



Parto indoloro psicoprofiláctico. 20 observaciones personales*

Dr. Jesús Gazca Nieto

Puebla, Pue.

Por considerar al método psicoprofiláctico como el ideal dentro de la analgesia obstétrica, es por lo que hoy vengo a exponer a ustedes este tema, recordando sus bases fisiológicas de una manera resumida por conocerlas ustedes suficientemente e indicando básicamente qué técnica uso y qué resultados he obtenido en veinte casos.

Entendemos por parto indoloro psicoprofiláctico a aquel que, transcurriendo sin dolores o con molestias mínimas, es obtenido en perfecto estado consciente mediante la preparación mental y física de la mujer durante el embarazo.

No es mi objeto discutir aquí sus ventajas o desventajas en relación con otras técnicas. Sólo diré a ustedes que no existe hoy día un método tan inocuo para madre y producto que permita la conservación íntegra de la conciencia, que transforme a la mujer en un ser activo y que tenga tantas repercusiones benéficas sobre la mujer, producto de la concepción, hogar y sociedad en general.

Revisión somera de las bases fisiológicas en que descansa el método

Podemos dividir este breve resumen en los puntos siguientes: *a)* Recuerdo de las principales leyes de la fisiología de la actividad nerviosa superior, *b)* el problema del dolor según Pavlov, *c)* génesis del dolor del parto, *d)* el segundo sistema de señalación de la realidad: la palabra, *e)* psicoprofilaxia de los dolores del parto: teoría.

a) Basándose en los estudios de Cabanis y C Bernard, Pavlov¹⁸ estudió experimentalmente los reflejos incondicionados, los condicionados, la inducción recíproca, los campos corticales de excitación e inhibición, el análisis y síntesis y las estereotipias dinámicas que esclarecen perfectamente el hecho de

* Trabajo de ingreso leído en la sesión ordinaria del 27 de febrero de 1958. Reproducido de: Gazca-Nieto J. Parto indoloro psicoprofiláctico. 20 observaciones personales. Ginecol Obstet Mex 1959;14:3-6.



que a nivel de la corteza se forman representaciones exactas del mundo que nos rodea, bajo la forma de mosaicos variantes relacionados entre sí íntimamente. Estereotipias determinadas por estímulos iguales y que, aunque son precisas, tienen la cualidad de ser maleables en cierta medida. Se ha insistido⁴ sobre este carácter sistemático de la actividad cortical, que representa importante generalización de los trabajos de Pavlov y que han sido producidos experimentalmente.¹

Todos estos estudios realizados con estímulos exteroceptivos han sido repetidos estimulando vísceras. Ya desde los trabajos de C Bernard se señalaba la importancia de considerar en conjunto al organismo. Las observaciones clínicas de Trousseau (neurosis respiratorias), de Gastón y de Dejerine⁷ harían presumir una íntima relación entre vísceras y cerebro. Pero no fue sino hasta los trabajos experimentales de Pavlov y su escuela en que se establece la existencia de uniones córtico-viscerales.

Uniones demostradas por la creación de reflejos condicionados con punto de partida gástrico,⁴ generalizados² a varios órganos huecos (vejiga, intestino, útero). Avanzando en sus estudios, ese mismo autor creó experimentalmente estereotipias dinámicas interoceptivas, estudios que sirvieron de base a Petrova,²² quien creó trastornos viscerales en los perros por *surmenage*.

Fisiología córtico-visceral indispensable para poder comprender el dolor del parto y su profilaxis. Pues, como veremos más adelante, en el curso del parto entra en juego un grupo de estímulos, señales que forman estereotipias dinámicas (síntesis horizontal) asociadas con reflejos condicionados de primero, segundo y tercer orden, creados, como es bien sabido, en el hombre por una síntesis particular hecha a través de la palabra como sistema de señalamiento de la realidad.

b) Sin querer entrar a la exposición de las múltiples teorías del dolor, sólo indicaremos aquí la concepción que Pavlov y su escuela tienen del dolor somático y visceral. Para Pavlov existen terminaciones nerviosas diseminadas en todo el organismo, con conexiones a través de fibras mielínicas o amielínicas que suben a través de las vías perfectamente conocidas de Forester,¹¹ completada por las vías en plena sustancia gris de Doussuv y llegando a los centros del dolor, que sitúa dicha escuela, en la corteza cerebral, como lo demuestran sus experiencias en la creación de reflejos condicionados que naturalmente requieren la participación cortical. Eroffeva³⁴ consiguió que estímulos inmensamente dolorosos (quemantes) se transformaran en señal alimenticia con desaparición de su efecto dolorígeno y viceversa: con estímulos habitualmente no dolorosos, que sí lo fueran a través de reflejos condicionados, tanto exteroceptivos como interoceptivos.

Posteriormente, los trabajos de Pchonick,²¹ efectuados en el hombre, comprobaron que una excitación dolorosa, si se asociaba con excitantes indiferentes a través de reflejos condicionados, e inversamente fenómenos altamente dolorosos. Dichas respuestas fueron obtenidas por el autor haciendo actuar exclusivamente a la palabra y haciendo producir dolor, aun en zonas previamente anestesiadas farmacológicamente.

En resumen, la concepción pavloviana del dolor comprende un conjunto fisiológico compuesto por un receptor, vías de conducción y centros corticales o analizadores. Dicho conjunto explica tanto el dolor somático como visceral que puede ser desencadenado por la excitación de cualquiera de sus elementos y cuyo centro capta, con mayor o menor intensidad, de acuerdo con su estado funcional de excitación o inhibición. Esto permite explicarnos las variaciones de percepción ante el mismo estímulo dolorígeno

durante fases de inhibición (sueño o hipnosis) y de excitación; distintas respuestas explicables por las variaciones de tono cortical y por las acciones de inducción recíproca. Experiencias que en el hombre pueden ser repetidas exclusivamente por la acción de la palabra.

Concluyendo, para esta escuela, el dolor visceral no es sino una modalidad especial de la sensibilidad general; diferente por la evolución distinta y por la variabilidad de estímulos de los interreceptores; difusa por lo intrincado de la inervación visceral, así como por la simultaneidad de inervación a varios órganos vecinos por plexos próximos, producido por estímulos especiales y por la palabra y registrado por los centros corticales.

c) Génesis del dolor del parto. El origen del dolor del parto es complejo porque depende de la estimulación de receptores internos básicamente y de exteriorreceptores secundariamente y por el hecho de ser influido por factores psicogénicos que actúan sobre el analizador cortical de una manera decisiva.

El dolor del parto debemos considerarlo de acuerdo con Velvosi^{32,33} y Platonov^{24,25} como un dolor psicogénico complejo desarrollado sobre un terreno particular, con actividad nerviosa superior modificada por el embarazo y desencadenado por la estimulación de los receptores genitales. Por lo tanto, para explicarnos plenamente los dolores del parto, es necesario considerar en ellos tres factores básicos:

1. Modificaciones funcionales de la actividad nerviosa superior de la mujer embarazada y de la mujer en trabajo.
2. Aspecto neurológico de los dolores del parto.
3. El papel de la corteza y de los factores psicogénicos.

1. El embarazo produce, como todos sabemos, modificaciones importantes en la esfera endocriniana y neurovegetativa que tienen repercusión sobre el sistema nervioso central, que hemos dicho ya tiene una alta receptividad a todo cambio interno. Estas repercusiones se han demostrado experimentalmente en la perra, cuyos reflejos condicionados están modificados según resulta de las observaciones de Faurikov (citado por Nicolaiev);¹⁶ cambios consistentes en una baja e inestabilidad de los reflejos, debilitamiento de la inhibición, de la diferenciación, somnolencia y aun modificaciones de la inhibición externa.²⁹ Cambios ligados a un dominante fisiológico resultante del instinto de reproducción y que por inducción negativa tiene por efecto disminuir la actividad de todos los otros sectores del sistema nervioso, así como por la acción de estímulos físico-químicos que produce la presencia del feto en el medio interno.

En la mujer los trabajos clínicos han conducido a reconocer modificaciones análogas del sistema nervioso. Así,¹⁵ midiendo la adaptación visual periférica a la oscuridad en el embarazo, se establece una curva de excitabilidad cortical (que indudablemente traduce el estado del analizador): excitabilidad que disminuye en el curso de la primera mitad del embarazo, para subir después y abatirse doce a quince días antes del parto. Estudios ampliados gracias a la medición de la cronaxia óptica¹⁶ hacen notar abatimiento de la excitabilidad durante el embarazo con dos fases de aumento: una al sexto mes y otra dos semanas antes del parto y con abatimiento muy acentuado durante el parto, para normalizarse después del mismo.

Los colaboradores de Nicolaiev¹⁶ han estudiado en la mujer embarazada reflejos vasculares y respiratorios condicionados e incondicionados que han demostrado la excitabilidad externa hasta el tercero o cuarto mes y que, posteriormente, al aparecer los movimientos fetales (reflejos



interioceptivos), dichas respuestas vasculares y respiratorias faltan. Además, la existencia de un cierto grado de inhibición cortical durante el embarazo es demostrada por el hecho de que los reflejos interioceptivos son creados fácilmente por la sugestión.

En el curso del parto la inhibición cortical es aún más neta, pues no hay reflejo condicionado que no se pueda establecer durante el trabajo.

2. Aspecto neurológico de los dolores del parto.

Es indudable la existencia de un *substratum* neurológico periférico real de los dolores del parto. Las razones principales para admitirlo son: por un lado, la observación diaria permite suponer que la excitación de las terminaciones nerviosas puesta en marcha en todo parto eutócico y mayormente en el distócico sea desencadenante de fenómenos dolorosos, los estímulos adecuados son múltiples: estiramientos, desplazamientos, espasmos vasculares, fenómenos tóxicos por metabolitos, contracción uterina, misma que nos explica el dolor rítmico copiando a la curva de contracción.

Por otro lado, la observación de las manifestaciones dolorosas de animales, tales como la vaca o yegua, en el momento de dar a luz.

Las vías del dolor uterino y de órganos vecinos son perfectamente conocidas para insistir en ellas. Sólo agregaremos que desde el punto de vista neurológico, lo que determina el aspecto especial del dolor del parto es un conjunto de reflejos escalonados a distintos niveles del sistema nervioso: reflejos de Axon intramurales a nivel del útero mismo (ritmo y vasomotores) de Axon extramurales (vejiga y recto), reflejos medulares (contracciones musculares de las regiones correspondientes), reflejos bulbares (modificaciones de pulso, presión arterial, pupila), reflejos subcorticales (modificaciones neurovegetativas y endocrinianas, aumento de acetilcolina, adrenalina e histamina).

Pero si bien es cierto todo esto, será en definitiva el analizador cortical el que determine la aparición e intensidad del dolor. La corteza es absolutamente necesaria para la percepción del mismo y a final de cuentas es la que regula los niveles inferiores del sistema nervioso sufriendo, como ya hemos dicho, las modificaciones con tendencia a la inhibición, es natural que sea un terreno propicio para amplificar los estímulos normales. Sobre este terreno particular entrarán en el momento del parto los reflejos condicionados formados por la acción de la palabra (cuyo mecanismo detallaremos más adelante), reflejos que permiten a impulsos débiles franquear el umbral del dolor.

3. Papel sobre la corteza cerebral en los factores psicogenéticos.

La dinámica córtico-subcortical es la que explica por qué las contracciones uterinas del embarazo se vuelven perceptibles durante el parto, pues la corteza³ tiene la particularidad de elegir los fenómenos normales y comunes que no pasan a registro y aquellos, también, normales pero insólitos, que por sus caracteres son registrados. Es en estos casos de urgencia en que se forma un campo de excitación privilegiado en que un dominante puede aparecer y acaparar la actividad cortical. Experiencias en animales y en el hombre han permitido probar que los fenómenos neuroendócrinos que provocan el desencadenamiento del parto están bajo la dependencia de la actividad nerviosa superior. Se ha notado⁹ que el cobayo comienza y termina siempre en la noche por el hecho de que los numerosos excitantes del medio ambiente no actúan en la noche y la inhibición cortical permite la liberación de funciones de órganos internos ya de suyo muy excitables (útero al final del embarazo). En la mujer, el desencadenamiento del trabajo de parto es más complejo, y aun así, por lo menos el 50 por ciento inician su trabajo en las noches explicando el hecho de trabajos iniciados durante el día, porque hay mujeres con determinados

tipos nerviosos que desencadenan su inhibición cortical aun durante el día.

El reforzamiento de la intensidad de las contracciones determina la corticalización del proceso y hacen que la conciencia los registre.

Existe un gran número de factores llamados *psicogénicos*, de los cuales enumeraremos los principales. Dichos factores actúan haciendo a la corteza cerebral mucho más receptiva y transformándola en un verdadero amplificador.

a) La asociación reflejo condicional grabada ancestralmente (fija por la reptición) contracción-dolor, ha hecho una sinonimia adoptada por profanos y médicos que ha determinado en toda mujer que se haya inscrito en su conciencia este dogma incontrovertible.

b) El miedo. La asociación de que hablábamos está complicada por el miedo al dolor, capaz de prever el dolor mismo aun antes de producirse gracias al pensamiento superior que reposa sobre el lenguaje. Miedo asociado indudablemente no sólo al dolor mismo, sino también al parto y a sus complicaciones; miedo de la mujer a perder la vida, miedo a que muera su producto o a que nazca deforme. Miedos aumentados por lo desconocido y la ignorancia de todo lo relacionado con la vida sexual, fecundación, embarazo y parto y desde luego agravados por toda la serie de ideas falsas y erróneas al respecto.

c) La serie de preocupaciones económicas, sociales, angustia del mañana, etc. agravadas por el hecho del prejuicio del "sexo débil", constituyen factores no despreciables.

d) Estos miedos grabados por las creencias religiosas, entre cuyos dogmas se asienta la fatalidad del dolor del parto (afortunadamente hoy esclarecida por su Santidad Pío XII) y por la

literatura que ha hecho del sufrimiento del parto un tema trillado.

e) Y por si esto fuera poco, la palabra del tocólogo se encarga casi siempre en insistir sobre el dolor del parto.

f) Existe otra serie de reflejos condicionados importantes: experiencias anteriores de múltiples conductas clásicamente, trabajos de parto muy prolongados y muy dolorosos, trazos de dolores genitales anteriores, como dismenorreas descuidadas.³⁰

Reflejos condicionados múltiples, plenamente grabados en la corteza de la mujer, que hacen que inmediatamente que aparece la contracción uterina, aparezca automáticamente el dolor, mayormente si consideramos como ya lo decíamos, el estado de inhibición propicio de la mujer embarazada.

Además, existen durante el embarazo y el parto dos emociones intensas de sentido opuesto y en lucha constante: una activa muy potente y muy útil en el método psicoprofiláctico, la de maternidad y la otra de sentido negativo, el miedo; y sabemos bien que la lucha de emociones condiciona²³ un estado de neurosis con la formación subsecuente de fases hipnoides (paradoxal y ultraparadoxal) que pueden duplicar la intensidad de los estímulos dolorígenos, aun mínimos. Considerado así el problema (como neurosis reaccional) se puede decir que el parto doloroso clásico es desde este punto de vista un hecho patológico que ha sido confirmado electroencefalográficamente,¹³ pletismográficamente.³¹

En resumen, a partir de la base material (neurológica) de los dolores del parto vemos estratificarse en la parturienta un gran número de emociones y reflejos condicionados que llegan a duplicar o triplicar la intensidad del dolor.¹⁷ Considerado así el dolor del parto, es perfectamente lógico el



actuar sobre el elemento cortical por intermedio de la palabra, para obtener analgesia obstétrica; pues el cerebro puede, gracias a sus interrelaciones con los demás elementos del sistema nervioso, disminuir o suprimir los impulsos dolorosos reales.³³ Una prueba de lo cual lo tenemos con la anestesia muy superficial (fase cortical o de analgesia amnesia), con la hipnosis y con el método que estudiamos. Antes de explicar el mecanismo de dicho método es necesario decir algunas palabras sobre el segundo sistema de señalación de la realidad.

g) El segundo sistema de señalación de la realidad: la palabra. El lenguaje nacido socialmente en la historia y humanamente en el niño para dar a conocer a sus semejantes sus ideas, constituye una cualidad especial de la actividad nerviosa superior del hombre. Lenguaje ya estudiado por Claudio Bernard que lo consideraba como manifestación intelectual perfectamente analizable como los otros actos vitales.¹⁴ Para Pavlov, la palabra constituye un excitante condicional, del mismo modo que la realidad concreta del mundo exterior que lo presenta y que, experimentalmente, tiene en el animal un valor exclusivamente como sonido, pero que en el hombre tiene, además, el valor de su contenido intrínseco.^{27 28} Representando por lo tanto, una señal de señales adecuada para sustituir no importa qué excitante directo exteroceptivo o interoceptivo.¹⁹ Palabra que además representa medio de abstracción y generalización, capaz de hacer la generalización de señales venidas del primer sistema o del segundo. Pero jugando en el hombre un papel más poderoso que el primer sistema de señalación (la realidad misma), llegando a constituir el elemento regulador de la conducta humana.

En el hombre, la adquisición de representaciones condicionadas (educación) se hace, casi exclusivamente, por medio de la palabra, sin el concurso de la experiencia concreta, de aquí la adquisición plena de la mujer del miedo al

dolor del parto y a los otros elementos señalados mucho antes de toda experiencia.

En el hombre, este segundo sistema de señalación, determina ciertas particularidades en la aparición de los reflejos condicionados, que son: formación más rápida, más estable y con tendencia a la extensión progresiva. Además,^{27 28} la creación de reflejos condicionados tiene ciertas particularidades en el hombre: por generalización sobre la base de las experiencias pasadas, gracias a la irradiación estática, por cierre de circuito cruzado, es decir, por la aparición espontánea de interrelaciones que no necesitan ninguna elaboración anterior y basada en reflejos pasados, gracias a la palabra, debido a interrelaciones condicionadas entre la palabra y las acciones que ella designa, adquiridas y establecidas en el curso de la Ontogénesis.²⁹ Por irradiación electiva entre los dos sistemas de señalación con paso dinámico en los dos sentidos de las estereotipias del 10 y 20 sistema.

La palabra puede adquirir tal poder, que actúa en muchos casos como excitante incondicional.¹⁹ La palabra tiene una acción decisiva en el comportamiento del hombre y experimentalmente puede provocar cambios en su organismo al tomar el sitio de un estímulo concreto; produciendo²³ jugos gástricos diferentes, según el tipo de comida sugerida bajo hipnosis, vesicación por sugestión de quemadura, aparición del deseo de orinar al señalar la cifra que representaba la cantidad de líquido inyectada intravesicalmente en el curso de la creación de reflejos condicionados; cambios metabólicos del agua y cambios de sensibilidad y reacciones motoras a través de experiencias semejantes.

Hay que hacer hincapié que en la hipnosis y en la psicoterapia, la palabra no sólo señala objetos, sino nociones abstractas, imágenes y emociones. El lenguaje asociado a las experiencias del mundo adquiere un gran papel, que puede ser

aprovechado ventajosamente por el psicoterapeuta, y así, como hemos dicho ya anteriormente (experiencias de Eroffeva), puede transformar experimentalmente estímulos dolorosos en indoloros y viceversa. Esto constituye la base del método psicoprofiláctico cuyo mecanismo fisiológico trataremos de aclarar.

e) La psicoprofilaxia del dolor del parto. En los antecedentes históricos del método debemos reconocer a la hipnosis y sugestión verbal practicadas de una manera *mágica*, Gerling y Lafontaine de Suiza en 1843 y 1860, después empírica, Liebeault en 1880¹⁵ y por último, la era científica, gracias a los trabajos de Pavlov de 1920.¹⁹ En 1923 Platonov y Velvoski²³ hacen aplicaciones de hipnosis en cirugía, obstetricia, ginecología y estomatología; en 1927 Nicolaiev¹⁶ presenta una casuística de 600 casos con 84 por ciento de éxitos.

Digdorovith⁸ hace preparaciones colectivas en Leningrado bajo sugestión verbal al estado de vigilia en 4,000 mujeres, con 80 por ciento de éxitos. Nicolaiev¹⁶ insiste en 1936, en la necesidad de una técnica aplicable por la mayor parte de médicos; basada en romper las ideas seculares en cuanto al carácter inevitable del dolor del parto. En esa misma época 1933,²⁶ Read de Inglaterra insiste sobre los factores psicológicos del dolor del parto y la necesidad de una preparación en el prenatal. Sin embargo, el método psicoprofiláctico representa algo totalmente distinto en relación a estas ideas, es en efecto un método de masas que permite una realización generalizada, de tipo preventivo que tiene por objeto borrar de toda una sociedad ideas ancestrales a través de la educación durante la vigilia, en que se llama directamente a la conciencia activa de la mujer, para que responda de acuerdo con un carácter activo.

Después de diversas tentativas, Velvoski pone de manifiesto en la Sociedad de Ciencias de la

U.R.S.S. en 1948, la importancia del método. En 1951, la Academia de Medicina y el Ministerio de Salud de ese país convocan a una conferencia en donde Velvoski, Platonov y Nicolaiev exponen sus brillantes resultados.

En julio de ese mismo año se promulga la ley por la cual debe generalizarse el método en todo el país. Para 1953 se han realizado ya 30,000 partos sin dolor en Rusia. Para 1955, 70,000 en China. En 1951, el Dr. Fernando Lamaze asiste al servicio de Nicolaiev e introduce el método en Francia; de tal modo que para 1956 se habían realizado ya 26,000 en su clínica.³⁴ De aquí como foco de luz se ha extendido el método hacia otros sitios del mismo país y a varios países de Europa (Italia, España, Portugal) y algunos de América (Colombia, Cuba y Estados Unidos de Norte América). A partir de octubre del año próximo pasado empecé a aplicarlo con la técnica francesa adaptada a mi medio, con los resultados que describiré.

Antes de exponer la técnica y resultados, diremos algunas palabras sobre el mecanismo de acción de la palabra sobre la analgesia obstétrica. La hipnosis, según Pavlov y su escuela,¹⁸ se explica por el hecho de crear un foco de inhibición cortical, primero pequeño, determinado por la repetición monótona de un estímulo, foco que de ahí se extiende progresivamente a toda la corteza; o bien creando una zona de excitación prevalente, determinada por la palabra y rodeada cada vez más y más de un área de inhibición, siendo esa área prevalente la única que obedecerá a la palabra del hipnotizador.

La sugestión (reflejo condicionado simple y típico del hombre) se explica por la unión que hay entre el excitante, ya sea interno o externo, con la palabra, de donde su acción directa sobre la corteza cerebral. Igual explicación tiene la sugestión post-hipnoide.



La psicoprofilaxia encuentra su base en la aplicación racional de la palabra en el estado de vigilia actuando sobre un complejo nervioso (el dolor del parto), cuyo dominante es cortical y por este hecho influenciado por la misma. Conocemos ya el amplio alcance de este segundo sistema de señalación de la realidad, así que no es ilógico tratar de actuar por medio de la palabra sobre la actividad nerviosa superior de la mujer embarazada (de la que ya conocemos su receptividad para poder formar reflejos condicionados nuevos) y poder modificar a voluntad el comportamiento de la parturienta. Revisaremos brevemente la acción de la palabra sobre los tres elementos que consideramos básicos en el dolor del parto:

Acción de la palabra sobre el analizador cortical y sus reflejos condicionados. El conjunto de medios que constituyen el método (educación de la mujer en relación a su anatomía genital, a su fisiología, aprendizaje de utilización efectiva de sus energías, conocimiento de la fisiología general del parto y de la contractilidad uterina, reflejos condicionados respiratorios y de relajación muscular que tienen como signo la contracción uterina misma, el desarrollo del sentimiento de maternidad, etc.) que veremos posteriormente con detalle, conduce al desarrollo de una inhibición cortical poderosa, que tiene por objeto, destruir la estratificación reflecto-condicional múltiple del dolor del parto e inhibir el reflejo incondicional que le sirve de base. Al mismo tiempo permite crear un dominante cortical cuyo contenido está constituido por los diversos elementos de la enseñanza; dominante que dirigirá todo el proceso del parto y lo orientará en sentido favorable evitando la aparición de reflejos negativos y permitiendo que todo excitante, aun indiferente, pueda ser aspirado por este dominante que a la vez es reforzado. Por consiguiente, se obtiene de este modo un buen cortical que conduce a un equilibrio con las zonas sub-corticales. Pero para que este tono

sea sólido, deberá estar perfectamente establecido, para lo cual todos los elementos dados en el curso de la preparación que actuarán como reflejos condicionados (respiratorios, relajaciones, lo enseñado) deberán fijarse insistentemente por la repetición.

En el curso del parto de mujeres, aún bien preparadas, ya sea en fases iniciales o tardías del parto, puede haber una descondición, o sea, la pérdida del dominante de que venimos hablando y el parto puede caer en el curso clásico. Factores que pueden ser ambientales, shocks emotivos, etc., en los que deberemos poner mucha atención.

Acción de la palabra sobre los factores psicogénicos. Hemos dicho ya que todos estos factores tienen como común denominador al miedo que debilita el sentimiento de maternidad y que crea un estado de neurosis. Por tal razón, se busca crear en la mujer un ambiente de confianza, de seguridad, de supresión del miedo y todo esto rodeado en un ambiente sanatorial (al cual se habituará previamente a la embarazada), que inspire competencia técnica y afectiva a la vez que firmeza. Se tratará de grabar en la mujer el concepto de que el embarazo y el parto son dos fenómenos totalmente normales que revelan salud y que por lo tanto, no siendo ella un ser *enfermo* deberá por el contrario ser una persona activa que luchará por obtener, mediante su entusiasmo, el nacimiento de su hijo. Con esto conseguimos hacer desaparecer el estado de neurosis y obtenemos un alza del umbral de sensibilidad. Estado emocional favorable producido indudablemente bajo la luz de la lógica y entonces, la mujer convencida de que no sufrirá, colaborará y consagrará su atención a una actitud adecuada.

Acción de la palabra sobre los elementos neurológicos del parto. La acción equilibrante de

la palabra sobre la corteza y sub-corteza, trae consigo una transformación completa de los diversos reflejos escalonados a distintos niveles del sistema nervioso y nacidos por el estímulo de los genitales durante el parto. Así lo han demostrado Shiskovak e Ivanov³¹ al comprobar la desaparición de los fenómenos vasculares al pletismógrafo, al desaparecer el miedo y las sensaciones dolorosas durante el embarazo y el parto, respectivamente.

En resumen, el método psicoprofiláctico es un todo indisociable, cuya acción fisiológica podemos sintetizar¹⁶ en cuatro puntos:

a) El restablecimiento a la normalidad de la corteza cerebral en relación con la sub-corteza caracterizada por la predominancia de la primera que adopta su papel de directriz de la actividad de todas las partes subyacentes al cerebro.

b) La creación en la corteza de un potente dominante rodeado de una zona de inducción negativa. Dominante que impide y aun suprime las sensaciones dolorosas llegadas al cerebro. La actividad cortical es desviada a otra actividad y el dolor disminuye o aun desaparece siguiendo el principio de la inducción negativa.

c) La supresión de las emociones negativas y sobre todo del miedo (que abatía el umbral de sensibilidad y creaba fases hipnoides) junto con la estimulación del sentimiento de maternidad, crean un estado de equilibrio que sube el umbral de sensibilidad.

d) La extinción de la estereotipia dinámica, clásica y nociva; y la formación de nuevos reflejos condicionados útiles asentados sólidamente en la corteza cerebral hacen el parto indoloro.

TÉCNICA

a) *Condiciones materiales.* Mi trabajo ha sido desarrollado en el Sanatorio Guadalupe de

Puebla, institución privada, modesta y mixta de 28 camas. Ahí he procurado adaptar y hacer lo más confortable posible los cuartos dedicados a parturientas. Sin disponer de sala de trabajo especial he utilizado los cuartos aislados para tal objeto que he procurado sean los más alegres y los más alejados de la calle, provistos de colchones y almohadas de hule espuma y dotados de equipos de oxígeno comunes y corrientes. Para la fase expulsiva, he procurado hacer la mesa de partos más confortable y utilizar lámparas laterales.

b) *El personal médico y paramédico* ha sido instruido convenientemente haciendo hincapié en este último el papel tan importante que desempeña el ambiente sanatorial.

c) *Material para la preparación.* Está formado por planchas ilustrativas de los genitales femeninos, fecundación, embarazo, fases del parto, un pizarrón y una película que nos sirve de resumen y que fue proporcionada gentilmente por el Dr. Lamaze.

d) *Preparación de las embarazadas.* La he hecho personalmente disponiendo de mujeres de la clase media, en las que desde la primera consulta del prenatal he intercalado pláticas encaminadas a crear optimismo, disipar dudas, formar la noción de que el parto es un proceso normal y entusiasmar a la embarazada para que colabore activamente desde su preparación. A partir del 4º mes, les enseño ejercicios de extremidades inferiores y respiratorios para que vayan tomando conciencia de sus músculos abdominales y principiar así a crear un campo dominante. En esta forma continúo hasta el 7º mes en que inicio cursos semanarios, seis en total, para que alrededor del 8º mes y medio (fecha no lejana de su parto) hayan terminado ya su curso.

Trataré de darles a Uds. un esquema de lo que hago en cada curso:



1^{er}- Curso. Explico la fisiología de Pavlov y la posibilidad lógica del parto indoloro. Dando nociones de reflejo absoluto, condicionado, papel del cerebro en la percepción dolorosa que es una señal, órganos genitales de la mujer, menstruación, fecundación, evolución del producto y termino explicando qué son los dolores del parto y la posibilidad de suprimirlos.

2°. Curso. Explico el papel de la respiración en general y en especial en el embarazo y parto. Haciendo hincapié sobre las cualidades del oxígeno y el anhídrido carbónico durante el embarazo y parto, así como su utilidad para el trabajo de la matriz. Esto lleva como finalidad hacer resaltar la importancia de la respiración y comenzar a que la mujer la considere como trascendental para despertar su actividad y para guiar su atención a un campo cortical distinto. Se les enseñan inspiraciones profundas, seguidas de expiraciones pasiva y activa en que deberán tomar conciencia de diafragma y músculos abdominales; ejercicios que deberán repetir todos los días 3 veces al día en sus casas.

3^{er}- Curso. Educación neuromuscular. Relajación muscular encaminada a crear amplia zona de inhibición cortical que permita destacar el dominante. El ejercicio a hacer es de relajación total y luego de contracciones musculares, en que deberá fijar su atención, seguidos de relajación súbita.

4° Curso. Trata de la fisiología de la dilatación, papel de las contracciones uterinas y análisis mental de sus efectos. Para evitar que la contracción se haga señal de dolor, se crea un reflejo condicionado respiratorio que calca la contracción uterina y que consiste en una respiración aletante en que deberá fijar su atención en el diafragma y ser acompañada de relajación muscular. Respiración que ejercitará en su casa, primero durante 30 segundos hasta llegar a un minuto. Esta respiración formará un dominante

cortical en un medio de inhibición generalizado cuya señal es la contracción uterina.

5°. Curso. La expulsión. Se le explica en qué consiste fisiológicamente y cómo podrá obtener el resultado mejor con su esfuerzo. Se le enseña cómo deberá hacer su esfuerzo de pujo efectivo. Se le hace hincapié en la utilidad de su actividad en esta fase y se le invita a que analice mentalmente los efectos del nacimiento de su hijo; estimulando así el sentimiento de maternidad. Por último, en este curso se le enseña cómo deberá relajar su periné en esta fase y en la de desprendimiento; señalándole que se le indicará los momentos del nacimiento de cada una de las porciones anatómicas del producto.

6°. Curso. Hacemos una revisión de lo anterior, señalamos cómo y en qué momento debe trasladarse a la maternidad, revisamos sus ejercicios, corregimos lo no dominado, estimulando siempre las sensaciones de seguridad en ellas mismas. Hacen las señoras una visita al sanatorio, conocen a algunas de las enfermeras, visitan la sala de partos; en fin se adaptan al medio en que van a estar. Finalmente les mostramos una película que cierra el curso y disipa dudas.

e) *El transcurso del parto.* Se procurará que las señoras al iniciar su trabajo de parto, ellas solas inicien, si es necesario, su respiración aletante durante cada contracción y se trasladen al Sanatorio donde serán recibidas con gentileza, comprensión pero firmemente. Se hará el estudio correspondiente para determinar si es un verdadero trabajo de parto y la preparación habitual. Durante la fase de dilatación estoy presente en la mayor parte de los casos, pero en algunos basta una enfermera bien entrenada. En esta fase se les estimulará a que hagan su respiración aletante y relajación muscular en cada contracción. En ocasiones resulta útil el masaje sacrolumbar. En caso de fatiga se administrará oxígeno, glucosa y gotas de coramina.

En la fase expulsiva se les coloca cómodamente, se les estimula a que hagan sus esfuerzos expulsivos en los momentos adecuados y que analicen el descenso de su producto. En el desprendimiento, la mujer automáticamente a una señal nuestra se relajará y hará respiración aletante, analizando mentalmente lo que nosotros le vayamos diciendo de la evolución del desprendimiento.

El alumbramiento se hace rápido, utilizando algún ocitócico endovenoso. En el puerperio, iniciamos la gimnasia precozmente y la vamos graduando progresivamente.

f) *Indicaciones del método.* Toda mujer con inteligencia media que desee prepararse, sin importar su condición obstétrica ya que incluso como se puede ver en el caso 16 en que ya desde el prenatal se presumía una distocia, la prueba de trabajo resultó más soportable. Indudablemente habrá ciertas condiciones como insuficiencia cardíaca, tuberculosis evolutiva en que el método no es aplicable.

RESULTADO

En el lapso comprendido entre octubre de 1956 a agosto de 1957 se han preparado 24 mujeres de las cuales 20 seguí hasta el puerperio y 4 abandonaron el tratamiento por diversas causas. De las primeras podemos sacar los siguientes resultados:

1. Las edades oscilaron entre 17 y 36 años, nueve con antecedentes gineco-obstétricos normales y once con dismenorreas más o menos intensas..

2. La valoración mental de este grupo se consideró teniendo en cuenta: miedo, inteligencia, actitud ante el método. Encontrándose como pro medio el que he señalado como 3, es decir, con temores medios, inteligencia, media y con tendencia activa en su preparación; 6 de ellas

(1-4-6-11-15 y 20) con promedio 4, es decir, condiciones ideales; 2 (9 y 14) con promedio 11, es decir, inteligencia media, temores medios, pero sin creer mucho en el método, pasivas.

3. La clase social que prevaleció fue la media, únicamente dos de ellas (9 y 14) de clase social acomodada.

4. De las 20, 13 eran primigestas, 3 bigestas primíparas y 4 multigestas y múltiparas.

5. El prenatal fue normal en 14, 2 Rh negativas (10 y 14), pero sin aglutininas. De las otras 6, en una de ellas se hizo apendicectomía al cuarto mes (6); otra presentó hemorragia vaginal al octavo mes por placenta previa marginal (8); la N° 15 hizo exceso de peso, que cedió a la dieta; la No. 18, además, alza moderada de la presión arterial y albuminuria en el octavo mes que siguió al tratamiento; la No. 16 tenía una pelvis francamente estrecha radiológicamente, y en la No. 1 desconocí su prenatal (al parecer normal) por haberla recibido iniciado ya su trabajo de parto.

6. De las 20, 16 hicieron su curso completo. De las 4 restantes, en una se hizo preparación extemporánea (1); la N° 4 inició su preparación al octavo mes y medio; la 7 la hizo regular, y la 9 incompleta y con apatía.

7. Los partos se presentaron a término en dieciocho casos: en 2, la N° 1 y la N° 20, a los ocho meses y 8 meses una semana, respectivamente.

8. Los tiempos promedios para la fase de dilatación fueron para las primíparas entre 7 y 14 horas, haciendo constar que en este último caso hubo una fase de inercia secundaria de 4 horas, obteniéndose un promedio de 9 horas 30 minutos. Para las hiparas o múltiparas, los tiempos oscilaron entre 9 y 4 horas, con promedio de 6 horas.



9. La colaboración durante la fase de dilatación fue excelente (XXX) en ocho casos, y media (XX) en 5 primíparas. En las multíparas la colaboración en este caso fue excelente.

10. El resultado analgésico en esta fase de dilatación fue: nada de dolor (o), 8 veces en multíparas y 6 en las primíparas; dolor I, es decir, molestias al final de la dilatación que cedió al masaje en zona sacrolumbar: una multípara (la 3) y una primípara (la 17). Dolor II, o sea molestias más o menos intensas al final de la dilatación que no cedieron, dos casos: el 18 y el 19 (las dos primíparas). Dolor III, es decir, intenso con desesperación, 3 casos (8, 5 y 7), las tres primíparas. O sea, que en 5 mujeres primíparas hubo dolores al final de la dilatación y sólo en una multípara.

11. La duración de la fase de expulsión para las primíparas varió entre 5 y 45 minutos, con un promedio de 20, siendo la de mayor duración el caso 19, que colaboró bien, pero con un producto de 3.950 kilogramos. Para las multíparas la expulsión duró entre 5 y 20 minutos, con un promedio de 10.

12. Hubo dos aplicaciones de fórceps: uno medio en el caso N° 12, por falta de rotación en una O.I.D.P. y otra baja en el caso 14, por desesperación y falta de cooperación de la señora. Se hizo una prueba de trabajo de 5 horas (caso 16), con excelente colaboración, sin dolores, que terminó con cesárea y con excelente segmento inferior. Se hicieron dos episiotomías: una en el caso 18, con anestesia a la novocaína y otra en el caso 14, en que, como dijimos, se aplicó fórceps bajo trileño.

13. Los productos fueron normales en 19 casos, cuyos pesos oscilaron entre 2.750 kilogramos y 4.250 kilogramos; el otro fue prematuro, con 2.200-kilogramos. Todos los niños, salvo uno, el caso N° 12, con desprendimiento de placenta, que murió, respiraron de inmediato. El caso N°

4, con muerte del producto tres días después del parto, debido a una bronco-neumonía.

14. Los puerperios fueron normales en las 20 señoras, con lactancias excelentes en 13 casos, medias en 3, escasas en 2 (1 y 9 de nuestra serie) y en las otras 2 (4 y 12) fue suprimida por muerte de los productos.

15. La impresión verbal o escrita de las señoras fue: excelente en 6 casos, 4 multíparas (2, 3, 8, 20) y 2 primíparas (11 y 15). Fue buena percibiendo solamente molestias, pero no dolores, en nueve casos, de los que 7 son primíparas (1, 4, 6, 10, 16, 17, 19) y 2 de multíparas (5 y 13). Fue media, es decir, útil en las primeras fases de la dilatación, pero que se acompañó de dolores al final de la misma y que colaboraron medianamente en la expulsión, 3 casos (7, 14 y 18). Fue mala en dos señoras: la 9, que siguió su curso incompleto y de mala gana, y la 12, en que a pesar de no haber tenido dolores, pero por haber tenido un desprendimiento prematuro de la placenta con muerte de su producto, juzgó mal al método.

16. En total, de 20 embarazadas, 15 no sintieron dolores durante su parto (9 primíparas y 6 multíparas). De las otras, 5 sintieron dolores, 4 al final de la dilatación, y juzgaron útil el método en las primeras fases de la misma e inútil para la dilatación completa y la expulsión. La paciente No. 12 lo juzgó totalmente inútil.

CONCLUSIONES

1ª. Se establece una definición de parto indoloro psicoprofiláctico y se señalan las ventajas generales del método.

2ª. Se hace una revisión somera de las bases fisiológicas en que descansa el método.

3ª. Se hace un resumen de la aplicación práctica de la técnica.

4ª. Se presenta un cuadro resumido de 20 observaciones personales de mujeres preparadas entre octubre de 1956 y agosto de 1957.

5ª. Se resumen en 16 puntos los resultados obtenidos, concluyéndose que de 20 embarazadas preparadas, 15 no sintieron dolores y 19 lo juzgaron útil.

REFERENCIAS

1. Albert. A.: Mocaico cortical y estereotipias dinámicas. La Raison, 85-104, Núm. 8 mayor 1954 (en francés).
2. Airapetianz, C.C.: Investigaciones sobre el mecanismo de los analizadores internos de la actividad nerviosa superior. La Raison, 63-69, Núm. 7, diciembre 1953 (en francés).
3. Bykov V.: Relación de los hemisferios cerebrales y de los órganos internos (en ruso). Meduiz, Leningrado, 1947.
4. Bykov, K. M. Nuevos datos sobre la fisiología y la patología de la corteza. La Raison, 5-32; Núm. 7, diciembre 1953 (Montreal), en francés.
5. Bernard, Cl.: Principios de medicina experimental. P. U. F., París, 1947.
6. Crosnocarsi: La excitación e inhibición. La Raison, 21-44, Núm. 8, mayo 1954.
7. Dejerine: Las manifestaciones funcionales de la psiconeurosis y su tratamiento por la Psicoterapia. Masson, París 1911 (en francés).
8. Digdorovitch: Citado por Salganik (29).
9. Eligoulachvili: Citado por Nicolaiev (21).
10. Follín, S.: El segundo sistema de señalación. La Raison, 105-121, Núm. 8, mayo 1954.
11. Forester: Vías de la sensibilidad somática y visceral (en alemán). Berlín, 1927. 12. Gabrielle, H.: Anatomía médico-quirúrgica del sistema nervioso órgano-vegetativo. Doín, París, 1954.
13. Iakovlev: La actividad eléctrica de la corteza cerebral y del útero durante el embarazo y el parto. Obstetricia y Ginecología, Núm. 5, 1911 (en ruso).
14. Klotz, B.: Perspectivas Psicosomáticas. Semaine Médicale, 27-808-814, Núm. 62, 26 de octubre 1951.
15. Liebault, A. A.: Terapéutica Sugestiva, Mecanismo, propiedades diversas del sueño provocado y estados análogos. Doin, París 1891.
16. Nicolaiev: Bosquejo de la teoría y práctica de la analgesia obstétrica (en ruso). Meduiz y Leningrado, 1953.
17. Nicolaiev, A. P.: Las bases teóricas de la Psicoprofilaxia del dolor del parto. Traducción francesa. Revue de la Nouvelle Medicine, 61-69, Núm. 1, junio 1953.
18. Pavlov, I. P.: Cursos sobre la actividad de los hemisferios cerebrales (en francés). Legrand, París, 1927.
19. Pavlov: Obras escogidas. Moscú, 1954, pp. 680-690.
20. Pavlov, Fisiología del estado hipnótico, 1932. Traducción francesa. Obras escogidas, París, 1938.
21. Pchomk: El papel de la corteza en la formación de las sensaciones cutáneas. Edición de la Academia de Ciencias de la U.R.S.S., 1949.
22. Petrova, M. K.: Oeu, Tomo II (en ruso), 1953.
23. Platonov: La palabra como factor fisiológico y terapéutico (en ruso). Meduiz, Moscú, 1933.
24. Platonov: La Psicoprofilaxia de los dolores del parto (en ruso). Meduiz, Moscú, 1954.
25. Platonov: Los problemas de la Psicoterapia de la Obstetricia (en ruso). Meduiz, Moscú, 1940.
26. Read, G. O.: Childbirth Without fear. 1952.
27. Smolenski, I.: Las interacciones entre el primero y el segundo sistema de señalación en algunas condiciones fisiológicas y patológicas. La Raison, I, 54-57. Núm. 2, mayo 1951 (en francés).
28. Smolenski, I.: Investigaciones sobre el trabajo simultáneo y la interacción de los dos sistemas de señalación en el dominio de la medicina. Traducción francesa en los Documents de Neuropsychiatrie, Núm. 7, París, marzo 1954.
29. Smolenski, I.: Ensayos en la fisiopatología de la actividad nerviosa superior. Moscú, 1954.
30. Salcanik: El dolor del parto en la analgesia. Meduiz, Moscú, 1953.
31. Shighkova e Ivanov: Ensayo de estudio de los mecanismos de la actividad nerviosa superior en la preparación psicoprofiláctica del parto. Journal Pavlov, 816-827, Núm. 6, 1953 (en ruso).
32. Velvoski: Por una maternidad feliz. Cuadernos defensa de la paz, 52, 57, Núm. 9, febrero 1952 (en ruso).
33. Velvoski, Ploticher y Chougoun: La Analgesia del parto por el método Psicoprofiláctico. Obstetricia y Ginecología, Núm. 6, 1951 (en ruso).
34. Velmorel H. I.: El parto sin dolor por el método psicoprofiláctico. Camugli, Lion, 1956.
35. Zdravonislov, V. I.: Ensayos de Aplicación de la Hipnosis en Ginecología y Obstetricia. Moscú, 1940.