíparas o multíparas tienen temor en el momento del parto, lo que las estresa y no les permite manejar el dolor en todo el periodo de duración del parto.

Existe en la Clínica de Especialidades de la Mujer el Departamento de Educación Perinatal, en donde se proporciona a las gestantes el Curso de Psicoprofilaxis Perinatal con metodología de Lamaze, con el propósito de preparar a la gestante para reducir el dolor mediante técnicas no farmacológicas.

El parto psicoprofiláctico, además de enseñar a la gestante a relajarse y a manejar el miedo, el dolor, el temor, etc., tiene las siguientes ventajas:

- La relajación y las técnicas de respiración ayudan a que el parto sea más rápido.

- Debido a la preparación durante el embarazo la gestante sabe qué hacer, cómo respirar y relajarse durante el trabajo de parto, lo que le permite tener un alumbramiento natural sin el uso de anestésicos, ni bloqueos y disfrutar de manera consciente de esa experiencia única.
- Hace que la pareja se involucre con el proceso del embarazo y refuerza la unión entre ellos.
- Estrecha la relación madre-hijo, se establece una relación más estrecha con el equipo multidisciplinario.
- La gestante participa de manera activa con el personal médico y de enfermería durante el trabajo de parto.<sup>5</sup>

Durante el tiempo que se ha impartido el curso de parto Psicoprofiláctico en la Clínica de Especialidades de la Mujer, no se han investigado las ventajas que éste tiene sobre las gestantes durante el trabajo de parto; por tal motivo este estudio pretende determinar cuáles son las ventajas que se obtienen al participar en el curso, y de esa manera contrastar que dichas pacientes manifiestan mejor control del dolor, temor, ansiedad, estrés; muestran mayor cooperación con el equipo multidisciplinario, disminuyen las cesáreas y el uso de analgesia obstétrica, al compararse con las pacientes que no tomaron el curso de Psicoprofilaxis Perinatal se determinará la efectividad del curso en la Clínica de Especialidades de la Mujer.

Al buscar antecedentes de investigaciones realizadas no se encontró ninguno. Se ha escrito sobre beneficios que obtienen las pacientes al participar en el curso, pero no se han comparado con las que no lo realizan.

## Métodos

El presente estudio fue descriptivo comparativo representativo. Se tomó una muestra por conveniencia de 254 pacientes gestantes que ingresaron en trabajo de parto en el área de Cuartos Combinados de la Clínica de Especialidades de la Mujer durante el periodo del 1 de marzo al 5 de mayo del 2005. Las pacientes se separaron en dos grupos: Las que participaron en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal y las que no participaron.

Criterios de inclusión:

- Pacientes gestantes que ingresaron al área de Cuartos Combinados en trabajo de parto y que previamente fueron informadas sobre el estudio y aceptaron participar en él.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con complicaciones en el trabajo de parto (sufriamiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta, presentación pélvica, trabajo de parto prolongado).
- Pacientes que no acepten prueba de trabajo de parto (cesárea).

Para recolectar la información se diseñaron dos instrumentos: una guía de observación con el propósito de iden-

tificar si las pacientes gestantes aplicaban las técnicas no farmacológicas durante el trabajo y a través de ella medir las ventajas. Y una encuesta estructurada para determinar los conocimientos sobre psicoprofilaxis perinatal, la cual se aplicó a la paciente después del parto y antes de que egresara de Cuartos Combinados. Posterior a su diseño se aplicó una prueba piloto a las pacientes que llegaron en trabajo de parto en el lapso de 24 h, con la finalidad de detectar si las preguntas estaban planteadas en forma clara, concisa, precisa y si eran pertinentes en cuanto confiabilidad y validez de constructo y contenido, las preguntas que no reunían estos requisitos fueron reestructuradas.

Se inició la recolección de la información el 1 de marzo concluyendo el 5 de mayo, llevándose a cabo por dos alumnas del curso de Técnico Especializado en Enfermería Gineco-Obstetricia, cada una en diferente guardia.

## Resultados

En relación con la aplicación de las técnicas no farmacológicas y la participación en el curso de Psicoprofilaxis fue posible observar que de las 56 entrevistadas que sí participaron en el curso en su totalidad aplicaron las técnicas no farmacológicas mientras que de las 198 que no participaron en el curso en 98 casos no aplicaron las técnicas no farmacológicas, esta distribución nos permite establecer una asociación estadísticamente significativa entre haber partici-

pado en el curso y haber aplicado las técnicas no farmacológicas a un 95% de confianza ( $\chi^2 = 43.07$ ,  $p < 0.05$ ) (Cuadro 1).

Con respecto a la aplicación de analgesia obstétrica se observó que en las 56 gestantes que participaron en el curso a 22 de ellas sí se les aplicó anestesia y en contraparte de las 198 que no participaron en el curso a 73 de ellas se les aplicó analgesia. Con esta distribución se puede afirmar que no existe una asociación estadísticamente significativa entre haber participado en el curso y no haber recibido analgesia obstétrica ( $\chi^2 = 0.03$ ;  $p > 0.05$ ) como se muestra en cuadro 2.

En cuanto a control del dolor se observó que de las 56 pacientes que tomaron el curso 12 de ellas lo controló, 42 de ellas lo controló de manera moderada y sólo dos no controlaron el dolor. Y en lo referente a las 198 mujeres que no tomaron el curso sólo 12 de ellas lo controló bien 142 lo controló de manera moderada y 44 no pudieron controlar el dolor por lo que en este caso sí existe una asociación estadísticamente significativa entre haber participado en el curso y tener mayor control del dolor a un 95% de confianza ( $\chi^2 = 19.36$ ;  $p < 0.05$ ) (Cuadro 3).

La aplicación de las estrategias mecano-químico-termo receptores para el control del dolor, se observó que en el grupo de mujeres que si asistieron al curso la mayoría las aplicó y en sólo dos casos no fueron aplicadas mientras que en el grupo que no asistió al curso en su mayoría no aplicó las

**Cuadro 1.** Mujeres gestantes con y sin curso de psicoprofilaxis que aplicaron las técnicas no farmacológicas durante el trabajo de parto.

| Curso de psicoprofilaxis | Técnica no farmacológica |    | Total |
|--------------------------|--------------------------|----|-------|
|                          | Sí                       | No |       |
| Sí                       | 56                       | 0  | 56    |
| No                       | 100                      | 98 | 198   |
| Total                    | 156                      | 98 | 254   |

Nota:  $\chi^2 = 43.07$ ;  $p < 0.05$ .

**Cuadro 2.** Mujeres gestantes con y sin curso de psicoprofilaxis y aplicación analgesia obstétrica durante el trabajo de parto.

| Curso de psicoprofilaxis | Analgesia |     | Total |
|--------------------------|-----------|-----|-------|
|                          | Sí        | No  |       |
| Sí                       | 22        | 34  | 56    |
| No                       | 73        | 125 | 198   |
| Total                    | 95        | 159 | 254   |

Nota:  $\chi^2 = 0.03$ ;  $p > 0.05$ .

**Cuadro 3.** Mujeres gestantes con y sin curso de psicoprofilaxis y control del dolor durante el trabajo de parto.

| Curso de psicoprofilaxis | Control del dolor |          |               | Total |
|--------------------------|-------------------|----------|---------------|-------|
|                          | Controlado        | Moderado | No controlado |       |
| Sí                       | 12                | 42       | 2             | 56    |
| No                       | 12                | 142      | 44            | 198   |
| Total                    | 24                | 184      | 46            | 254   |

Nota:  $\chi^2 = 19.36$ ;  $p < 0.05$ .



**Cuadro 4.** Mujeres gestantes con y sin curso de psicoprofilaxis que aplicaron las estrategias mecano-químico-termo para control del dolor.

|       | Aplica estrategias M-Q-T |     | Total |
|-------|--------------------------|-----|-------|
|       | Sí                       | No  |       |
| Sí    | 54                       | 2   | 56    |
| No    | 79                       | 119 | 198   |
| Total | 133                      | 121 | 254   |

Nota:  $\chi^2 = 53.68$ ;  $p < 0.05$ .

**Cuadro 5.** Mujeres gestantes con y sin curso de psicoprofilaxis que pasaron a cesárea.

| Curso de psicoprofilaxis | Pasaron a cesárea |     | Total |
|--------------------------|-------------------|-----|-------|
|                          | Sí                | No  |       |
| Sí                       | 6                 | 50  | 56    |
| No                       | 17                | 181 | 198   |
| Total                    | 23                | 231 | 254   |

Nota:  $\chi^2 = 0.051$ ;  $p > 0.05$ .

**Cuadro 6.** Mujeres gestantes con y sin curso de psicoprofilaxis que cooperan con el equipo multidisciplinario durante el trabajo de parto.

| Curso de psicoprofilaxis | Coopera |    | Total |
|--------------------------|---------|----|-------|
|                          | Sí      | No |       |
| Sí                       | 55      | 1  | 56    |
| No                       | 188     | 10 | 198   |
| Total                    | 243     | 11 | 254   |

Nota:  $\chi^2 = 0.47$ ;  $p > 0.05$ .

**Cuadro 7.** Mujeres gestantes con y sin curso de psicoprofilaxis que controlan el temor durante el trabajo de parto.

| Control del temor | Curso psicoprofilaxis |     | Total |
|-------------------|-----------------------|-----|-------|
|                   | Sí                    | No  |       |
| Muy bien          | 9                     | 40  | 49    |
| Bien              | 26                    | 49  | 75    |
| Regular           | 19                    | 96  | 115   |
| Deficiente        | 1                     | 11  | 12    |
| No controla       | 1                     | 2   | 3     |
| Total             | 56                    | 198 | 254   |

Nota:  $\chi^2 = 10.91$ ;  $p < 0.05$ .

estrategias, por lo que se puede afirmar que sí existe una asociación estadísticamente significativa entre el contar con el curso y la aplicación de las estrategias a un 95% de confianza ( $\chi^2 = 53.068$ ;  $p < 0.05$ ) (Cuadro 4).

En cuanto a la práctica de cesárea se mostró que de las 56 que sí participaron en el curso en seis casos se les realizó cesárea y en el grupo de las 198 que no asistieron al curso en 17 casos fueron pasadas a cesárea, esta distribución proporcionalmente no muestra una diferencia significativa por lo que no se puede afirmar una asociación entre haber recibido el curso y una menor frecuencia de cesáreas ( $\chi^2 = 0.051$ ;  $p > 0.05$ ) (Cuadro 5).

De manera semejante al caso anterior el número de mujeres que sí cooperan con el equipo multidisciplinario tan-

to en el grupo con y sin el curso en su mayoría sí mostraron una cooperación aceptable, por lo que no existe una asociación significativa entre haber participado en el curso y una mayor cooperación ( $\chi^2 = 0.47$ ;  $p > 0.05$ ) (Cuadro 6).

En referencia al control del temor sí se observó en el grupo que recibió el curso (62.50%), lo controló muy bien; mientras que en el grupo que no recibió el curso proporcionalmente predominaron los que controlan en forma regular y deficiente (54.04%), por lo que sí existe una asociación entre haber recibido el curso y un mayor control del temor ( $\chi^2 = 10.91$ ;  $p < 0.05$ ) (Cuadro 7).

La distribución proporcional de las mujeres con curso que recibieron medicamento no presentó una diferencia con la distribución de mujeres que no tomaron el curso y que

**Cuadro 8.** Mujeres gestantes con y sin curso de psicoprofilaxis que les aplicaron algún tipo de medicamento durante el trabajo de parto.

| Curso de psicoprofilaxis | Medicamento |     | Total |
|--------------------------|-------------|-----|-------|
|                          | Sí          | No  |       |
| Sí                       | 20          | 36  | 56    |
| No                       | 71          | 127 | 198   |
| Total                    | 91          | 163 | 254   |

Nota:  $\chi^2 = 0.02$ ;  $p > 0.05$ .

**Cuadro 9.** Mujeres gestantes con y sin curso de psicoprofilaxis y grado de conocimiento acerca del trabajo de parto.

| Grado de conocimiento | Curso de psicoprofilaxis |     | Total |
|-----------------------|--------------------------|-----|-------|
|                       | Sí                       | No  |       |
| Excelente             | 13                       | 5   | 18    |
| Muy bien              | 36                       | 37  | 73    |
| Bien                  | 6                        | 69  | 75    |
| Regular               | 1                        | 76  | 77    |
| Deficiente            | 0                        | 11  | 11    |
| Total                 | 56                       | 198 | 254   |

Nota:  $\chi^2 = 88.96$ ;  $p < 0.05$ .

también recibieron algún tipo de medicamento en el trabajo de parto, por lo que no existe una asociación entre haber tomado el curso y no usar algún tipo de medicamento en el trabajo de parto ( $\chi^2 = 0.02$ ;  $p > 0.05$ ) (Cuadro 8).

En cuanto a la aplicación del cuestionario para determinar el grado de conocimiento proporcionalmente predominaron el grado de excelente, muy bien y bien en el grupo de mujeres que tomaron el curso mientras que de las mujeres que no tomaron el curso proporcionalmente predominaron las que obtuvieron el grado de bien, regular y deficiente, por lo que sí existe una asociación significativa entre haber tomado el curso y un mayor grado de conocimiento acerca del trabajo de parto ( $\chi^2 = 88.96$ ;  $p < 0.05$ ) (Cuadro 9).

A cada una de las pacientes se les determinó el tiempo transcurrido desde el inicio del trabajo de parto hasta la expulsión de la placenta expresado en minutos. Y se determinó que el del total de participantes en el estudio presentaron un promedio de 628.63 minutos con una desviación estándar de 296.33.

En el grupo de 198 que no participaron en el curso presentaron un promedio de 611.40 minutos con una desviación estándar de 290.68.

En el grupo de 56 que sí recibieron el curso se presentó un promedio de 689.52 minutos y una desviación estándar de 310.58.

Al aplicar la técnica estadística de t de Student se encontró que entre los promedios de duración del trabajo de parto no existe una diferencia estadísticamente significativa ( $t = 1.749$ ;  $p > 0.05$ ).

## Discusión

Al aplicar las encuestas a las parturientas que no realizaron el curso Psicoprofilaxis Perinatal y conocer los motivos

por los cuales las gestantes no lo realizaron, el motivo principal fue el no haberse enterado del curso en 64%; encontrándose lo siguiente:

- Falta de difusión en otros escalones sanitarios asistenciales del Valle de México.
- La mujer en estado grávido no busca información.
- El personal no se encuentra en la mejor disposición de informar en forma clara y veraz.
- Otras limitantes encontradas en las mujeres embarazadas para no asistir al curso fueron: Dificultad de accesibilidad geográfica y económica al sistema de salud, el tiempo y su trabajo.

El 100% de las gestantes que participaron en el curso de Psicoprofilaxis aplicaron las técnicas no farmacológicas logrando con esto mejor control del dolor, temor y disminuir el tiempo del trabajo de parto. Las pacientes que no participaron en el curso, en el área de cuartos combinados en el momento del trabajo de parto se les proporcionó orientación sobre la aplicación de las técnicas no farmacológicas y se les insiste a que las apliquen. El 38.58% de las parturientas no aplicaron las técnicas a pesar de la insistencia por parte del equipo multidisciplinario.

No hubo diferencia significativa en la proporción de mujeres que utilizaron analgesia obstétrica durante el trabajo de parto con y sin participación en el programa de Psicoprofilaxis perinatal. Ya que 22 de 56 gestantes con curso se les aplicó bloqueo peridural y de la misma manera a 73 de 198 mujeres sin curso. Observándose que el médico ofreció la analgesia obstétrica de forma rutinaria en el momento de las contracciones intensas, es por ello que las mujeres que no estaban con una doula o informadas de lo que son las contracciones aceptaron la analgesia obstétrica.

En relación con la variable control del dolor y la aplicación de las estrategias mecano, químico, termo receptores 92% de las gestantes que asistieron al curso, obtuvieron ventajas comparadas con las que no asistieron, ya que éstas controlaron el dolor y aplicaron las estrategias mecano-químico-termo receptores sin pérdida de tiempo. Y sólo 6% mujeres sin curso controlaron el dolor y aplicaron las estrategias mecano-químico-termo receptores porque en ese momento se les enseñó a realizarlas, ya sea la doula, la enfermera o el médico mismo, pero muchas veces a pesar de la enseñanza durante el trabajo de parto las mujeres no aceptaron realizarlas o no lo hicieron adecuadamente ya que la parturienta se encontraba con contracciones muy fuertes haciendo caso omiso a las indicaciones.

Las proporción de cesáreas en mujeres con curso comparadas con las mujeres sin curso fue de 1:1, por tanto, no hubo diferencia significativa. El realizar el curso, no excluye a las mujeres a presentar distocias durante el trabajo de parto, motivo por el cual gestantes con curso terminaron en cesárea. Observándose que las principales causas para la culminación del trabajo de parto fue por vía abdominal son: detención secundaria del trabajo de parto, falla en la conducción del trabajo de parto, falla en el descenso, etc.

Las parturientas con curso controlaron bien el temor, mientras que las que no lo realizaron controlaron el temor de manera regular, por tanto, se observó al comparar los grupos que es una ventaja realizar el curso de Psicoprofilaxis.

La disminución del uso de medicamentos durante el trabajo de parto en mujeres con y sin curso no presenta una diferencia significativa, ya que se observó que la conducción o inductoconducción del trabajo de parto muchas veces se tiene que llevar a cabo para un manejo adecuado del mismo y las principales causas para su uso son: ruptura prematura de membranas, detención secundaria del trabajo de parto y embarazos postérmino.

El grado de conocimientos acerca del trabajo de parto en las mujeres con curso fue excelente y muy bueno comparado con las mujeres que no realizaron, ya que en el curso les enseñaron anatomía y fisiología del embarazo, parto y puerperio, es por esto que las mujeres con curso se observan más seguras, se identificó que las gestantes que no participaron en un curso, con un grado académico superior y medio superior contaban con conocimientos del trabajo de parto, embarazo y puerperio.

El tiempo promedio del trabajo de parto en parturientas con y sin curso fue de 650.46 minutos, o sea, un promedio de 11 horas. Por tanto, no existió diferencia significativa en virtud de que la mayoría de las mujeres que realizaron el curso fueron primigestas y de acuerdo a la literatura el tiempo promedio de trabajo de parto en primigestas es mayor en comparación con las multigestas. Se propone un estudio para comparar el tiempo promedio de trabajo de parto en gestantes primigestas con y sin curso.

## Conclusiones

Se concluye que las ventajas observadas durante el trabajo de parto en gestantes que participaron en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal con el método Lamaze, en comparación con las que no lo realizaron fueron:

- Adquisición de conocimientos sobre el trabajo de parto
- Aplicación de las técnicas no farmacológicas: deambulación, cambios de posición, apoyo psicológico, baño con agua caliente, masajes, ejercicios con pelota, apoyo emocional, fomentar la respiración, elogios, instrucción previa etc.)
- Habilidad para el manejo de las contracciones uterinas aplicando las estrategias mecano-químico-termo receptores.
- Participación en forma activa de la gestante
- Control moderado del dolor durante el trabajo de parto, Lo que proporciona seguridad de la parturienta durante el desarrollo del trabajo de parto
- Control del temor.

Por tanto, las ventajas del curso de Psicoprofilaxis Perinatal son para la gestante y el neonato, lo que se refleja en la satisfacción del usuario del servicio.

Al realizar la comparación de la utilización de los recursos no farmacológicos para el dolor durante el trabajo de parto en gestantes con y sin participación en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal se observó que sí existe una asociación significativa entre haber recibido el curso y la aplicación de los recursos no farmacológicos del trabajo de parto.

Al identificar en gestantes con y sin participación en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal la aplicación de la analgesia obstétrica durante el trabajo de parto se observó que no existe una asociación significativa entre haber participado en el curso y no recibir analgesia obstétrica.

Al describir el tiempo promedio del trabajo de parto en mujeres con y sin participación en el curso de Psicoprofilaxis Perinatal se determinó que presentaron un promedio de 689.52 minutos con curso y de las que no participaron fue de 611.40 minutos por lo tanto no existe una diferencia estadísticamente significativa.

Al identificar el control del dolor durante el trabajo de parto en mujeres con y sin participación en el Curso de Psicoprofilaxis Perinatal se observó que si existe una asociación significativa entre haber participado y un mejor control del dolor.

La proporción de cesáreas en gestantes con y sin participación en el Curso de Psicoprofilaxis Perinatal fue de 1:1, sin haber presentado una diferencia estadísticamente significativa entre el haber participado y no.

La proporción de gestantes con conocimientos acerca de anatomía y fisiología del trabajo de parto con y sin participación en el curso de Psicoprofilaxis perinatal es de 64.28% en conocimientos en escala de bien y de las que no



participaron tuvieron un 18.68% en la misma escala, obteniéndose con esto que si existe una asociación significativa entre haber tomado el curso y tener conocimientos acerca del trabajo de parto.

Al comparar el control del temor de las gestantes durante el trabajo de parto con y sin participación en el Curso de Psicoprofilaxis Perinatal se establece que existe una asociación significativa entre haber tomado el curso y controlar el temor.

Al comparar la cooperación con el equipo multidisciplinario de las gestantes con y sin participación en el Curso de Psicoprofilaxis Perinatal se establece que no existe diferencia significativa entre haber participado en el curso y cooperar con el equipo multidisciplinario.

Las medias aritméticas del tiempo del trabajo de parto en los grupos, la analgesia obstétrica, las cesáreas realiza-

das y el uso de medicamentos; los resultados obtenidos no respaldan la diferencia entre ambos grupos. Porque se ofrece en forma rutinaria a las pacientes gestantes el uso de analgesia obstétrica para el control del dolor.

#### Referencias

1. Vellay P. Parto sin Dolor Método Psicoprofiláctico "Nociones generales". 5a. Ed. Editorial Azteca, S.A.; 1977, p. 19-25.
2. Vellay P. Parto sin Dolor Método Psicoprofiláctico "Bosquejo Histórico". 5a. Ed. Editorial Azteca, S.A.; 1977, p. 16-18.
3. Dickason J. Enfermería maternoinfantil: Preparación para el parto. 3a. Ed. España: 1999; p. 242-57.
4. De la Cruz A. "Importancia de la participación de la enfermera en la educación para el parto". 2003.
- 5.- <http://www.pearentproductions.com/Spanish/Lamaze.htm>, 25/03/05.

#### Fe de erratas:



El C. Teniente Coronel de Sanidad JOSÉ RUELAS GUERRERO, actual DIRECTOR DE LA ESCUELA MILITAR DE OFICIALES DE SANIDAD, es Vocal de la Revista de Sanidad Militar a partir del 16 de agosto de 2012. Sin embargo, por una omisión involuntaria de esta Oficina Editorial, no había sido sustituido en el Directorio del Consejo Editorial de la misma, situación que lamentamos sinceramente y que el día de hoy se ha corregido en la versión impresa como en la versión electrónica.

**Atentamente,**

**El Editor**