

R. 6.804



T.O.
F/42

FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

Tesis para aspirar al grado de Doctor

Titulo: VALORACION DEL SUFRIMIENTO EN EL PARTO
POR LOS TESTS PSICOLOGICOS DE LAURETTA
BENDER Y DE REY.

Dirigida por el Prof. Dr. FRANCISCO ALONSO-FER-
NANDEZ, Catedrático-Jefe del Departamen-
to de Psiquiatria y Psicología Médica -
de la Facultad de Medicina de Sevilla.

Realizada por el licenciado JOSE FERNANDO FER--
NANDEZ GODOY.

Prof. Dr. FRANCISCO ALONSO-FERNANDEZ, Catedrático-
Jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
de la Facultad de Medicina de Sevilla.



CERTIFICO: que Don JOSE FERNANDO FERNANDEZ GODOY, licenciado en Medicina y cirugía por la Universidad de Sevilla, ha realizado, bajo mi dirección, el presente trabajo sobre VALORACION / DEL SUFRIMIENTO EN EL PARTO POR LOS TESTS - PSICOLOGICOS DE LAURETTA BENDER Y DE REY.

Sevilla, 16 - Mayo - 1977

Fdo: Francisco Alonso-Fernández

AGRADECIMIENTO

Quiero en esta pagina manifestar mi agradecimiento:

Al Profesor Dr. Don FRANCISCO ALONSO-FERNANDEZ, sin cuya direcciòn y orientaciòn no hubiese podido realizar/ este estudio.

Al Dr. Don MANUEL RESASENS MENDEZ-QUEIPO DE LLANO,/ Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecologia de la Ciudad Sanitaria "Virgen del Rocio", que me ha ofrecido/ toda clase de facilidades para la realizaciòn del presente trabajo en dicho Departamento.

Y a todas aquellas personas, entre las que debo seña- lar al Dr. CAÑAS, Don JOSE MARIA FERNANDEZ, Don FELIPE - VALLEJO y Dña. CONSTANZA SUAREZ, que de alguna forma, me han prestado su valiosa ayuda.

INDICE

CAPITULO I

EL DOLOR DEL PARTO

A- DOLOR CORPORAL	3
I BASES ANATOMO-FISIOLOGICAS	3
1- Agentes algogenos	3
2- Receptores	7
3- Gènesis del mensaje doloroso	8
4- Conducciòn periferica	8
5- Escala medular	9
6- Nivel supra-medular	12
II DEFINICION	18
III SIGNIFICADO BIOLÓGICO	20
IV DINTEL DE SENSIBILIDAD AL DOLOR	21
V REPERCUSION DEL DOLOR EN EL SUJETO	25
VI REACCION AL DOLOR. ACTITUD DEL INDIVIDUO A EL. COMPORTAMIENTO	26

B- DOLOR DEL PARTO	29
I INERVACION UTERINA	29
II GENESIS DEL DOLOR DEL PARTO	30
III SIGNIFICADO BIOLOGICO DEL DOLOR DEL PARTO ...	34
IV DINTEL DE SENSIBILIDAD	36
V RECUPERACION DEL DOLOR DEL PARTO	46
VI COMPORTAMIENTO DE LA MUJER EN EL PARTO	54

CAPITULO II

METODOS PSICOLOGICOS PARA COMBATIR EL DOLOR DEL PARTO

A- HIPNOSIS EN EL PARTO	57
1- Tecnicas	57
2- Ventajas	58
3- Limitaciones e inconvenientes	60
4- Resultados	60
5- Indicaciones	61
B- PARTO NATURAL O SIN TEMOR	62
1- Tecnica	63

2- Critica	65
C- PSICOPROFILAXIS	67
D- METODOS DE RELAJACION	70
1- Entrenamiento autogeno	70
2- R ^{el} ajaciòn progresiva	71
E- ANALISIS DE CONJUNTO	72
F- SOFROPEDAGOGIA OBSTETRICA	78

CAPITULO III

VALORACION DEL SUFRIMIENTO EN EL PARTO POR LOS TESTS PSICOLOGICOS DE LAURETTA BENDER Y DE REY.

A- INTRODUCCION	112
B- MATERIAL	114
C- METODO	117
1- Bases Teoricas de la percepcion	117
2- Analisis de las pruebas perceptivas realizadas	123
3- Aplicaciòn de los test	126
D- HALLAZGOS Y COMENTARIOS	133

E- ESTUDIO INDIVIDUAL DE ALGUNOS CASOS	164
F- ESTUDIO BIOESTADISTICO	183
G- CONCLUSIONES	186
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	190

I

EL DOLOR

DEL PARTO

EL DOLOR DEL PARTO

Antes de introducirnos en este complejo tema / del dolor del parto he creído imprescindible para una / mejor comprensión del mismo realizar un análisis completo del dolor corporal.

Lo primero que llama la atención de dicho análisis es el gran número de interrogantes que aún en la / actualidad siguen sin resolver. Su misma definición, su génesis, su significación biológica, sus bases anatomofisiológicas, los factores psicológicos que lo condicionan, constituyen una oscura y complicada temática en la que pocos conceptos se pueden exponer de forma precisa y concreta.

Y como siempre que esto sucede en nuestra Medicina, acentuado en esta ocasión por la importancia capital del tema, un sin fin de investigadores han pasado // por el resbaladizo terreno de la hipótesis dejando tras

de sí un reguero de teorías que con más o menos fundamento han tratado de dar soluciones, muchas veces sin conseguirlo.

Abordar un trabajo bibliográfico sobre tal conglomerado de ideas, he pensado que requiere ante todo // una ordenación. Es por ello por lo que en este estudio / me he propuesto extremar una sistemática expositiva, analizando por separado los diferentes factores que intervienen en el dolor. Soy consciente, no obstante, de que todos están estrechamente relacionados y existe, a veces, / una gran dificultad en su separación. Así, por ejemplo, / al hablar de las bases anatómicas, siendo la anatomía la parte más objetiva de la medicina, no pueden ni los mismos anatómicos, (nosotros, a pesar de nuestro afán de sistematización, tampoco), prescindir de términos tan abstractos y profundamente psicológicos, como emoción, afectividad, atención, personalidad..., porque tanto unos como otros / forman parte de una inseparable unidad sicosomática.

La parte del dolor en general pretendo que sea una guía que nos facilite el camino al entrar en el terreno del dolor del parto. Por ello voy a profundizar en puntos que considero básicos para tal fin y otros los // voy a tratar de una forma más superficial.

En la exposición de la parte correspondiente / al dolor del parto tendré presente, que al ser ante todo un dolor, todas las consideraciones desarrolladas al hablar del dolor en general a él también corresponde; por ello evitaré caer en reiteraciones y sólo analizar(aspectos propios de este tipo especial de dolor.

A- DOLOR CORPORAL

I

BASES ANATOMO-FISIOLOGICAS

1- AGENTES ALGOGENOS.- Al abordar los estímulos / dolorosos surgen particularidades y se plantean interrogantes, la mayoría sin contestación clara y precisa.

La primera es la falta de especificidad y la / gran variedad de agentes algógenos, pudiendo ser traumáticos, eléctricos, térmicos, químicos, estiramientos y / contracciones músculo-tendinosas que sobrepasan los límites fisiológicos, etc. La explicación de que estímulos / tan polimorfos tengan un mismo denominador común, producir dolor, está aún por determinar, aunque en los últimos años se haya avanzado mucho. Al parecer, la unificación / de esa variedad de estímulos en una sola resultante, el dolor, es debido a intermediarios químicos producidos // por el sufrimiento tisular.

a) Dolor periférico.- Ya desde 1933 LEWIS y // HESS habían observado cómo el dolor aparece después de / un período de latencia y a la acción traumática sólo se debía una zona de hiperalgia en la que el umbral al do-

lor estaba disminuido y después se extendía como si se // tratara de la difusión de una sustancia. Todo lo cual le indujo a pensar que el dolor no era el producto de una / alteración directa de las terminaciones nerviosas libres por la acción del agente traumático, sino que lo era de / la posible intervención de una sustancia intermediaria que podría ser la histamina.

Los estudios sobre las sustancias factibles de intervenir en la inducción del dolor experimentaron un / gran avance a raíz del experimento de KEELE (1964), consistente en aplicar un emplasto de cantaridina sobre la / piel del antebrazo durante cinco horas. Se extraía el líquido de la vesícula que se formaba, se recortaba la piel y en la base, así exteriorizada, se aplicaban diversas // sustancias en soluciones isotónicas, isoiónicas e isotérmicas. De esta forma se estudiaron diversas sustancias en función de la intensidad de dolor experimentado (convencionalmente valorado por KEELE entre 0, no dolor, y 4, dolor muy intenso), el tiempo de latencia y la duración. Se comprobó la acción algógena de la acetil-colina, soluciones potásicas, serotoninas, bradiquinina, ácidos (PH menor de 3), bases (PH mayor de 11); soluciones hipo o hipertónicas, histaminas, liberadores de histaminas y sustancia P, sobre la que más adelante insistiremos.

De todo esto se podía deducir que una lesión en la piel puede liberar agentes químicos con propiedades algógenas; pero ¿de qué sustancia química se trataba?. En / un principio se pensó en la histamina, después en la neuroquinina, de naturaleza polipeptida, análoga a la bradiquiniu

na y oxitocina, descubierta por CHAPMAN y finalmente se / han centralizado todas las miras hacia la quinina plasmá tica, que comprende polipeptidos activos biológicamente y a la que se ha denominado "sustancia productora del do lor" (P. P. S. : pain-producing substance), que se libera en el plasma total heparinizado por contacto con el vi-- drio y que tiene las propiedades de producir hipotensión y contracción lenta del músculo liso, lo que fue compro bado por KEELE (1964) en el útero aislado.

b) Dolor profundo.- Las cosas se complican aún más al estudiar la naturaleza y el mecanismo de acción de los agentes del dolor profundo: visceral, muscular, tendi noso y articular.

Son muy diversas las ideas sobre la interpreta ción del dolor visceral. LENNANDER y MACKENZIE niegan su existencia y piensan que la agresión es parietal, KAPPIS y WILLMS comparten esas ideas pero con la divergencia de que la agresión tiene su punto de partida en los mesos. Para NOTHNAGEL lo importante es el estímulo adecuado y / no la zona afectada. BALCELLS (1971) divide las estructu ras anatomopatológicas del dolor visceral en los siguien tes componentes: Dolor esplánico o dolor visceral propia mente dicho, cuyos estímulos parten de la submucosa y de la muscular de las vísceras huecas, dolor paravisceral / cuyos estímulos y receptores se localizan en la serosa / visceral del peritoneo y de los mesos y dolor parietal / cuyos receptores están localizados en el peritoneo parie tal.

Pero aparte de este problema topográfico del // punto de partida del estímulo y del que se pudiera derivar del gran polimorfismo de agentes agresores, ¿de qué / naturaleza es el sufrimiento tisular, que al parecer debe ser también un factor indispensable en la producción del dolor profundo?.

Muchas veces, tanto el agente agresor como la le sión producida son completamente desconocidos como sucede con algunos dolores viscerales, neuralgias, cefaleas, etc. No quiere decir esto, como es lógico pensar, que no existan, sino que en los momentos actuales no podemos descubrirlos. Hipótesis sobre los dolores profundos de causa desconocida no han faltado y así se han achacado a vasodilataciones, vasoconstricciones, éxtasis vascular, etc. CHAPMAN (1961) ha demostrado la liberación de neuroquinina en los accesos de migraña y como la neuroquinina tiene la propiedad de producir vasodilatación y edema en el lugar que es inyectada, estas cefaleas se deben a una vasodilatación, lo que también justifica que el tratamiento de elección / sea la ergotamina.

Pero de todos los estudios acerca del mecanismo de acción de los agentes causantes de dolor profundo el / más interesante ha sido el realizado por LEWIS (1942) con sistente en estimular la contracción muscular del antebrazo a un ritmo de una contracción por segundo permaneciendo con una compresión en el brazo mediante un brazalete / que dificultaba la circulación sanguínea. El dolor aparecía a los veinticinco segundos aproximadamente y era muy intenso entre los sesenta y noventa segundos. Cuando se /

interrumpían las contracciones pero continuaba la compresión, el dolor se mantenía hasta unos segundos después / de que ésta desapareciera. Este experimento demostraba que el estímulo doloroso se podía almacenar e inducía a pensar en la intervención decisiva de una sustancia química que / fue denominada por LEWIS y colaboradores sustancia P, que aunque también se producía con el músculo en reposo, lo hacía en mayor cantidad durante la contracción y en la isquemia y al llegar su concentración a un valor crítico era la responsable del dolor. (Volveremos sobre estas ideas al hablar del dolor del parto).

2-RECEPTORES.- La misma característica de inespecificidad que veíamos en los estímulos, encontramos al estudiar los receptores. Se ha podido ver cómo los receptores del dolor están formados por terminaciones libres, desprovistas de la cápsula y de la organización específica de los receptores del resto de las sensaciones, que precisamente la tienen para protegerlos de estimulaciones no específicas. Se ha demostrado este hecho al observar que en regiones muy sensibles al estímulo nociceptivo (córnea, membrana timpánica, pulpa dentaria) tan sólo existen receptores con terminaciones libres (MAMO, 1972; MIQUEL, 1968; LABORIT, 1971; JIMENEZ-CASTELLANOS, 1965, y otros). Esto no quiere decir que los receptores de terminaciones libres / les den un carácter de especificidad a la recepción dolorosa, pues por un lado, como afirma JIMENEZ-CASTELLANOS, / (1965) y MAMO (1972), regiones con revestimiento mucosos y cutáneos, como la córnea, en la que sólo existían recepto-

res de terminaciones libres son capaces de recibir todas las sensaciones somestésicas, y por otro lado, terminaciones encasuladas de las fibras A delta están también encargadas de la recepción dolorosa.

3- GENESIS DEL MENSAJE DOLOROSO.- La transformación de la energía mecánica en energía nerviosa y el nacimiento por tanto del mensaje doloroso tampoco tiene aún / una explicación precisa. La teoría más verosímil para MAMO (1972) es la de que "el estímulo, directamente o por su intermediario químico, crea una modificación de la permeabilidad de la membrana de la terminación libre frente a ciertos iones. Los cationes, y en particular el sodio, penetran en las fibras mientras que los aniones la abandonan, creándose de esta manera una diferencia de potencial que da origen al potencial del receptor. Y cuando este potencial alcanza una cierta amplitud se produce un paso de potencial de acción que recorren la fibra sensitiva, siendo proporcional la frecuencia de las descargas así creadas a la amplitud del potencial del receptor, que a su vez depende de la intensidad del estímulo".

4- CONDUCCION PERIFERICA.- Se ha podido ver gracias a estudios electrofisiológicos que existen dos clases de fibras encargadas de la conducción periférica del dolor:

a) Las fibras A delta mielinizada y de conducción rápida (15 a 20 metros por segundo para LABORIT, y 2 a 6 metros por segundo para MAMO).

b) Las fibras C, amielínica, mucho más fina y de

conducción más lenta (0,6 a 2 metros por segundo).

El umbral de excitabilidad de las fibras C es 100 veces más elevado que el de las fibras A y aunque / las dos clases de dolores que conducen estas fibras, el rápido y el lento, pueden surgir tanto en la piel como / en las vísceras, en las zonas cutáneas prepondera el rápido y en las zonas viscerales el lento.

Estos detalles anatomo-funcionales van a inducirnos a algunas consideraciones clínicas. La conducción rápida dará lugar a un dolor de aparición inmediata, /// brusca, poco persistente, focalizado, y no afecta al sujeto profundamente; por el contrario la conducción lenta determinará un dolor difuso, de aparición más lenta y // que afecta profundamente al sujeto. A estos dos tipos de dolores se le han dado las denominaciones, que aunque // combatidas por algunos autores están admitidas por otros muchos, de epicrítico el primero y protopático el segundo.

5- ESCALA MEDULAR.- A medida que los estudios / electrofisiológicos y las técnicas histológicas han ido / avanzando las estructuras anatómicas a este nivel se han complicado y así MAMO nos señala cómo las concepciones / esquemáticas de PEARSON, que admitía dos tipos de células dentro de la sustancia gelatinosa, las periaxiales y las del núcleo propio, han sufrido profundas modificaciones y hoy se conocen hasta cinco capas de células en el asta posterior. Pero no es mi intención entrar en tales profundidades anatómicas y sólo pretendo hacer algunas /

consideraciones esquemáticas que nos lleven, al final de este capítulo, a precisar conclusiones sobre este complicado tema del dolor.

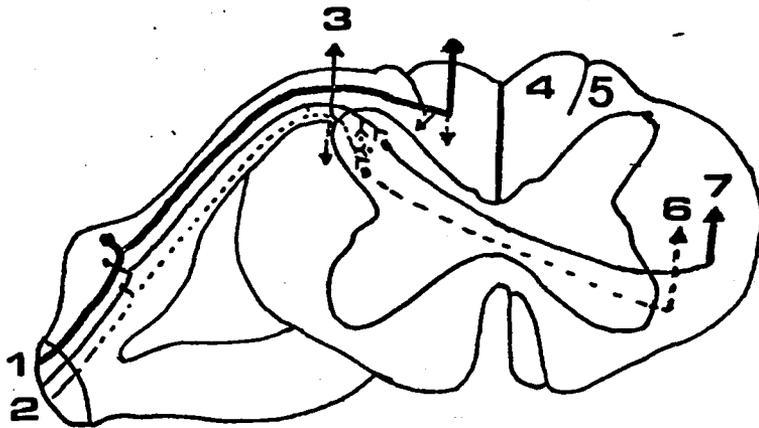
Las fibras gruesas (A delta) sufren una separación subiéndolas directamente al cerebro con las fibras de la vía directa lemniscal y otras se intercambian en la sustancia gelatinosa de Rolando (Figura 1). Las más finas (fibras C) experimentan al llegar a la médula una bifurcación dando lugar a una rama ascendente y otra descendente que extendiéndose verticalmente a la distancia de uno o dos segmentos espinales, constituye el fascículo de Lissauer (Figura 1) del que salen fibras que hacen sinapsis en la sustancia gelatinosa de Rolando.

Una vez que estas dos clases de fibras han hecho escala en la sustancia gelatinosa, pasan, bien directamente o a través de una neurona de transición (neurona "T"), al lado medular opuesto formando dos fascículos de fibras medulares, el neo-espino-talámico y el paleo-espino-talámico, que a su vez se divide en dos grupos de fibras, el grupo espino-retículo-talámico y el espino-talámico directo, tal como podemos apreciar en la figura 1.

Tras la descripción de estas estructuras anatómicas, no del todo claras, debemos hacer unas consideraciones funcionales, que si bien tampoco se conocen de una forma precisa, sí lo suficiente como para afirmar que no son tan sencillas como a primera vista se podía pensar.

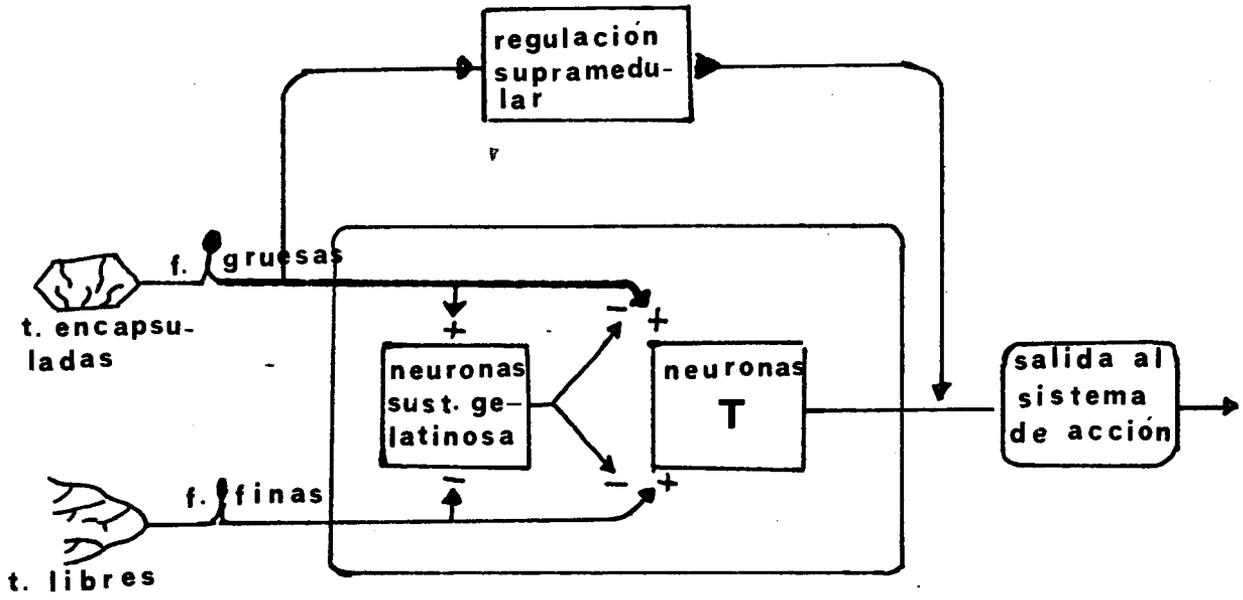
La sustancia gelatinosa de Rolando recibe cola

F. 1



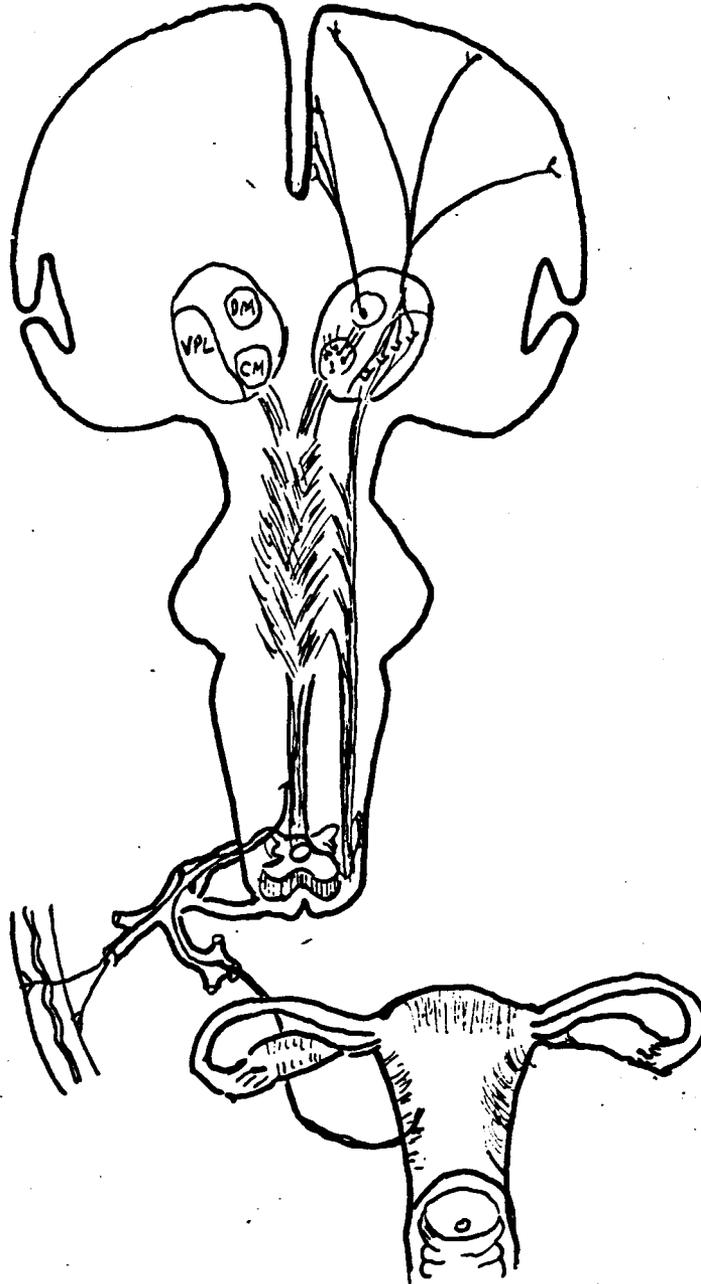
- 1 Fibras A
- 2 " C
- 3 F. de LISSAUER
- 4 F. " GOLL V. lemniscales
- 5 F. " BURDACH
- 6 F. paleo-espino-talamico
- 7 F. neo " " "

F. 2



F. 3.

VIA DOLOROSA



nerales de las fibras de sensibilidades específicas no llega a la médula, lo que explica cómo ya a nivel medular existe una influencia del resto de las sensaciones / sobre la conducción dolorosa. Pero aún se complican más las cosas cuando MELZACK y WALL (1968) elaboran su teoría de "control de compuerta", esquematizado en la figura 2. Las fibras gruesas que han sido excitadas junto a las fibras de pequeño diámetro por el estímulo nociceptivo ejercen una acción inhibitoria, mientras que las fibras de pequeño diámetro ejercen una acción excitadora. Estas acciones se realizan sobre las neuronas intercalables, o neuronas "1". Y de todo esto se deduce que para que los influjos nociceptivos atraviesen esta barrera es necesario que la acción excitadora de las fibras de pequeño diámetro predomine sobre la acción inhibitoria de las fibras de gran // diámetro.

Por otro lado, tras esas sinapsis con las neuronas intercalares, existen derivaciones que, en íntima relación con las fibras vegetativas por la vía anterior de la médula, van, por un lado a la viscera de donde partió el estímulo contribuyendo a mantener y exacerbar la causa inicial de la irritación dolorosa visceral (vasoconstricción, isquemia, etc.) y por otro, sobre la estructura parietal de la metámera correspondiente, produciendo el consabido efecto simpático de vasoconstricción que determina la anoxia y que a su vez es la causa de la contractura muscular, los trastornos tróficos y la liberación de catabolitos. Todo lo cual va a tener un // efecto nociceptivo que pone en marcha una corriente dolo

rosa a través del correspondiente nervio raquídeo, que / trae como resultado el "dolor referido" de una causa vi§ ceral (JIMENEZ-CASTELLANOS, 1965).

Las vías dolorosas ascendentes de la médula / la podemos esquematizar en dos, la espino-talámica y la espino-retículo-talámica, conductoras de los dos tipos / de dolores que venimos analizando, epicrítico y protopá tico, denominados por JIMENEZ-CASTELLANOS (1965) somáti co o periférico y visceral para indicar sin duda el pre dominio en la localización de uno y otro.

6- NIVEL SUPRA-MEDULAR.- En el tronco del en céfalo ambas vías van a seguir caminos diferentes, pues mientras el haz apino-talámico, como su nombre indica, / va a ser un haz de paso hasta llegar a los núcleos del / tálamo lo que no quiere decir que sus fibras no sufran / un empobrecimiento sobre todo en la sustancia reticular a nivel del sistema activador ascendente, el haz apino-retículo-talámico va a intercambiarse en múltiples si-- napsis con la sustancia reticular (Figura 3).

En el telencéfalo las conexiones siguen sien do diferentes; la vía espino-talámica hace escala en el núcleo ventral póstero-lateral (V P L) en la porción // "específica" del tálamo, en íntima relación con las vías lemniscales que también se intercambian en dicho núcleo. Como podemos ver en la figura la vía espino-retículo-ta lámica se intercambia en unos núcleos de tálamo "inespe cífico" sobre cuyas denominaciones según MAMO (1972) los

diferentes autores no se ponen de acuerdo y que nosotros, siguiendo la nomenclatura de JIMENEZ-CASTELLANOS (1965)/ llamamos centrum medianum (C M) y dorso medial (D M).

En las proyecciones corticales el haz conductor del dolor epicrítico, que como hemos venido observando ha ido en todo su trayecto ascendente en íntima relación con la vía lemniscal portadora de las sensibilidades específicas, entre ellas la táctil, también en su proyección cortical va a continuar esa relación y vemos cómo se localiza en las áreas retrorrolándicas siguiendo la misma sistemática distribución que la táctil. En lo que se refiere a las proyecciones corticales del dolor protopático las cosas se complican enormemente. Ya vimos la difusión que experimentaba al hacer escala en la sustancia reticular / troncoencefálica poniéndose en contacto a través de ella, con las numerosas estructuras que dicha sustancia relaciona, entre las que se encuentra la propia corteza que como sabemos interviene en el circuito de PAPEZ; de aquí que la localización cortical del dolor protopático sea extremadamente difusa e inespecífica, aunque no obstante, siguiendo a JIMENEZ-CASTELLANOS (1965) predomine la del lóbulo frontal a nivel de las áreas 8, 9, 10 y 11, que es precisamente donde tiene su asiento anatómico, según el propio JIMENEZ-CASTELLANOS (1965), el proceso del conocimiento y la personalidad.

Estas consideraciones anatómicas sobre la vida dolorosa supramedular trae consigo otras funcionales de una gran importancia. El hecho de que el haz espino-talámico y sobre todo el haz espino-retículo-talámico hagan /

escala en la sustancia reticular troncoencefálica va a / traer como consecuencia que la conducción del mensaje do loroso se vea influenciada por su complicado y aún no // bien conocido, a pesar de los muchos estudios realizados, funcionalismo. De esa compleja función de la sustancia re ticular podemos entresacar dos misiones fundamentales:

a) Ser el elemento regulador que por medio de / su sistema activador ascendente (sustancia reticular del mesencéfalo, protuberancia y parte dorso-lateral del bulbo) o de su sistema inhibitor descendente, active o inhiba los mensajes que a través de él lleguen a la corteza.

b) Relacionar diferentes estructuras del sistema nervioso central, fundamentalmente el rinencéfalo, tá lamo-hipotálamo y corteza cerebral, intervenir en la regulación respiratoria, cardiovascular, digestiva, etc. y recibir colaterales aferentes, auditivas visuales y olfativas. Así mismo, de la sustancia reticular también parten vías descendentes portadoras de respuestas centrales.

De todo esto se deduce, por un lado que el mensaje doloroso sea sometido antes de llegar a la corteza a una activación o inhibición según predomine el sistema activador o inhibitor de la sustancia reticular, y por / otro que, debido al papel difusor de la sustancia reticular, haya una influencia mutua entre el mensaje doloroso y las funciones de cada una de las estructuras que se re lacionen con ella:

- La función rinencefálica, estrechamente uni-

da al comportamiento emocional, va a traer como consecuencia que el estado emocional del sujeto influya sobre el // mensaje doloroso y éste a su vez influya sobre aquel.

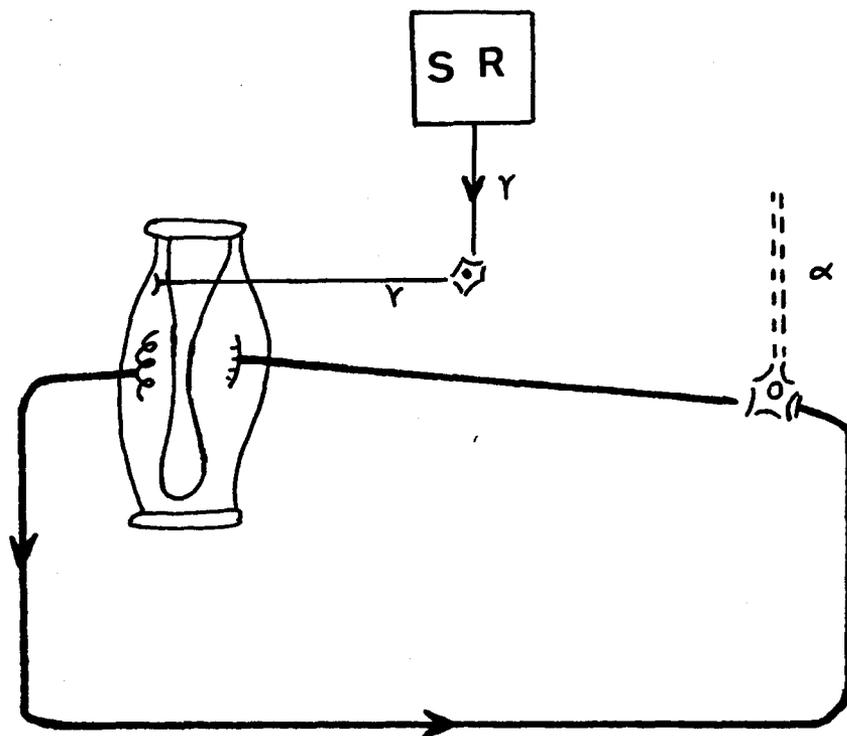
- De igual forma la función hipotalámica interviene en el circuito afectivo-emocional y a su través se / ejerce una repercusión hipofisiaria que es la responsable de que en el dolor se produzca un incremento de secreción de corticotrofina, que pone en guardia la función de la / suprarrenales hacia un estado de actitud defensiva.

- Los centros de regulación, sobre todo el respiratorio, y el mensaje doloroso van a sufrir una mutua influencia, que explica las modificaciones respiratorias // producidas por el dolor, incluso en animales descerebrados y las que sobre el dolor puede ejercer la respiración.

- Estímulos sensoriales, que como vimos llegan / colateralmente a la sustancia reticular, pueden influir sobre el mensaje doloroso bien directamente o condicionando un predominio activador o inhibidor de la sustancia reticular.

- La integración de los mensajes dolorosos en el circuito afectivo-emocional va a traer como consecuencia, que dependiendo de la intensidad de la "vivencia dolorosa" pueda quedar el dolor almacenado en el substrato cortical de la memoria y en cualquier momento ser revivido con tal fuerza que determine un tipo especial de dolor, "el dolor recuerdo", (JIMENEZ-CASTELLANOS 1965), sin estímulo físico que lo determine o ejerza una influencia sobre posteriores vivencias dolorosas relacionadas de alguna forma /

F 4



con la primera.

- A través de las conexiones retículo-córtico-reticulares existe una participación difusa cortical del mensaje doloroso.

Pero también vimos cómo de la sustancia reticular partían vías descendentes que llevaban respuestas hacia la médula. Existen motoneuronas que conectadas a los husos neuromusculares van a participar en la "actividad / gamma" como esquemáticamente se observa en la figura 4. De tal forma que una activación reticular produce un aumento del tono muscular y una inhibición, una disminución del mismo (MORIN, 1966). Así pues, cuando el mensaje doloroso estimula el sistema reticular activador se crea un estado especial de atención y vigilancia, que lleva consigo un aumento de la agudeza perceptiva y una respuesta // eferente medular a través de las motoneuronas que producirá un aumento del tono muscular que llevará a su vez a // una actitud de aprestamiento motor. (JIMENEZ-CASTELLANOS, 1965).

A partir de las estructuras superiores descendien también vías, aún mal identificadas, portadoras de // las respuestas del sistema nervioso a la información dolorosa, que muchas veces, sin participación cortical, van a representar el componente central del control que a nivel del asta posterior medular se ejerce sobre el dolor según concepciones de MELZACK y WALL de su "control de contrarreacción central" (Figura 2). Se trata, pues, de un circuito de contrarreacción central que nos permite comprender que el do

lor pueda ser totalmente bloqueado, disminuido o desnaturalizado (MAMO, 1972), lo que sucede por ejemplo cuando / hay una desviación de la atención, en el caso de condicionamientos, como el de dolor-comida, en el que el dolor producirá secreción salival, etc.

En la exposición de este tema he comenzado con un análisis anatomofisiológico del dolor. He creído que / antes incluso que definirlo debíamos estudiar las bases / estructurales y fisiológicas que van a sostener el proceso que en un plano más psicológico va a rodear a la vivencia dolorosa. No admitimos la idea de GOODDY que pone en duda la existencia de tales estructuras, ya debatidas por el hecho de que en la cordotomía desaparece el dolor sin afectarse otras sensibilidades. Ni siquiera podemos dar / la razón a WEBER (1971), que si bien considera como im--prescindible las estructuras nerviosas en el acontecer doloroso, niega su relación con los fenómenos anímicos que dan colorido al dolor. Ya hemos visto como a pesar de que mi intención, en un afán de llevar una sistemática expositiva, ha sido considerar solamente las bases anatomofisiológicas del dolor, no he podido prescindir de términos // tan psicológicos como emoción, afectividad, atención, personalidad. No podemos considerar a las vías dolorosas de una forma simplista como un camino a través del cual van los mensajes dolorosos de los receptores a la corteza cerebral. El sostén anatómico del dolor es extraordinaria--mente complejo. Pero en todo él, desde los receptores con

su falta de especificidad, el sistema de "control de // compuerta" medular con repercusión central y sobre todo la acción difusora de la sustancia reticular, especialmente sobre el dolor protopático, nos lleva a pensar que todas las bases anatomofisiológicas del dolor están presididas por un complejo "sistema integrativo", y a considerar que en el dolor interviene la personalidad global del sujeto que lo padece.

II

D E F I N I C I O N

"Siendo el dolor lo más trascendental e importante de toda la Medicina, es cosa bien singular que no se pueda definir" (ROF CÀRBALLO, 1971). Y precisamente de la dificultad de definirlo han surgido una gran variedad de definiciones, ninguna de las cuales logra contestar de una forma clara y precisa la interrogante: ¿Qué es el dolor?.

Algunos autores incluyen al dolor dentro del campo de las sensaciones. Para SADE el dolor es la sensación más activa e incisiva. MAMO (1972) agrupa de igual forma al dolor dentro de las sensaciones, aunque tenga /

características muy peculiares. STRONG considera en el dolor, además de un componente sensorial o de percepción // idéntico para todos los individuos, otro de reacción variable de unos individuos a otros.

Definiciones demasiado simplistas, porque como vimos en el estudio anatómo-fisiológico, en el acontecer doloroso existe un tan marcado componente psicológico que lejos de prescindir de él al definir el dolor tenemos que incluirlo como parte fundamental del mismo.

Así ROF CARBALLO considera al dolor además de / como una percepción, reacción y expresión, como una "manifestación emocional" que depende de lo vivido con anterioridad en la historia del sujeto. Definición que él mismo manifiesta es incompleta porque le falta algo que considera inseparable del dolor, su aspecto de comunicación interpersonal.

ALONSO-FERNANDEZ (1974), que con autores del // prestigio de LEWIS y LERICHE señala también la imposibilidad de definir el dolor adecuadamente, aunque sí de señalar sus rasgos más esenciales, incluye al dolor dentro de los "sentimientos sensoriales". No se trata siquiera de / una "sensación sentimental", es decir, de una sensación / con un gran componente emocional como había defendido // STUMPF, sino de un auténtico fenómeno afectivo.

Dentro de los fenómenos afectivos el más representativo y frecuente es el "sentimiento" ("estado pasivo del yo que se acompaña de una tonalidad agradable o desagradable"). Entre los distintos tipos de sentimientos se

encuentran los sensoriales (sentimiento localizado en un sector del organismo), cuyo modelo más típico es el dolor.

III

SIGNIFICADO BIOLÓGICO

¿Qué significación tiene el dolor?, ¿qué papel juega el dolor en la vida?

Para algunos autores (HERNANDEZ, 1974 y MAMO, 1972) el dolor denuncia que ha sido rota determinada condición de equilibrio biológico, traduciendo, pues, un estado de posible fracaso de la normalidad biológica.

Para otros (ALONSO-FERNANDEZ, 1974; TAMARIT, // 1971; MIQUEL, 1968), una de las finalidades del dolor es la defensiva. Es el responsable de que por vía refleja // suspendamos el contacto con los estímulos nocivos y evitemos repetir actos que pueden ser peligrosos.

ROF CARBALLO (1971) considera como una finalidad muy importante del dolor la de constituir un medio de comunicación, una "llamada pidiendo auxilio", significación especialmente patente en el niño.

Una de las ideas más debatidas respecto a la // finalidad biológica del dolor es la del "signo o señal".

Es evidente de que muchas veces el dolor avisa de que algo va mal dentro del organismo con la suficiente premura como para que se pueda instaurar una terapéutica eficaz. Por otro lado, como vimos al definirlo, una de sus características principales es la de su localización (sentimiento localizado), lo que le imprime un valor como medio de diagnóstico clínico, ya que muchas veces el dolor no sólo avisa sino también nos señala el lugar de la patología; y a veces incluso nos marca con su intensidad la gravedad de la lesión.

Pero otras muchas veces esto no es así y enfermedades tan graves como la leucemia que llevan al sujeto a la muerte, cursan silenciosamente, sin la presencia del más mínimo dolor que avise de lo que está sucediendo. En otras, no hay paralelismo entre la intensidad del dolor y la intensidad del proceso morboso que lo produce y finalmente en otras muchas el dolor presenta una localización distante de la del proceso patológico. Esto hace que con frecuencia, como muy bien afirma LERICHE, el dolor, lejos de ser el timbre de alarma o la lucecita que se enciende y avisa de la lesión corporal, es un proceso que destruye, rebasando en importancia a la causa que lo ha originado y constituyendo por sí mismo una "enfermedad".

IV

La intensidad con que es percibida la sensibilidad dolorosa varía mucho de unos sujetos a otros. Frente a personas hipersensibles al dolor pueden existir otras indiferentes al mismo. También dentro de un mismo // individuo puede variar en función de muchas circunstancias. Pero, ¿cuáles son los factores que determinan esta variabilidad?

Vimos al estudiar las bases anatomofisiológicas del dolor, cómo en la percepción del mismo interviene la personalidad global del sujeto que lo padece. Ahora bien, ¿en función de qué matices de la personalidad el umbral / al dolor varía de unos individuos a otros?. Sería muy difícil contestar de una forma clara y precisa esta interrogante; no obstante vamos a hacer algunas consideraciones al respecto:

- ALONSO-FERNANDEZ (1974) afirma que "la sensibilidad individual al dolor se mantiene bastante paralela al grado de desarrollo de la personalidad y la inteligencia"; así se ha podido ver cómo entre los pueblos primitivos y los oligofrénicos profundos la sensibilidad al dolor suele hallarse muy disminuida mientras que los sujetos más / sensibles al mismo suelen tener una personalidad muy diferenciada y un alto nivel intelectual.

- HASLAM (1966) realizó un estudio experimental relacionando los umbrales para el dolor con la característica de introversión o extroversión del individuo. Consistía en provocar dolor mediante estímulos térmicos a doce individuos introvertidos y a otros doce extrovertidos. El umbral medio en los extrovertidos fue considerablemente /

mayor, es decir su sensibilidad al dolor era menor, que en los introvertidos. Sin embargo experimentando con estímulos eléctricos ambos umbrales eran semejantes.

Factores circunstanciales pueden jugar un papel muy importante en la percepción dolorosa. BEECHER // (1957) realizó un interesante estudio en el que se demuestra lo que acabamos de decir. Entre los 215 soldados heridos en la "Cabeza del puente de Anzio", en Italia, pudo ver cómo sólo el 25 % tenían dolores tan intensos que necesitaban del auxilio de los analgésicos y el 75 % restante podían soportarlos perfectamente sin solicitar ayuda de los mismos. Repitió esta misma experiencia entre 150 heridos de la vida civil con el mismo tipo de lesiones y pudo comprobar cómo el 87 % exigían analgésicos para calmar sus dolores y sólo el 17 % lo soportaban sin solicitarlos.

La interpretación de tales hechos nos la da el propio BEECHER: la lesión de un herido de guerra supone un pasaporte de seguridad; el soldado que resulta herido es trasladado a un hospital, librándose de esta forma, / del peligro de muerte que supone continuar en el campo / de batalla. Para el herido civil por el contrario su lesión lleva aparejada además de una serie de incomodidades (estar alejado de su familia, de sus quehaceres, etc.), un peligro para su vida. El grado de intensidad de la percepción dolorosa es diferente en ambos grupos porque en ambos es también diferente el grado de amenaza existencial. De igual forma pudo comprobar cómo entre los postoperados con dolores intensos, los analgésicos eran eficaces en el 52 % de los casos y los placebos en el 40 %, /

mientras que si los dolores eran más ligeros los calmantes eran activos en el 89 % de los casos y los placebos sólo en el 26 %. De estos estudios se deduce, pues, que esa circunstancia, el "grado de amenaza existencial", // juegue a veces un papel decisivo en el umbral de la percepción dolorosa.

Vimos al estudiar las bases anatomo-fisiológicas del dolor la importancia de la "atención" en la percepción dolorosa. Analizámos con JIMENEZ-CASTELLANOS cómo al subir el mensaje doloroso a niveles supramedulares interviene la atención que queda fija en la zona dolorosa, aumentándose así la agudeza perceptiva. De aquí que toda desviación de la atención de la zona de donde parte el / dolor influya sobre la intensidad de la percepción, incluso hasta hacerlo desaparecer (BALCELLS, 1971; MONTSERRAT-ESTEVE, 1971; MAMO, 1972; BRUYN, 1973 y otros). En esta desviación de la atención están basadas muchas técnicas psicológicas-hipnóticas, sofrológicas, respiración rítmica de la Escuela Psicoprofiláctica- para combatir / el dolor. Esto explica también el hecho de que algunos / dolores aumenten de intensidad por la noche que es cuando la información dolorosa llega a los centros sin interferencia de otras informaciones que desvían la atención // (PEDRO-PONS, 1971).

De los experimentos de RANSCHBURG recogidos por EYSECK (1975) se desprendió la idea de que los estímulos heterógenos tienen un umbral perceptivo menor que los // estímulos homogéneos. Todos los sentidos presentan el fenómeno de adaptación ante la persistencia de estímulos /

homogéneos; pero en lo que se refiere al dolor la reducción de la sensibilidad al prolongarse el estímulo es más difícil de demostrar porque el dolor no es una experiencia sensorial pura, y rara vez se presenta de una forma continua e invariable, sino que por lo común fluctúa en su intensidad (COHEN, 1974), aunque por supuesto algunas veces no / se puede negar la existencia de tal adaptación.

Juega un papel muy importante en el grado de sensibilidad al dolor el estado emocional del sujeto y así, / frente a situaciones emocionales negativas que bajen extraordinariamente el umbral al dolor pueden existir otras con tan alto grado de espiritualidad, que el umbral esté elevado hasta límites insospechados lo que nos explica la actitud de algunos mártires ante el dolor (AGUIRRE DE CARCER, 1975).

V

REPERCUSION DEL DOLOR EN EL SUJETO

Vimos con JIMENEZ-CASTELLANOS cómo el dolor, dependiendo de su intensidad, puede quedar almacenado en el subtrato cortical de la memoria y en cualquier momento ser revivido con tal fuerza que determine un tipo especial de dolor, el "dolor recuerdo". Es indudable que, como afirma ALONSO-FERNANDEZ, el dolor y el sufrimiento a menudo pre-

sentan para el sujeto un significado tan especial que adquiere el rango de vivencia (experiencia vivida por uno mismo con una especial significación, por lo que deja una huella viviente en la personalidad). El dolor y el sufrimiento vivenciado deja, pues, una huella indeleble en la personalidad del individuo, que puede llevarle a cambios radicales de comportamientos y sobre todo a ejercer una / gran influencia en posteriores vivencias relacionadas de alguna forma con la primera. ROF CARBALLO (1971) y otros muchos autores consideran como característica importante del acontecer doloroso la influencia de experiencias pasadas que van a aumentar su intensidad o a imprimirle un colorido psicológico especial. Es tan importante la repercusión psicológica del dolor sobre el individuo que como poníamos en la pluma de LERICHE, muchas veces el dolor, / lejos de ser el timbre de alarma que avisa del proceso // patológico, rebasa en importancia a éste y de ser un aviso se convierte por sí solo, en una enfermedad.

VI

REACCION AL DOLOR. ACTITUD DEL INDIVIDUO
FRENTE A EL. COMPORTAMIENTO.

Si volvemos una vez más al estudio anatomofisio

lógico y nos detenemos en ese hacer escala del mensaje // doloroso en el sistema reticular activador ascendente, // con el estado especial de atención y vigilancia, con la / respuesta eferente medular que lleva a una actitud de /// aprestamiento motor, y con la puesta en guardia de la /// función suprarrenal hacia un estado de actitud defensiva, fácilmente tenemos que pensar que implícito en el dolor, formando parte del mismo, se encuentra la reacción que // ante él experimenta el individuo.

Esta reacción y el comportamiento que lleva con sigo depende de diversos factores:

1º Del propio individuo, de su personalidad: "Di me cómo te comportas ante el dolor y te diré quién eres" (LOPEZ IBOR, 1970). Si el dolor es un sentimiento y el // sentimiento es la forma de vivencia afectiva más frecuente, tendremos lógicamente que pensar que el comportamiento del individuo se vea influenciado, además de por otros matices de su personalidad en los que me sería difícil en trar, por el grado de maduración psicológica afectiva. Al hablar del comportamiento en el parto volveremos a insistir sobre esto.

2º De circunstancias tales como la ya analizada "amenaza existencial". Así el soldado herido reacciona an te el dolor arrastrándose hasta un lugar seguro, mientras que esa misma lesión en otras circunstancias le llevaría a desplomarse de dolor.

3º Finalmente, dependerá del propio dolor y de

su significado para el sujeto. El comportamiento ante el dolor agudo y momentáneo será diferente al adoptado ante el dolor crónico. Entre la gran gama de significado que puede presentar el dolor (dolor insoportable y exterminador, frustrante, amenazador, etc.) que llevará al individuo a otras tantas formas de experimentarlo, vamos a /// apuntar tan sólo, que frente a ese sentido "absurdo" y / sin significación que muchas veces presenta el dolor, an te el que el sujeto sufre no solo por el dolor en sí, si no también por esa falta de sentido de su sufrimiento, / está un dolor especial, el dolor del parto, de tan alto grado de significado psicológico espiritual, que la mujer puede sufrirlo estoicamente porque con él se autorrealiza en la esfera de la maternidad. (ALONSO-FERNANDEZ, 1974).

B- DOLOR DEL PARTO

I

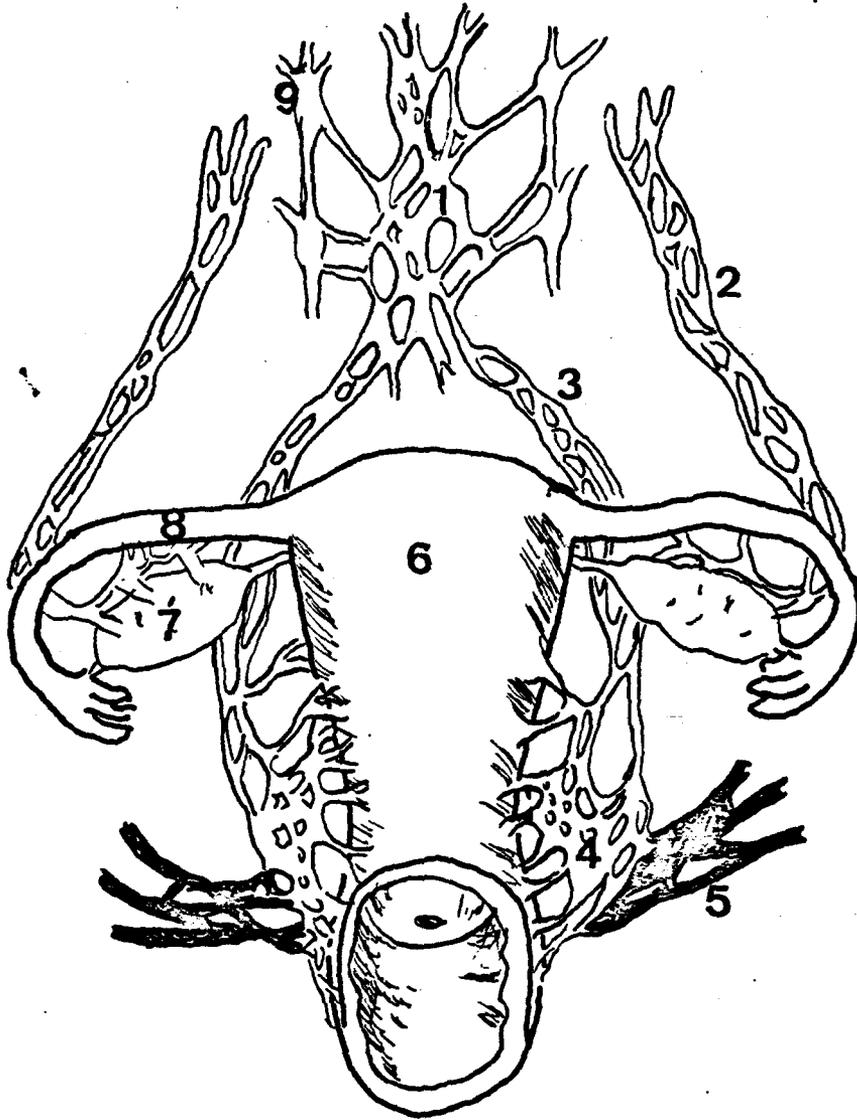
INERVACION UTERINA

Sin entrar en muchos detalles, que considero / innecesarios para abordar este problema del dolor del / parto, voy a describirla de una forma muy esquemática.

La inervación del aparato genital femenino tie ne su origen en segmentos medulares comprendidos entre / el dorsal décimo hasta el tercero sacro. El útero es /// inervado por dos clases de fibras, unas de caracter sim- pático y otras de caracter parasimpático. Las primeras / tienen su origen en los segmentos medulares lumbares en- tre la L-2 y L-5, de cuyos ganglios parten filetes que / forman el flexo presacro que, como vemos en la figura 5 se bifurca en los plexos hipogástricos, que acompañando a las arterias hipogástricas primero y uterinas después, llegan a las regiones uterinas cérico-laterales (BOTE- LLA, 1970). La inervación parasimpática procede del ner- vio pélvico, originado a partir de los segmentos sacros, que están constituidos, como se ve en la figura, por una serie de anastomosis que a su vez en las zonas cérico-

F. 5

INERVACION UTERINA



laterales del útero se relacionan con los filetes simpáticos de los plexos hipogástricos, dando lugar a una inervación mixta fusionada.

Diremos, finalmente, que SANCHEZ MALDONADO (1961) aportando referencias de TORRE, KAIFFER VINOS y otros, señala la existencia de pequeños ganglios yuxta-cervicales / en íntima relación con los filetes musculares uterinos.

II

GENESIS DEL DOLOR DEL PARTO

Si oscuro es el problema de la génesis del dolor en general, no lo es menos la del dolor del parto. Se ha / llegado incluso a dudar de su existencia como entidad neurofisiológica, creyéndose que era sólo producto de múltiples reflejos condicionados (escuela de PAULOV) o el resultado de la suma del miedo más la tensión (escuela de READ).

Hoy nadie se atreve a negar la existencia del / dolor del parto explicada a través de los diversos mecanismos que se ponen en marcha durante el mismo, aunque, por supuesto, sin desdeñar la influencia de los factores aludidos por dichas escuelas.

Pero ¿de dónde parten los impulsos que van a originar el dolor del parto?

Una idea muy generalizada (ALTIRRIBA, 1968; CAL-

DEYRO-BARCIA y ALVAREZ, 1953; USANDIZAGA, 1960; RIMBACH, 1966) es que en contra de lo que a primera vista podría / suponerse los dolores del parto no proceden de las contracciones uterinas, sino del sistema de sostén y cierre del / útero que al modificarse en su anatomía iban a ser los responsables del dolor. Así, es un hecho comprobable que en el curso del parto el parametrio, rico en vasos y en formaciones nerviosas, es contraído y comprimido, los ligamentos / redondos son estirados, (si bien HENDRICKS y col., 1965, / pone en duda tras un laborioso trabajo, tales modificacio- nes), las articulaciones de la pelvis son microtraumatiza- das, el cuello se dilata y lacera y finalmente el canal / blando se distiende y con frecuencia se desgarra. Es lógi- co pensar que todas estas modificaciones produzcan dolor. Se podría, en definitiva, afirmar que el dolor del parto / es el tributo que la mujer tiene que pagar por su bipedes- tación que al traer como consecuencia que el contenido ute rino gravite precisamente sobre el lugar de su salida (cuello y periné) el mecanismo de cierre tiene que tener una / especial fortaleza y por tanto en su apertura sufrir pro- fundas modificaciones.

A favor de estas ideas, que niegan la causalidad uterina del dolor del parto, están los trabajos de CALDEY- RO-BARCIA y ALVAREZ (1953) en los que se comprueban cómo / las primeras contracciones del alumbramiento son tan inten sas como las del parto y sin embargo son indoloras y exis ten contracciones del final del embarazo que tampoco se ma nifiesten como dolorosas.

En contra de estas ideas, es decir, a favor de /

una intervención directa y por sí sola de la contracción uterina en la génesis del dolor del parto podemos argumentar lo siguiente:

1º Como vimos en la inervación uterina, existe en la zona yuxta-cervical gran riqueza de ganglios en íntima relación con las fibras musculares; sería, pues, lógico pensar que cuando la contracción de éstas llegara a un determinado grado se produciría la excitación de las / fibras nerviosas y el dolor, lo cual estaría avalado por el hecho de que la mujer comienza a sentir el dolor unos segundos antes de comenzar la contracción y le desaparece también unos segundos antes de que se termine.

2º Si el dolor del parto es un tributo que la / mujer tiene que pagar por su bipedestación y tiene su punto de partida en el mecanismo de cierre, ¿por qué existe dolor de parto, aunque de forma diferente, en la gran mayoría de los mamíferos?.

3º Los estudios de CALDEYRO-BARCIA y ALVAREZ también poco son de suficiente peso. Aunque las primeras contracciones del alumbramiento sean tan intensas como las del parto, la misión de ambas son diferentes, así la contracción del parto tiene la misión de expulsar el feto y la del // alumbramiento la de desprender y expulsar la placenta y / realizar hemostasia, y por tanto, la mecánica será también diferente. El hecho de que la mayor parte de las gestantes no perciban como dolorosas las contracciones del /////

final del embarazo, no es, de igual forma, un argumento / con el suficiente fundamento para decir que el dolor del parto no tenga un punto de partida en la contracción uterina.

4º La evolución que sigue al dolor, íntimamente ligado a la que sigue la contracción, nos induce a pensar que a pesar de que las modificaciones en el mecanismo de cierre, también siguen una evolución sincrónica con las / contracciones, es más lógico que éstas sean las directamente responsables del dolor.

5º Finalmente, si volvemos a los estudios experimentales de LEWIS (1942), de los que se dedujeron la intervención decisiva en el dolor muscular de una sustancia que fue llamada "sustancia P", que se producía fundamentalmente en la contracción muscular y en la isquemia, almacenándose hasta llegar a un valor crítico en el que aparece dolor, podemos dar una explicación de la génesis del dolor del parto en el sentido de que en la contracción uterina se produzca sustancia "P" y al llegar la concentración de ésta a un determinado valor se enjendre el dolor. Esto podía explicar que las últimas contracciones del embarazo e incluso las primeras del parto sean indoloras y, al ir creciendo en intensidad, llegue un momento en que / se conviertan en dolorosas y de igual forma también explica el hecho de que cada contracción comience a ser dolorosa al llegar a una cierta intensidad y deje de serlo cuando, así mismo, baja a un determinado valor. Y todo esto sin olvidar el papel importante que juega la isquemia en la /

liberación de sustancia "P" con la correspondiente repercusión en el dolor del parto, lo que sería un dato a valorar en el momento de explicar el por qué los estados de / relajación en los que se facilita la irrigación sanguínea, influyen positivamente sobre el dolor del parto.

También debemos señalar en favor de estas ideas la análoga naturaleza química de la neuroquinina y la bradiquinina -sustancias algógenas- con la oxitocina y la // propiedad de la "sustancia productora de dolor" (P. P. S.) de producir contracción lenta en el útero aislado (experimento realizado por KEELE, 1964).

En todo este orden de ideas, aunque dentro de / un terreno hipotético debemos darle, a mi entender, una / especial importancia a la contracción uterina como principal generadora del dolor del parto, si bien no desdeñamos la colaboración en el mismo de las modificaciones producidas en el sistema de cierre y de sostén, que entrarían en un plano más primordial en una segunda fase del parto en la que se distiende e incluso se puede desgarrar la por--ción inferior del canal blando del parto (VALENTI y POZZO, 1969).

III

SIGNIFICADO BIOLÓGICO DEL DOLOR DEL PARTO

Si oscura era la finalidad del dolor en general,

más aún es la del dolor del parto. ¿Qué significación / tiene el dolor del parto?. ¿Por qué la mujer tiene que realizar un acto tan fisiológico como es dar al mundo / un nuevo ser a través de un dolor y un sufrimiento?.

De igual forma que existe la creencia -hoy // muy debatida- de que el dolor en general es un signo o señal, una lucecita que nos ha donado la naturaleza para avisarnos de los procesos patológicos, también podríamos decir que el dolor del parto es como un timbre que / señala a la mujer ese momento tan importante de su maternidad. Pero si ésto es así, ¿por qué ese timbre suena // con tanta fuerza que de simple anunció de la llegada de un acontecimiento se convierte muchas veces en el principal protagonista del mismo? ¿es que no bastaría para // anunciar e incluso señalar la evolución del parto que éste se manifestase sólo por la percepción de las contracciones sin que éstas llegasen a ser dolorosas, como de // hecho sucede algunas veces?.

Se ha dicho que el dolor del parto es un "tributo que la mujer tiene que pagar por su bipedestación". ¿Por qué entonces, los mamíferos paren con dolor aunque éste se experimente sólo en el período expulsivo?.

Interrogantes todas, a las que no podemos contestar de una forma clara. Pero sea cual fuere el significado biológico del dolor del parto, debemos acogernos a las ideas de LERICHE y considerarlo como algo morboso, que destruye y el médico tiene la misión ineludible de / combatir.

IV

DINTEL DE SENSIBILIDAD

Una de las características más peculiares de / la sensibilidad dolorosa vimos que era su gran variabilidad de unos individuos a otros. En el dolor del parto es ta variabilidad llega a extremos tales, que, frente a mujeres que aquejan dolores insoportables, otras cursan con un parto ajeno a la más mínima sensibilidad dolorosa. El proceso es el mismo, el parto; en todas se producen contracciones uterinas, sin las cuales éste no es posible; y en todas las modificaciones del sistema de cierre y anclaje del útero son las mismas. ¿A qué se debe, pues, tan // gran variabilidad del dintel doloroso en el parto?.

El dolor del parto, ante todo, es un dolor y como tal el dintel de sensibilidad al mismo dependerá de // una serie de factores ya analizados al hablar del dolor / en general. El umbral al dolor del parto estará en cierto modo relacionado con el umbral que la persona posea para los demás tipos de dolores, pero además se dejará influir por unas peculiaridades propias, sobre las que basaremos nuestro estudio.

1º Caracter fatalista.- Una de las características especiales del dolor que nos ocupa es el hecho de / que toda mujer sepa que en un momento de su vida tiene // que pasar por él. No hay ningún otro dolor que posea esa característica y, precisamente de ella, se van a derivar

algunos factores propios de este tipo especial de dolor que va a influir en su dintel de percepción.

La niña, al obtener los primeros conocimientos sobre el parto y los dolores que éste produce, rápidamente asimilará la idea de que "ella tiene, forzosamente, / que pasar por tal trance" y desde entonces todas las informaciones relacionadas con el parto y sus dolores van a quedar gravadas profundamente en su subconciente. Esas primeras fuentes de información proceden generalmente de niñas mayores que sólo de una forma misteriosa dejan entrever algo que después la imaginación infantil amplía, asociándose muy precozmente la idea del "nacimiento" / con la de "sangre" y "dolor". Se crean así unos reflejos condicionados que la sociedad se encargará de ir // ~~fortaleciendo~~ con nuevas informaciones que relacionen el parto con situaciones negativas en las que hay sangre, puede haber muerte y sobre todo, hay mucho dolor. Y de esta forma, según las ideas de VELVOVSKI y PAULOV "se formará el reflejo condicionado PARTO-DOLOR que será el único responsable del dolor del parto". Pero en / la génesis de estos reflejos condicionados, que si no / son los únicos responsables del dolor del parto, sí tienen una influencia muy marcada en el mismo, en nuestra opinión, juega un papel muy importante el carácter fatalista que estamos analizando. Y es que, sin entrar en / detalles sobre las teorías de los reflejos condicionados que serán expuestas al abordar los métodos de preparación, en otro orden de ideas estudiamos la influencia que las experiencias pasadas ejercen en la percepción

ción dolorosa y aquí, aunque nos encontramos con gestantes sin tales experiencias (primigestas) en un sentido real, sí la han tenido de una forma indirecta, porque al ser consciente de que ella tenía que pasar por la prueba del parto todos los conocimientos adquiridos sobre / el mismo han podido repercutir y dejar una huella en su personalidad como si de vivencias propias se tratara.

Por otro lado, este carácter fatalista va a / ser el responsable que toda información real, equivocada o defectuosa sobre el parto, cree ya en la niña un / "miedo", que junto a la tensión que éste a su vez produce va a ser, según la escuela de READ, el causante del dolor del parto. Y ese miedo, aunque no de la forma tan decisiva que creyera READ, ejercerá gran influencia sobre el dolor. La "espera al dolor", el esperar algo que ya se sabe que va a doler, el temor en esa espera, como sucede en el parto, va a bajar ostensiblemente el // valor del umbral doloroso (KASER, 1973 y WOLFROMM, 1962). AGUIRRE DE CARCER (1974) hizo un estudio de la correlación entre el miedo y la sensación dolorosa. Para ello evaluó la sensación dolorosa entre el número 5 (parto / sin dolor) y el número 1 (parto insoportable) y pudo / comprobar que la positividad (parto sin dolor y muy soportable) era del 57,3 % en las carentes de miedo, frente al 49,6 % de las que tenían mucho miedo. La negatividad (parto difícilmente soportable e insoportable) era en las que no tenían miedo un 6 % y en las que tenían / mucho miedo un 18,3 %. Es decir, que el miedo aumentaba el grado de sensibilidad dolorosa en el parto. Nuestra

casuística queda reflejada en la tabla I. Observamos // esa correlación sólo en la negatividad, 13,32 % en las que no tenían miedo, frente a un 23,33 % en las que tenían pánico. Sin embargo la positividad es al revés /// 53,32 % en las que no tenían miedo y un 66,66 % en las que tenían pánico. Pero debo decir que al ser nuestra / casuística muy pequeña y haber muy pocos casos de gestantes que no tuvieran miedo y menos aún (sólo 4) que tuvieran pánico, los porcentajes carecen del suficiente valor.

2 -Evolución típica del dolor del parto.- El dolor del parto sigue un curso muy especial aunque otros dolores, como los del cólico nefrítico, sean parecidos. Se trata, como se sabe, de un dolor que sigue una curva de intensidad ascendente y descendente y tras una pausa que varía con el grado de evolución del parto, vuelve a aparecer. De esta evolución típica vamos a extraer algunas consideraciones desde el punto de vista del dintel de la sensibilidad dolorosa.

Vimos cómo todos los sentidos presentan fenómenos de adaptación ante la persistencia de estímulos / homogéneos, pero el dolor, rara vez se presenta de una forma continuada e invariable para que ese fenómeno de adaptación haga desaparecer la sensibilidad dolorosa. Pues bien, en el dolor del parto las fluctuaciones de / su intensidad son tan llamativas, que imposibilitan el menor asomo de adaptación. Por el contrario, la huella que cada vivencia del dolor deja tras de sí, hace que el

T.1

MIEDO	POSITIVID.	NEGATIVID.
NO	53,3	13,3
ESCASO	52,9	5,8
MEDIANO	35,2	11,7
PANICO	66,6	23,3

T.2

SEXO	P.	N.
VARON	46,6	21
HEMBRA	61,8	9,5

T.3

ILUSION	P.	N.
ESCASA	37,5	25
MUCHA	46,5	9,3

sufrimiento vaya incrementándose durante el curso evolutivo del parto, de tal forma que cada dolor se encuentra influenciado por sus antecesores y por el temor que la / "espera al dolor", en cada pausa, va produciendo. Es lógico pensar que los factores implícitos en esta evolución típica del dolor del parto, como es la estela de su sufrimiento que cada dolor va dejando tras de sí, influirá sobre el siguiente y el miedo expectante al dolor venidero, que también ejercerá su influencia sobre éste, presentan una gran variabilidad de unas parturientas a otras, / dependiendo de su personalidad.

3º Carácter sexual.- El dolor de un órgano genital, como es el útero, debe estar relacionado con factores sexuales. El haber pecado de onanismo, las ideas hipcondríacas acerca de una infección venérea o una afección ginecológica, pueden de algún modo influir en la intensidad del dolor del órgano específico del conflicto (KASER, 1973). Una educación sexual defectuosa o equivocada, con ese carácter sexofóbico de la cultura occidental que puede conducir a graves consecuencias sobre el porvenir sexual de la mujer y repercutir sobre su sentimiento maternal, la aceptación de su feminidad y de su maternidad, todo lo cual, aunque no de una forma clara, puede así mismo tener alguna influencia sobre el dolor del parto.

Entre los trabajos realizados a este respecto / nos encontramos los de BAXTER (1975) y los de LENNANE y / LENNANE (1973) en los que se estudian las influencias de la actividad sexual de la mujer reflejada en el porcenta-

je de orgasmos en sus relaciones sexuales y factores de / educación sexual.

AGUIRRE DE CARCER (1974) hizo un estudio entre las primíperas que deseaban tener un varón y las que deseaban tener una hembra y pudo ver cómo entre las primeras la sensación dolorosa en el parto tenía una positividad (parto sin dolor y parto muy soportable) del 31,89 % y una negatividad (partos difícilmente soportables e insoportables) del 20,78 % siendo los valores entre las que deseaban una hembra de 80,34 % de positividad y el 1,73 % de negatividad. AGUIRRE DE CARCER interpreta esta diferencia tan llamativa en el sentido de que las que deseaban / hembras eran mujeres que tenían en la mayoría plenamente aceptada su feminidad, mientras que las que deseaban varones, con relativa frecuencia, este deseo era debido a una falta de aceptación de su feminidad. Nuestra casuística a este respecto, tabla 2 también refleja esa diferencia.

4º El curso clínico del parto.- El curso clínico del parto va a ejercer una gran influencia sobre la intensidad de la sensación dolorosa desde dos vertientes íntimamente relacionadas, mecánica y psicológica.

Al hablar de la génesis del dolor del parto era nuestro criterio, avalado por los razonamientos que hicimos, que en contra de una opinión hoy muy generalizada, / el dolor del parto parte directamente de la contracción uterina; pero aunque fuera debido a las modificaciones del mecanismo de cierre y anclaje del útero, es indudable que en los dos casos la contracción uterina jugara el princi-

pal papel en la creación del dolor del parto. Así pues, // éste dolor va a depender de la dinámica del parto que como sabemos está sujeta a una gran variabilidad. La intensidad, duración y frecuencia de las contracciones, además de ir variando en función del curso evolutivo del / parto, varía también dentro de unos ciertos límites de / normalidad de unas parturientas a otras según la edad, // constitución, alimentación, sustrato neuroendócrino y /// otros muchos factores (ALTIRIBAS, 1968) y la coordina--ción de la actividad contráctil uterina, según las ideas del "triple gradiente descendente" de ALVAREZ y CALDEYRO-BARCIA (1952), es de igual forma muy variable de unas mu-jeres a otras.

Todos estos factores que marcan la variabilidad de la dinámica uterina van a repercutir sobre el dolor // del parto no sólo en función de la clase de contracción / -mientras más intensas, largas y frecuentes sean las con-tracciones mayor será el dolor y el sufrimiento- sino tam-bién secundariamente sobre la duración del parto y el "su-frimiento" que éste lleva consigo. Pero, además, el tipo de contracción de una disdinamia es diferente; una contra-cción que en lugar de arrancar de los cuernos del útero / lo haga del segmento uterino, va a ejercer un efecto an-tagónico y, como consecuencia, será una contracción menos efectiva y más dolorosa.

La mecánica dependiente de numerosos factores / como el tamaño de la cabeza del niño, amplitud de la pel-vi, tipo de presentación y rotación de la misma, etc, // van a traer consigo, una gran amplitud de variabilidad, /

no sólo en la duración del parto sino también sobre la / mecánica de la contracción. Cuando la salida del niño es tá dificultada, es lógico pensar, que las contracciones / uterinas, al encontrar una resistencia, sean más doloro- sas.

Pero además de todo lo que acabamos de exponer, el curso clínico del parto va a tener una repercusión en un terreno psicológico, que a su vez va a influir también sobre el dolor y el sufrimiento del mismo. Un parto que avance con una cierta rapidez indica a la parturienta, / por un lado, que todo se va desarrollando con plena nor- malidad, y por otro, que sus dolores pronto finalizarán. Por el contrario, ante un parto que marche lentamente o que se estanque, surgirá la idea de la aparición de algo patológico, aumentando con ello el miedo y el temor, y / al ver que sus dolores son estériles porque su parto no avanza se sumergirá en la "desesperación" de ver tan le- jana la meta de la finalización de su sufrimiento. ¿Pero cuándo se termina esto"?. ¿"Por qué no me pone usted ya una inyección para acabar cuanto antes"? Pero, !todavía estoy igual, con los dolores que tengo que parece que // voy a reventar!. ¿Por qué no me hacen la cesarea y termi- namos de una vez?. Son frases que tan acostumbrados esta- mos a oír y que dan a entender la desesperación en que / se encuentran las parturientas que no ven cercana la ter minación de su sufrimiento.

Los problemas reales que surgan en el curso del parto aumentará con más fundamento el miedo de la partu- rienta. En lo que a ésto respecta hay que llamar la aten

ción sobre el caso en el que se requiera aplicar la técnica de monitorización. A este importantísimo adelanto de / la tecnología obstétrica tiene la mujer que pagar el tributo de un mayor sufrimiento por las incomodidades que su aplicación lleva consigo y los temores que este aparatoso instrumento puede despertar.

Entre todos esos temores puede surgir el del /// miedo a la muerte, que influirá poderosamente sobre el dintel de la sensibilidad dolorosa. Ya vimos al hablar del dolor en general, el papel tan importante que juega el grado de amenaza existencial en el umbral de la percepción dolorosa.

Una correcta dirección médica del parto y una relación humana de tocólogos y matronas con las parturientas, serán, pues, factores que influirán muy positivamente sobre esta faceta del dolor del parto derivada de su curso / clínico.

5º Factores raciales, ps, geográficos, de civilización e intelectuales.- Aparte de la idea ya estudiada, de que la sensibilidad individual al dolor en general se mantiene en cierto modo paralela al grado de desarrollo de la personalidad y la inteligencia, al referirnos concretamente al dolor del parto esos factores pueden tomar un relieve especial.

Son numerosos los estudios que se han realizado de las influencias geográficas y de civilización sobre el dolor del parto. Los de READ sobre las aborígenas africa-

nas, fueron precisamente los que le indujeron a pensar // que el "parto natural", exento de temor, era indoloro. // Hechos como los de que ciertos grupos de mujeres chinas, turcomanas, guayanas, tribus indígenas de las selvas inte_riores del Brasil, etc., daban a luz sin la más mínima ma_nifestación de dolor (AGUIRRE DE CARCER, 1974 y ROEMER, / 1973), daban la razón a READ de que el parto sin temor // era un parto indoloro; si la mujer no sabía que el parto debía doler, éste cursaba sin percepción dolorosa. Sin // embargo, FORD en un estudio sobre sesenta y cuatro tribus primitivas pudo demostrar cómo el parto de estas mujeres no se diferenciaba en nada del parto en civilizaciones // más avanzadas, experimentándose en ellas de igual forma / un temor, que quedaba patente en el rico ritual montado / alrededor del mismo, entre los que podemos citar numero--
 sos ejemplos, así en la raza Trobiad, el jefe de la fami-
 lia guarda todas las posibles entradas de la casa con lan-
 zas y rechaza a todos los hechiceros para que no perturbe
 la marcha del parto, los hombres de la raza Ifugao huyen
 cuando las parturientas profieren gritos; los Chuckche /
 no dejan entrar en la habitación de la parturienta mas /
 que a los íntimos, no sea que con los extraños penetren /
 los espíritus malignos etc. (BONILLA, 1956), todo lo cual
 no demuestra otra cosa que la presencia palpable del te-
 mor.

No está, pues, nada clara la intervención del /
 grado de civilización en el dintel de la sensibilidad do-
 lorosa en el parto; lo que sí es indudable es que el gra-
 do de percepción dolorosa en el parto es diferente de ///

unos pueblos a otros y no sólo como acabamos de ver en // los pueblos primitivos, sino en las naciones más civilizadas; así el dolor del parto de la mujer japonesa, holandesa, norteamericana y española son diferentes (AGUIRRE DE CARCER, 1945). Pero son muy variados y poco precisos los factores que determinan estas diferencias; así pueden intervenir factores ambientales, educacionales, el nivel // obstétrico del país y, sobre todo, yo doy gran importancia a los constitucionales. En las comunidades de mujeres de estatura alta y con gran amplitud de pelvi, los partos // van a cursar más fácil y rápidamente que en las de mujeres bajas, lo que va a influir mucho, como vimos en otro apartado, sobre el dolor y el sufrimiento en el parto. / La mujer española es por término medio más baja que la // nórdica por ejemplo y también estadísticamente su parto / será más largo y más laborioso.

En lo que se refiere a la intervención de factores intelectuales en el dolor del parto, AGUIRRE DE CARCER (1975) evalúa la percepción dolorosa en universitaria, relacionadas con la medicina (médicos y enfermeras), empleadas y amas de casa. Los resultados obtenidos de este estudio indican que estos diferentes niveles intelectuales no parecen influir en gran medida en la sensación dolorosa. En nuestra casuística tampoco hemos sacado a este respecto ningún valor digno de mencionar.

6º Asistencia Obstétrica.- Existen muchos factores derivados de la asistencia obstétrica que van a ejercer una poderosa influencia sobre el dolor y el sufrimiento del parto.

- Una correcta dirección médica del parto fa
cilita y acorta el mismo y con ello también se acorta
el dolor y el sufrimiento, además de poder dedicar una
especial atención a combatir químicamente el dolor.
Por otro lado, cuando esa dirección médica se hace de
una forma sistemática, incluso en la medicina socializada,
se eleva considerablemente el nivel obstétrico, lo
que puede tener, además de una influencia sobre la evo
lución clínica del parto, por ese prestigio adquirido,
una repercusión psicológica sobre la parturienta que /
irá a dar a luz con más fé y confianza de que será //
bien asistida, lo que sin duda disminuirá los temores
que tan negativamente hemos visto influyen en el dolor
del parto.

- El ambiente obstétrico es también muy im-
portante como factor influyente en la sensación dolorosa
del parto. La asistencia obstétrica hospitalaria ha
hecho desaparecer esas imágenes, me atrevería a llamar
macabras, de los partos en domicilio. Pero aún dentro
de las clínicas maternales, varía mucho entre sí en /
relación a si son privadas o socializadas, su aspecto,
los contactos con otras parturientas (si están en habita
ciones individuales o colectivas), el contacto con /
los familiares, etc., etc. Tanto la ^{ue}escala de READ co-
mo la de VELVOVSKI, le dan mucha importancia a todos /
estos factores ambientales para que sus métodos se //
traduzcan en buenos resultados.

- El tocólogo y la matrona.- La confianza que la parturienta tenga en su tocólogo y matrona, la actitud de ambos y en definitiva las relaciones humanas entre tocólogo y matrona con la parturienta, va a modificar os tensiblemente los factores emocionales que a su vez influyen y dan colorido al dolor y al sufrimiento en el // parto. Estas relaciones, según PRILL (1973) dependen, // además de la actitud de tocólogo y matrona, de la psicología de la parturienta; en los casos en que ésta tenga una fijación positiva en su madre, el papel de la matrona adquiere un relieve especial y si se trata de una matrona maternal, esa fijación puede ser reactivada e incluso conducir a una "regresión", a pesar de la cual podrá encauzar perfectamente su comportamiento. En este ca so, el papel del tocólogo queda en un lugar más secundario. Por el contrario, cuando la relación con la madre / haya sido mala, la guía psíquica por la comadrona puede ofrecer serias dificultades y es el tocólogo quien adquie re una importancia extraordinaria, siendo su presencia / reclamada una y otra vez porque la seguridad que él le / supone no es encontrada en la matrona. Esta necesidad de relación directa con el tocólogo también se dará cuando la fijación haya sido en su padre.

Cuando la mujer se prepara por el método de / Sofropedagogía Obstétrica, como veremos en el correspondiente capítulo, debido al aumento del nivel madurativo de su personalidad y por consiguiente al de su autocon-~~fi~~anza, la actitud del tocólogo y de la matrona pierde / valor, como se demuestra con los estudios estadísticos /

de AGUIRRE DE CARCER (1975), que serán expuestos en el / correspondiente capítulo.

V

REPERCUSION DEL DOLOR DEL PARTO

Ya hemos analizado la relación existente entre la contracción uterina y el dolor del parto. Pero si es cierto que debido a esta relación el dolor del parto se dejará influir ostensiblemente por el curso evolutivo del mismo, no lo es menos que a su vez, como un pez que se / muerde la cola, ese dolor y sobre todo los factores psicológicos que lo condicionan, van a influir de igual manera sobre la dinámica del parto y por tanto sobre su // evolución. PRILL (1973) afirma que si el parto fuera un proceso fisiológico puro y no se viera influenciada su / evolución por numerosos factores psicológicos, estaría / probablemente sujeto a menos oscilaciones individuales / de las que generalmente se dan. Numerosos trabajos atestiguan de una forma clara que la dinámica uterina se deja influir por dichos factores psicológicos. Así BAYER y // HOFF pudieron comprobar cómo los insultos psíquicos cursaban con contracciones en la zona ístmica uterina; ALVA-REZ y CALDEYRO-BARCIA (1954) observaron con procedimientos tocográficos cómo mediante hipnosis se puede mejorar la actividad de la contracción uterina; de igual forma /

KELLY (1962) demuestra cómo a través de la sugestión hipnótica se puede provocar contracciones uterinas a una /// puerpera; BUSSAMARA (1968), mediante registros histerográficos pudo ver cómo en las parturientas preparadas por / diferentes medios psicológicos, al reducirse el dolor, se favorece el automatismo del útero y se acelera la evolución del parto.

BEDOYA y MALDONADO (1955), LOPEZ y MARIN (1956), SOL y GONZALEZ (1955) y otros autores se han ocupado de // analizar el efecto stressor del parto a través de la eosinopenia que en todo stress se produce y por el test de /// Thorn. Pero además de considerar el parto como un trabajo, un esfuerzo ante el cual el organismo va a experimentar // una reacción general inespecífica, que con una amplia repercusión en el sistema neuroendócrino hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, va a constituir el Síndrome General de Adaptación de SELYE, no debemos olvidar, como señala / BOTELLA (1966) que "el stress es privativo de organismos dotados de vida de relación" y por tanto tenemos que situar en primer plano los factores psicológicos, que dando colorido al dolor y al sufrimiento, acompañan al esfuerzo del parto. De aquí que el estado emocional y el grado de / sufrimiento van a influir considerablemente sobre el efecto stressor del parto.

Sobre este mismo orden de ideas, vimos cómo en / el dolor, por las conexiones de las vías dolorosas sobre / el eje diencéfalo-hipofisario, se producía la activación / de la función suprarrenal con un aumento de la producción de adrenalina y noradrenalina, que es precisamente lo que

sucede en el stress. Pues bien, GARRETT (1954 y 1955), / KAISER y HARRIS (1950) y otros autores demostraron el // efecto estimulante y de desorganización de la adrenalina y noradrenalina sobre la contracción uterina, de lo cual a su vez se deduce el efecto que sobre la evolución del / parto puede tener su acción stressora y los factores psicológicos del dolor y el sufrimiento que en ella intervienen. Así NIKULIN observó en las parturientas psicológicamente preparadas que no tienen miedo que los niveles de / adrenalina eran más bajos.

Por otro lado, se ha podido ver cómo la emoción, la angustia y el mismo dolor podría influir sobre el sistema nervioso simpático y ésto conducir a una mayor producción de adrenalina. De esta manera, BUSSAMARA (1968) pudo llegar a la conclusión de que el dolor, por estimulación del sistema nervioso simpático, puede provocar la // incoordinación uterina y con ello, agravar el mismo dolor y prolongar el parto.

En un terreno puramente psicológico debemos señalar que el dolor del parto, como la mayoría de los dolores, va a adquirir el rango de "vivencia" y como tal, dejar una huella indeleble en la personalidad de la parturienta. Vimos al estudiar el dolor en general cómo éste / podía llevar al individuo a cambios radicales de conducta, que en el caso que nos ocupa del dolor del parto, no es / extraño que se realice sobre el mismo objeto de ese sufrimiento, es decir sobre el hijo, influyendo de algún modo en su relación con él. Esta huella que deja gravada el // dolor va a ser también la responsable de una repercusión

del mismo en las futuras experiencias; así de una forma inmediata, en esa cadena de dolores que supone el parto, la estela de sufrimientos que va dejando cada uno repercute sobre el siguiente y éste es el motivo del crecimiento de dicho sufrimiento a lo largo del parto, sin / que tenga muchas veces ninguna influencia el aumento de intensidad, tiempo y frecuencia de las contracciones. Y desde un punto de vista global, el dolor y el sufrimiento de todo el parto, va a influir sobre los siguientes partos, aunque esta influencia, además del sufrimiento, va a depender de ciertos factores que a su vez pueden condicionarlo, como la clase del parto (normal o patológico), su duración, el estado del hijo al nacer, etc.

Pero si bien, como indica ALONSO-FERNANDEZ /// (1974), el índice de vivencialidad de lo displacentero es mucho mayor que el de lo placentero, no podemos olvidar que la maternidad va a suponer para la mujer el hecho más trascendental de su vida y en el parto se realiza la confluencia de dos vivencias tan diferentes como son "el dolor y el sufrimiento" por un lado y por otro "el realizarse como madre". Las influencias serán mutuas y al final la huella psicológica que deje el parto dependerá del predominio de una u otra. Ya dijimos como frente a ese sentido absurdo y sin significación que muchas veces presenta el dolor, ante el que el individuo sufre no sólo por el dolor en sí, sino también por la falta de significación del mismo, estaba el dolor del parto que podía tener un alto grado de significación psicológica espiritual, porque a su través se autorrealizaba ///

la mujer en la esfera de la maternidad (ALONSO-FER_

HANDEZ, 1974). Una primípera no hace mucho tiempo, me / decía: "yo he padecido de unos dolores terribles de pe- / ríodos y siempre me he preguntado el por qué de estos / dolores, consultaba al médico y éste no le daba impor- / tancia y yo sufría mucho; pero éstos son distintos por- / que me están acercando más y más a mi hijo".

La actitud, pues, de la mujer frente a su ma- / ternidad va a influir sobre el dolor del parto. AGUIRRE / DE CARCER (1974), basado en la idea defendida por nume- / rosos autores de que el vómito en el embarazo tiene con / frecuencia un significado de rechazo de la maternidad o / de factores directamente relacionados con ella, (ROEMER, / 1973), realiza un estudio comparativo entre la sensa- / ción dolorosa y los meses que estuvo devolviendo. Los / resultados demostraban que a medida que el número de me- / ses con vómitos era mayor la sensación dolorosa, evalua- / da como ya hemos visto en otros lugares del 5 (parto // / sin dolor) al 1 (parto insoportable), se inclinaba esta / dísticamente hacia el 1, hasta tal punto de que mientras / en los casos de vómitos en más de dos meses del embara- / zo no hubo ningún caso con puntuación 5 en sensación do- / lorosa, es decir parto sin dolor, entre los que tenían / menos de tres meses de vómitos, se alcanzaba el 8,1 % / de esa misma puntuación. NEWTON (1970) realizó un estu- / dio entre los partos en una maternidad de madres solte- / ras y vió cómo éstos eran más largos y laboriosos.

En otro interesante estudio en este sentido, / AGUIRRE DE CARCER realiza una correlación entre los /// / factores "ilusión", es decir el deseo de tener un hijo

y la sensación dolorosa. Valorada esa ilusión del 1 (escasa ilusión) al 4, (ilusión máxima), pudo ver que entre las parturientas que habían graduado su ilusión con un 4 el porcentaje de sensación dolorosa 5 (parto sin dolor) fue superior al 30 %. Nuestra casuística queda reflejada en la tabla número 3 .

De todo esto podemos deducir que de la actitud de la mujer ante su maternidad va a depender en cierto modo el grado de dolor y sufrimiento en el parto, hasta tal punto que esa actitud le puede llevar a una vivencia de su maternidad tan profunda que puede eclipsar totalmente esa otra vivencia del dolor.

VI

COMPORTAMIENTO DE LA MUJER EN EL PARTO

Ya vimos cómo la reacción o el comportamiento ante el dolor en general se veía influenciado por la personalidad del propio sujeto que lo padece y al ser el dolor un sentimiento era lógico pensar que el comportamiento ante él dependiera del grado de maduración de la personalidad. Y si esto sucede en el dolor en general, con mucha más razón sucederá en el dolor del parto porque en éste más que en ningún otro ocupa los factores afectivos-emocionales un plano más primordial. Por otro lado, hay un hecho cronológico, sobre todo en el caso de primípe-

ras, que va a tener una indudable importancia. Me refiero al hecho de que el primer parto suceda en edades que rondan la adolescencia, que es precisamente cuando el proceso evolutivo de la personalidad experimenta el avance más acusado. Así, cuando se retrasa ese escalón madurativo o el // parto ocurre en edades demasiado tempranas, la maternidad / se va a desarrollar sobre una personalidad lo suficiente-- mente inmadura como para que haya una notable influencia / en el comportamiento. La mujer en ese estado, debido a la inmadurez emocional, experimentará una falta de autocontrol emocional que le llevará a irrumpir en gritos, llantos, con-- torsiones, etc. y debido a la deficiencia de la maduración afectiva necesitará de un constante apoyo afectivo, procesos que le llevarán con frecuencia a un estado de "regre-- sión" (AGUIRRE DE CARCER, 1974; PRILL, 1973), volviéndose a la modalidad de comportamiento infantil en el que, además de gritar y llorar como un niño, pueden producirse // hechos como coger y acariciar la mano de la matrona como / si fuera su madre, e incluso lanzar gritos ansiosos de // !mamá! !mamá!, que nos demuestran de una forma palpable // esa regresión a épocas infantiles.

Si bien esta forma de conducta se asienta sobre una personalidad inmadura, el factor desencadenante es // para PRILL (1973) el "miedo", que según él "significa una parálisis del yo que trae como consecuencia un predominio en el ser humano de los actos impulsivos desligados del yo". Y así, mediante la regresión trata inconscientemente de // volver a una edad de máxima seguridad y, mediante un modelo de conducta infantil, vencer el miedo.

Muchas veces son las propias mujeres las que // se avergüezan después de ese tipo de conducta, demostrán donos con ello la falta de influencia racional en la misma.

Aparte de lo que acabamos de exponer, el comportamiento de la mujer se verá influenciado por otros numerosos factores. Ya vimos en páginas anteriores cómo la actitud del tocólogo y la matrona puede influenciar en el // comportamiento..GORDON Y GORDON (1956) señala factores socio-psicológicos como matrimonios desavenidos, diferencias excesivas entre las edades de los conyuges, embarazos ilegítimos, etc. Yo pienso que, en definitiva, siendo el comportamiento al dolor una reacción al mismo, todos los factores que hemos visto que lo condicionan van a influir, unos más y otros menos, en el comportamiento, lo que no quiere decir que por ejemplo la intensidad del dolor vaya perfectamente correlacionada con el comportamiento, pues como AGUIRRE DE CARCER deduce de sus estudios, aunque existe un indudable paralelismo entre ambos, éste no se da en todos los casos.

En el comportamiento en el parto va a tener muchas veces una influencia decisiva la enseñanza de unas // normas de conducta, como se demuestra por los buenos resultados que sobre este punto tienen los métodos de preparación, que serán estudiados más adelante.

II

METODOS PSICOLOGICOS

PARA COMBATIR EL

DOLOR DEL PARTO

SOFROPELAGOGIA OBSTETRICA

HIPNOSIS EN EL PARTO

De todos los medios psicológicos para luchar / contra los dolores y sufrimientos en el parto, la Hipnosis es sin duda, el más antiguo, pues si bien el término Hipnosis científicamente nace con BRAID en 1843, lo cierto es que la Hipnosis se venía practicando desde los tiempos más remotos de la Medicina. Así el exorcismo y los / ritos del parto de los pueblos primitivos tenían las mismas bases sugestivas que hoy tiene la Hipnosis.

Pero pocos años más tarde, en 1883, FOISSAC realiza la primera publicación de partos bajo analgesia hipnótica y desde principios del siglo hasta nuestros días / son numerosísimos los trabajos publicados sobre las aplicaciones hipnóticas en obstetricia (PPATANOV, K. I., 1925; LICHTSCHEIN, L, 1898; DE LEE, 1956; KROGER, 1953; KROGER y DE LEE, 1943; KROGER y FREED, 1951 y recientemente publicaciones de WEINBEKG, 1963; GRANONE, F, 1972; SAMUELLY, 1972 y otros).

T E C N I C A S

Difícil es hablar de las técnicas hipnóticas empleadas en obstetricia. Estas, como generalmente sucede / en la hipnosis, son tan variadas que cada autor ha tenido

a gala crear la suya.

ROENER (1973) y HORAN (1973) basan las suyas en una desconexión del dolor desviando la atención de la parturienta hacia otra actividad: Por ejemplo, se le ordena en estado hipnótico que cante, se le sugestiona con situaciones agradables, etc.

RINBACH comienza con sugerencias de sensación / de pesadez en miembros y párpados y de calor en todo el / cuerpo y una vez que ha inducido al sujeto, sigue con técnicas de "catalepsia" y "analgesia" hasta llegar a los // grados más profundos de "sonambulismo" (estados de vigilia aparente y marcha con los ojos abiertos).

Todos los autores están de acuerdo en la conveniencia de un entrenamiento previo que debe comenzar alrededor del séptimo u octavo mes del embarazo a razón de una o dos sesiones quincenales. Si esto no ha sido posible, / para tener una mínima garantía de éxito no se debe iniciar la técnica hipnótica después de los dos centímetros de dilatación.

Donde no coinciden los hipnólogos es en la necesidad de la presencia del sugestionador en el parto. Para unos es totalmente imprescindible y para otros se puede / sustituir por la del esposo, que es quien da las órdenes, por cintas magnetofónicas, sugerencias telefónicas e incluso por órdenes posthipnóticas.

V E N T A J A S

Frente a numerosos detractores hay tan ardién-

tes defensores de la aplicación de la hipnosis en el parto que opinan que ganan en relaciones afectivas y psicológicas entre tocólogo y parturienta a los métodos de // READ y de VELVOVSKI.

WEINBERG señala las siguientes ventajas:

a) Maternas: Carece de los inconvenientes que tiene la anestesia química (no existe peligro de toxicidad ni de vómitos, está consciente, etc.), se evitan los dolores antes que la anestesia química y, en definitiva, como indica RINBACH no ocasiona lesión corporal, y con / una técnica correcta, tampoco psíquica.

b) Fetales: El peligro de anoxia está considerablemente disminuido, de una parte, por la repercusión beneficiosa que sobre la oxigenación fetal tiene la relajación que lleva consigo la hipnosis y de otra, por evitar se la anestesia química.

c) Obstétrica: Como ya quedó reseñado, una mayor relación afectiva entre tocólogo y parturienta. Se / pueden improvisar sugerencias apropiadas al momento evolutivo del parto (que empuje en el período expulsivo, // por ejemplo), lográndose una gran colaboración obstétrica. En cualquier momento se puede suspender la analgesia hipnótica, para instaurarla instantáneamente cuando sea necesario.

LIMITACIONES E INCONVENIENTES

1.- Para muchos el gran inconveniente estriba / en que el hipnólogo tenga que asistir al parto. Ya indica mos cómo para otros este inconveniente se puede solventar siendo el esposo quien dé las órdenes sugestivas, mediante cintas magnetofónicas, órdenes posthipnóticas, etc.

2.- La larga preparación previa indispensable / para tener una cierta garantía de éxito. Este inconveniente se puede paliar en parte realizando esta preparación / en grupos.

3.- Personal muy preparado.

4.- Ambiente especial de tranquilidad en la /// clínica maternal, que no siempre es fácil de lograr.

5.- La inconstancia de los resultados, ya que / éstos dependen muy directamente de la personalidad de ca da parturienta.

6.- Totalmente contraindicada en la psicosis y neurosis.

R E S U L T A D O S

Ya hemos indicado la gran variabilidad de estos en razón a factores psicológicos de las gestantes, todos ellos relacionados con su personalidad.

WEINBERG (1963) obtiene los siguientes resultados:

- Anestesia profunda, que incluso puede ser / suficiente para alguna pequeña intervención (episiotomía, etc.): el 10 % de éxitos.

- Anestesia superficial: alrededor del 70 % de éxitos.

Pero en general el resultado final, según // WEINBER, no se puede predecir con antelación. KROGER y DE LEE (1943) presentan una casuística con el 60 % de éxitos.

A la vista de estos resultados algunos autores no consideran a la Hipnosis como un medio de terapia para el dolor del parto susceptible de ser aplicado indiscriminadamente y tan solo se emplea en algunas indicaciones precisas, en las que la anestesia química / supone un grave riesgo para la parturienta.

I N D I C A C I O N E S

Según SBRIGLIO (1970), existen los siguientes casos en los que debe emplearse la hipnósis como medio de combatir los dolores en el parto:

- Cardiópatas, sobre todo descompensada.
- Procesos pulmonares graves.
- Enfermedades renales.
- Alergia a los anestésicos.

PARTO NATURAL O PARTO SIN TEMOR (G. DICK-READ)

READ, tras observar que las mujeres que no / estaban afectadas por el miedo u otras emociones negati--vas y que esperaban con alegría el nacimiento de su hijo daban a luz más fácilmente que las demás, sacó la conclu--sión de que "el dolor del parto tenía que ser algo patoló--gico". En su estudio sobre las aborígenas africanas llegó al convencimiento de que "el parto natural" era indoloro y que el dolor del parto era una consecuencia del miedo, determinado por temores reales al dolor, herida, hemorra--gia mortal, malformación fetal, responsabilidad ante su hi--jo, etc., o por ~~in~~formaciones equivocadas, defectuosas y / negativas acerca del parto.

Ese miedo desencadenaría mecanismos de defensas orgánicos dando lugar a espasmos uterinos y contracturas de los músculos del suelo de la pelvi. En definitiva, pro--duciría una tensión. Esta tensión, localizada precisamen--te en la "puerta de salida" del niño, iría, por un lado a dificultar la evolución del parto y, por otro, a ser el / responsable del dolor.

Al percibir la parturienta el dolor confirmaría el miedo al mismo hasta entonces expectante, con lo cual

se incrementaría ese temor, cerrándose así un círculo // vicioso.

Llegó de esta forma READ a establecer una estrecha relación entre la que más tarde fuese su triada / clásica: MIEDO, TENSION, DOLOR.

Y si simplistas fueron los argumentos que relacionaban los citados factores, de tal manera que el dolor no era más que la suma del miedo más la tensión, no lo / fueron menos los que utilizó para indicar la forma de // combatirlos: Si suprimimos el miedo, sobre todo ese miedo a lo desconocido, mediante una información y la tensión, enseñando a la gestante a relajarse, haremos desaparecer, pensaba READ, el dolor del parto normal.

Una segunda consecuencia de la relajación era la de facilitar el curso evolutivo del parto. Ya dijimos como éste estaba dificultado por la tensión existente en el canal blando, de aquí que al desaparecer ésta por la relajación, la evolución se aceleraría. Estas ideas fueron sintetizadas por READ en dos ecuaciones:

MUJER TENSA = CUELLO DURO.

MUJER RELAJADA = CUELLO BLANDO.

T E C N I C A

El método de READ contenía los siguientes //// puntos fundamentales:

a) Charlas informativas que trataban de hacer

desaparecer el "temor".

b) Ejercicios de relajación según el método de JACOBSON.

c) Enseñanza de una conducta a seguir en el // parto consistente en lo siguiente:

1º En el período de dilatación practicar la relajación aprendida y una respiración tranquila, profunda, no forzada, natural, a una frecuencia de 24 a 28 respiraciones por minuto, que tiene por misión distraer y tranquilizar apoyando a la relajación psíquica.

2º En el período expulsivo había que alternar fases de activación en la que se concentraba toda la atención y todas las energías hacia el objetivo de dar a luz, con otras de recuperación en las que la parturienta debía quedar sumida en un estado somnoliento, en el que la percepción de las impresiones sensoriales podían estar disminuidas y la actividad mental hallarse desconectada hasta la amnesia total.

READ al hablar de su método le daba una gran importancia a la relación entre el tocólogo y la matrona con la parturienta, indicando que para obtener buenos resultados / era imprescindible que el mismo equipo de preparadores / fuera el que después asistiera al parto. También reseñaba la importancia del ambiente de la clínica maternal, / ambiente pobre en estímulos exteriores para que la par-

parturienta pudiera concentrarse en el método y sobre todo exento de palabras negativas. No le daba importancia a los ejercicios gimnásticos y afirmaba enérgicamente que su método carecía de todo elemento sugestivo-hipnótico.

CRITICA DEL METODO DE READ.

Aunque lo hiciera de una forma empírica, sin base científica, hay que apuntar a READ el gran mérito de señalar la estrecha relación existente entre el tono muscular y el tono afectivo y sobre todo el papel trascendental que juega dicha relación en la percepción dolorosa. Y a pesar de que se equivocara al considerar el parto natural como indoloro, lo que hoy es a todas luces incierto, está fuera de toda duda que, como él expusiera, "las falsas interpretaciones de las sensaciones dolorosas desencadenan impulsos nerviosos que conducen a un / aumento de la resistencia del segmento uterino inferior y como consecuencia del miedo se produce una reacción / de huida que provoca una tensión muscular dolorosa".

Algunos autores, ROEME (1973), VALLEJO (1969) y otros, critican a READ, con mucha razón, su empeño en afirmar que el método estaba exento de todo lo que tuviera que ver con la sugestión y la hipnosis, cuando esa / unión afectiva entre tocólogo o matrona y parturienta / que él considera tan beneficiosa para la obtención de / buenos resultados y sobre todo, ese estado de somnolencia progresiva descrito por el mismo READ, son elementos que ponen en entredicho tal afirmación.

Pero a pesar de todos estos fallos de interpre
tación científica, de la bondad del método habla la ex-
traordinaria difusión alcanzada y el no menos extraordi-
nario número de publicaciones: LAPAGE y LANGEUIN, DROGUET
(1955), MAYER (1955), MAYER y BONHOMME (1953), MILLER y
FLANMERY (1952), NIXON (1954), ROBERTS y col. (1953), /
TUPPER (1956) y recientemente WESSEL (1974), KLUSMAN //
(1975), VANDER (1971) y otros.

METODO PSICOPROFILACTICO (VELVOVSKI)

VELVOVSKI basó su método en ideas extraídas de la escuela de PAVLOV.

PAVLOV al crear su teoría de los reflejos condicionados, que no considera necesario exponer, pensaba que los estímulos que inciden sobre nuestro organismo, / tanto si vienen de fuera como si proceden del mismo, se transmiten al cerebro, encendiendo un foco de actividad (cierto número de células nerviosas comienzan a funcionar simultaneamente) y a partir de este foco se produce el reflejo absoluto. Así por ejemplo en el perro, del // foco producido por estímulos gustativos parte la respuesta que producirá la secreción salival y del foco creado por estímulos auditivos partirán respuestas de orientación. Pero si estas dos clases de estímulos tan diferentes, gustativos y auditivos, se asocian repetidamente en el tiempo, entre los focos a que dan lugar se establece un puente de unión de tal manera que cuando uno se enciende por la acción de su estímulo, por ejemplo una campanilla, el otro se encenderá también sin que sea para ello / necesario el estímulo de la comida. Todo esto ~~se~~ explica porque el perro segrega saliva al sonido de la campanilla,

sin que sea necesario la comida.

Por otro lado PAVLOV, tras demostrativas experiencias, señala la fuerza psicológica del contenido de las palabras y cómo a través de ellas se podrían crear reflejos condicionados, según lo que él denominó "segundo sistema de señalización".

VELVOVSKI aplica estas ideas al problema del dolor del parto. Para él la contracción uterina debe // ser indolora, como se demuestra por el hecho de la existencia de parturientas preparadas o incluso sin preparar que dan a luz sin sensación dolorosa, pero se han / asociado tantas y tantas veces la palabra parto con situaciones tremendamente dolorosas que termina por crearse en la mente de la embarazada un reflejo condicionado, parto-dolor. A las contracciones uterinas se les denomina, incluso por los propios tocólogos, dolores; ambas / palabras contracción y dolor son sinónimas y si a todo esto unimos el "temor", afirma VELVOVSKI, tendremos la clave de la verdadera génesis del dolor del parto.

CONDUCTA EN EL PARTO.

La conducta a seguir en el parto, según el método psicoprofiláctico, es la siguiente: Durante la fase de dilatación respiración profunda, y si esto no es suficiente para amortiguar los dolores, rozar con las / puntas de los dedos el hipogastrio y presionar con los puños los llamados puntos de profilaxis del dolor (es-pina iliaca anterosuperior y músculos romboideos).

METODO DE LAMAZE.

En este breve resumen de los métodos psicológicos de facilitación del parto no podemos omitir, por su gran difusión en Francia, la innovación que sobre el método psicoprofiláctico hiciera el francés LAMAZE.

Las bases son las mismas que las del método de VELVOVSKI, pero estableció las siguientes modificaciones:

1.- Agregó la relajación como componente importantísimo de los ejercicios corporales, empleando para ello relajaciones al estilo de READ-JACOBSON.

2.- Introdujo, de cosecha propia, la llamada "respiración en rastrillo", respiración torácica superficial rápida empleada en la segunda mitad del parto, a partir de los tres centímetros de dilatación.

3.- Profundizó más en la parte teórica y educativa del método.

4.- Le atribuyó aún más valor al saneamiento del ambiente, hasta tal punto que sugirió que las parturientas fueran introducidas durante el parto en habitaciones impermeabilizadas a los ruidos.

5.- Fue, finalmente, un innovador de la participación activa en el método de los maridos, que debían asistir a las clases y después colaborar en el parto.

METODOS DE RELAJACION

Existen dos métodos, el ENTRENAMIENTO AUTOGENO DE SCHULTZ y la RELAJACION PROGRESIVA DE JACOBSON, que / de una forma independiente o formando parte de los métodos ya descritos de READ o de VELVOVSKI han constituido armas eficacísimas en la lucha contra el dolor del parto.

ENTRENAMIENTO AUTOGENO.

Se sale de lo que es mi intención en este capítulo exponer la técnica que al principio del presente si glo describiera el neurólogo alemán SCHULTZ y que denomi nara "Entrenamiento autógeno" para hacer patente la ca-- racterística fundamental de este método de relajación: / No necesitar, una vez aprendido, la colaboración de ter-- ceras personas para ejercitarlo, encuadrándolo, según su propio autor, dentro de la autohipnosis (SCHULTZ, 1969).

Esta técnica de autorrelajación concentrativa, como también la llamara su creador, fue incorporada al / método de READ por PRILL y Colab. (1960) y utilizada co-- mo método para combatir los dolores del parto por FAURE (1971), ABOULKER y CHERTOK (1972) entre otros muchos au-- tores, siendo por PRILL considerado como el método psicoco

lógico más efectivo en la lucha contra los dolores del / parto.

No obstante los buenos resultados señalados // por PRILL (el 70 % de éxitos), la gran dificultad para / la difusión del método estribaba en que para obtener esos buenos resultados la gestante tenía que reunir ciertas // condiciones, entre las que destacaba una suficiente capacidad de concentración y un cierto equilibrio de su perso- nalidad y el entrenamiento, como indicara SCHULTZ, reque- ría una extrema constancia, no solo en sesiones colecti- vas dirigidas, sino personalmente en su casa.

RELAJACION PROGRESIVA.

En 1928 JACOBSON crea su método de "Relajación Progresiva" y desde un principio la principal indicación fue precisamente la de la facilitación del parto.

Basaba dicha aplicación en la estrecha relación que existe entre el tono muscular y el estado emocional. Así pues, dominando el tono se podía dominar el estado / emocional negativo de angustia y temor que tanto influía en la percepción del dolor del parto.

La relajación progresiva ha constituido parte / importantísima de los métodos de READ y de LAMAZE.

Su difusión como técnica independiente se ha // dificultado fundamentalmente por la laboriosidad del apren- dizaje.

ANALISIS DE CONJUNTO

Tras este breve resumen de cada uno de los métodos psicológicos que hasta ahora se han venido practicando para la facilitación del parto, no podemos pasar por alto algunas consideraciones de conjunto ya que, aunque no con la severidad que señala ROEMER (1973), todos tienen ideas básicas muy parecidas.

En esta visión de conjunto vamos a resaltar como métodos fundamentales los de READ y VELVOVSKI y vamos a establecer unas semejanzas y unas diferencias:

A. Semejanzas:

1º Llama la atención que ambos autores afirman // que sus métodos están exentos de elementos hipnosuggestivos. Ya hemos visto al describir el método de READ cómo dicho autor se esfuerza en negar, quizás debido al desprestigio de la hipnosis clásica en esos momentos, la existencia en su método de tales elementos, aunque en la realidad como muy bien apuntan ROEME, VALLEJO y otros, esas afirmaciones había que ponerlas en entredicho. Para VELVOVSKI su técnica / de respiración rítmica produce focos de activación cortical

muy contrarios a las técnicas hipnosuggestivas en las que se produce un descenso de la consciencia. ROEME, de igual forma, critica esta manera de pensar de VELVOVSKI y afirma que esos focos de activación también se producen en la hipnosis, determinados por las órdenes del sugestionador. Así pues, "la concentración consciente, emocional o intelectual, la sugestión, la autosugestión, el entrenamiento autógeno y la relajación progresiva tienen por base el // mismo principio de la restricción de la consciencia a un sector de percepción circunscrito".

2º VELVOVSKI, basado en la doctrina de PAVLOV / de los reflejos condicionados, y READ de una forma empírica, dan una gran importancia, como factores influyentes / en la génesis del dolor del parto, al miedo producido por informaciones equivocadas, defectuosas y negativas y ambos consideran trascendental una medida educativa racional.

3º En ambos métodos se considera muy importante para la obtención de buenos resultados la asepsia ambiental: medio tranquilo en la sala del parto, sin palabras de contenido negativo y partos asistidos por los mismos equipos de preparadores.

4º Y aunque ambos autores tienen a gala preconizar la falta de existencia en sus métodos de elementos / hipnosuggestivos y de que se trataba de una terapia psicológica pura, sin mezcla de preparados químicos, no tardaron en aparecer autores, como BELOCHAPKO (1954) y CHICHRO

VA (1955) que refuerzan la psicoprofilaxis con técnicas / hipnóticas y otros como IAKOVLEV y Colab. (1954), LEVIT y RABINOVITCH (1955) y STEPANOVA (1955), que emplean anestesia química como complemento del método.

5º Ambas escuelas afirman la falta de dolor en un parto normal, no complicado por el temor.

B. Diferencias:

Aparte de que la escuela psicoprofiláctica es / mucho más científica, mientras que READ lanza sus ideas / de una forma empírica, son los mismos autores rusos NIKO_LAJEV, PAWLOW, PLATANOV, entre otros, los que se encargan de señalar la principal diferencia entre ambas escuelas: Con el método psicoprofiláctico se establece un centro de activación cortical, mientras que con la relajación, base del método de READ, se produce una inhibición cortical.

Otra diferencia que establece ROEMER es que mientras para READ el dolor del parto es la consecuencia de un agotamiento corporal o de una tensión angustiosa emocional, para la escuela rusa es una claudicación de la capacidad / de rendimiento cortical espiritual racional.

RESULTADOS Y VENTAJAS

A favor de los buenos resultados alcanzados por

los métodos psicológicos para luchar contra el sufrimiento de la mujer en el parto, señalamos la enorme difusión que estos métodos, la mayoría de las veces fusionados, / han alcanzado en todo el mundo. Nadie discute la eficacia de los mismos; pero a la hora de realizar una valoración científica de los resultados nos encontramos con serios inconvenientes:

1º Al ser el dolor algo tan subjetivo que no / puede medirse, tenemos que cotejar esos resultados a través de los juicios de las propias parturientas, que nunca tendrán el suficiente rigor científica.

2º Los resultados correspondientes a un determinado método están en función muchas veces de elementos circunstanciales ajenos al mismo; de las dotes psicoterapéuticas del preparador, de la actitud del tocólogo y de la matrona asistente al parto, del ambiente de la clínica, etc.

3º De la parturienta que sigue el curso de preparación, de su actitud ante la maternidad y de otras muchas cualidades inherentes a su personalidad.

Los resultados vamos a estudiarlos en función de los siguientes parámetros:

1.- Influencia de la preparación sobre el comportamiento y la sensación dolorosa: En la tabla⁴¹ recogida de ROEMER observamos los resultados en función del // comportamiento según diferentes autores.

T 4

nº de casos	Autor	Método	I	II	Exitos	III	IV
2000	THOMS y cols.	READ	34	62	96	?	4
1000	SOLDENHOFF	READ	25	50	75	20	5
535	LEPAGE y cols.	READ	33	47	80	20	?
2000	ROEMER	READ modi.	37	43	80	15	5
1200	VELVOVSKI, cols.	VELVOVSKI	44	37	81	14	5
1000	ARESIM	"	35	51	86	10	4
4850	LAMAZE	LAMAZE	41	42	83	12	5
2000	MALCOVATI	"	40	40	80	8	12
700	DE WATTEUILLE	"	25	50	75	12	14
	HERNANDEZ-JIMENEZ	"	32	49	81	19	?

Grupo I: partos muy buenos, sin que se requiera ninguna clase / de medicamentos.

Grupo II: Se requieren dosis pequeñas de medicamentos.

Grupo III: Refieren dolores y su comportamiento no se diferencia de las no preparadas.

Grupo IV: Fracasos absolutos, experimentan dolores insoportables y su comportamiento es muy malo.

2.- Influencia sobre la duración del parto:
Difieren mucho las casuísticas de unos autores y otros:

a) BURNETT (1956), HEARDMAN (1955), NIXON // (1954), WATTEVILLE (1957) y DAVENPORT-SLACK y col. (1974) no recogen en sus trabajos diferencias en la duración del parto entre las embarazadas preparadas y las que no han / recibido ningún curso de preparación.

b) ARNOLDOVA (1957), COUGUM y colab. (1957), // LAIRD y HOGAN (1953), MOTTER (1952), RAIMBAULT (1956), // THOMS y GOODRICH (1949), VARCHAVS-KALA (1956), FIJALKOWSKI (1972), entre otros, consideran que el parto de la mujer / preparada es considerablemente más corto, siendo para algunos esa diferencia de 2 horas por término medio en las / primíparas.

3º Se han estudiado otras muchas ventajas de la preparación psicológica en el parto:

- Para ARNOLDOVA (1957), BESKROVNAIA (1955), // THOMS y GOODRICH (1949) influye la preparación muy positivamente sobre las atonías durante el parto y en el post--parto inmediato, debido a la regulación de las contracciones uterinas.

- ARNOLDOVA (1957), LAPAGE y otros señalan otras muchas, entre las que destacamos: Menor número de opera--ciones obstétricas (debido a la más corta duración del //

parto y mejor regulación de las contracciones uterinas), por el mismo motivo mejor oxigenación del feto, disminución de embarazos prolongados, etc.

Merecen mención aparte por el gran volumen de / su casuística, los resultados de AGUIRRE DE CARCER (1968). Sobre 10.000 casos de gestantes preparadas extrae numerosas conclusiones, todas ellas muy favorables a la preparación. Así se ve la influencia positiva sobre el miedo al parto, sobre la mortalidad materna, sobre la morbilidad, embarazos prolongados, psicosis puerperales, maduración / psicológica de la gestante, posteriores relaciones madre-hijo, etc.

SOFROPEDAGOGIA OBSTETRICA

De todos los métodos psicofísicos empleados en la terapéutica del sufrimiento del parto merece una especial atención por ser precisamente el utilizado por nosotros y que sirve de base en el presente trabajo de investigación, el denominado por su creador, AGUIRRE DE CARCER, "Sofropedagogía Obstétrica". Se trata pues, de una especialidad sofrológica; y siendo así que la Sofrología es una Escuela nueva cuyos principios básicos no son bien conocidos, creo es obligado, que antes de comenzar con la exposición del presente método de preparación psicofísica al parto, abordemos, aunque sólo de una forma esquemática, los conceptos sofrológicos.

I

S O F R O L O G I A

1- INTRODUCCION.

"Magia, Magnetismo, Hipnosis, Sofrología, son //
términos que trazan el camino por donde se han dirigido //

las investigaciones y los estudios acerca de la consciencia. Cada uno de estos vocablos señala una época y prepara la evolución a la siguiente". Esta frase del desaparecido PEDRO PONS, recogida del prólogo del libro titulado: "Progresos en Sofrología" (1969) sitúa perfectamente a / la Sofrología dentro de la historia del estudio de los / fenómenos "especiales" de la consciencia humana.

Sería interesante para introducirnos en el concepto de Sofrología, partir desde el principio, del pensamiento mágico, pasar por el Magnetismo y la Hipnosis y llegar finalmente a la Sofrología; pero todo esto me llevaría a extenderme más de lo que es mi intención, en este capítulo.

Por ello voy a partir de la Hipnosis. De una / Hipnosis que, tras pasar en España su "Edad de Oro", en lo que a nivel científico se refiere, entra al principio del presente siglo en una época de decadencia de tal forma que durante 25 ó 30 años es prácticamente abandonada por la clase médica.

La Hipnosis es objeto de exhibiciones en espectáculos, cayendo en manos de prestidigitadores, charlatanes y curanderos, desapareciendo la imagen de una Hipnosis médica y tomando fuerza la que se podría llamar "Hipnosis de teatro".

Ante tal estado de desprestigio de la Hipnosis médica en España surgen dos médicos españoles, primero / CAMINO GALICIA y después MONTSERRAT-ESTEVE, que se lanzan en pos de recuperar el interés científico perdido.

Así en 1943 se expresa CAMINO GALICIA de esta forma: "Desde finales del siglo pasado y casi hasta nuestros días el estudio de la Hipnosis ha estado en crisis, pero hoy parece vuelve a resucitar con nuevos bríos y entusiasmo entre los hombres de ciencia, gracias a las concepciones psicológicas y psicopatológicas de FREUD, JUNG, FRAHK y otros y a la aplicación de nuevos métodos psico-terápicos.

Sus publicaciones sobre hipnosis, entre las // que podemos citar "El hipnotismo y la sugestión en la / actualidad" (1943) y "Mi concepto y crítica personal sobre la psicogénesis de la sugestión hipnótica", todas / ellas de un alto nivel científico, tratan de levantar a la decaída Hipnosis Médica.

La figura de MONTSERRAT ESTEVE podríamos decir que marca la última etapa de la Hipnosis científica en / España.

Son numerosos sus trabajos publicados en relación con la Hipnosis. Podemos entre otros, citar "La Hipnosis y las técnicas de relajación en España" (1958), / "Estudios electroencefálicos del estado Hipnótico" //// (1961), "L hynose pendant les cinq dernieres années // (1955-1960)" (1961), "Historia de la Hipnosis en España", y sobre todo, merece una mención especial, su obra fundamental "Tratado de Hipnosis. Introducción a la Sofrología" (1967) por establecer un puente de unión entre la Hipnosis clínica y el entonces naciente "movimiento sofrológico".

En 1950 había llegado ya a España ALFONSO CAYCEDO, médico colombiano, que sería diez años más tarde / el "fundador de la sofrología".

Desde esos primeros momentos, en la cátedra // del profesor LOPEZ IBOR, donde cursó la especialidad de Neuropsiquiatría, se interesó por los fenómenos de la // Hipnosis. En un principio los estudió "desde dentro" de los mismos y tras unos años de experimentación llegó a / las siguientes conclusiones:

- Que los fenómenos de la consciencia, bautizados con la terminología hipnótica, no correspondían a las características descritas por muchos autores, aunque los resultados clínicos eran altamente positivos, obteniendo se fenómenos que mostraban un interés indiscutible para la terapéutica y la investigación.

- El concepto de orden "post hipnótica", que / había jugado un papel tan importante en el desarrollo de ciertas teorías en relación con el inconsciente, no era comprobable por sus investigaciones y la de sus colaboradores.

- La "amnesia", que era considerada por muchos como "patognomónica" del estado hipnótico no se presentaba si se hacía una simple invitación para que recordara en estado vigil.

- La anestesia obtenida durante la Hipnosis //

que para muchos autores era considerada como signo de profundidad", no se presentaba constantemente y en otros pacientes bastaban estados superficiales para lograrla.

- Los métodos ritualizados y los impositivos para obtener los fenómenos eran inútiles e innecesarios.

- Los enfermos cuando se les sometían a estados hipnóticos solían mentir para complacer al médico.

Ante todos estos inconvenientes que planteaba / una Hipnosis, ya en España decadente, para proseguir una labor investigadora, CAYCEDO decide "romper" con la Hipnosis tradicional y buscar un nuevo ángulo desde el cual estudiar los fenómenos de la consciencia.

Comienza creando un nuevo término: SOFROLOGIA. Pero como muy bien diría el profesor LOPEZ IBOR en el Symosium español de sofrología médica del año 1972 "el cambio no era sólo, como los hechos han demostrado después, de una palabra por otra, sino que tenía un empeño más profundo. Era necesario renunciar a la larga historia de la Hipnosis".

Etimológicamente la palabra "Sofrología" deriva del griego y comprende las siguientes raíces: "SOS" que / significa "Armonía", "equilibrio" etc.; PHREN que tiene / el significado de "mente" y LOGIA, "estudio".

Así en octubre de 1960 quedó fundada la Sofroloogía. Pero como ya quedó expresado no se trataba sólo de / un cambio de palabras pues aunque CAYCEDO en esta primera

época hablaba de Hipnosis y Sofrología indistintamente, / pronto quedaron los procedimientos y técnicas en un segundo plano para pasar a un primer plano fundamental, puntos de miras de la investigación, "las modificaciones producidas en la consciencia".

Todos los procedimientos o métodos encaminados a producir modificaciones de la consciencia serían objeto de estudio de la Sofrología; de tal forma que en Junio de 1961 se expresa CAYCEDO en los siguientes términos: // "La naciente Sofrología Médica agrupará no sólo los llamados fenómenos hipnóticos, sino las técnicas de relajación, el entrenamiento autógeno de SCHULTZ, técnicas de JACOBSON, etc. así como todos los estados afines tales como estados yógicos, éxtasis naturales, etc., en lo que existe a nuestro entender, un común denominador fenomenológico".

Siente CAYCEDO un especial interés por el estudio de fenómenos propios de sistemas orientales, así en / 1964 publica un trabajo titulado "Relajación, Hipnosis, / Yoga, Zen, fenómenos unitarios". Considera que "el estado Samadhi, buscado por la metódica Yoga y zen al que se llegaría mediante el entrenamiento psicofísico sería el estado más puro de auto-hipnosis". Piensa que los médicos / occidentales tienen mucho que estudiar y aprender de los métodos practicados en oriente, y así durante los años // 1965 y 1966 realiza una aproximación directa a los fenómenos psicosomáticos obtenidos por los yoguis hindúes y / el zen japonés permaneciendo, durante esos dos años en // Oriente, en estrecha convivencia con los más puros practici

cantes de dichos métodos. Todos sus estudios en tierras orientales quedan recogidos en dos libros: "Letters of silence" e "India of Yoguis" ambos en 1966.

De Oriente trae CAYCEDO la idea fundamental de "estudiar al hombre a través de una consciencia en armonía y no como el Psicoanálisis y la Psiquiatría" que estudian una consciencia humana en conflicto.

2- DEFINICION.

Según palabras de CAYCEDO, la Sofrología: "es una escuela científica que estudia la consciencia humana partiendo de nuevas concepciones, investiga estructuras y posibilidades así como sus modificaciones por métodos químicos, físicos y psíquicos para su utilización en Medicina".

Y es el propio autor quien explica la definición de la siguiente forma (RAGER, 1973):

a) Es una escuela porque reúne a un gran número de investigadores que perteneciendo a las especialidades / más diversas tienen una unidad de criterios, objetivos comunes y una terminología propia.

b) Es científica porque sus objetivos y trabajos se realizan según las normas más estrictas exigidas por la ciencia.

c) Estudia la consciencia humana porque su objetivo es exclusivamente la consciencia humana y se sale de

Su campo la consciencia animal o zoo-consciencia.

d) Partiendo de nuevas concepciones, ya que la Sofrología establece conceptos propios sobre la consciencia, estudiando en ella unos estados y unos niveles.

e) Investiga sus estructuras y bases anatómicas.

f) Investiga sus posibilidades, estableciendo ~~//~~ tres posibilidades existenciales de la consciencia:

- Posibilidad existencial de una esfera patológica.
- Posibilidad existencial de una esfera ordinaria.
- Posibilidad existencial de una esfera sofrónica.

g) Estudia los elementos tanto químicos, físicos o psíquicos capaces de producir modificaciones de la consciencia.

h) Para aplicarla en Medicina, porque ha nacido en su seno y su empleo se reserva exclusivamente a los médicos.

3- CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA ESCUELA SOFROLÓGICA (PONS, 1973).

La Escuela Sofrológica posee unos conceptos básicos que constituyen los pilares sobre los que se sostiene.

nen las investigaciones sobre la consciencia humana.

a) SOFRONIZACION.- Se diferencia del concepto general de Sofrología en que ésta estudia la consciencia humana en todas sus posibilidades (ordinaria, patológica y sofrónica) y la Sofronización es un proceso.

Se define, según palabras de Caycedo, como "un proceso o método integral de entrenamiento de la personalidad, que puede ser utilizado en la terapéutica, en la profilaxis y en la pedagogía".

Este método tiende a producir modificaciones de los niveles de consciencia en los sentidos ascendentes o descendentes.

b) SUGESTION.- Debido a lo intimamente ligado que ha estado este vocablo a la Hipnosis y a las muy diversas definiciones que actualmente existen sobre el // mismo, la sofrología, en su afán de crear una semántica clara y concisa define la sugestión como "Una transmisión de impulsos y sensaciones que repercuten en la esfera volitiva, sin intervención ni consentimiento de la razón consciente". Se trata pues, de un proceso que permite la aceptación de una idea sin ser sometida a crítica.

c) TERNOS LOGOS.- Se trata de un neologismo // traído de la Grecia clásica e incorporado a la Sofrología.

Para los griegos el "Ternos logos" era un de-

cir placentero, suave y dulce. La Sofrología lo emplea en el sentido de "La forma de hablar y de persuadir a base / de la razón y no de la sugestión".

A través del terpnos logos, el sofrólogo dirige la sofronización con la intención de actuar favorablemente sobre los niveles de la consciencia.

d) NIVELES Y ESTADOS DE CONSCIENCIA EN SOFROLOGIA.- Son tantas las definiciones que acerca de la consciencia dan los diversos autores y escuelas, que la sofrología basada precisamente en el estudio de la misma / no podía dejar de aclarar su criterio acerca de la consciencia humana.

"La consciencia humana en Sofrología es el elemento fundamental que, con carácter de continuidad, organiza e integra las estructuras y mecanismos específicos del ser psíquico a través de su existencia".

La Sofrología considera al hombre como un ser indivisible, original y trascendente, dotado en las fases esenciales de su existencia de una fuerza integradora de todos los elementos y estructuras psicológicas y / fisiológicas, que llamamos "consciencia", la cual le informa de la realidad interna y externa (CAYCEDO, 1973).

La consciencia acompaña al hombre, según la // concepción de CAYCEDO, desde su nacimiento hasta su muerte, con carácter de continuidad dinámica y con modificaciones periódicas de sus niveles, estableciendo el ciclo vigilia-sueño, que tiene carácter universal.

Aparte de estas modificaciones de niveles pueden realizarse otras correspondientes a sus estructuras básicas, con lo cual tendrá nuevas posibilidades existenciales, partiendo del estado ordinario, el cual con carácter transitorio o permanente dejaría de serlo.

La Sofrología distingue en la consciencia // unos niveles y unos estados:

-Niveles: Son modificaciones cuantitativas, que con carácter dinámico y universal pueden realizarse en sentido ascendente o descendente, oscilando entre la hiperclaridad de la consciencia o hipervigilia y a través de los diversos grados de nivel vigil llegar a la / fase de sueño.

Entre el nivel de vigilia y sueño, se encuentra otro llamado por la Escuela Sofrológica, "Nivel Sofroliminal" que marca el límite difuso entre ambos.

- Estados: Se tratan de variaciones cualitativas de la consciencia.

Según la Escuela Sofrológica, la consciencia humana vive dos posibilidades distintas a la consciencia ordinaria: a) La "consciencia patológica" a la que se puede llegar de una forma permanente o transitoria y b) la "consciencia sofrónica o extraordinaria", que también // puede ser transitoria o permanente.

Así pues, la Sofrología admite tres estados / distintos de consciencia: Ordinario, patológico y sofrónica

II

SOFROPEDAGOGIA OBSTETRICA

Una de las grandes ramas de la Sofrología, me /
atrevería a decir que la que más auge ha alcanzado, gra-
cias a la labor de AGUIRRE DE CARCER, ha sido la aplica-
da en Obstetricia.

Vimos al describir los diferentes métodos de /
facilitación del parto como todos tenían muchos concep-
tos básicos en común e incluso numerosos autores han em-
pleado combinaciones entre ellos. Sería un tremendo error,
en el que no quiero caer, considerar a la Sofropedagogía
obstétrica como un método de preparación al parto comple-
tamente nuevo. AGUIRRE DE CARCER que partió de los méto-
dos clásicos de READ y VELVOVSKI, discípulo de LAMAZE, /
es el introductor del método psicoprofiláctico en España.
Desde 1955 en que aparece la primera edición de su libro
"Parto sin dolor" es lógico que sus ideas fueran evolu-
cionando, pero es a partir de la introducción de las téc-
nicas sofrológicas en la preparación cuando sufren un //
profundo cambio. El llamado "Parto sin dolor" sigue ahí,
sus raíces siguen siendo las mismas, no se ha creado pues
nada nuevo, pero "la Sofrología lo ha transformado" (AGUI-
RRE DE CARCER, 1973).

Vamos a analizar a continuación los diferentes

factores básicos en esa transformación.

A- EL NOMBRE.- Llevado sin lugar a duda para / producir un efecto sensacionalista, a estos medios de // preparación al parto se han venido conociendo clasicamente por "El parto sin dolor". Esta denominación tenía estos graves inconvenientes: En primer lugar procedía de / una concepción errónea de que "el parto natural" no debía doler, y en segundo lugar predisponía a unos resultados demasiados optimistas, ya que el parto sin dolor, que parecía ser la meta del método, solo se alcanzaba en muy contadas ocasiones.

El cambio de "Parto sin dolor" por el de "Educación maternal" a través de la "Sofropedagogía obstétrica", no fue solo un cambio de nombres sino que llevó consigo una profunda evolución de ideas.

B- FINALIDAD.- La finalidad, la meta de la "Educación maternal" era mucho más ambiciosa. ¿Qué se intentaba conseguir con la preparación a través de los diferentes métodos psicológicos clásicos? Facilitar el parto, / lograr un parto sin dolor o lo menos doloroso posible; / la meta estaba, pues, limitada al parto. La Educación Maternal amplía su campo de acción, y como su nombre indica, pasa de preparar a la mujer para facilitarle el parto a prepararla, educarla; para ser ~~una~~ madre. El parto, aunque seguía situado en un primer plano no era lo único a tener en cuenta. No se podía olvidar, por un lado, a su protagonista, la mujer, su personalidad, y por otro,

el momento trascendente por el que pasaba, su maternidad estrechamente relacionado con la esencia **del "ser mujer"**.

Y este cambio debía ser así, porque el médico nunca debe tener en cuenta la enfermedad aislada, en este caso, el sufrimiento en el parto, sino también a la / paciente que lo padece y sus circunstancias, dos factores íntimamente relacionados que, si nosotros los vamos a separar a continuación va a ser por el único motivo de llevar una sistemática expositiva.

1º La mujer.- Ni que decir tiene que no es mi intención hacer un estudio amplio sobre los caracteres / psicológicos del "ser mujer"; pero sí analizar en qué // momento psicológico llega la mujer a su maternidad. Son muy numerosos los autores que han estudiado el psiquismo de la gestante y me perdería en el mismo si no tratara / de esquematizar solo algunos de sus aspectos:

a) Su maduración.- Si nos asomamos con ALONSO-FERNANDEZ (1973) al proceso de maduración de la personalidad, vemos como éste se realiza bajo tres vertientes / diferentes y asincrónicas, corporal, psíquica y social. Y a su vez en la psíquica existen varias dimensiones, intelectual, emocional y afectiva. Cuando la mujer adquiere su capacidad de procrear alcanza su maduración corporal, lo que no quiere decir que también haya alcanzado / su madurez psíquica.

La maduración psicológica nace con el individuo y está continuamente evolucionando hasta la muerte; pero

precisamente en la adolescencia, que es cuando con más frecuencia se realiza por primera vez la maternidad, es el momento cronológico en el que experimenta el avance más importante.

Si se adelanta en la mujer la concepción o / se atrasa ese escalón madurativo de su personalidad, / llegará la maternidad en un estadio lo suficientemente inmaduro, como para que tenga una clara repercusión en la misma. Repercutirá en su comportamiento en el parto y en la futura relación madre-hijo. La falta de la suficiente maduración emocional llevará consigo una incapacidad de control emocional, con manifestación externa de llantos, gritos, contorsiones y otras reacciones psicomotoras y la deficiente independencia afectiva // que conlleva la inmadurez afectiva, creará una falta / de confianza en sí mismo que dará lugar a "regresiones" a épocas anteriores de su vida en las que se encontraba más segura, como ya vimos en el apartado del comportamiento en el parto.

De igual forma esa personalidad inmadura que crea mujeres inseguras, temerosas, hipersensibles, que a veces se comportan ante el embarazo de una forma ambivalente -por un lado desean tener un hijo y por otro les falta la confianza en sí misma para afrontar los / problemas que traen consigo primero el embarazo, después el parto y finalmente la educación de su hijo- va a repercutir negativamente en la relación madre-hijo. (PRILL, 1973).

Los siguientes factores, que vamos a analizar a continuación, y que la mayoría han sido estudiados a través de una amplia casuística por AGUIRRE DE CARCER, / guardan una cierta dependencia con el que acabamos de es tudiar.

b) Aceptación de su feminidad.- A veces la mujer de una forma consciente o inconsciente no acepta su feminidad. Generalmente se descubre cuando preguntada // qué sexo desea, responde que un varón, porque "las mujeres somos tan desgraciadas...". Es fácil comprender la / repercusión negativa que esto puede tener en el futuro / trato con su hijo, sobre todo si es hembra, pero además, como ya hemos visto, influye en el comportamiento en el / parto (AGUIRRE DE CARCER, 1974).

c) Aceptación de su maternidad.- Ciertas cir-
cunstancias (embarazos ilegítimos, problemas socio-econó-
micos, etc.) puede ser la causa de que la mujer no acep-
te su maternidad. AGUIRRE DE CARCER, PRILL y otros auto-
res llegan a la conclusión de que muchos casos de hipere-
mesis gravídicas y de embarazos prolongados tienen su gé-
nesis en maternidades no aceptadas, la mayoría de las ve-
ces inconscientemente.

d) Psicosis endócrino.- En la gravidez // hay unos cambios endocrinos y metabólicos, que debido a la relación existente entre los cambios hormonales y psí-
quicos, deberían producir alteraciones psicológicas. Sin embargo no sucede así, porque la mujer se encuentra en /

esos momentos defendida por la "vivencia de la maternidad" que llena su vida (ALONSO-FERNANDEZ, 1973); y sólo cuando carece de una personalidad lo suficientemente madura, o, como hemos visto en el apartado anterior, los factores socio-culturales destruyen esa vivencia, es cuando surgen / alteraciones, como embarazos prolongados, vómitos, astenias, depresiones en los primeros meses, fenómenos neuróticos e incluso florecimiento de enfermedades como epilepsia, corea, etc.

2º.- La Maternidad.- Inherente a la maternidad hay una serie de factores congénitos, pero como afirma / MEAD (1965) "lo congénito es objeto de modificaciones diferentes bajo las influencias psíquicas y sociales". Y hasta en el animal encontramos después del primer parto una mayor perfección en los cuidados (SEITZ, 1958). Aparte de esto, y como algo exclusivo del género humano, tenemos el "sentimiento maternal": "estar en el mundo preocupándose", repartiendo afecto; sentimiento maternal que tiene parte congénita y otra desarrollada precozmente en el ser femenino (PRILL, 1973) y cuya evolución está influenciada por factores socio-culturales.

De todo este se deduce que la mujer respecto a su maternidad no se debe guiar por un código genético o / instintivo, es necesario un aprendizaje, una educación.

Considero que el concepto de Educación Maternal es muy ambicioso, tanto que hoy sería difícil o imposible abarcarlo en toda su amplitud. ¿Cuándo debería comenzar? Por supuesto que iniciarla en los últimos meses del embarazo, es demasiado tarde. La educación para la maternidad debería empezar en edad escolar, podría ser una disciplina más a enseñar en los colegios. Tampoco debe terminar en el momento del parto. El parto sólo abre las puertas para que se realice el encuentro de la madre con su hijo; y a raíz de ese encuentro se establecerá una relación entre ambos en la que el hijo, que nace siendo el ser más desvalido de la creación, tendrá una dependencia de su madre total y absoluta. Y su personalidad, que partiendo de cero experimentará un brusco avance evolutivo en el comienzo de su vida, va a dejarse influir ostensiblemente por el comportamiento materno.

¿Qué factores influirán en ese comportamiento?. Por un lado factores congénitos o instintivos, por otro / el sentimiento hacia su hijo (no olvidemos que en la diada madre-hijo, las influencias son mutuas, aunque la balanza se incline a favor de la que ejerce la madre sobre el hijo) pero sobre todo dependerá de unos conocimientos adquiridos a través de una información, que le llevará a un "obrar / inteligente" (PRILL, 1973).

La educación maternal influirá positivamente / sobre la personalidad de la madre. Una educación maternal, llevada a cabo en toda su amplitud, constituirá sin lugar a duda una medida profiláctica en las alteraciones psicológicas analizadas anteriormente. Tal como en la actualidad

podemos realizarla, nos vemos obligados muchas veces, // cuando esas alteraciones se presentan, a cambiar esas me didas preventivas por otras terapéuticas.

C- METODICA.- Si más amplia es, como hemos visto, la meta a conseguir en el nuevo método de preparación por Sofropedagogía Obstétrica, también tendrá que ser // más extensa la metódica empleada. Continuamos con las mis mas ideas básicas de los métodos de READ y de VELVOVSKI, combatiendo el temor y la angustia al parto mediante una información, descondicionando los reflejos condicionados negativos, preparando a la mujer para la prueba física / que supone el parto con una educación neuromuscular, etc; pero la introducción de la Sofrología ha traído no sólo / técnicas nuevas sino también nuevas concepciones:

1- Hay algo esencial en la Sofrología que la / distingue de otras escuelas, sobre todo de la hipnosis: La gran importancia que se le da al sujeto que realiza / la sofronización. El sujeto es el que domina la situación, lo contrario que en la hipnosis en la que el hipnotizado se entrega a la voluntad del hipnotizador. Con el método de Sofropedagogía Obstétrica la gestante se convierte en la "gran protagonista". Los entrenamientos sofrológicos // van encaminados a fortalecer su personalidad, a madurarla lo suficiente para que, con la debida autoconfianza pueda afrontar su maternidad con la máxima serenidad. De to do ésto se deduce lo siguiente:

a) Que no creamos necesario, como sucedió con los métodos clásicos, que el preparador **fuera obligatoria**mente el que después asistiera al parto, lo que traía // graves inconvenientes y hoy sería imposible de realizar en los actuales centros de medicina socializada.

b) Esta relación afectiva entre gestante y tocólogo o matrona, que READ considera imprescindible, y que formaba parte de una indudable y beneficiosa relación médico-enfermo si bien en la actual medicina tecnificada tantas veces brilla por su ausencia, en nuestro / método suplimos su falta con ese fortalecimiento de la / personalidad de la gestante, lo que no quiere decir que desdeñemos dicha relación afectiva médico-enfermo, que / de existir influirá siempre positivamente en los resultados.

c) De igual forma debido a ese fortalecimiento importará menos, y aunque tenga su influencia generalmente no será decisiva, la actitud indiferente o más o menos negativa de tocólogo y matrona, el ambiente de la clínica maternal, la asepsia verbal, etc.

2- La importancia que le damos a la "mujer" / (protagonista) en su "maternidad" (circunstancia trascendental) y el hecho de que poseamos en la sofrología armas eficaces para combatir o prevenir las alteraciones psí--quicas ya estudiadas que en relación con la misma pue--den aparecer, son la causa de que pasemos /// // // // // //

nes del concepto clásico de "psicoprofilaxis obstétrica", es decir de la prevención del dolor del parto, a una profilaxis psíquica de la "mujer" para evitar dichas alteraciones; y si ya han aparecido, para establecer la correspondiente terapia. Debo añadir, según estas ideas, que en la preparación considero indispensable la colaboración de un psiquiatra.

3- Dedicar una parte del método a preparar a la gestante para el encuentro con su hijo. Por un lado mediante una terapia sobre esas alteraciones de su personalidad, y por otro a través de una información sobre ideas básicas de psicología infantil, de cuidados e higiene del niño y relación madre-hijo.

4- Finalmente entremos a considerar un punto, / que toma un relieve especial en la Obstetricia Sevillana, y que ha sufrido una modificación en la metódica de la // Sofropedagogía Obstétrica. En los métodos clásicos se aspiraba a la realización de un parto natural sin ayuda de anestesia química. Nosotros pensamos que durante el parto la mujer pasa por un sufrimiento ante el cual el médico / no puede de ninguna manera quedar impasible, pues una de sus misiones es precisamente luchar contra el dolor. Somos conscientes del gran papel que ha jugado la ESCUELA SEVILLANA DE OBSTETRICIA, a la que me honro desde hace once años en pertenecer, referente a la lucha contra el sufrimiento en el parto. La eficacia de su método analgé

sico, desde el momento en que se aplica, no tiene ni punto de comparación con la lograda por cualquier método psicológico de preparación y su efecto yatrogénico estamos / convencidos que es prácticamente nulo. Por todo esto, tenemos el criterio personal que para combatir el sufrimiento en el parto la Sofropedagogía Obstétrica y la anestesia química, lejos de estar en polos opuestos, se pueden y se deben perfectamente complementar, para empezar una / donde termina la otra.

NUESTRA METODICA

Sin entrar en detalles vamos a dar un sencillo esquema sobre el método practicado por nosotros y que sigue en lo fundamental las líneas del creado por AGUIRRE DE CARCER.

Los grupos que formamos oscilan de quince a // veinticinco gestantes. Pensamos que éste es un número / ideal, lo que no quiere decir que desviarse del mismo / puede influir ostensiblemente en los resultados; por el contrario no debemos olvidar el carácter social que puede tener este método de preparación, en cuyo caso es factible realizarlo con un número de hasta cuarenta o cincuenta alumnas. Números mayores provocarían una masificación no demasiado beneficiosa.

Se comienza al quinto o sexto mes del embarazo y consta de seis clases teóricas y de unas prácticas a / razón de dos a la semana.

Las teóricas tienen por un lado una misión informativa relacionada con la maternidad, como son unas / breves nociones sobre la anatomía de los genitales femeninos, el mecanismo y la fisiología del parto, los factores psicológicos que intervienen en el dolor del parto, relación madre-hijo y fundamentalmente unas normas de conducta a seguir en el parto, y por otro lado, actuar psicológicamente sobre el grupo para crear un ambiente optimista ante el parto y liberar a las gestantes de los reflejos condicionados negativos que en relación con el mismo puedan traer. En esta acción psicológica le damos mucha importancia a introducir en el grupo durante la primera clase a exalumnas a las que les haya ido bien el método, con un beneficioso coloquio entre ellas que contribuya a hacer desaparecer los temores al parto. Como material auxiliar // utilizamos diapositivas, gráficos y películas.

En las clases prácticas se realizan unos sencillos ejercicios abdominales, unas técnicas de respiración superficial y un entrenamiento sofrológico al que, como precisamente es la novedad principal de este método, le / vamos a dedicar una especial atención.

ENTRENAMIENTO SOFROLOGICO

No es mi propósito, a pesar de que le dediquemos un apartado, entrar en detalles sobre la técnica, // que por otro lado siempre le resultaría difícil de comprender al lector ajeno a la sofrología, reduciéndonos a exponer sus finalidades con algunas consideraciones neurofisiológicas.

1ª Finalidad.- Enseñar un método especial de / relajación para que una vez que sea asimilado por la gestante, pueda ponerlo en práctica en el momento del parto y combatir con él la sensación dolorosa.

¿Qué mecanismo neurofisiológico nos puede explicar la acción que sobre el dolor en general y el del parto en particular puede tener la sofronización aislada?.

Aunque en un terreno puramente hipotético podemos dar la siguiente explicación:

Vimos al estudiar el dolor la gran importancia del papel que jugaba la sustancia reticular en el paso / por ella del mensaje doloroso y en la respuesta que éste llevaba consigo. Decíamos que una de sus misiones fundamentales era la de inhibición o activación, por medio de su sistema inhibitor o activador, de los impulsos que pasaban a su través. Pues bien, la sofronización está compuesta de los siguientes componentes neurofisiológicos:

a) Una RELAJACION, es decir una disminución del

tono muscular. De los trabajos de MORIN (1966) deducimos el importante control que sobre las motoneuronas ejerce la sustancia reticular en el sentido de que un estado de activación llevará a un aumento del tono muscular y uno de inhibición a una disminución de dicho tono. También hemos analizado el carácter asociativo que tiene la sustancia reticular, relacionando entre sí las diferentes estructuras del sistema nervioso central como son la corteza, el cerebelo, el tálamo y el hipotálamo y su intervención directa por tanto en los circuitos afectivos-emocionales. Así, por su conexión con la corteza cerebral el tono puede depender de ésta (a una relajación podemos llegar por la acción de la voluntad); por las conexiones cerebelosas el tono muscular va a estar estrechamente relacionado con la mecánica del equilibrio; estará así mismo influido por factores afectivos-emocionales; y finalmente, dependerá también de la atención, de aquí que el tono muscular varíe en los estados de vigilia y sueño y por supuesto en este estado especial de atención y aprestamiento motor, que como vimos, se producía por vía refleja en el dolor.

Pero de igual forma que la sustancia reticular y las estructuras que con ellas se relacionan ejercen / un efecto sobre el tono muscular, existe una acción recíproca de éste sobre aquélla y así tras una relajación a la que podemos llegar a través de la voluntad, se va a producir un estado de inhibición que a su vez va a repercutir sobre la emoción y la atención en el sentido de // inducir a un estado de mayor tranquilidad y a un descen-

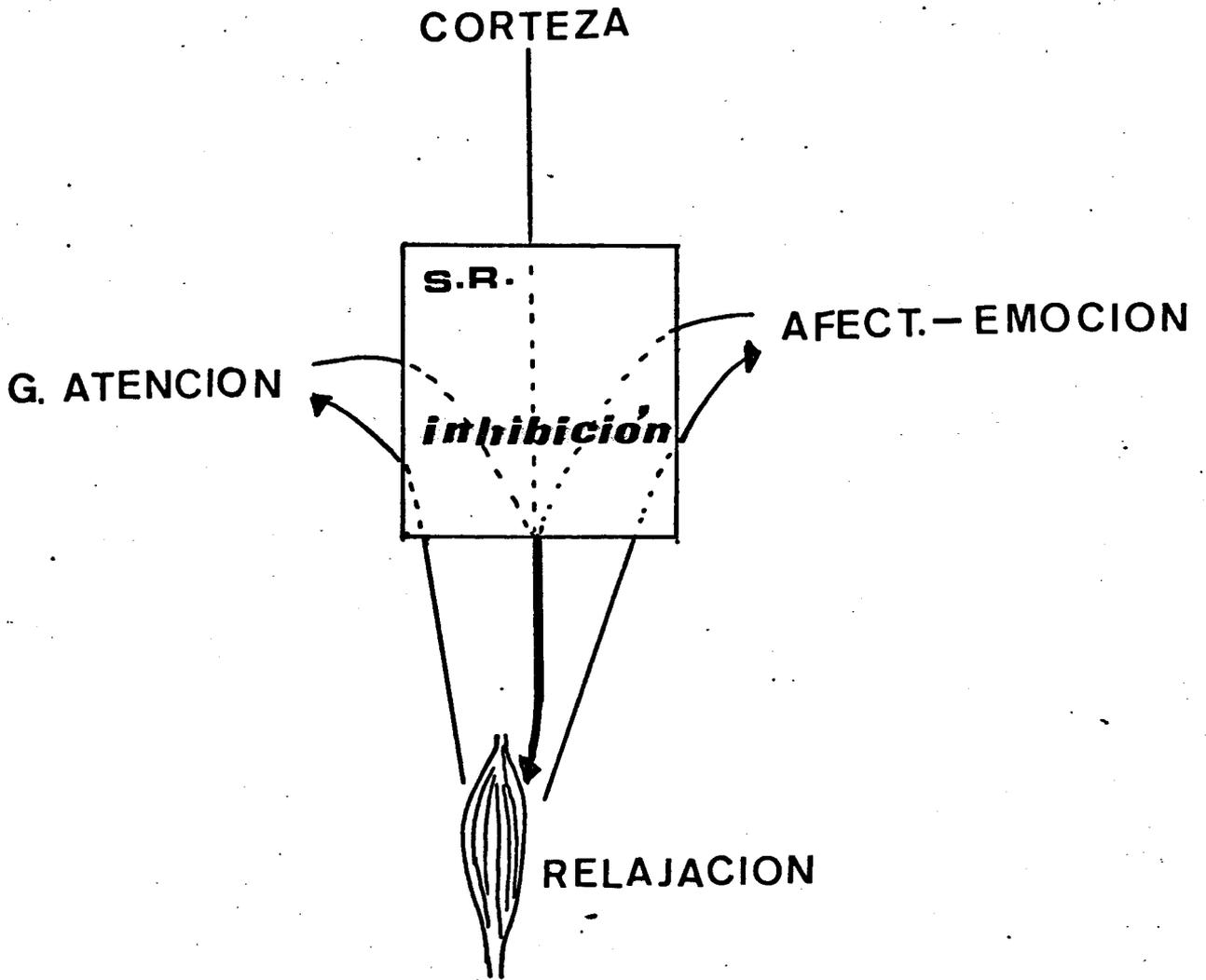
so del grado de atención (Figura 6) y así, por todo este mecanismo, los mensajes dolorosos sufren una considerable disminución de intensidad perceptiva.

b) AISLAMIENTO SENSORIAL.- A la sustancia reticular llegan también por vías colaterales aferencias sensoriales, que van de igual forma a influir sobre su mecanismo activador. Así, el individuo para dormir busca un determinado aislamiento sensorial y por la acción de estímulos sensoriales sobre el sistema reticular activador ascendente se produce el despertar.

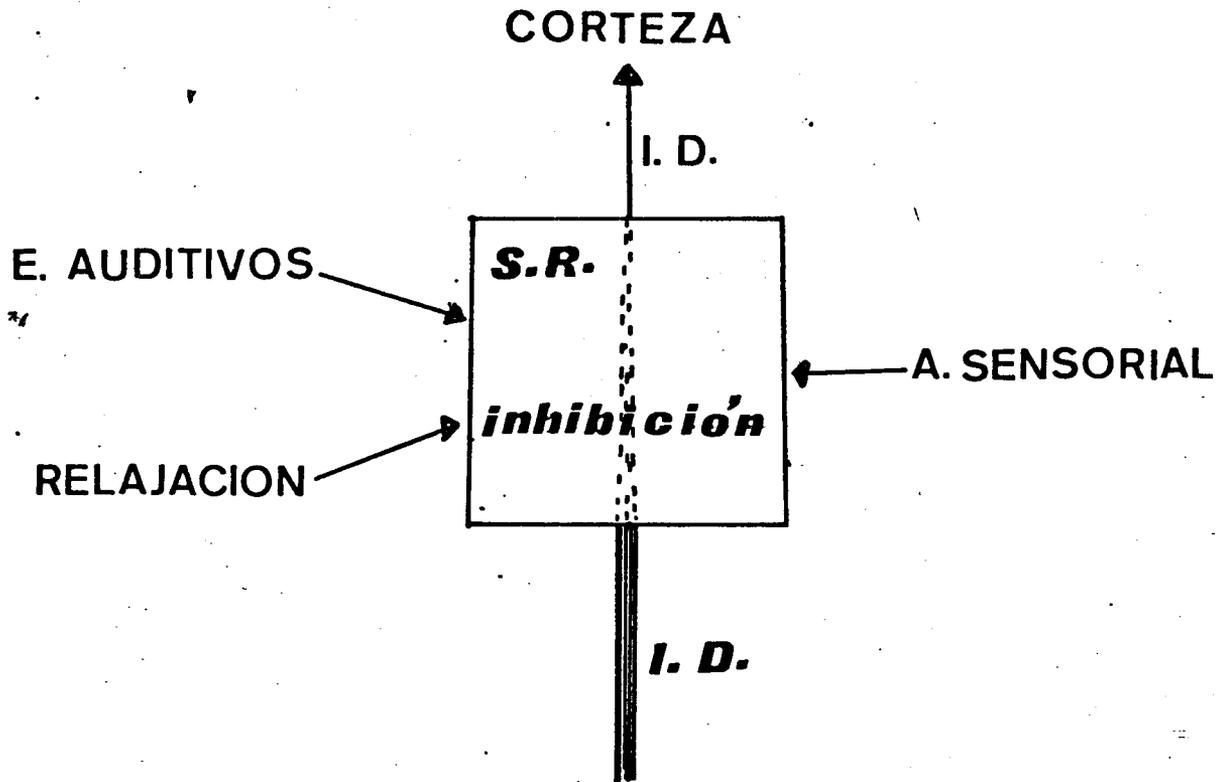
En la sofronización existe un aislamiento sensorial. Ya el sujeto que va a sofronizarse busca un ambiente tranquilo, pobre en estímulos externos (aunque este // ambiente no es imprescindible) y comienza cerrando los // ojos, con lo que suprime los estímulos visuales. Pero es sobre todo, el meditar sobre el propio cuerpo a través de percepciones corporales o, basándose en la meditación "diana" de los yoguis, meditar en un objeto neutro, etc., lo que va a ir sumergiéndolo más y más en un profundo aislamiento sensorial, lo que repercutirá, junto con lo anterior, tal como vemos en la figura 7, sobre el sistema inhibitor reticular.

c) ESTIMULOS AUDITIVOS MONOTONOS.- Los estímulos auditivos, cuando llevan una cierta monotonía, actúan también sobre la sustancia reticular en sentido inhibitorio. Por este mecanismo el niño se duerme escuchando un cuento o nosotros ante la televisión, etc., La voz del //

F.6



F.7



sofrólogo, el llamado por la escuela sofrológica ternos-logos, debe tener la suficiente monotonía como para que produzca el mismo efecto.

En definitiva, tal como vemos en el esquema, LA RELAJACION, EL AISLAMIENTO SENSORIAL y LOS ESTIMULOS AUDITIVOS MONOTONOS que en la SOFRONIZACION se producen, van a actuar sobre la sustancia reticular induciendo a un estado de inhibición de la misma y por tanto a una / modificación de la consciencia en el sentido de un descenso de su nivel, lo que traerá como consecuencia que los impulsos que hagan escala en la sustancia reticular, entre los que se encuentran los dolorosos, van a experimentar una disminución perceptiva o incluso una abolición (Figura 7).

2ª Finalidad.- La sofrología dispone de técnicas de entrenamientos psicofísicos encaminados a inducir en la gestante un estado de tranquilidad, de dominio emocional y de autoconfianza. Se puede conseguir, pues, con ellas, un cierto grado de maduración de su personalidad que tanta importancia tiene, como hemos visto en otros/lugares, en el comportamiento de la parturienta y en la percepción dolorosa.

3ª Finalidad.- Con técnicas individuales o incluso colectivas, la Sofrología puede constituir una eficaz arma terapéutica cuando la gestante presente alguna de las alteraciones psíquicas ya analizadas en páginas /

anteriores y que van a repercutir, como vimos, negativamente en el dolor del parto.

R E S U L T A D O S

A pesar de lo nuevo que es el método, son ya numerosos los trabajos que muestran unos resultados excelentes del mismo (NAVARRO, 1975; BOON, 1975; BALDO, 1975; / AUDIT y NEUVILLE, 1972). Sobre el efecto de la preparación en la sensación dolorosa en el parto, AGUIRRE DE // CARCER (1975) realiza un estudio basado en 2000 partos: 1000 correspondientes a gestantes preparadas y 1000 a / gestantes sin preparar.

Los resultados son los siguientes:

NO PREPARADAS

1 Parto no soportable.....	26 %
2 Parto difícilmente soportable.....	30 %
3 Parto soportable.....	34 %
4 Parto perfectamente soportable.....	7'8 %
5 Parto sin dolor.....	1'4 %

PREPARADAS

1 Parto no soportable.....	5'5 %
2 Parto difícilmente soportable....	5'1 %
3 Parto soportable.....	35'9 %
4 Parto perfectamente soportable..	48'4 %
5 Parto sin dolor.....	5'1 %

De la suma de los dos primeros apartados /// (1 y 2) y de los dos últimos (4 y 5) de ambos grupos / se deduce la siguiente tabla comparativa:

	NO PREPARADAS	PREPARADAS
NEGATIVIDAD	56 %	10'6 %
POSITIVIDAD	9'2 %	53'5 %

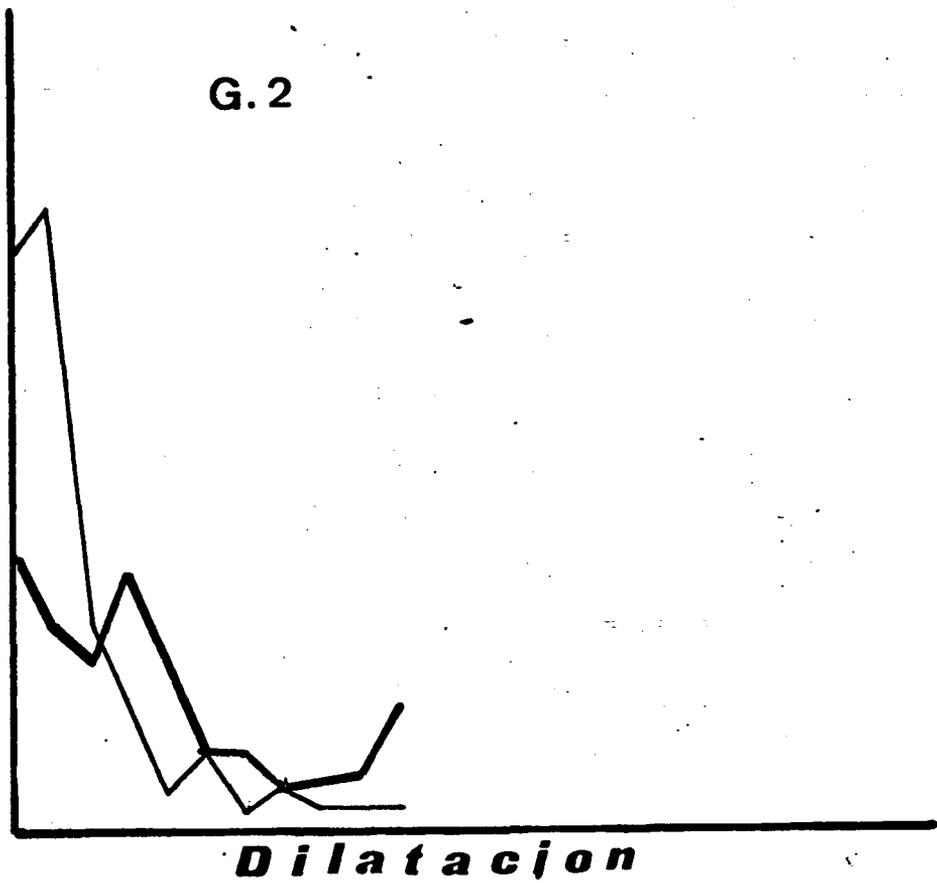
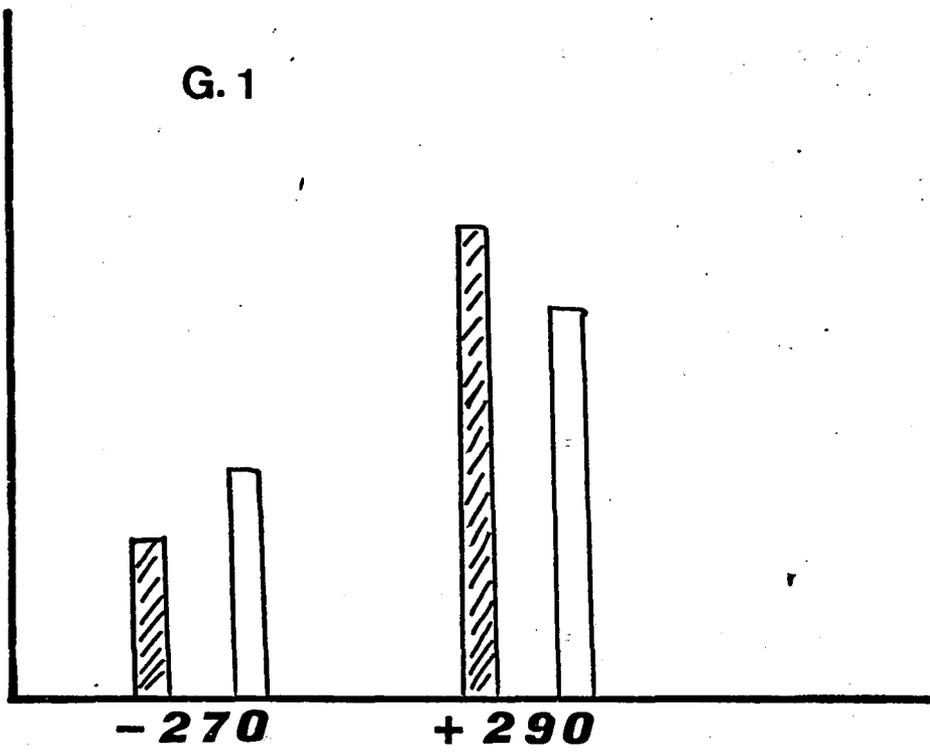
Se ve claramente la influencia positiva de la preparación.

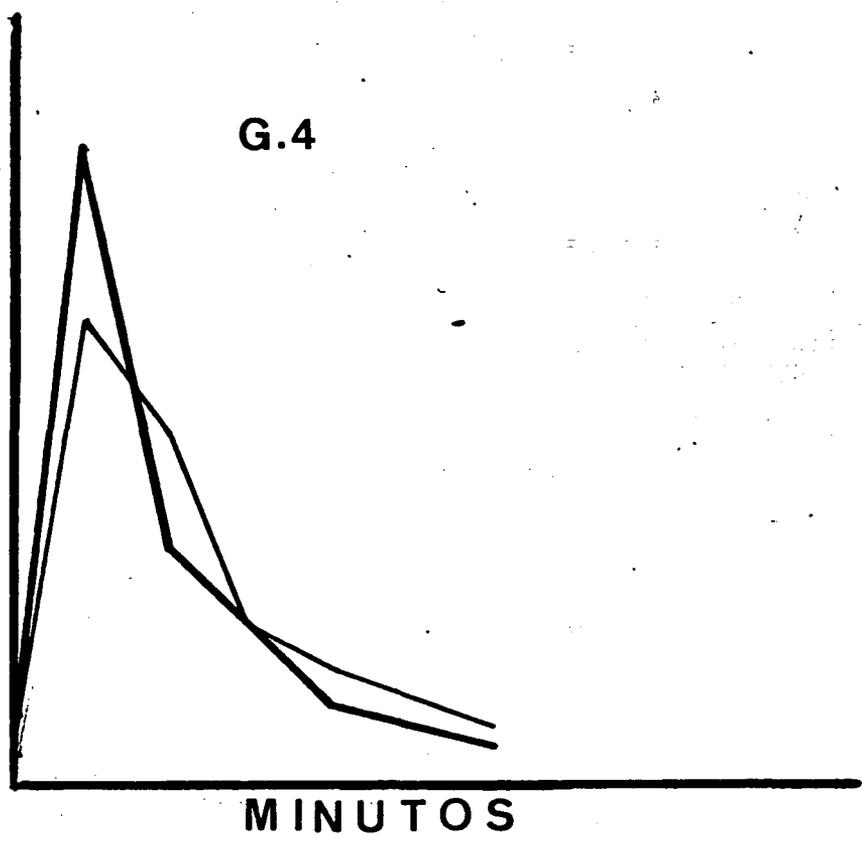
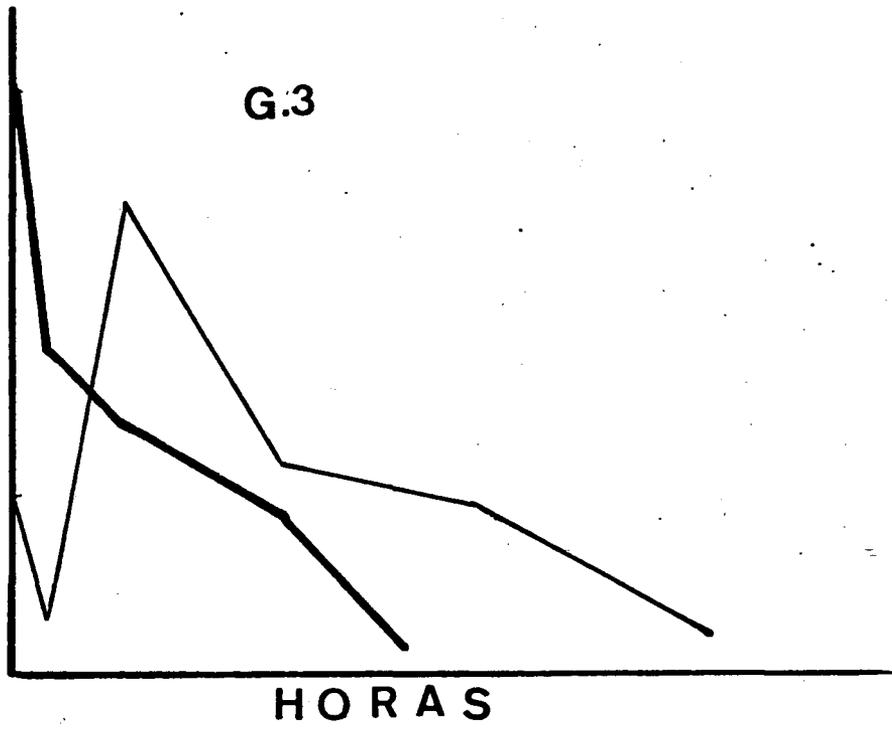
NUESTROS RESULTADOS.-

Están basados en el estudio comparativo entre 75 partos de gestantes preparadas y otros tantos de // gestantes sin preparar.

Consideramos, entre otros, los siguientes puntos:

1º) Días de gestación.- Recogimos en ambos / grupos el número de gestaciones de 270 días y el de / más de 290, con los resultados que se reflejan en la / gráfica 1 (Las columnas rayadas pertenecen a las preparadas)





Vemos cifras muy similares. Llama la atención que la de los embarazos prolongados se incline algo a // favor precisamente del grupo de preparadas, lo que está en disparidad con el criterio de que, al ser muchos de / ellos de naturaleza psíquica debe disminuir con la preparación psicológica de la gestante. Estimo que la presente casuística no es lo suficientemente numerosa **como para dar** le demasiado valor a este dato.

2º) Dilatación al ingresar en la maternidad. /
Gráfica 2 (trazo grueso: preparadas)

Se ve cómo estadísticamente la gestante preparada ingresa en un estadio más avanzado de su parto.

3º) Horas de ingresadas antes del parto. ///
Gráfica 3

El número de horas de estancia anteparto es considerablemente menor en la mujer preparada, en parte por lo expresado en el anterior apartado (ingresar en período más avanzado del parto), pero también habría de considerarse la posibilidad de que, como opinan muchos autores, los métodos de preparación psicológica acortan el parto. En nuestro estudio no hay los suficientes elementos de / juicios para dar fuerza a tal afirmación.

4º) Tiempo de goteo anestésico y estimulante /
según el método de la Escuela Sevillana de Obstetricia.
Gráfica 4

Observemos que ambas curvas son muy similares, aunque algo menor el tiempo de analgesia en las preparadas. El número de partos sin anestesia fue igual en uno y otro grupo, lo que es acorde con nuestro criterio de que en la lucha contra el sufrimiento de la mujer en el último período del parto, el método analgésico sevillano cumple una misión mucho más eficaz, la mayoría de las veces, que cualquier otro método psicológico.

5º) Comportamiento.- Se graduó entre el 1 y el 5:

- 1- Comportamiento malo
- 2- " regular
- 3- " bueno
- 4- " muy bueno
- 5- " excelente

Fueron datos proporcionados por las propias señoras después del parto y quedan reflejados en la tabla siguiente:

COMPORTAMIENTO	nº	%
1.....	0.....	0
2.....	3.....	4'68
3.....	16.....	25'00
4.....	26.....	40'62
5.....	19.....	29'68

6º) Sensación dolorosa.- La hemos valorado desde dos puntos de vista:

a) Conforme a los datos facilitados por las /
 propias señoras contestando a cuestionarios en los que
 hemos graduado esa sensación dolorosa según el siguiente
 baremo:

- 1- Parto insoportable
- 2- " difícilmente soportable
- 3- " soportable
- 4- " muy soportable
- 5- " sin dolor

Los resultados se ven en la siguiente tabla:

S. DOLOROSA	nº	%
1.....	2.....	3'12
2.....	6.....	9'37
3.....	25.....	39'06
4.....	26.....	41'42
5.....	4.....	6'34

b) Por el estudio comparativo de la administra-
 ción de medicación sedante a la parturienta:

- Preparadas.....5.....6 %
- Sin preparar.....23.....30 %

Tanto en la tabla anterior como en ésta se de-
 duce la influencia positiva que sobre la sensación dolo-
 rosa ejerce la preparación.

7) Factores del curso que influyeron en estos

buenos resultados.- En el cuestionario entregado a cada alumna para su contestación después del parto, se le exponen una serie de factores para que ellas los ordenen / según el grado de influencia positiva en la preparación. Los resultados han sido los siguientes:

- 1º La práctica de la respiración, el 75 %
- 2º La práctica de la relajación, el 52'9 %
- 3º Los ejercicios gimnásticos, el 26'4 %
- 4º La influencia creada por el profesor, el 29'4 %
- 5º La influencia del grupo, el 29'4 %
- 6º Los estudios anatómicos, el 25 %
- 7º La clase de los maridos, el 30'8 %
- 8º Las películas, el 39'7 %

Como se ve, ~~en~~ la práctica de la respiración, seguida de las técnicas de sofronización han sido, según criterios de las propias preparadas, los factores / que más influencia han tenido en el éxito del método. / Llama la atención el lugar que ocupa la influencia del grupo, ya que en la casuística de AGUIRRE DE CARCER este factor ocupa el último lugar, debido, según él, a // que la típica introversión de la gestante dificulta la integración en el grupo; sin embargo no sucede lo mismo con nuestras preparadas, por un lado por el carácter extrovertido de la mujer sevillana y por otro, porque, como quedó expuesto en otro lugar, es nuestro criterio favorecer en lo posible la acción psicológica del grupo.

8º) Influencia de los factores relacionados / con el parto.- Se enumeraron en el cuestionario una se

nie de factores que la alumna debía de calificar de favorables, indiferentes, o desfavorables. Los resultados sobre 68 casos quedan reflejados en la siguiente tabla:

FACTORES	FAVORABLES	INDIF.	DESFAV.
CURSO DE PREPARACION ...	67	1	0
ACTITUD DEL TOCOLOGO ...	54	14	0
" DE LA MATRONA ..	38	22	8
" DE LA FAMILIA ..	42	21	5
" DEL MARIDO	64	2	2
AMBIENTE DE LA CLINICA *	37	24	7

De este estudio sacamos las siguientes conclusiones:

1) No se ha visto influencia de la preparación en la reducción de embarazos prolongados.

2) Excepcionales ingresos injustificados en la // clínica maternal de las gestantes preparadas, haciéndolo la mayoría con más de 3 centímetros de dilatación.

3) Reducción muy considerable de la estancia ante parto de la mujer preparada.

4) Influencia muy positiva de la preparación sobre el comportamiento y la sensación dolorosa de la mujer en el parto.

III

**VALORACION DEL
SUFRIMIENTO EN EL
PARTO POR LOS TESTS
PSICOLOGICOS DE**

**LAURETTA BENDER
Y DE
REY**

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

Està el dolor tan cargado de subjetividad que no puede existir la menor posibilidad de una valoración objetiva. Pero, siendo una de sus características mas llamativas, la gran variabilidad entre los individuos del dintel de la -- sensibilidad dolorosa, ha constituido el anhelo de muchos/ de los investigadores que se han introducido en su resbala-- dizo terreno, establecer de alguna manera valores sobre -- unos datos mas o menos concretos. Asi, KEELE (1964), estu-- diando la acción algògena de algunas sustancias en función de la intensidad del dolor que provocaba su aplicación so-- bre una erosión en la piel, valoraba convencionalmente di-- cha intensidad entre 0, no dolor y 4, dolor muy intenso; - otros autores como MULCANY y JANZ(1973) la mediàn en rela-- ción a la presión que a través de un manguito colocado en/ un brazo determinaba la aparición de dolor; HASLAM (1966)/ utilizaba para tal medicción estímulos tèrmicos o elèctri-- cos; AGUIRRE DE CARCER (1974) establecia una escala sobre/ la intensidad dolorosa en el parto comprendida entre los - numeros I, parto insoportable y 5, parto sin dolor.....

....Ahora bien, siempre esos valores se establecian en fun-- ción de datos suministrados por los propios sujetos. Y es - que, no podia ser de otra forma, porque sobre el dolor no/ podemos saber mas de lo que nos cuenta el propio individuo que lo padece, no existiendo posibilidad de medicción obje--

tiva.

Lo que si podemos valorar de una forma mas o menos/ precisa son los factores psicologicos que en el plano de la afectividad, por un lado, condicionan al dolor y por otro, constituyen parte esencial del mismo y del sufrimiento que determine. De esta manera, limitandonos al dolor del parto, ha habido autores como LEVY y MCGEE (1975) que han logrado establecer un cierto pronostico sobre el grado de intensidad dolorosa en el parto estudiando algunos factores psicologicos, como la ansiedad, a través de determinados test psicologicos aplicados en el embarazo.

Pero en ninguna ocasiòn , que sepamos, se han valorado los factores psicologicos que constituyen y dan colorido al sufrimiento que cada uno de los dolores del parto/ va dejando tras de sí.

Para tal finalidad hemos utilizado unos test psicologicos que aplicados en primer lugar durante el embarazo/ y despues en el parto podían constituir unos documentos objetivos donde quedaran reflejados algo tan subjetivo como es el sufrimiento en el parto.

Si se demostraba esta primera cuestiòn de nuestra tesis, es decir, si tal valoraciòn era posible, nos serviriamos de ella para realizar tambien un analisis de los efectos de la preparaciòn psicologica sobre dicho sufrimiento.

M A T E R I A L

El estudio se ha realizado en 71 señoras a las que se le han practicado en el embarazo y posteriormente en el parto los tests psicológicos "Gestáltico visomotor" de LAURETTA BENDER y "La Figura Compleja" de REY, cuyos fundamentos y pormenores de sus aplicaciones en los casos concretos que nos ocupan serán expuestos extensamente en el capítulo correspondiente al METODO.

1) El número.- El número de casos, 71, ha sido determinado por circunstancias derivadas fundamentalmente de la gran dificultad surgida en las aplicaciones de los tests en el parto. He realizado alrededor de 150 aplicaciones en el embarazo, que por las razones que serán debidamente expuestas más adelante, no se han podido repetir en el parto más que en los 71 casos objeto de este estudio. Redondear ese número con nuevos casos hasta llegar por // ejemplo a 75, llevaría consigo una espera de varios meses por el intervalo establecido entre ambas aplicaciones, y desprenderse de algunos para de igual forma redondear el número a 50 sería restar valor estadístico al estudio.

T. 5

EDADES	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
- 20	2	5,2	1	3
20 - 23	15	39,4	8	24,2
24 - 27	16	42,1	15	45,4
28 - 30	2	5,6	6	18,1
+ 30	3	7,8	3	9,3

T. 6

PROF	SIN PRE.		PRE.	
	N	%	N	%
A	28	73,8	8	24,3
E	5	13,1	10	30,3
P	5	13,1	15	45,4

T.7

ESTUDIOS	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
U	0	0	5	15,3
B	10	26,4	19	57,5
P	28	73,6	9	27,2

De estos 71 casos, 38 corresponden a gestantes / que fueron escogidas al azar en una consulta de obstetricia del Centro Maternal de la Ciudad Sanitaria "Virgen del Rocio" teniendo tan sólo en cuenta que fueren primigestas y hubiesen cursado por lo menos estudios primarios. Las 33 restantes eran igualmente gestantes pertenecientes a la Seguridad Social, pero que estaban siguiendo un curso de preparación psicológica para el parto por el método de Sofropedagogía Obstétrica. Igualmente tan sólo se tuvo presente en la elección que se tratasen de primigestas y hubiesen cursado, al menos, estudios primarios.

2) Edades.- A pesar de coincidir ambos grupos en el dato de la paridad (primíperas), las edades se desvían en sentido ascendente en el grupo de preparadas, tal como vemos en la tabla 5 .

3) Profesiones.- Hemos agrupado las profesiones en amas de casa (A), empleadas fuera del hogar (E) y las / que ejercían alguna profesión universitaria o auxiliar (P), cuyos datos quedan reflejados en la tabla 6 .

Observamos cómo el dato comparativo más llamativo es la diferencia entre el tanto por ciento de amas de casa de uno y otro grupo, es que como ya habíamos apuntado en un anterior estudio (FERNANDEZ, 1975) la mujer que trabaja fuera de su casa siente, estadísticamente, más necesidad de prepararse para su parto que la que tan sólo realiza el trabajo hogareño.

4) Estudios.- Hemos tenido en cuenta los estudios Universitarios (U), de Bachiller superior o elemental (B) y los Primarios (P), cota intelectual mínima que nos trazamos a la hora de la elección de los casos.

Como se comprueba en la tabla 7, el nivel intelectual del grupo de preparadas es considerablemente mayor. Ahora bien, esta diferencia intelectual, imposible de evitar al escoger a las gestantes sin preparar a pesar de // que en un principio nos lo propusimos, no ha constituido serios inconvenientes en el análisis comparativo de ambos grupos, como en su momento se podrá demostrar.

M E T O D O

A -- BASES TEORICAS DE LA PERCEPCION

En el estudio de la percepción hay que hacer / referencia necesariamente a la Gestaltpsychologie.

"La percepción es el sector psicológico más tra-
bajado ^{por la} psicología de la forma. Su punto positivo más lo-
grado es una nueva doctrina de la percepción de la que se
derivarán interesantes puntos de vista sobre el comporta-
miento" (ALONSO-FERNANDEZ, 1974)

En la concepción clásica de la sensación, las imágenes psíquicas son copias exactas de las imágenes fí-
sicas. "Gracias a la psicología de la forma se ha abando-
nado esta concepción tan simplista. Hoy, en la descripción
de la sensopercepción suelen integrarse los criterios fe-
nomenológico y gestáltico" (ALONSO-FERNANDEZ, 1974) .

Wertheimer "denomina gestalt (forma, hechura)
al factor unificante que combina los elementos separados

de un todo" (WOLMAN). Así, nuestra percepción es determinada por la configuración con que aparece el campo perceptivo que vemos, como se puede apreciar en el hecho de que una serie de ⁴puntos podemos agruparlos como triángulo, / círculo o cuadrado, según sea dicha configuración.

Estas agrupaciones se realizan según unos principios de organización (^{para}según Wertheimer: proximidad, / semejanza, cierre, continuidad, familiaridad y estado), que explican el hecho de que las configuraciones perceptivas cambien según la ordenación de lo percibido.

Por tanto, vamos a tomar como punto de partida una afirmación fundamental: La realidad objetiva no es reproducida fielmente por nuestras percepciones. Existe un constante sometimiento a "ilusiones perceptivas" que ofrecen una "visión personal" de lo percibido.

En estas percepciones actúan dos factores interrelacionados: Por un lado, la estructura del sistema nervioso como factor constitucional. Por otro, un factor / adquirido, ya que la percepción es fruto de una experiencia individual, de aprendizajes anteriores, de la historia personal de cada individuo... Ambos ejercen una función en nuestras percepciones.

Existen además en ellas tres componentes intimamente asociados:

1. El proceso receptor, mediante el cual no percibimos jamás sensaciones sueltas, sino cierto campe perceptivo que posee una estructura.

2. El proceso simbólico. En la percepción cada campo estructurado va íntimamente asociado a un concepto. (En el test gestáltico visomotor, asociar la figura 3 a la forma de bandada de pájaros, o la figura 5 a semicírculo con línea recta...)

3. Y el proceso afectivo. Todas las experiencias perceptivas tienen sus aspectos afectivos y su tono emocional.

Esta unión de lo afectivo es lo que interesa / analizar de cara a la comprensión de ~~los~~ ^{los} sentidos de las pruebas psicológicas pasadas a los dos grupos de mujeres de nuestro estudio. Y lo hacemos desde el plano de la personalidad del individuo y desde el de los estados afectivos concretos.

"La influencia de la personalidad sobre la percepción es un fenómeno muy general, pero que puede ser // puesto en evidencia sobre todo, cuando en el campo perceptivo las formas son pocas pregnantes" (DELAY). Es decir, cuando existe poca estructuración espacial, ésta dependerá sobre todo de la personalidad del individuo; de esta manera, dicha estructuración espacial variará según la / persona que realiza la percepción.

En este fenómeno influyen tres factores:

1. Cada sujeto tendrá unas expectativas concretas en sus percepciones, distintas a los otros sujetos. Se produce por tanto una atención especial hacia ciertos elementos del campo perceptivo, que variará en cada persona.

2. La motivación que se tiene hacia lo que se percibe, hace que dicha percepción varíe ostensiblemente. El estado afectivo que tiene aquí el individuo va a ser un factor determinante, ya que influye directamente en la motivación.

3. Las disposiciones generales de cada personalidad influyen asimismo en la percepción. Se manifiestan de esta forma unos "tipos perceptivos"; p. ej.: sujetos dependientes del campo perceptivo (tipo sincrético) y sujetos independientes (tipo analítico), correlacionados con diferencias del carácter (WITKIN).

Sobre estas bases, ciertos tests perceptivos han sido usados como instrumento proyectivo. Lauretta Bender cita las experiencias realizadas con el "test gestáltico visomotor" por M. L. HUTT (1945) combinando el G. V. con las técnicas de asociación libre; por J. KITAY (1950), relacionándolo con el Rorschach; o por V. LUM (1950) aplicándolo a enfermos mentales... (4)

"La relación entre percepción y componente afectivo deriva en el plan primitivo de la función vital de la percepción" (DELAY). Es decir, la percepción es un elemento fundamental de cara a la adaptación del individuo. Por tanto, en el animal resulta evidente que ciertas percepciones produzcan fuertes estados afectivos y comportamientos complejos, ya que van ligadas, en muchos casos a la supervivencia. La presentación a un mono superior, criado en aislamiento desde su nacimiento, de un "engaño" que tenga cabeza de mono (HEBB) o

de una serpiente (MASSERMAN) desencadena un terror pánico. Iguales mecanismos, aunque más complejos se dan en el hombre. De igual forma, el estado afectivo va a ser distinto para una misma percepción, según las condiciones biológicas: no es lo mismo la percepción de un plato de comida en ayunas, que después de comer.

Ahora bien, en el hombre esta interrelación /// afectividad-percepción es mucho más compleja, dándose una influencia total de la personalidad del individuo, antes / analizada. La estructura de la personalidad va a condicionar el estado afectivo de cada momento.

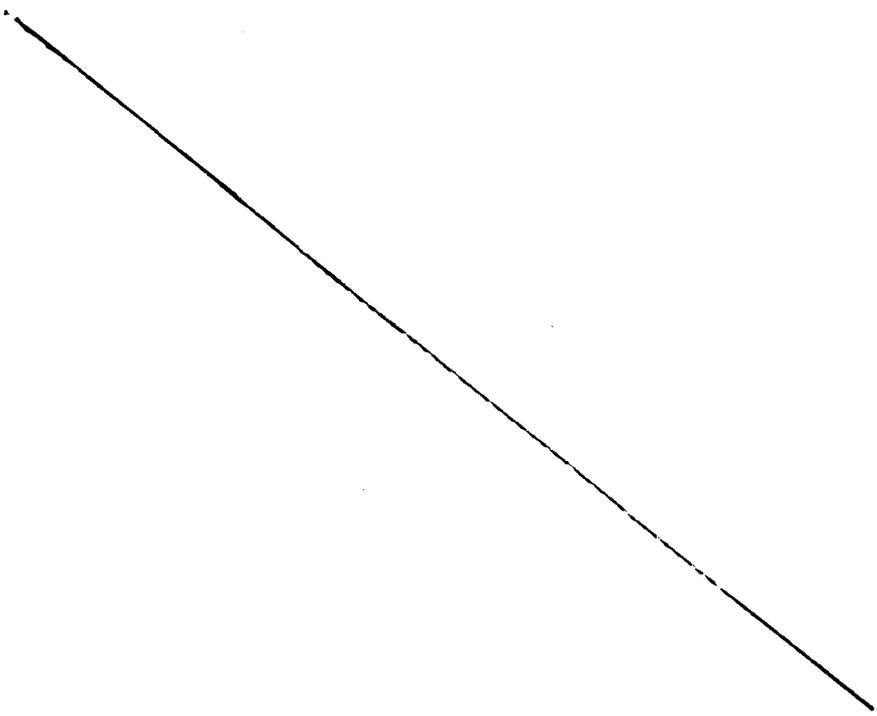
Aparte de esta influencia de la personalidad, / la percepción lleva aparejado unos estados afectivos del sujeto que percibe. De esta forma, junto al análisis de una percepción podemos encontrar un componente afectivo. Componente que va en dos direcciones:

La primera en la que la percepción de algo puede vivirse como agradable, desagradable o indiferente. La segunda en la del propio estado afectivo, el cual puede modificar dicha percepción. p. ej., un estado de ansiedad provocado por un asunto extraño a lo que se percibe, puede provocar una anulación o reaversión de ciertas percepciones.

Nos interesa destacar la segunda dirección: el estado afectivo del sujeto se refleja en las percepciones del mismo, produciendo unas modificaciones determinadas.

Ahora bien, si tras este análisis volvemos atrás en nuestro estudio y reconsideramos las ideas vertidas en

el primer capítulo sobre las concepciones del dolor en general y del parto en particular, en las que entraba la afectividad a formar parte tan esencial que en su definición no bastaba con decir que era una "sensación sentimental" (sensación con un gran componente emocional), sino / "un sentimiento sensorial" es decir, de un auténtico fenómeno afectivo, cabe de todo ésto esperar que las percepciones que realice una mujer durante el sufrimiento del / parto estén modificadas, y por tanto, sean distintas a las realizadas fuera de él.



B - ANALISIS DE LAS PRUEBAS PERCEPTIVAS REALIZADAS

1. EL TEST GESTALTICO VISOMOTOR (B. V.) de L. BENDER

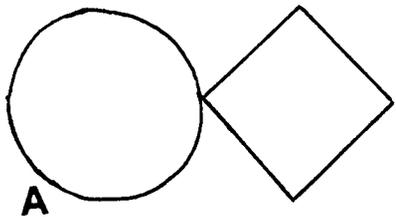
Consiste en pedirle al sujeto que copie 9 figuras (láminas) y de su análisis, obtener cuál ha sido la estructura espacial y coordinación visomotora del sujeto.

"La psicología de la percepción, tal como ha sido tratada por la Gestalpsychologie, constituye pues, la base científica del G. V." (BERNSTEIN, 1969). Aunque hay otras influencias teóricas, como las "investigaciones de psicología del niño normal y anormal de Kurt Koffka, Kurt Lewin, Heinz Werner y W. Wolf... y las investigaciones de David Rapaport y sus colaboradores sobre el pensar conceptual y las estructuras de la emoción y la memoria" (BERNSTEIN, 1969)

Bender define la función gestáltica como "aquella función del organismo integrado por el cual éste corresponde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una gestalt". La integración se produce "por diferenciación o por aumento o disminución de la complejidad interna del patrón con su cuadro. Si ^{en} el cuadro total de estímulos y el estado de integración del organismo lo que determina el patrón de respuesta".

Sobre esta tesis planteó Bender las bases de su test.

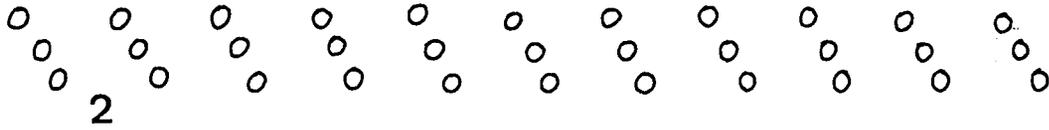
Por tanto participa de todo lo analizado anteriormente sobre la influencia del estado afectivo en la percepción.



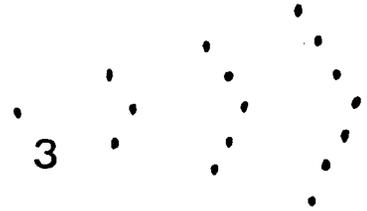
A



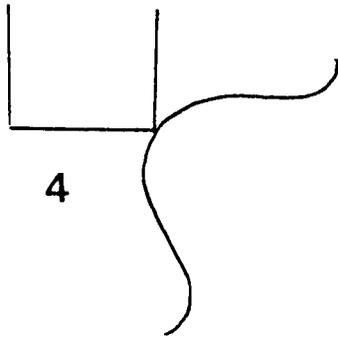
1



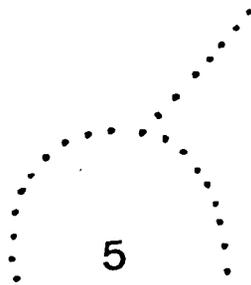
2



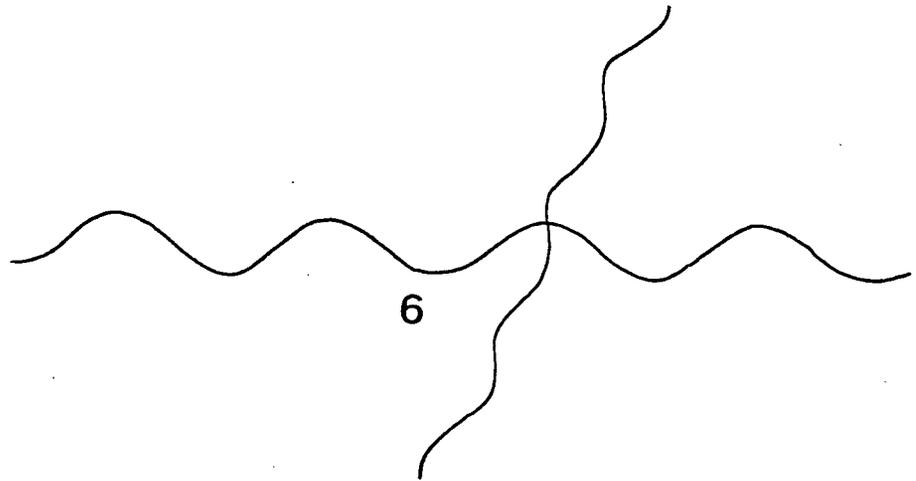
3



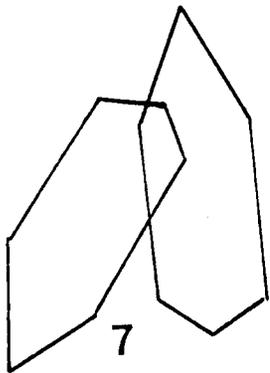
4



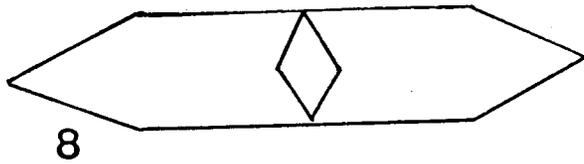
5



6



7



8

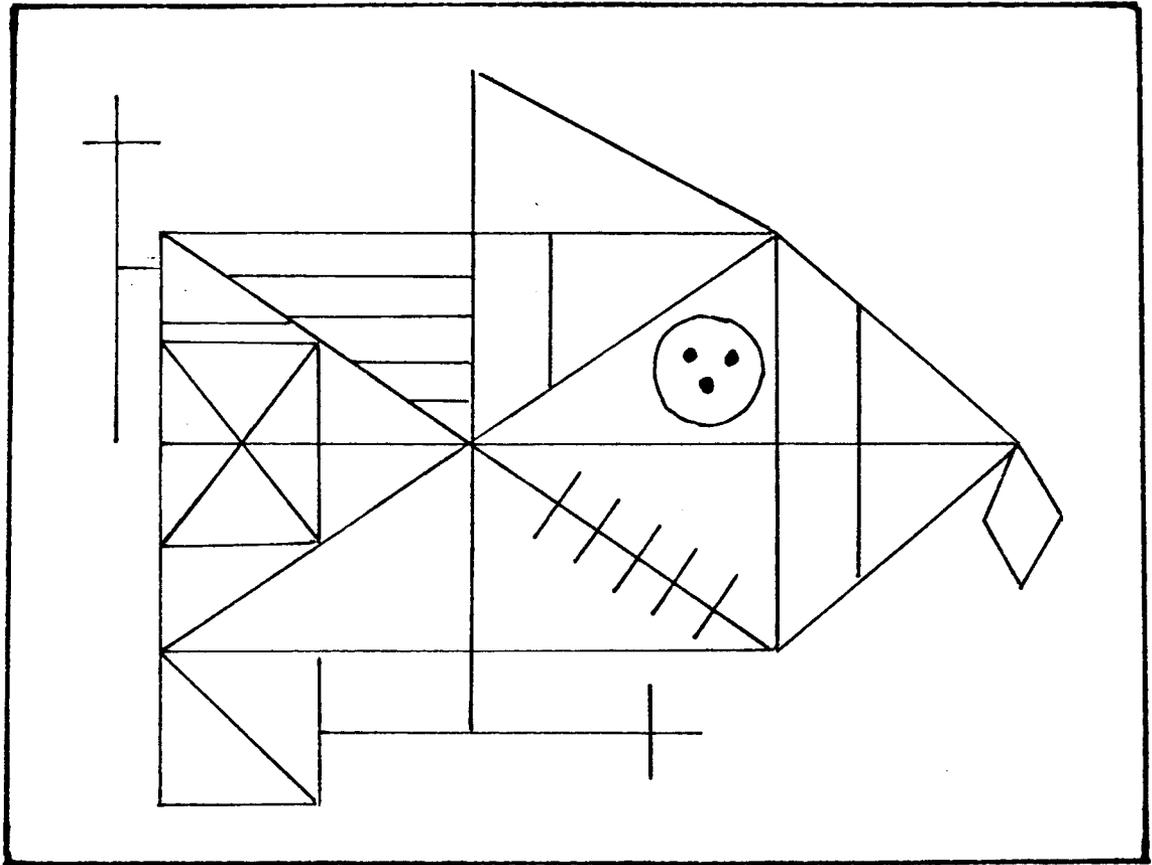
Bernstein señala que ^{115r} el test B. G. es susceptible de diferenciar en los adultos:

- a) retrasos globales de maduración
- b) incapacidades verbales específicas
- c) fenómenos de disociación que con junto de la personalidad.
- d) desórdenes de la impulsión
- e) desórdenes perceptuales
- f) desórdenes confusionales

Hay distintos estudios que refuerzan la hipótesis del reflejo del estado emocional en la percepción. En un estudio realizado por E. M. KOPPTITZ sobre niños de 5 a 10 años, se concluyó que "las diferencias entre la in cidencia de indicadores emocionales para los sujetos con problemas emocionales y sin ellos era estadísticamente / significativa a nivel de .01 y .001. Se halló que 2/3 de los niños más pequeños que presentaban 2 indicadores emo cionales o menos, estaban bien adaptados, mientras que / 2/3 de los que presentaban 3 o más indicadores tenían // perturbaciones emocionales. En el grupo de los más gran des se halló que 3/5 de los niños con 2 o menos indicadores emocionales no presentaban problemas afectivos, mientras que con la excepción de 3, todos los niños con 3 o más indicadores emocionales estaban perturbados", (KOPPTITZ, 1974)

Estos datos dejan ver que los indicadores emocio nales escogidos por Koppitz tenían valor diagnóstico en los niños con perturbaciones afectivas. Y por tanto, se demues tra la relación entre el estado emocional y la ejecución de las figuras del test G. V.

F 8



2. TEST DE COPIA DE UNA FIGURA COMPLEJA, de A. REY

Pertenece igualmente al grupo de los tests gestálticos y participa por tanto de las bases teóricas // enunciadas sobre la relación afectividad-percepción.

"El sujeto debe reproducir un modelo, ^(figura 8) a la / vista, y en un segundo momento de memoria, para explorar el nivel de estructuración de la actividad perceptual, el control vosomotor y la atención, la memoria visual / inmediata y con esfuerzo de memorización y la rapidez / de funcionamiento mental" (BERNSTEIN, 1969).

Sobre este test no se han realizado las experiencias de uso proyectivo y de reflejo de estado afectivos que se han realizado con el test de L. Bender. Pero se consideró oportuno no pasar un sólo test gestáltico con objeto de comparar resultados.

Con todo, el test de Rey tiene una dificultad de cara a la aplicación del mismo en esta experiencia con mujeres parturientas: "La reproducción efectuada después de utilizar el modelo, nos daba indicadores sobre la extensión y fidelidad de su memoria visual, que podía llevarnos a su modo de percepción definido" (REY, 1959). Es decir, existe una influencia de la memorización, no existente de esta forma en el test de Bender. Junto a / esta característica se ha dado el hecho de la cercanía entre el pasaje del test a la mujer embarazada, y a la mujer en situación de ^{parto} parto. Por lo cual es fácil que exista influencia del aprendizaje en la realización de la segunda sesión.

C APLICACIONES DE LOS TESTS

Para no incurrir en reiteraciones innecesarias vamos a referirnos en este apartado únicamente a las peculiaridades propias de las aplicaciones en los casos // concretos que nos ocupan.

A) EN EL EMBARAZO

Los tests fueron aplicados en el sexto y séptimo mes del embarazo. Primero se realizaba el Gestáltico Visomotor (G. V.) y a continuación el de la Figura Compleja (F. C.) y una vez finalizados se dejaba una nota en / la historia o se le daba a la gestante para que se me avisara cuando estuviese de parto.

El hecho de haber realizado primero los tests en el embarazo ha dificultado considerablemente el trabajo. Primero, por el esfuerzo de tenerme que desplazar a la Maternidad a cualquier hora del día o de la noche y en segundo lugar, por los numerosos casos en los que a la /

hora del parto no me llamaron o lo hicieron en un estado tan avanzado del mismo que imposibilitaba la aplicación.

Por el contrario, si en primer lugar hubiese // aplicado los del parto podría haberlos realizado más a // mi comodidad, bastando después con citar a la puerpera / dentro de dos meses para repetirlos.

Los motivos de haber realizado el trabajo en es te orden, a pesar de las dificultades apuntadas, han sido los siguientes:

1º) Porque había que tener presente que cuando se repite un test hay siempre un factor de aprendizaje // que trae como consecuencia que el segundo se realice mejor que el primero. Y como en nuestra TESIS se trata de demostrar que el sufrimiento del parto y los factores psicológicos que lo condicionan pueden quedar reflejados en una variación de los tests psicológicos G. V. y de la F. C., teníamos que invertir, para que esta demostración tuviera valor, esos factores de aprendizaje, de tal forma que si la prueba realizada durante el sufrimiento del parto era "peor" lo fuera por factores derivados de tal sufrimiento y "a pesar" de que, al realizarlo después, por la influencia del aprendizaje, debía haber sido "mejor".

2º) Porque si hubiese realizado antes los tests en el parto en la elección me podría haber dejado llevar por factores subjetivos, pues antes de realizar la prueba ya se puede predecir el grado de sufrimiento y escoger a las parturientas que por una u otra razón más me hubiesen

interesado. Sin embargo, de la forma que lo hemos hecho el dolor y el sufrimiento en el parto eran siempre una incongnita.

B) EN EL PARTO

1) Estadio en que fueron aplicados.- Hemos escogido, para uniformar el estadio evolutivo del parto en que se realizaban los tests, la dilatación cervical por ser el dato que más objetivamente nos refleja la evolución del parto. Intencionadamente hemos procurado escoger el momento en que la dilatación oscilaba entre dos y tres centímetros, como podemos ver en la tabla 8 . Observamos cómo estadísticamente es mayor la dilatación en el grupo de preparadas por la razón observada anteriormente por nosotros (PERMÁNDEZ, 1974), de que la mujer preparada ingrese en la maternidad con una dilatación más avanzada que la mujer sin preparar. Los casos de parturientas no preparadas en los que la dilatación era de / más de 3,5 cm. se hizo porque al empezar, la dilatación era menor, y en las preparadas porque ingresaron con dilatación más avanzada a pesar de la cual aceptaron realizar la prueba.

2) Ha habido un gran número de casos en los / que sólo se realizaron los de embarazo. Los motivos de que no se pudieran repetir en el parto han sido los siguientes:

a) El más frecuente es el de no avisar o hacer lo cuando la parturienta estuviera en un estado muy avan

T.8

DILAT. cm	SIN PRE		PRE	
	nº	%	nº	%
1,5	6	15,7	3	9,1
2	10	26,3	9	27,2
2,5	7	18,4	6	18,1
3	12	31,5	7	21,2
3,5	1	2,6	3	9,1
4	2	5,5	2	6,2
+ 4	0	0	3	9,1

lado del parto.

b) Terminación de éste por cesárea antes de llegar a la dilatación de 2 cm.

c) Intentos fallidos de realizarlo, que por considerarlos con valor estadístico para lo que pretendemos demostrar, son los únicos dignos de estudio.

Tan sólo hubo una parturienta con tres centímetros de dilatación, no preparada y de 16 años de edad a la que por su mal comportamiento no se le pudo hacer. Y de lo decir a este respecto que por razones éticas y porque restaría valor a la prueba, ni en éste, ni en ningún otro caso, hemos insistido para forzar a la parturienta a realizar la prueba, sino que por el contrario nos ha sorprendido el gran espíritu de colaboración que en la generalidad de los casos han presentado.

El resto de los fracasos totales lo fueron por el estado avanzado de su dilatación. En el grupo de las no // preparadas, una con 4 cm., que fue necesario interrumpir / el test G. V. cuando sólo llevaba dibujada tres figuras; y en el grupo de preparadas, dos con 6 cm., una de las cuales no lo pudo ni empezar por manifestarnos que no deseaba salir de la relajación y otra que lo interrumpió en el test de la F. C.

3) Particularidades en su aplicación.- Hemos hecho todo lo posible para que todos los pormenores de esta aplicación fueran idénticos a los del embarazo; así, hemos utilizado los mismos lápices y rotuladores y hemos cuidado

que el intervalo entre la realización de la copia y la figura de memoria en el test de REY no variara, que nuestro diálogo con la parturienta fuera el mismo, etc. Pero además había que incluir detalles propios del parto; de esta forma, se le indicaba que cuando percibiera una contracción abandonara la prueba e hiciera durante la misma lo que se le antojara sin verse cohibida por la presencia del Médico, para reemprenderla una vez que la contracción hubiera pasado.

Durante la prueba hemos ido anotando una serie de datos, dos de los cuales, la duración y frecuencia de las contracciones serán analizadas a continuación y otros como el aspecto del sufrimiento, comportamiento etc. serán incluidos en el apartado de los hallazgos.

4) Duración de las contracciones.- Quedan expresadas en la tabla **9** . Como se ve la duración de las contracciones es estadísticamente mayor en el grupo de preparadas; así mientras en éste no hay ningún caso de contracciones / de duración menor de 30 segundos, en el grupo de gestantes sin preparar éstos se dan en un 15,78 %. Todo esto está / acorde con el estado de la dilatación que también era estadísticamente mayor en el grupo de preparadas.

5) Frecuencia de las contracciones.- Como es lógico pensar y así lo observamos en la tabla **10** , en el / grupo de preparadas las contracciones son más frecuentes, como corresponde a un estadio más avanzado de su parto. / Así, mientras que entre las preparadas no hay ninguna con

T. 9

DURAC. seg.	SIN PRE.		PRE.	
	nº	%	nº	%
- 29	6	15,7	0	0
30 - 39	16	42,1	10	30,4
40 - 49	11	28,9	15	45,4
50 - 60	5	13,3	8	24,2

T. 10

INTER. minut.	SIN PRE.		PRE.	
	nº	%	nº	%
- 3	5	13,1	6	18,1
3 - 4	13	34,2	12	36,3
4 - 5	4	10,5	11	33,3
5 - 6	6	15,9	4	12,3
+ 6	10	26,3	0	0

más de 6 minutos entre los intervalos de las contracciones, en el grupo de parturientas sin preparar éstos sobrepasan el 25 %.

Del análisis de estos tres parámetros, dilatación cervical, duración y frecuencia de las contracciones que / nos indican que los partos de las señoras preparadas estaban en un estado más avanzado cuando fueron realizados los tests, podemos deducir que si del análisis comparativo de ambos grupos se llega a demostrar que en el grupo de señoras preparadas el sufrimiento en el parto es menor lo es / "a pesar" de que por el momento en que se realizó el test debía haber sido todo lo contrario, llevándonos ésto a pensar que éste menor sufrimiento tenía que ser debido a la influencia de la preparación psicológica.

C) VALORACION

En la valoración de estos tests hemos seguido las siguientes peculiaridades:

1) Test Gestáltico Visomotor.- Hemos procedido en el mismo a hacer un análisis cuantitativo y otro qualitativo.

En el primero hemos seguido la TABLA DE EVALUACION CUANTITATIVA DE PASCAL Y SUTTELL, técnica que al valorar los errores con puntuaciones según la naturaleza de / los mismos podemos perfectamente llevar los datos obtenidos a gráficas. Estos datos han correspondido al PUNTAJE TOTAL de cada aplicación.

Para la valoración cualitativa hemos utilizado la TABLA DE SIGNOS PARAGUONOMICOS de J. E. BELL, muy concreta también para poder llevar una sistemática y facilitar así el análisis comparativo de datos.

2) Test de la Figura Compleja.- Sin más particularidades en la valoración que la de haber despreciado los tiempos realizados en las pruebas, que aunque quedaron perfectamente cronometrados, no se tuvieron en cuenta porque las diferencias circunstanciales entre la realización de la prueba en el embarazo y en el parto imposibilitaban todo estudio comparativo en lo que al tiempo empleado se refiere, considerablemente mayor en el parto. Los datos han sido todos unificados en centísimas, según las tablas del propio manual del test.

HALLAZGOS Y COMENTARIOS

A) Aparte de los hallazgos derivados de la propia valoración de los tests, sus aplicaciones nos han dado oportunidad de realizar un detenido estudio psicológico de la parturienta en el sufrimiento del parto, cuyos datos nos han servido para hacer un análisis comparativo con los correspondientes a los resultados de dicho test.

1) Aspecto de sufrimiento.- Se refiere este dato a una apreciación personal sobre el estado de sufrimiento que poseía la parturienta cuando fueron realizados los tests. Hemos graduado el aspecto de sufrimiento según su intensidad, en cuatro grupos: intenso, mediano, escaso y nulo, cuyos resultados se recogen en la tabla **II**, en la que se observa una desviación muy marcada en el sentido de una mayor intensidad en el grupo de gestantes no preparadas.

2) Comportamiento ~~general~~. - Queda valorado convencionalmente en los números del 1 al 5. El 1 corresponde a un comportamiento muy malo, el 2 a un comportamiento

T.11

SUF R.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
I	12	31,5	1	3
M	10	26,3	3	9,1
E	6	15,7	2	6,1
N	10	26,5	27	81,8

T.12

COMP.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
1	10	26,3	0	0
2	10	26,3	1	3,1
3	11	28,9	2	6,1
4	6	15,9	9	27,2
5	1	2,6	21	63,6

regular, el 3 a uno bueno, el 4 a uno muy bueno y el 5 a un comportamiento excelente. Los valores quedan reflejados en la tabla 12 .

3) Reacciones psicomotoras durante la contracción. Estas reacciones, que a continuación vamos a detallar, han servido, además, para valorar los parámetros / anteriormente estudiados.

	SIN PRBP.	PRBP.
- sudoración y calor	11	1
- Respiración fatigosa	12	1
- se ponen de pie	7	1
- Pasea por el despacho	6	0
- Se lleva una mano a la zona colorosa	15	2
- Llanto	6	0
- Temblor	6	2
- tensión	7	1
- Manifiestan deseos imperiosos de terminar el parto	11	2
- Se arrodillaban	1	0
- No se apreciaron r. psicomotoras en	0	26

Estas reacciones en un gran nº de casos estaban asociadas.

De todas ellas quiero resaltar dos que merecen comentario aparte. En primer lugar, los quince casos en los que las parturientas se llevaron una mano a la zona

dolorosa, dándonos a entender este hecho la gran frecuencia de este mecanismo de reacción ante el dolor, que va a traer a su vez la consecuencia de un aumento de la atención hacia dicha zona dolorosa, con el consiguiente aumento de la agudeza perceptiva, tal como vimos en el estudio bibliográfico. En él analizamos también, cómo la mayoría de los medios psicológicos en la lucha contra el dolor / emplean la técnica del desvío de la atención de la zona dolorosa. En nuestro método de preparación lo empleamos / también (las técnicas respiratorias y de sofronización / están en gran parte orientadas en tal sentido). Así pues, los dos casos de señoras preparadas en los que observamos cómo se llevaban una mano a la zona dolorosa debemos con siderarlos como dos fracasos del método.

En segundo lugar, también es digno de señalar la gran frecuencia con que las parturientas manifestaban espontáneamente deseos imperiosos de que se terminaran / sus sufrimientos. Ya vimos en otro lugar la importancia que podía tener en el sufrimiento del parto que la parturienta viera más cercana o más lejana la meta de la / terminación de dicho sufrimiento. En medios obstétricos como el nuestro en los que se emplean de forma sistemática un método que no sólo hace desaparecer el dolor, / sino que también acelera la evolución del parto, es lógico pensar que esa manifestación espontánea de deseos de terminar el parto sea mucho más frecuente que en otros medios.

4) Por tener el grupo de preparadas un comportamiento especial durante la contracción, vamos a detallar

en este apartado qué hacían las parturientas preparadas en el curso de la misma:

- Técnicas de respiración superficial	15
- Técnicas de relajación	7
- Asociación de ambas técnicas	1
- Nada	8

De estas 8 que no practicaban ninguna técnica para combatir el dolor que podía provocar la contracción uterina:

- Los podían soportar sin realizarlas	7
- Porque sufrían tanto que no podían hacer nada	1

Estos datos están de acuerdo con otras estadísticas de AGUIRRE DE CARCER y muestras, ya vistas en otro lugar, en las que se demuestra que la técnica psicológica más efectiva en la lucha del dolor del parto es la de la respiración rítmica superficial.

B) HALLAZGOS CORRESPONDIENTES A LA VALORACION DEL TEST GESTALTICO VISOMOTOR.

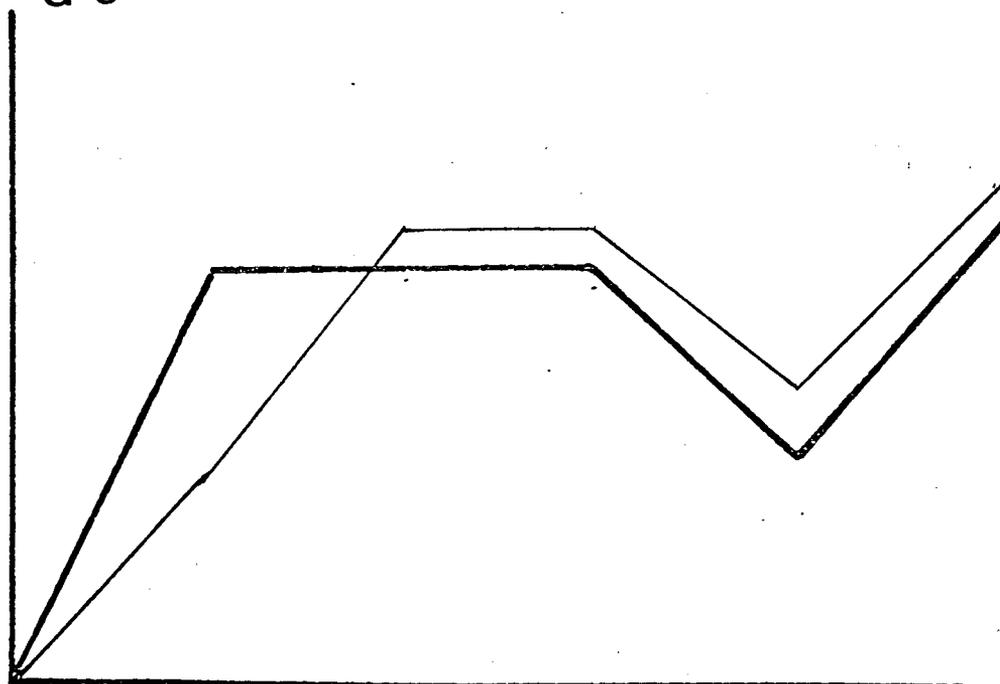
Diremos a modo de preámbulo, que al ser diferentes los números considerados en ambos grupos, las gráficas comparativas se han realizado en razón a los tantos por cientos.

1) Análisis cuantitativo de los tests practicados en el embarazo.- Los resultados quedan reflejados en la tabla 13 y en la gráfica 5, cuya ordenada corresponde a los tantos por cientos y la abcisa a los puntajes totales.

T 13

PUNT.	SIN PRE.		PRE.	
	N	%	N	%
-5	4	10,5	7	21,2
5 a 9	9	23,6	7	"
10 a 14	9	23,6	7	"
15 a 20	6	15,7	4	12,1
+ 20	10	26,6	8	24,3

G 5



En contra de lo que a una primera vista se pudiera pensar, dado que el nivel intelectual del grupo de preparadas es mayor, no se ven grandes diferencias entre los valores estadísticos de uno y otro grupo, cursando / ambas curvas paralelamente, lo que está de acuerdo con la idea de que el nivel intelectual no ejerce influencia sobre la acción visomotora.

2) Diferencias entre las valoraciones cuantitativas de los tests aplicados en el embarazo y en el parto.- Hemos comparado los valores cuantitativos de cada / uno de los tests realizados durante el embarazo con el correspondiente a la misma señora y realizado en el parto. De los resultados hemos sacado tres grupos:

a) Comprende aquellos casos en los que la diferencia entre los valores cuantitativos de ambos tests, / se inclinan en favor del realizado durante el parto. Inducen estos casos a pensar que el sufrimiento del parto influye en el sentido de crear una más o menos dificultad psicomotora reflejada en la consecución de mayor número de errores, "a pesar" de la influencia en sentido inverso del aprendizaje.

b) El segundo grupo está formada por aquellas señoras entre cuyas aplicaciones del test gestáltico / visomotor en el embarazo y en el parto no existía diferencias en las valoraciones cuantitativas. Incluimos // también en este grupo las diferencias menores de cinco. Cabría aquí tres consideraciones:

Primera, que el sufrimiento del parto en estas señoras fuera prácticamente nulo.

Segunda, que no se reflejara en el test, en // cuyo caso nuestra "tesis" quedaba sin demostrar.

Tercera, que aunque hubiese habido sufrimiento, éste no fuera excesivo y su influencia en el test quedase compensada por la del factor del aprendizaje.

c) Grupo compuesto por los casos en los que la valoración cuantitativa del test en el embarazo fue mayor que la del correspondiente al parto, es decir, que la // prueba fue mejor realizada en el parto. Aquí tan sólo / cabría dos posibilidades:

Primera, que el test no hubiese servido para valorar el sufrimiento del parto.

Segunda, que el sufrimiento hubiese sido tan escaso que su influencia en el test fuese superada por la del aprendizaje.

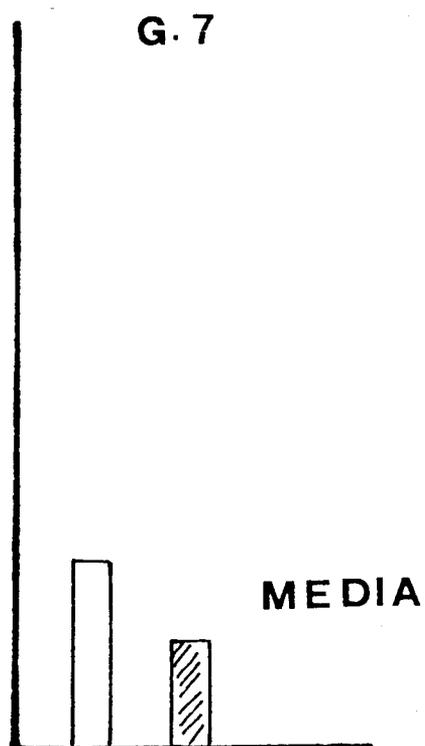
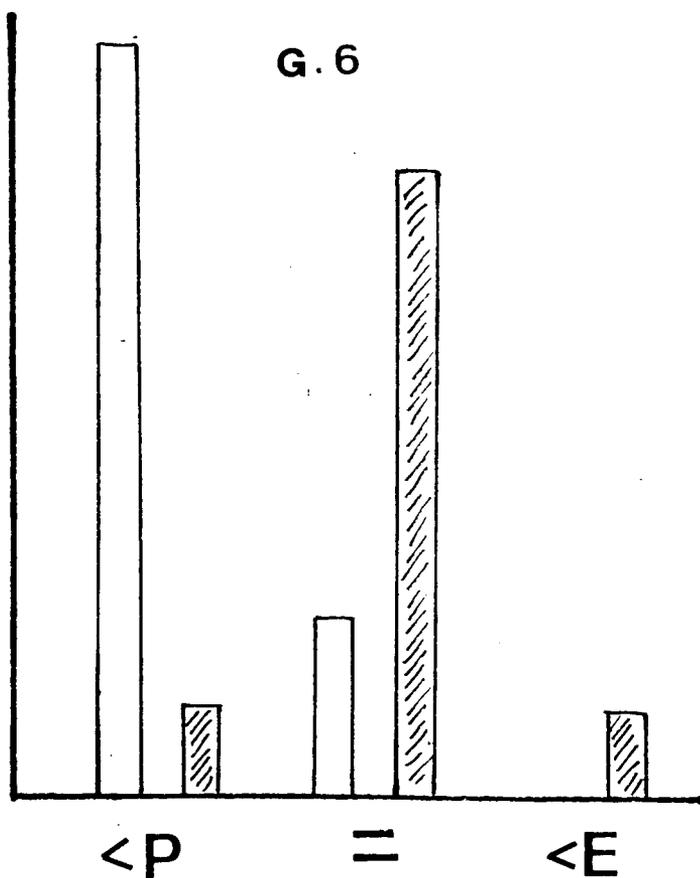
Además de estos datos hemos sacado la media de estas diferencias en ambos grupos.

Todos los valores quedan reflejados en la tabla **14** y en las gráficas **6** y **7**, cuyas columnas en blanco corresponden al grupo sin preparar y las rayadas al grupo de preparadas.

Analizados ambos grupos de gestantes podemos / observar cómo en el de no preparadas las diferencias en el sentido de ser mayor en el parto, es decir, que el nú

T.14

DIFE.	SIN PRE. M			PRE. M		
	Nº	%	M	Nº	%	M
<P	30	81,1	19,6	3	9,3	11,6
=	7	18,9		21	65,6	
<E	0	0	0	8	25,1	8,5



mero de errores y defectos se inclinaban a favor del test aplicado en este momento, se daban en el 81 % de los casos, mientras que no hubo ningún caso en el que se invirtieran los términos, es decir, que los errores y defectos fueran mayores en el embarazo.

Todo ésto nos inclina a favor de que efectivamente el sufrimiento en el parto, que ha sido la única /// circunstancia que ha variado de una a otra aplicación, haya sido la causa de esta diferencia en la evaluación cuantitativa. Sin olvidar la que podía ejercer en sentido inverso, el aprendizaje.

En el grupo de preparadas no ha sucedido así. Mientras que la evaluación ha sido mayor (en defectos y // errores) en el parto tan sólo en el 9,3 % de los casos, ha sido superior en el embarazo en el 25 %, y no ha habido // diferencia en el 65,6 %; todo lo cual en pura lógica, nos lleva a pensar que la preparación psicológica ha jugado un papel tan positivo en contra del sufrimiento en el parto, que éste no ha llegado a ser lo suficiente como para verse reflejado en el test en el 65,6 % de los casos e incluso en un 25 % ha sido superado por el factor de aprendizaje; y en los que ésto no ha sucedido, como vemos en el epígrafe correspondiente de la tabla 14 y en la gráfica 7, la media de esas diferencias ha sido considerablemente menor a la del grupo sin preparar.

Queda, pues, con el estudio del análisis cuantitativo de las aplicaciones del test Gestáltico Visomotor, contestadas en sentido afirmativo las dos grandes interrogantes planteadas en esta tesis, "si es posible la valora-

ción, mediante este test, del sufrimiento en el parto" y "si cuando a la gestante se le prepara psicológicamente, el sufrimiento en el parto es menor".

De los dos parámetros empleados en la evaluación del test que nos ocupa, el cuantitativo y el cualitativo, a pesar de que debemos considerar más importante al segundo, en un estudio estadístico como el que estamos haciendo son más factible de manejar los datos que nos // proporciona el primero, reflejados en unos números concretos.

Así, hemos visto lo demostrativo que han sido los que hasta ahora hemos analizado, y a continuación vamos a realizar un estudio comparativo de los mismos con otros // datos recogidos de forma sistemática en los protocolos, que nos van a llevar a completar y enriquecer el presente trabajo:

a) Correlación entre las "diferencias" de las // valoraciones cuantitativas de las aplicaciones del test G. V. en el embarazo y en el parto con la "edad" de las // parturientas.

Hemos procedido para realizar tal correlación, en primer lugar, a determinar las diferencias entre los PUNTAJES TOTALES de las dos aplicaciones, precedidos del signo "menos" (-) cuando era mayor en el embarazo. En se-

gundo lugar, a agrupar las edades en menores de 20 años, / de 20 a 23, de 24 a 27, de 28 a 30 y de más de 30. Y final_{mente}, hemos sacado la "media" en cada grupo de las "dife-
rencias", teniendo presente en esta operación los signos /
menos (-) anteriormente señalados de las señoras que habían
realizado mejor la prueba en el parto.

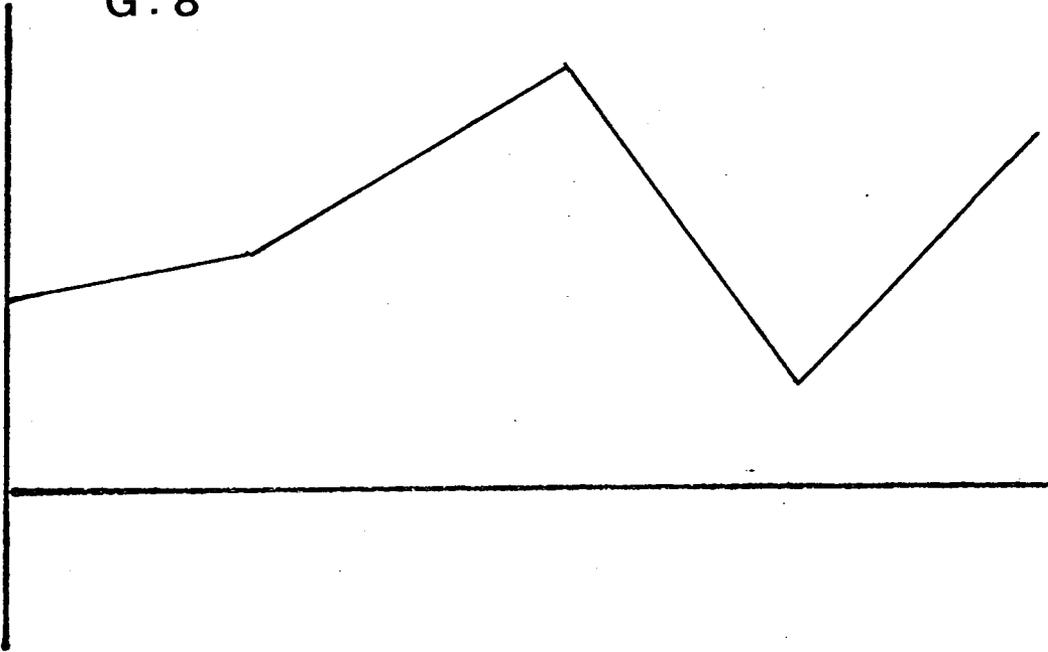
Los valores quedan recogidos en la tabla **15** , /
señalando en los correspondientes epígrafes el número de /
casos (n^o), la media de las diferencias (m.) y los fraca-
sos (f.) es decir, aquellos casos en los que a pesar de in-
tentarse no fue posible la realización de la prueba en el
parto.

Pensamos que era interesante, y por ello hemos /
introducido este apartado en nuestro estudio, analizar la
posible relación existente entre el dolor y el sufrimiento
en el parto y la edad. Somos de la opinión, avalada por do-
ce años introducido en la obstetricia, que al menos el com-
portamiento de la mujer ante el dolor del parto depende en
gran medida de su maduración psicológica. Estamos por ejem-
plo acostumbrados a ver el mal comportamiento de la partu-
riente demasiado joven (quince, dieciséis o diecisiete //
años). Aunque claro está, también somos conscientes que /
con frecuencia la edad cronológica no corresponde a dicha
maduración psicológica. Por otro lado, también hay que te-
ner presente en la valoración de esta tabla, que al haber
grupos muy pequeños, por ejemplo los dos casos entre las no
preparadas y el 1 de las preparadas de menores de 20 años,
la media correspondiente a éstos tienen escaso valor esta-
dístico.

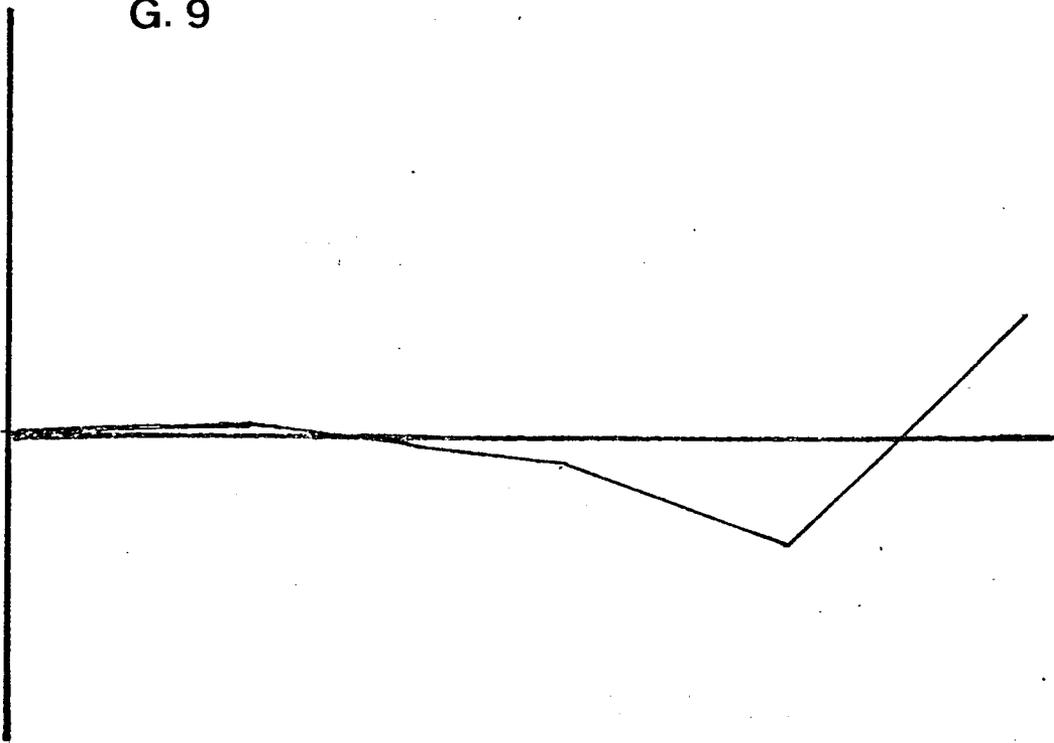
T.15

EDAD años	SIN PRE.			PRE.		
	nº	m.	f.	nº	m.	f.
-20	2	10	1	1	0	
20 a 23	15	11,8		8	0,1	
24 a 27	16	22,1		15	-1,8	
28 a 30	2	4,5		6	-5,6	
+30	3	18		3	6,5	1

G. 8



G. 9



Exceptuando los hechos muy significativos de / que precisamente hubiera un fracaso entre las parturien-
tas de menos de 20 años (por su mal comportamiento) y // que otro estuviese entre las de más de 30, teniendo en /
cuenta que el estudio ha sido hecho entre primigestas, / cuando éstas constituyen lo que en Obstetricia se denomi-
na primípara añosa (más de 30 años), presentan una evolu-
ción especial del parto que puede también repercutir en
el sufrimiento del mismo. Exceptuando estos hechos, no /
encontramos otra significación especial en la valoración
de los datos de la tabla **15** o en los que de igual forma
se reflejan en las gráficas **8** (grupo de señoras sin pre-
parar) y **9** (grupo de preparadas), en cuyas abcisas van //
las edades y en las ordenadas las medias de las diferencias;
bien porque tal correlación no exista en la realidad, o de
existir, no sea recogida por el análisis cuantitativo de /
de los tests.

b) Correlación entre las "diferencias" y la "di-
latación cervical".

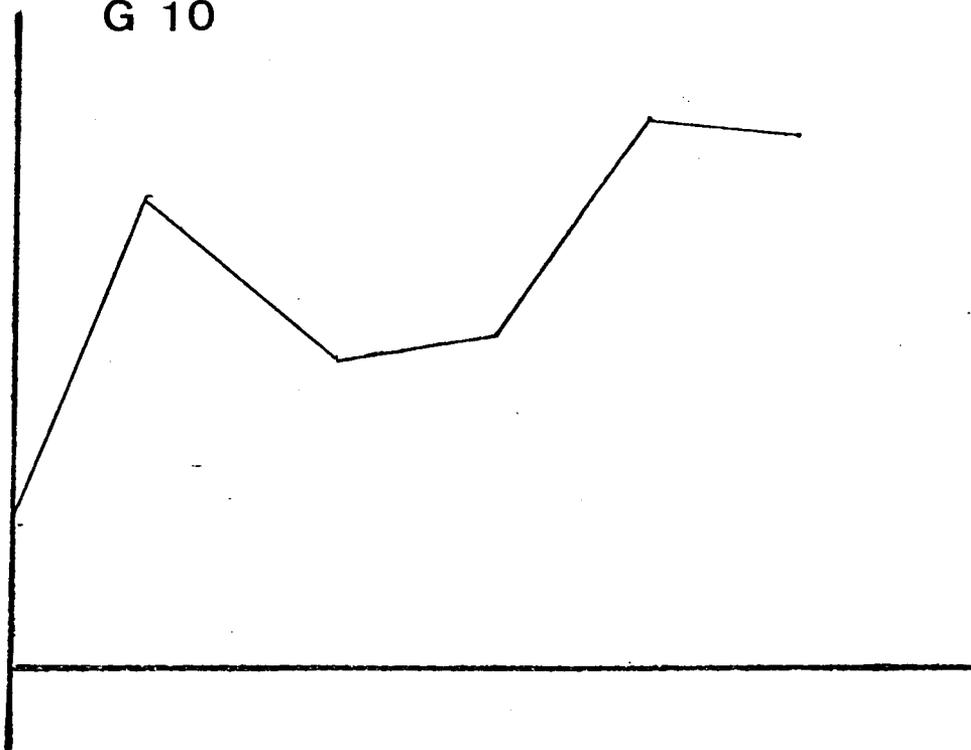
Una vez obstenidas las diferencias según vimos
en el apartado anterior, hemos procedido a agrupar los //
casos en función de la dilatación cervical con que fue /
aplicado el test en el parto, entre 1,5 cm. y más de 4 cm.
como se aprecia en la tabla **16** y en cada grupo hemos ob-
tenido la media de las diferencias correspondientes.

Es lógico pensar, y así tratamos de demostrarlo
en este apartado y en los siguientes, que a medida que el
parto avanza los dolores son más intensos y el sufrimiento

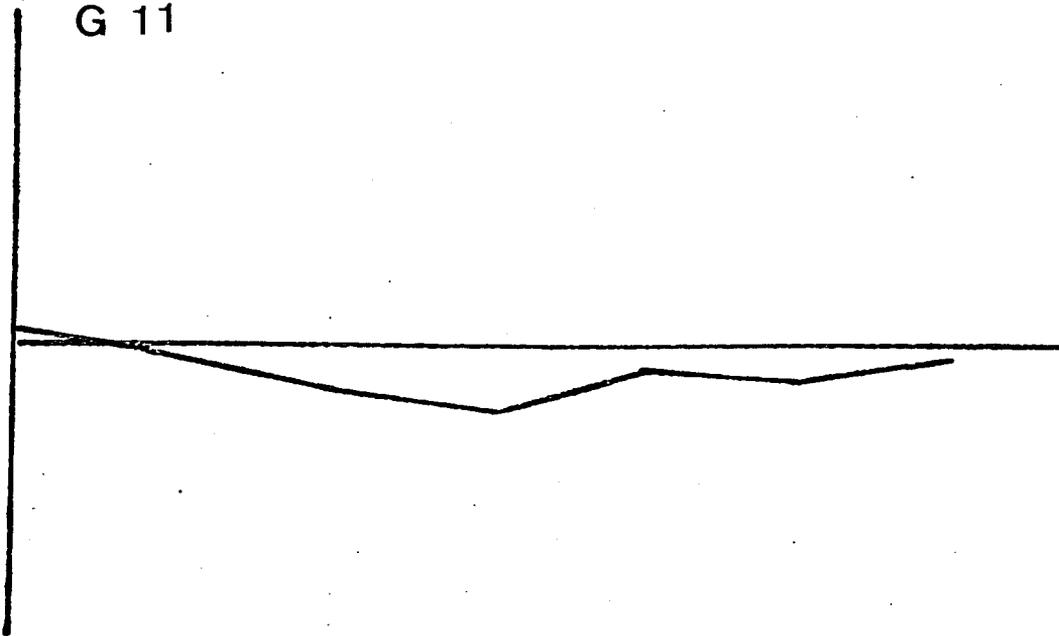
T. 16

DILAT. cm.	SIN PREP.			PREP.		
	nº	m.	f.	nº	m.	f.
1,5	6	7,3		3	0,3	
2	10	23,8		9	-0,4	
2,5	7	16		6	-2,1	
3	12	16,6	1	7	-3,2	
3,5	1	28		3	-1,3	
4	2	26,8	1	2	-2	
+4	0			3	0,5	1

G 10



G 11



va siendo cada vez mayor.

A primera vista, de la tabla 16 resalta cómo // efectivamente los fracasos, es decir, la imposibilidad / de realizar la prueba en el parto por el intenso sufri- miento, se produjeron a partir de los 4 centímetros de / dilatación cervical. Sin embargo, en la observación de / los demás datos de la tabla 16 y sobre todo, del estudio de las gráficas 10 y 11 correspondientes a las medias / en el grupo de parturientas sin preparar y preparadas res- pectivamente, en las que en las ordenadas van las medias y en las abscisas las dilataciones, se puede ver cómo en / la primera, la curva, aunque no de una forma muy pronun- ciada, es ascendente y en la segunda carece prácticamente de valor.

Debemos comentar ante estos hallazgos, centrán- donos en el grupo de señoras sin preparar, que a pesar de que la dilatación sea el dato más objetivo que nos marca la evolución del parto, las diferencias pequeñas de dila- taciones entre distintas parturientas tienen un valor rela- tivo en cuanto al estadio evolutivo, pues éste también es- taría determinado por el grosor y la dureza del cuello. Por otra parte, también en distintas parturientas, la diná- mica, es decir la frecuencia, intensidad y duración de // las contracciones, que como hemos visto en otro lugar, // es la gran protagonista del dolor y por tanto del sufri- miento en el parto, no están acorde con la dilatación, // pudiéndose observar cómo una parturienta que por ejemplo tenga 1,5 centímetros de dilatación puede presentar con- tracciones superiores en duración y frecuencia ^a que otra /

que tenga 2,5 centímetros. Todo esto, repito, cuando las oscilaciones sean pequeñas.

Y así, en este orden de ideas, podemos observar en la tabla **16** y en la gráfica **10** correspondiente a las señoras sin preparación que tan sólo es llamativo el incremento en la media, que significaría el incremento del sufrimiento, entre las dilataciones de 1,5 centímetros y las de 3,5 y 4 centímetros, presentando el resto gran irregularidad.

La forma de la gráfica de las preparadas podría estar justificada por la influencia de la preparación sobre el sufrimiento, que en estas pequeñas oscilaciones // de la dilatación se iba a manifestar de forma muy escasa e irregular.

c) Correlación entre las "diferencias" y la "duración" de las contracciones.

Hemos establecido a este respecto los grupos // según la duración de las contracciones (cronometradas personalmente) en el momento de realizarse la prueba en el parto, en menos de 30 segundos, de 30 a 39, de 40 a 50 y de más de 50.

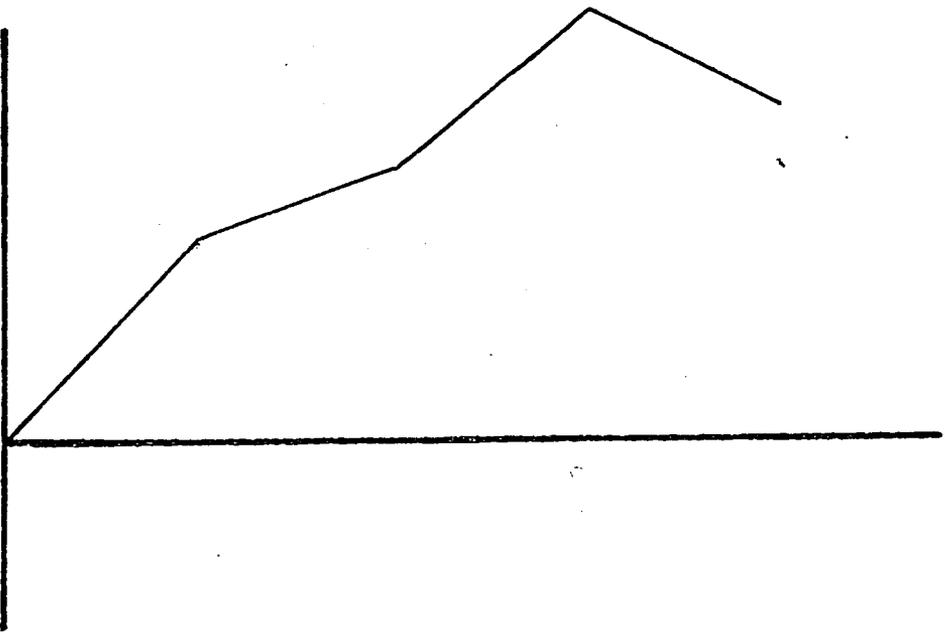
Los datos quedan recogidos en la tabla **17** y en las gráficas **12** (grupo sin preparar) y **13** (grupo de preparadas), en las que en las ordenadas están determinadas las medias y en las abcisas las duraciones de las contracciones, en segundos.

Sin otro valor en el grupo de preparadas por // las razones anteriormente aludidas, que el único caso de

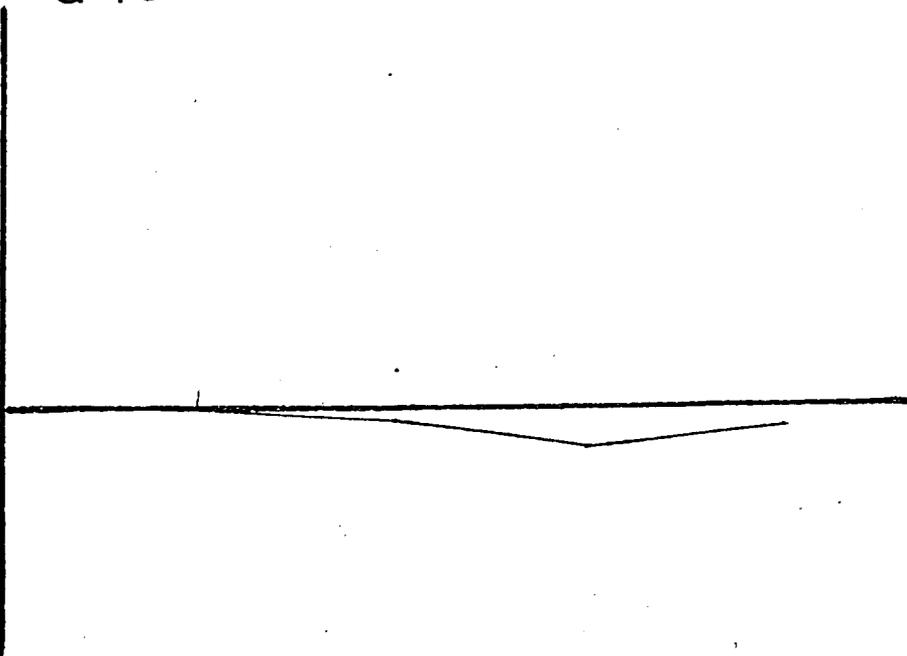
T 17

DURAC. seg.	SIN PRE.			PRE.		
	n°	m.	f	n°	m.	f
-30	6	10,5		0		
30 a 39	16	14		10	-0,3	
40 a 50	11	21,8		15	-2,2	
+50	5	17,3	2	8	-1,2	1

G 12



G 13



fracaso se diera precisamente en una señora con contracciones de más de 50 segundos, son muy significativos los datos recogidos en el grupo sin preparación. Así, vemos / que los fracasos se dan también en señoras con contracciones de más de 50 segundos y la gráfica correspondiente / refleja una curva marcadamente ascendente, todo lo cual / está acorde con nuestras manifestaciones anteriores de que los datos derivados del principal generador del dolor y el sufrimiento en el parto, la contracción uterina, iba a marcarlos mucho mejor que la dilatación, el estado evolutivo de dicho sufrimiento.

De esta gráfica extraemos dos importantes consideraciones:

Primera, que el sufrimiento en el parto está en relación con la duración de las contracciones.

Segunda, que lo anterior, queda reflejado perfectaente en la valoración cuantitativa de las aplicaciones del test G. V.

d) Correlación entre las "diferencias" y la // "frecuencia" de las contracciones.

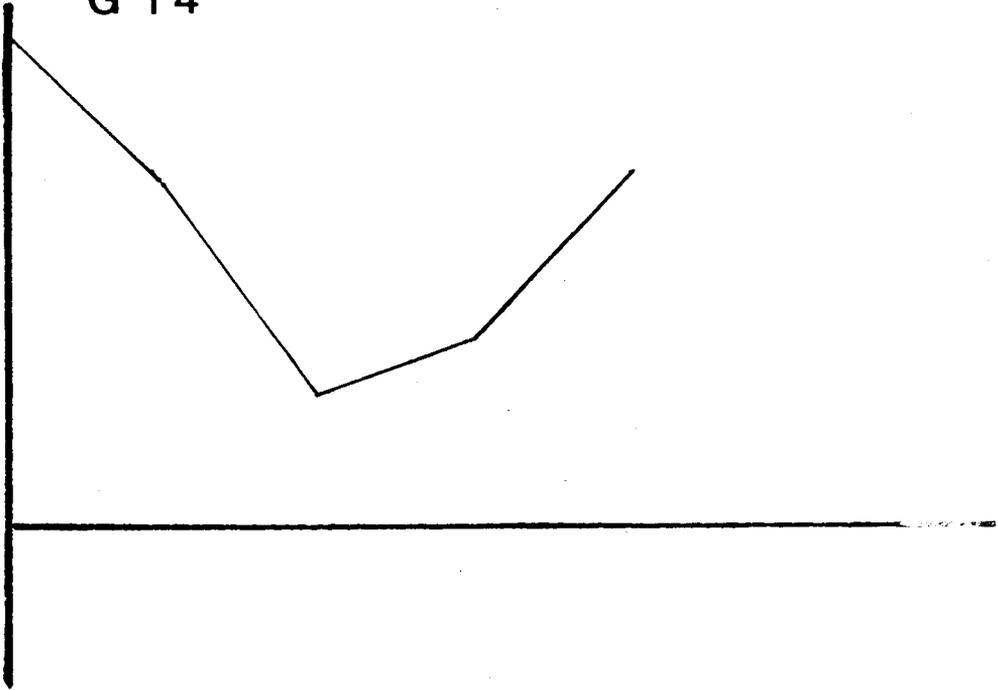
Las frecuencias de las contracciones fueron obtenidas como los datos anteriores durante las aplicaciones del test y se han expresado en los minutos transcurridos entre dos contracciones, obtenidos por la división entre los minutos empleados en la realización de los tests (G. V. y F. C.) y el número de contracciones habidas.

Se han establecido los grupos según que los in-

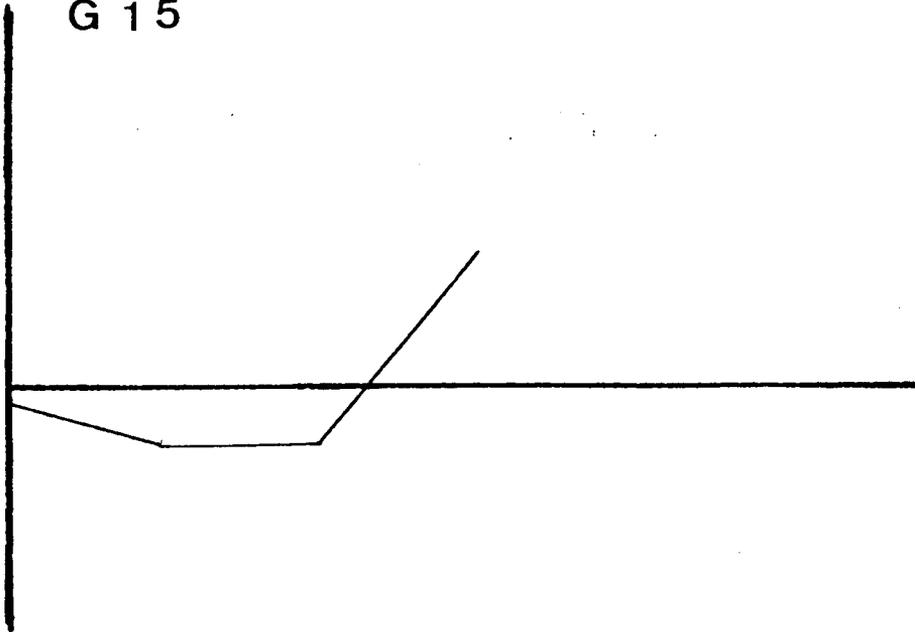
T 18

INTER. Minut.	SIN PREP.			PREP.		
	nº	m.	f.	nº	m.	f.
- 3	5	26,2		6	- 0,5	
3 a 4	13	18,5		12	- 2,1	1
4 a 5	4	7		11	- 2,7	
5 a 6	6	9,6		4	11	
+ 6	10	19,3	1	0	0	

G 14



G 15



intervalos entre contracciones fueran de menos de 3 minutos, de 3 a 4, de 4 a 5, de 5 a 6 y de más de 6.

Prescindiendo, como en el apartado anterior, // de los resultados en el grupo de preparadas (tabla 18 y gráfica 15), en el de sin preparación, vemos (tabla 18) cómo efectivamente cuando las contracciones son muy frecuentes (menos de 3 minutos de intervalos) la media obtenida / en la valoración cuantitativa del test G. V. es más alta. Pero cuando la frecuencia es menor esos valores presentan una cierta irregularidad, como igualmente se puede apreciar en la gráfica 14 , en la que en la ordenada van las medias y en las abscisas los intervalos.

De todo esto se deduce que de los tres parámetros que nos marcan el estado^o evolutivo de un parto, la dilatación, la duración de las contracciones y su frecuencia, el que, según este estudio, cursa de una forma / más pareja con el sufrimiento en el parto, es la duración de las contracciones, aunque si bien los otros, en menor grado, también influyen. Quizás un estudio en conjunto de los tres, no realizado por las grandes dificultades de su computación, hubiese dado unos resultados aún más precisos.

Vamos a estudiar a continuación la correlación de estas diferencias con otros datos menos objetivos que

los anteriores porque han procedido de una apreciación personal, pero que al ser tomados en el momento del parto y la valoración ser hecha unos meses después, están totalmente exentos de toda inclinación parcialista hacia algunos / de los puntos que pretendemos demostrar en el presente estudio.

e) Correlación entre las "diferencias" y el "comportamiento" en el parto de las parturientas.

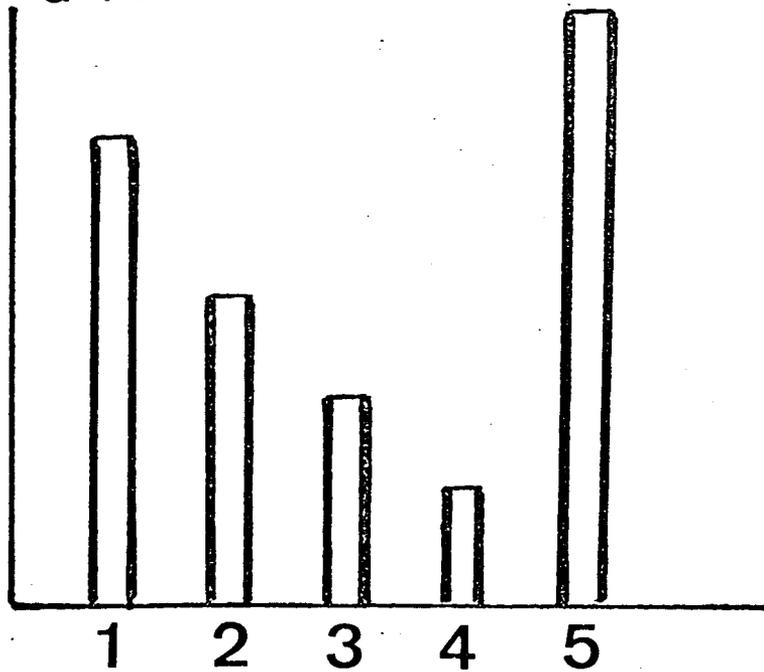
Como queda expresado en otro lugar, el comportamiento lo hemos valorado convencionalmente entre el 1 // (comportamiento muy malo) y el 5 (comportamiento excelente). Esta valoración ha sido relaizada en función de ciertas reacciones psicomotoras, como quejidos, gritos, llantos, contorsiones, etc.

Prescindiendo como en otros apartados del grupo de preparadas, con un comportamiento en la gran generalidad comprendido entre el 5 (excelente) y el 4 (muy bueno), en / el grupo sin preparación llama la atención una perfecta correlación entre el comportamiento y las medias de las diferencias (tabla 19 y gráfica 16) entre los números del 1 al 4, que nos indica que a medida que el comportamiento ha sido mejor las diferencias entre las valoraciones cuantitativas en el embarazo y en el parto han sido menores (menor / sufrimiento) y el dato discordante de que precisamente al 5 corresponde la mayor columna (diferencia más alta), se puede explicar porque, por un lado, hemos de tener presente que como vimos en la exposición bibliográfica del dolor del parto, éste aunque sigue un cierto paralelismo /

T 19

COM.	SIN PRE.			PRE.		
	n°	m.	f.	n°	m.	f.
1	10	28,3	2	0		
2	10	16,1		1	0	
3	11	11,2		2	1	1
4	6	6		9	0,3	
5	1	31		21	-2,3	

G 16



no tiene por qué ser perfecto y por otro, que si nos fijamos en la tabla **19**, en el grupo de no preparadas tan sólo había un caso calificado con un 5, lo que resta un considerable valor a la discordancia de este dato.

f) Correlación entre las "diferencias" y el "aspecto de sufrimiento".

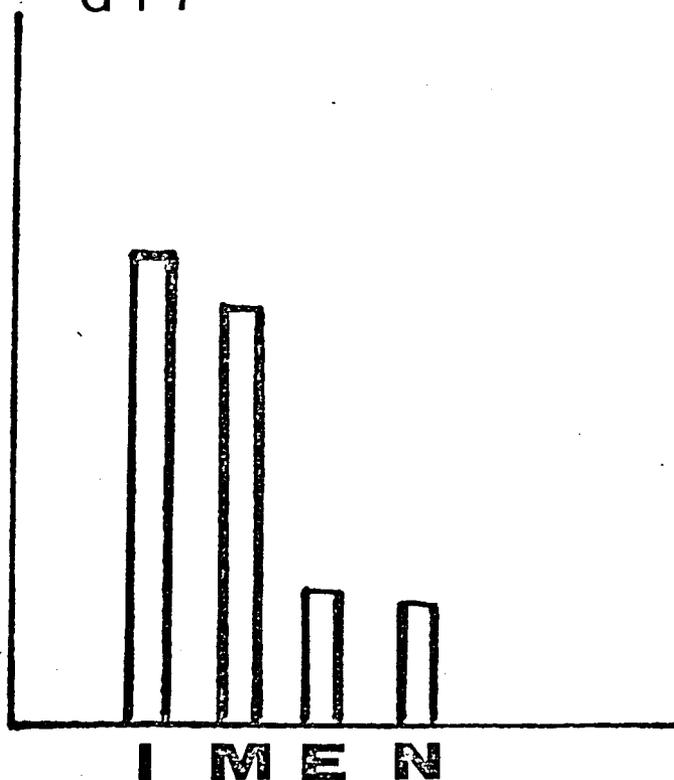
Lo hemos valorado, también por impresión personal, en sufrimiento intenso (I), medio (M), escaso (E) y nulo (N).

En la tabla **20** y en la gráfica **17**, donde se recogen estos datos, podemos observar el perfecto paralelismo entre mi apreciación personal anotada en los protocolos / durante las aplicaciones del test y la valoración de dicho test.

T 2 0

SUFR.	Nº	M.	F.
I	12	25,4	1
M	10	21,7	
E	6	7,1	
N	10	6,7	

G 1 7



2) ANÁLISIS CUALITATIVO

A pesar de que de la calidad de los datos denunciados del análisis cualitativo del tipo S. I. no podemos / obtener la utilidad estadística de la valoración cuantitativa, no podemos olvidar que aquél, según la propia autora IRAKLIA BUDAK, es el fundamental ; como tal vamos a considerarlo. No obstante, para no abandonar la línea estadística que nos hemos trazado en el presente trabajo, / vamos a sistematizar al máximo todos los datos derivados de dicha valoración cualitativa.

Así, ateniéndonos a la "Tabla de signos patognómicos" de IRAKLIA, vamos a esquematizar los siguientes datos, no sin antes haber anotado que los casos analizados en la prueba del parto son 37 en las no preparadas y 32 / en las preparadas, sobre los que hemos obtenido los correspondientes datos por ciento.

1.) DISTRIBUCIÓN DE LAS FIGURAS

Según la distribución de las figuras en la cartilla hemos podido computar:

1- Minuciosidad exagerada, es decir, una perfecta ordenación de las figuras.

Este hallazgo nunca se obtuvo de una forma independiente en la prueba del embarazo o en la del parto, si no que de producirse se hizo siempre en los dos sin distinción.

- En el grupo de no preparadas ... 5 casos- 13,25 %

- En el grupo de preparadas 10 casos - 31,25 %

Datos que no merecen comentario por su falta de significación en el problema que nos ocupa.

2- Emplazamiento en la mitad superior de la hoja, hecho que va acompañado con la consecución de figuras pequeñas y próximas y cuya significación psicológica es / INCERTIDUMBRE, BÚSQUEDA DE SEGURIDAD.

Los resultados quedan recogidos en la tabla 21 en donde "V. CUAL." es valoración cualitativa, en los epígrafes correspondientes a "E" van los casos y los tantos por cientos en los que se produjo el emplazamiento en la mitad superior de la hoja sólo en el embarazo; en los correspondientes al "E Y P" los casos en los que se produjo este tipo de distribución de las figuras en el embarazo y en el parto, y los correspondientes a "P" son aquellos en los que dicha distribución sólo se dio en el parto.

Son bien significativos los datos correspondientes al grupo sin preparar, en los que no hubo ningún caso que presentara este signo de INCERTIDUMBRE y BÚSQUEDA DE SEGURIDAD sólo en el embarazo; y, sin embargo, hubo un // 0,1 % en los que sólo se presentó en el parto.

En el grupo de preparadas los datos son muy diferentes y la explicación que se nos ocurre del hecho de que el tanto por ciento de casos en los que se presentó / este signo fuera precisamente mayor en el embarazo es que, como el test en el embarazo se hizo al comienzo de la preparación, se tratara de gestantes con un cierto temor al

T 21

V. CUAL.	SIN PRE E.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	0	0	2	6.2
E Y P	4	10.8	1	3.1
P	3	8,1	1	3,1

T 22

V. CUAL.	SIN PRE E.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	0	0	0	0
E Y P	1	2.7	1	3,1
P	6	16,2	0	0

parto, que en el curso de dicha preparación le fue desapareciendo.

3- Amontonamientos y superposiciones.- Esta forma de distribución de las figuras puede llevar las siguientes significaciones: FALTA DE ATENCION A LOS LIMITES; FALTA DE PREOCUPACION POR LOS DEMAS. Y se puede dar en individuos agresivos con el ambiente, y en algunos esquizofrénicos o pacientes orgánicos incapacitados para captar las relaciones o que sufren confusión en los límites del propio cuerpo.

Como se puede observar en la tabla 22, frente al grupo de preparadas en el que los datos no revelan ninguna significación digna de mención, en el de señoras sin preparar destaca el 16,2 % de los casos en los que este / signo sólo se produjo en el parto.

B) TAMAÑO DE LAS FIGURAS

1- Figuras grandes.- Significan, siguiendo siempre a la tabla de signos patognomónicos, FALTA DE CONTROL Y DE INHIBICION.

En este apartado hemos considerado los casos en los que las figuras eran mayores de lo normal en las dos pruebas (embarazo y parto) incluidos en los epígrafes correspondientes al "E Y P"; aquellos en los que las figuras eran grandes sólo en el embarazo corresponden al "E"; y los que el tamaño de las figuras era superior en el parto quedan incluidos en la fila "P".

T23

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	0	0	1	3,1
E Y P	0	0	0	0
P	2	5,4	1	3,1

T 24

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	1	2,7	2	6,2
E Y P	4	10,8	2	6,2
P	2	5,4	0	0

Así, en la tabla **23** podemos estudiar, prescindiendo del grupo de preparadas en el que no se observa / ningún dato con significación especial, cómo este signo de FALTA DE CONTROL Y DE INHIBICION se ha dado, aunque en una proporción pequeña, tan sólo en la prueba del parto.

2- Figuras pequeñas.- Este tamaño de las figuras marca un BLOQUEO EMOCIONAL.

De los datos de la tabla **24** no podemos sacar ninguna deducción de importancia.

3- Manejo lábil.- Se trata de cambios de tamaño de las figuras o de los elementos de las mismas, por ejemplo el tamaño de los redondeles. Lleva la significación / de CAMBIOS DE LA IMPULSIVIDAD A LA INHIBICION.

De la tabla **25** se deduce la gran influencia / que en la aparición de este signo puede tener el sufrimiento en el parto; ya que, como en ella se observa, en ninguno de los dos grupos se da ningún caso en los que el manejo lábil suceda sólo en la prueba del embarazo; y, / sin embargo, se da sólo en el parto en un 27 % de las señoras sin preparar y en un 6,2 % de las preparadas.

C) FRAGMENTACION

En la fragmentación, la figura no se trata como una unidad, sino como un conglomerado de elementos independientes. Se trata de un signo de gran importancia que implica TRASTORNOS DE ORGANIZACION Y DIFICULTADES MOTORAS.

T 2 5

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	0	0	0	0
E Y P	1	2,7	2	6,2
P	10	27	2	6,2

T 2 6

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	3	8,1	0	0
E Y P	0	0	0	0
P	4	10,8	1	3,1

(Tabla 26)

Lo que más llama la atención, por constituir un dato discordante, sin justificación, es el 8,1 % de casos que en el grupo sin preparación presentaron signos de // fragmentación sólo en el embarazo. El 10,8 % del mismo / grupo y el 3,1 % del grupo de preparadas estarían por el contrario perfectamente justificados por la dificultad mo tora que el sufrimiento del parto ha podido suponer para la realización de la prueba; incluso se pudo observar có mo en uno de esos casos la fragmentación se realizó pre cisamente al reanudar el test después de una con tracción.

D) CARACTER DE LA LÍNEA

1- Línea esbozada, tenue.- Representa este signo ANSIEDAD, TIMIDEZ, FALTA DE AUTOCONFIANZA, VACILACION.

En la tabla 27 quedan recogidos los resultados, observándose la gran importancia de este signo en la val oración del sufrimiento en el parto. Así, vemos en el grupo sin preparar el gran número de casos, 40,5 %, en los / que sólo se da este signo en la prueba del parto; inclu so en las preparadas, aunque en menor proporción, existe un 18,7 % de casos con una gran preponderancia de este / signo en el apartado "P" (sólo en el parto).

Además, en 5 casos este carácter de la línea / iba unido a temblor.

En 6 casos (16,2 %) del grupo de señoras sin / preparar esta línea tenue alternaba con otra impulsiva, que nos reflejaba la existencia de una ambivalencia.

T 27

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	0	0	1	3,1
E Y P	0	0	1	3,1
P	15	40,5	6	18,7

T 28

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	6	16,2	1	3,1
E Y P	2	5,4	3	9,3
P	2	5,4	2	6,2

T 29

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	0	0	0	0
E Y P	1	2,7	1	3,1
P	1	2,7	1	3,1

T 30

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	0	0	0	0
E Y P	0	0	2	6,2
P	8	21,6	1	3,1

2- Líneas impulsivas, enérgicas, fuertes.- Sig nifican AGRESION Y HOSTILIDAD FRENTE AL AMBIENTE.

En la aparición de este signo, como se deduce // de la tabla 28 parece que no tiene influencia el sufrimien to en el parto, sino que, por el contrario, el porcentaje / en la prueba del embarazo es mayor que en la del parto den tro del grupo de señoras sin preparar.

E) ALTERACIONES DE LA LINEA

1- Curvas atenuadas.- DEBILITAMIENTO DE LOS AFEC TOS, SUPERFICIALIDAD AFECTIVA.

Por el escaso número de veces que presentó este / signo (tabla 29), carecen de valor todos los argumentos que sobre el mismo podamos hacer; no obstante observamos // cómo nunca se presentó sólo en la prueba del embarazo.

2- Angulos acusados.- SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD E INTENTO DE CONTROLAR UN TRASTORNO O CONFLICTO SUBYACENTE.

En la tabla 30, al recoger los datos correspon dientes a este apartado, podemos observar la gran influencia que ha debido tener el sufrimiento en el parto sobre esta / alteración, ya que, como se puede ver en el grupo de seño ras sin preparación, sólo se da en la prueba del parto, y e en el de preparadas en la del parto o en las dos, pero nun ca solamente en la del embarazo. Así pues, ese SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD que representa este signo está con frecuen cia bien presente en el sufrimiento del parto.

3- Angulos redondeados.- Significan IMPULSIVIDAD.

Como se observa en la tabla 31 , se trata de un signo de poca trascendencia para las deducciones que podamos sacar en este trabajo, por presentarse muy pocas veces y // siempre en las dos pruebas.

F) SUSTITUCION Y OMISION DE ELEMENTOS

Implica este signo trastornos de coordinación visomotora y revela UNA AUSENCIA DE CONTROL MOTOR; INESTABILIDAD EMOCIONAL.

Como vemos en la tabla 32 , es el signo de más / frecuente aparición y de un alto valor por el extraordinario significado que sobre el sufrimiento en el parto tiene. Así, vemos tanto en el grupo de señoras sin preparar, como en el de preparadas, el gran predominio, (más en las no preparadas), de los números de los epígrafes correspondientes al apartado "P".

Es, pues, lógico pensar que el sufrimiento en el parto produzca la suficiente dificultad motora e inestabilidad emocional como para que dichos factores queden reflejados en la valoración cualitativa del test que nos ocupa. Se trata, no cabe duda, del signo más valioso de todos los analizados a este respecto.

G) ROTACION

PERTURBACION EN LA ORIENTACION ESPACIAL, que tan sólo se ha dado en tres casos de señoras no preparadas, en las dos pruebas; sin significación por tanto en este estudio.

T 31

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	0	0	0	0
E Y P	1	2,7	1	3,1
P	0	0	0	0

T 32

V. CUAL.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
E	0	0	1	3,1
E Y P	12	32,4	8	25
P	18	48,6	5	15,6

ANALISIS DE CONJUNTO DE LOS HALLAZGOS CORRESPONDIENTES
A LA VALORACION CUALITATIVA DEL TEST G. V.

Sin entrar en muchos detalles sobre la diferencia de esta valoración entre los dos grupos de señoras, sin preparar y preparadas, que aquí también es patente, pienso que lo verdaderamente interesante en este análisis es la repercusión del sufrimiento del parto sobre dicha valoración.

Este estudio no se puede hacer de otra forma que en función de las diferencias habidas entre los resultados del test en la prueba del embarazo y la posterior del parto. Así pues, los únicos datos que valoramos son aquellos que aparecen en la segunda, sin haberlo hecho en la primera.

En este orden de ideas, sintetizando los hallazgos anteriormente estudiados, vamos a esquematizarlos en dos grupos estrechamente relacionados entre sí:

Por un lado, en la tabla **21** (emplazamiento en la mitad superior de la hoja) ha quedado bien patente la influencia del sufrimiento en la INCERTIDUMBRE Y BUSQUEDA DE SEGURIDAD que dicho signo lleva implícita, la ANSIEDAD, // FALTA DE AUTOCONFIANZA Y VACILACION, que tan ostensiblemente nos revela la tabla **27** (Línea tenue y a veces "temblosa") como signo del sufrimiento en el parto y EL SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD que en la tabla **30** (ángulos acusados), nos muestra también de una forma clara el efecto del

sufrimiento sobre la aparición de dicho signo.

Por otro lado, encontramos una importantísima / dificultad psicomotora como reflejo del sufrimiento en en el parto, avalada por los datos de las tablas **22** (amontonamientos y superposiciones), **25** (manejo lábil), **26** (fragmentación) y sobre todo, **32** (sustitución y / omisión de elementos), donde con una extraordinaria claridad se nos revela la mencionada influencia del sufrimiento en el parto sobre la psicomotricidad de la parturienta.

B- HALLAZGOS CORRESPONDIENTES A LA VALORACION DEL TEST DE LA FIGURA COMPLEJA (F. C.).

Lo mismo que dijimos sobre el test E. V. debemos decir también ahora, que al ser diferentes el número de casos estudiados en el grupo de señoras sin preparación y en el de preparadas, todas las estadísticas comparativas se han realizado en función de los tantos por ciento.

La valoración de este test consta de dos partes: Valoración de la "copia" y valoración de la reproducción de "memoria". Pero aunque la finalidad con que ha sido / utilizado este test en el presente trabajo, ha sido la de valorar el sufrimiento en el parto a través de la falta / de atención que éste debía llevar consigo y que se debía reflejar en la reproducción de "memoria", no hemos podido

prescindir de la valoración de la copia, porque ambas están estrechamente relacionadas. Del estudio de la "copia" podemos sacar la actividad perceptiva del sujeto, la inteligibilidad de los datos, su significación y su organización definida, que tanta importancia va a tener en la "fijación" y por ende en la reproducción de "memoria".

Así pues, en cada apartado vamos a estudiar por separado la "copia" y la reproducción de "memoria".

1- VALORACION DE LA APLICACION EN EL EMBARAZO.

a) COPIA.- Analizamos a su vez en ella, por un lado, el "tipo de construcción" de la figura que nos va a indicar el nivel del desarrollo de la percepción visual y, por otro, la "exactitud y el grado de perfección", ambos representados en centiles.

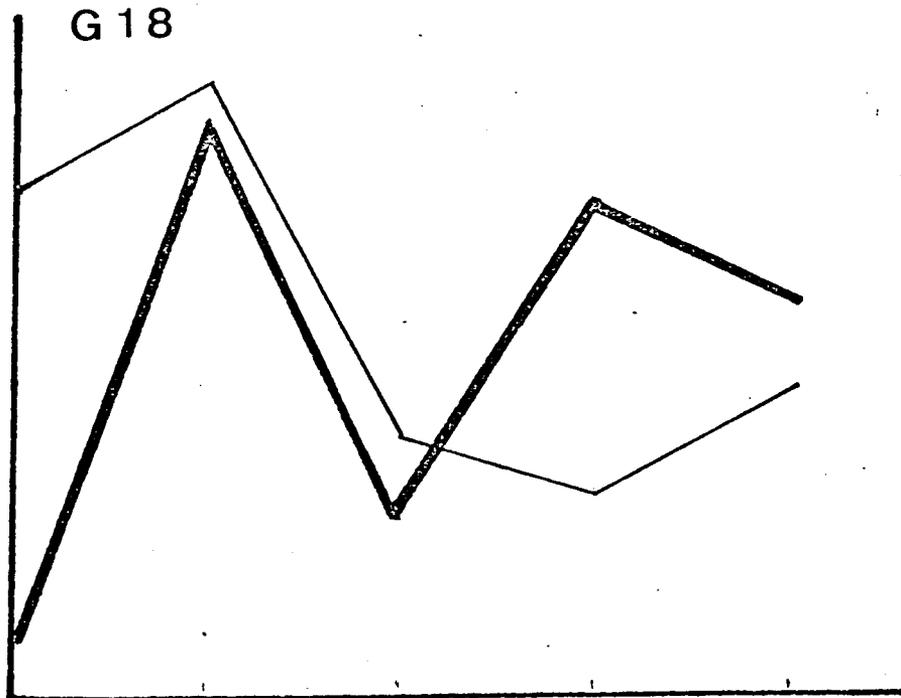
1) Construcción.- hemos establecido diferentes grupos según que la valoración haya sido de 10, 25, 50, 75 ó 100 centiles, quedando los datos reflejados en la tabla 33 y en la grafica 18 en la que en la ordenada han ido los tantos por ciento y en la abscisa los centiles. La línea gruesa corresponde al grupo de preparadas.

En el análisis comparativo de ambas curvas, vemos cómo las dos coinciden en señalar que el mayor número de casos correspondió a los 25 centiles. Y en general, el nivel del desarrollo de la percepción visual fue mayor en el grupo de preparadas, sin duda alguna, por su también mayor nivel intelectual.

2) Exactitud y grado de perfección.- Los grupos

T 33

CONSTR. centiles	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
10	10	26,3	1	3,1
25	13	34,2	11	33,3
50	5	13,1	3	9,1
75	4	10,7	11	33,3
100	5	15,7	7	21,2



los hemos establecido según que los centiles fueran de 10, de 10 a 24, de 25 a 49, de 50 a 74 y de 75 a 100.

Observamos en la tabla **34** y en la gráfica **19** (ordenada: tantos por cientos y abcisa: centiles), que la riqueza y exactitud de la copia es superior en el grupo / de preparadas, como podría lógicamente deducirse, si tenemos en cuenta el paralelismo existente a la hora de considerar un estudio estadístico entre éste parámetro y el anteriormente analizado.

B) REPRODUCCION DE MEMORIA

aquí tan sólo hemos considerado la riqueza y / exactitud de la reproducción.

Hemos establecido los grupos según tuvieran menos de 10 centiles, de 10 a 24, de 25 a 49, de 50 a 74 y de 75 a 100. (tabla **35** y gráfica **20**). Como era de suponer, aquí también la riqueza de la reproducción de memoria es ostensiblemente superior en el grupo de preparadas.

Así pues, todo el estudio que hasta ahora hemos realizado sobre la aplicación aislada del test de la F. C. en el embarazo, tan sólo nos ha servido para deducir que tanto la valoración de la copia como la de la reproducción de memoria, han sido netamente superior en el grupo de señoras preparadas.

A continuación vamos a pasar al punto verdaderamente interesante:

2- ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS VALORACIONES DE LAS PROBAS DEL EMPLAZADO Y DEL PARTO.

a) COPIA:

1) Construcción.- Hemos estudiado si la categoría del tipo de construcción de la copia era superior en el emplazado, y en el parto, o no variaba.

Podemos observar en la tabla **36** y en la gráfica **21** el gran predominio de los casos en los que la construcción no varió de categoría en la prueba del parto. Por otro lado, no se observan diferencias dignas de atención / entre los grupos de preparadas (columnas en líneas gruesas) y de no preparadas (columnas a líneas finas).

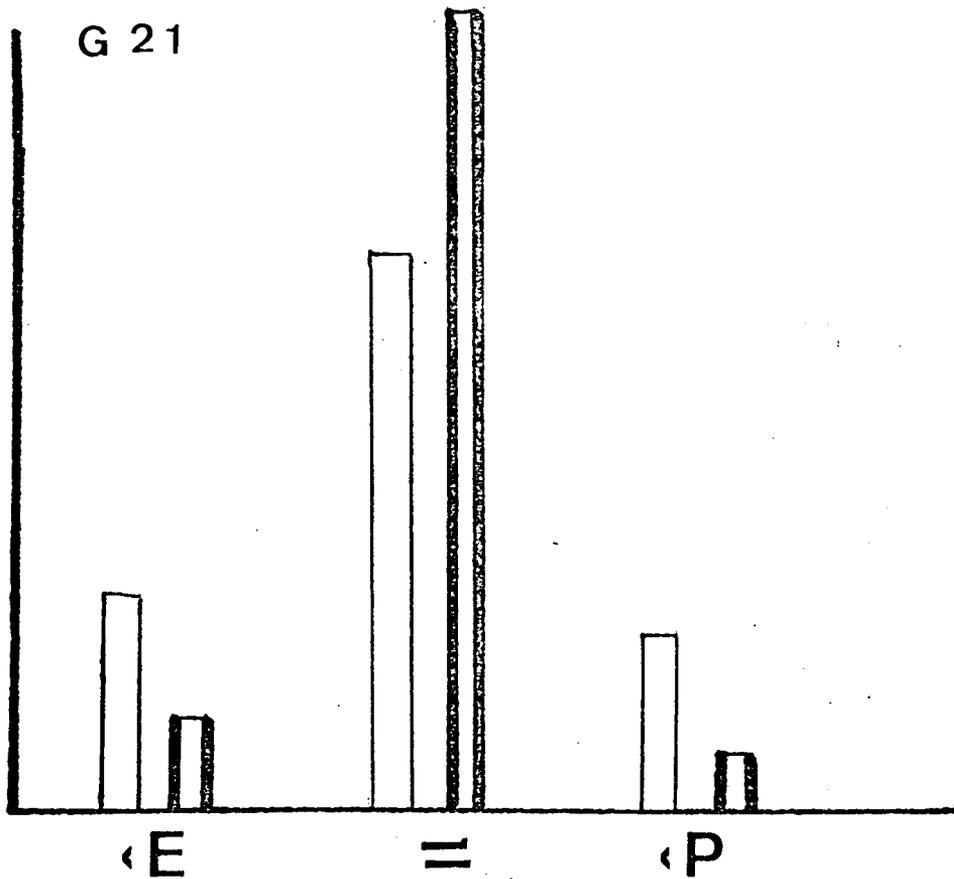
De todo esto podría deducirse, que el sufrimiento en el parto no ejerce ninguna influencia sobre la percepción visual, si no tuviéramos en cuenta el importante papel del aprendizaje, que puede constituir un elemento / compensador de dicha influencia.

2) Exactitud y riqueza de la copia.

Los datos quedan recogidos en la tabla **37** y en la gráfica **22**, en que las columnas de trazo grueso corresponden al grupo de preparadas.

T 3 6

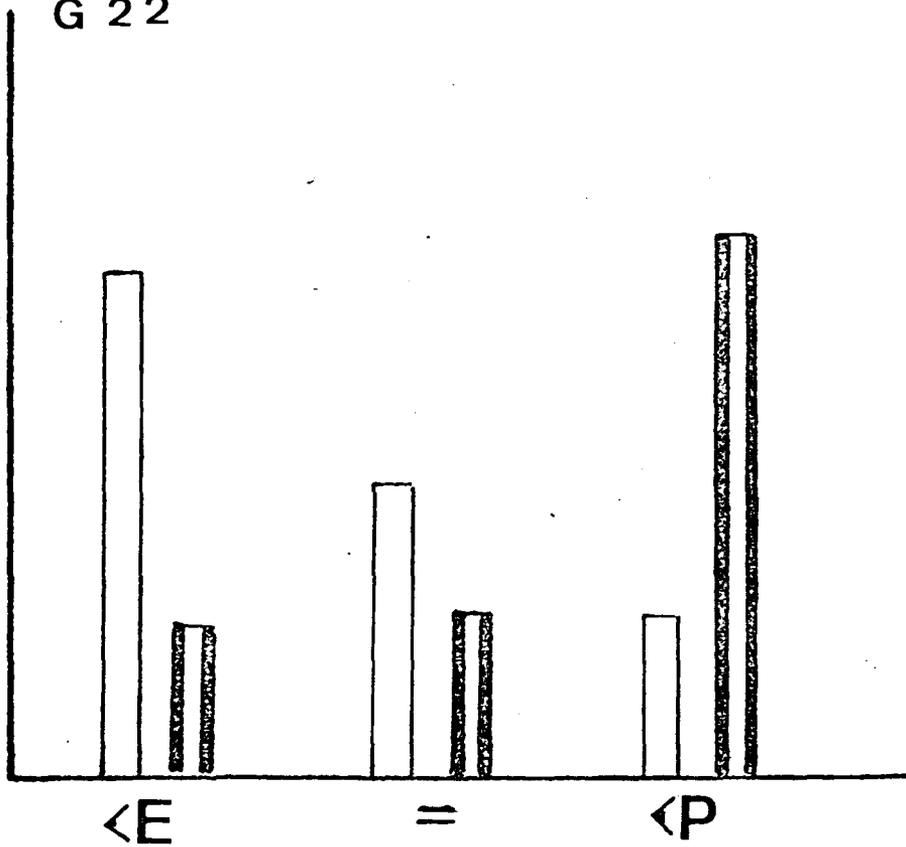
DIFEREN. const.	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
« E	8	22,2	3	9,3
=	21	58,3	27	84,3
« P	7	19,4	2	6,4



T 37

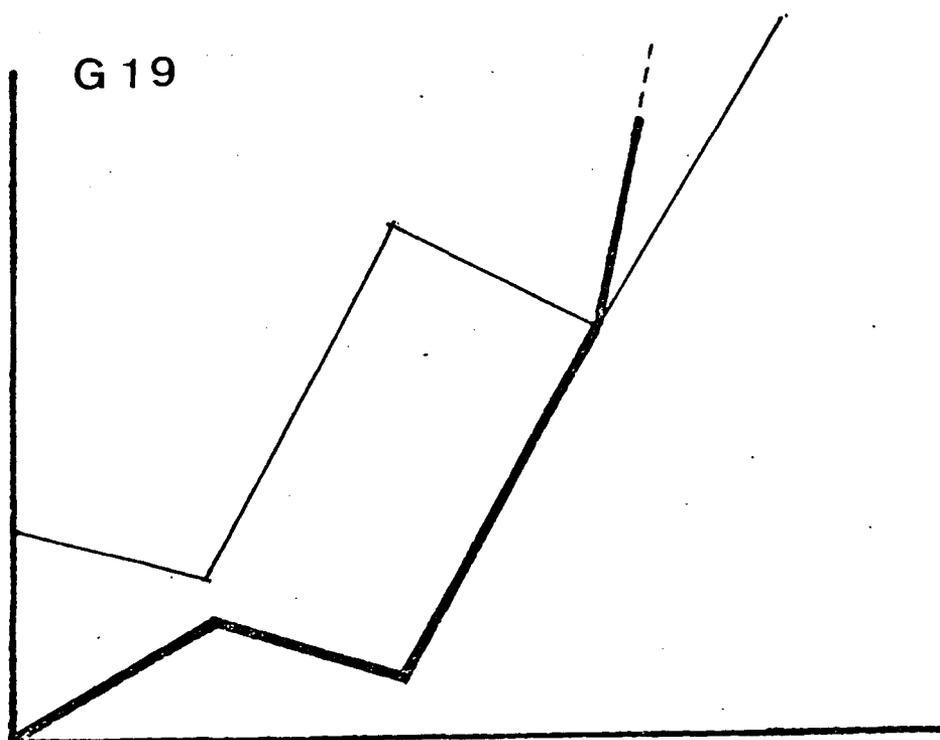
DIFEREN. PUNT.	SIN PRE.		PRE.	
	N	%	N	%
<E	19	52,9	5	15,6
=	11	30,5	18	56,3
<P	6	16,6	9	28,1

G 22



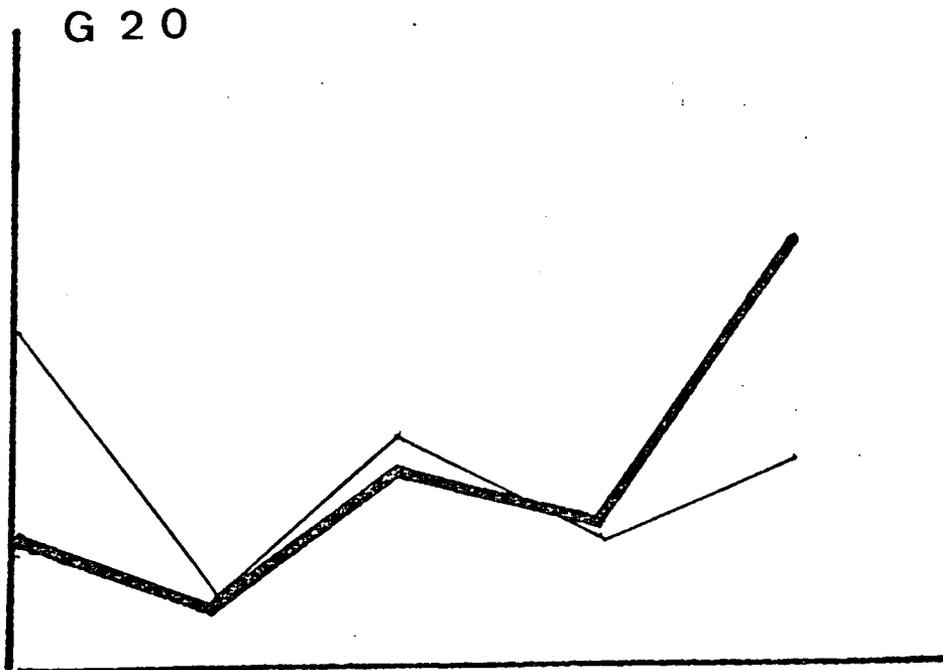
T 34

RIQUEZA centiles	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
10	4	10,5	0	
10 a 24	3	7,8	2	6,1
25 a 49	9	23,9	1	3,1
50 a 74	8	21	7	21,2
75 a 100	14	36,8	23	69,6



T 3 5

RIQUEZA centiles	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	%	Nº	%
- 10	13	34,4	4	12,1
10 a 24	3	7,8	2	6,1
25 a 49	9	23,6	7	21,3
50 a 74	5	13,1	5	15,1
75 a 100	8	21,1	15	45,4



Se observa cómo en el grupo sin preparar, frente a un 52,7 % de casos en los que la copia fue más rica en / el embarazo, hubo un 16,6 % en los que la copia fue más / rica en el parto; y un 30,5 % en los que no hubo variación; datos que si bien nos revelan una cierta influencia del // sufrimiento en el parto sobre la riqueza y exactitud de / la copia, no lo hacen de forma tal que a través de la misma podamos sacar grandes deducciones.

En el grupo de preparadas es muy llamativo el // predominio de los casos en los que la riqueza y exactitud de la copia fue superior en el parto. A favor de lo cual se podía aducir la idea de que en éstos el sufrimiento fue tan escaso que su influencia en el test se encontró netamente rebasada por la del aprendizaje.

b) REPRODUCCION DE MEMORIA.

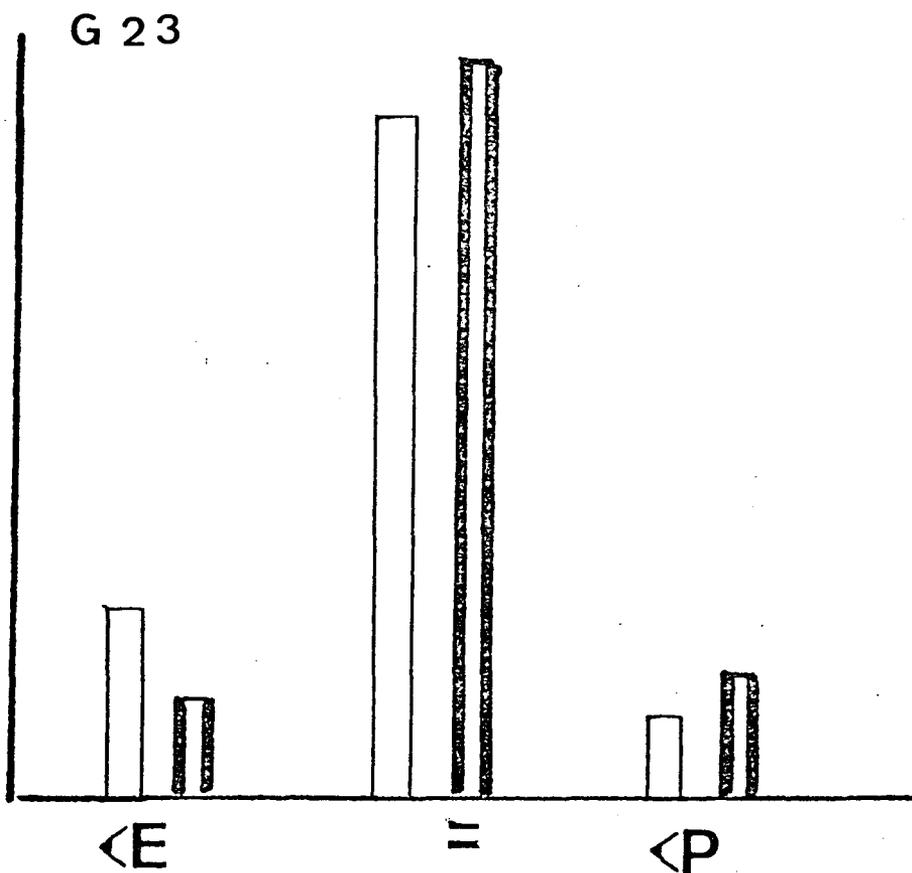
1) Construcción.

Si en el análisis comparativo de las copias en el embarazo y en el parto vimos el gran predominio de los casos en los que no había variación, en la categoría del tipo de la construcción, mucho más predominio de éstos casos existe en la reproducción de memoria (Tabla 38 y gráfica 23, en // las que las columnas en trazo grueso corresponden a las // preparadas). Son pues, datos muy similares a los que vimos en el correspondiente apartado y no merece la pena de insistir sobre ellos.

2) Exactitud y riqueza de la reproducción de memoria.-

T 38

C. DIF.	SIN PRE.		PRE.	
	N	%	N	%
<E	7	20	3	9,6
=	25	71,5	4	12,9
<P	3	8,5	4	12,9



Las valoraciones, reflejadas en la tabla **39** y en la gráfica **24** (columnas con trazo grueso corresponden al / grupo de preparadas) nos indican que en el grupo de señoras sin preparar hay un predominio de los casos en los que no hubo variación entre las valoraciones correspondientes a / las aplicaciones en el embarazo y en el parto. Y en el de preparadas el predominio es a favor de las que en el parto fueron superiores. De todo lo cual se deduce el papel tan importante que en ambos grupos ha ejercido el aprendizaje que con frecuencia ha llegado a eclipsar e incluso superar la influencia del sufrimiento en el parto sobre la exactitud y riqueza de la reproducción de memoria.

C- CORRELACION ENTRE LAS VALORACIONES DE AMBOS TESTS.

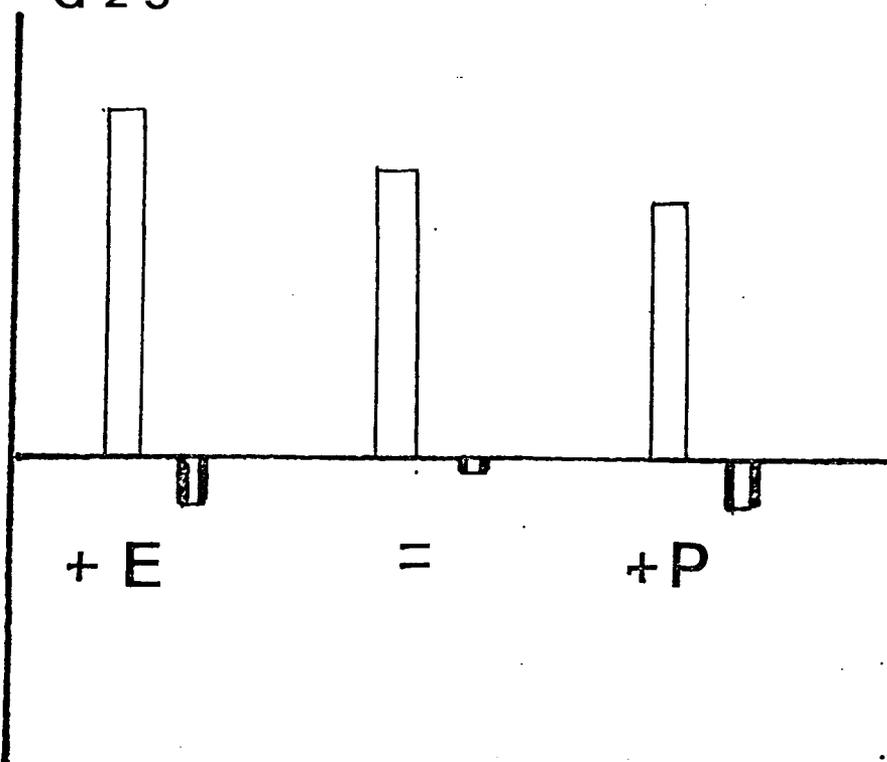
La hemos realizado en función del estudio comparativo entre las diferencias de la riqueza y exactitud de la reproducción de memoria en el embarazo y en el parto del test de la F. C. y las medias de las valoraciones cuantitativas del G. V.

Así, hemos visto que entre las señoras cuya valoración de riqueza y exactitud de la reproducción de memoria era superior en el embarazo, existía una media de valores cuantitativos del test G. V. de 18,7 en las no preparadas y -2,3 en las preparadas; entre las que no existía variación entre la riqueza y exactitud de la reproducción

T 40

RIQUEZA memoria	SIN PRE.		PRE.	
	Nº	M. L.B.	Nº	M. L.B.
+ E	10	18,7	6	- 2,3
=	15	15	10	- 0,1
+ P	10	12,9	15	- 2,6

G 25



ESTUDIO INDIVIDUAL DE ALGUNOS CASOS

Como es imposible por el volumen que ocuparía, / comentar individualmente cada una de las 71 aplicaciones del test G. V. y de la F. C. practicadas en el embarazo y en el parto, fruto de este trabajo de investigación, voy a mostrar, una vez hecho el análisis de conjunto, algunas de las más representativas.

Las referencias de las pruebas van en los siguientes términos: El número de casos; el momento en que se realizó, representado por una E si correspondió al embarazo y por una P si correspondió al parto; y la clase de prueba, G, si era la Gestáltica y C ó M según se tratara de la copia o de la reproducción de memoria de la Figura Compleja.

A) Grupo sin preparación:

1- Caso nº 5.- Señora de 24 años de edad, telefonista de profesión y con estudio de secretariado. Niega antecedentes. Gestación y parto normal.

En el parto la aplicación de los tests se realiza con una dilatación cervical de 3 cm. y contracciones // uterinas de 45 segundos de duración y con intervalos entre ellas de 3 minutos.

Presenta un aspecto de intenso sufrimiento. Lanza continuos "¡Ay!" durante las contracciones, exclamando que

"no puede aguantar más", y que "está muy floja". Se levanta durante las contracciones y se pasea por el despacho / con los puños cerrados y tensos. Se califica el comportamiento de malo.

A) Análisis comparativo de las aplicaciones del test G. V.

a) Cuantitativo (5 E G y 5 P G).- Frente al del embarazo, que por su exactitud es calificado con un cero, en el del parto se aprecian sustituciones de algunos puntos por círculos en la figura 3 (3), omisión de un ángulo en la 7 (3) y temblor en las 4, 6, 7 y 8 (4 cada una). Así / pues, PUNTAJES TOTALES, obtenidos de los números entre paréntesis, de 0 en el Embarazo y 22 en el Parto.

b) Cualitativo.

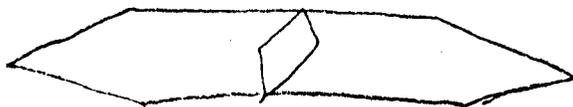
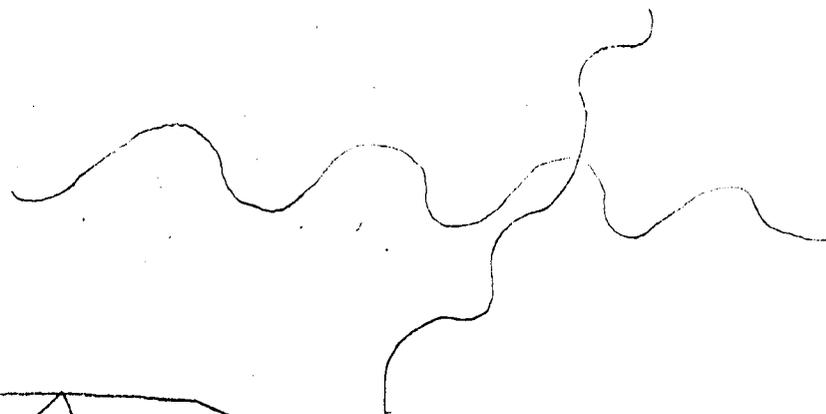
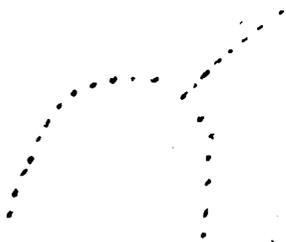
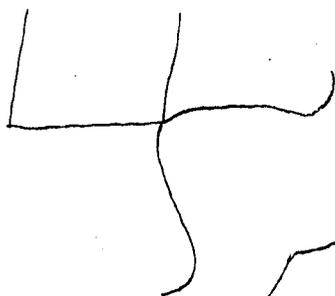
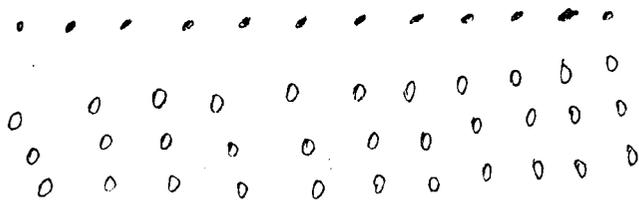
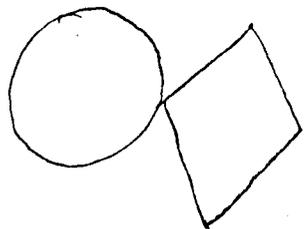
- Perfecta ordenación de las figuras en ambas / aplicaciones, que significa una MINUCIOSIDAD EXAGERADA.

- Angulos algo más acusados en la aplicación // del parto. MAYOR SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD en él.

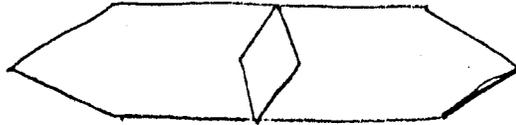
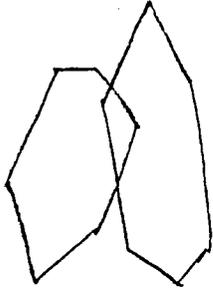
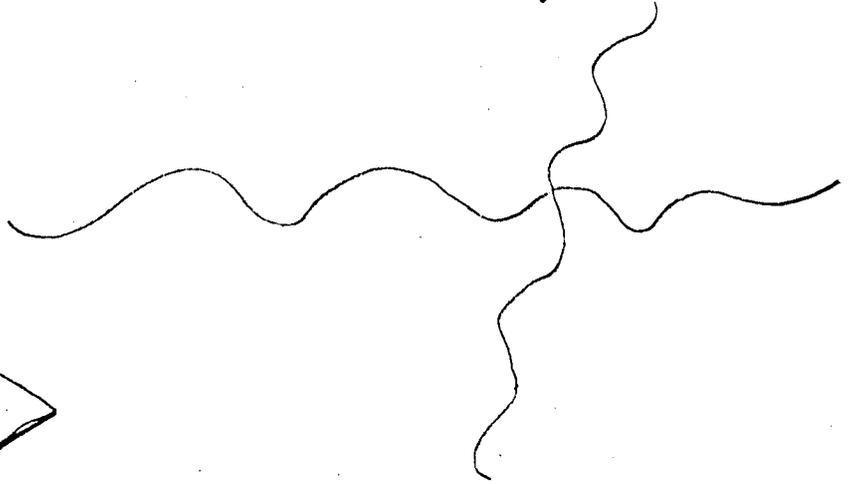
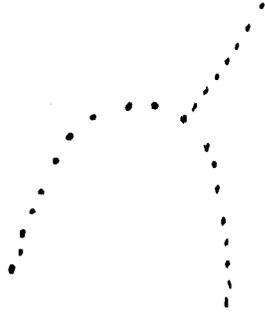
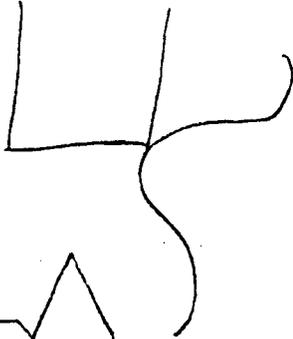
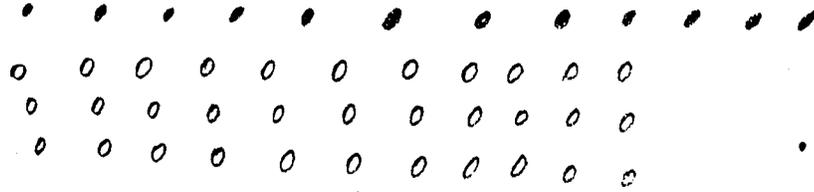
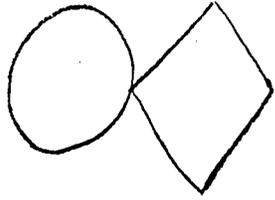
- Lo que más llama la atención es la gran diferencia en el carácter de la línea de ambas pruebas: Así frente a la línea firme y segura de la correspondiente al embarazo, se encuentra la "tenue y temblorosa" de la correspondiente al parto que nos revela el ESTADO DE ANSIEDAD Y DE FALTA DE AUTOCONFIANZA que lleva consigo el sufrimiento del parto.

- También es digno de destacar en la prueba del parto las "sustituciones y omisiones de elementos", lo //

5 G. P.



5 G. E.



que se puede apreciar en las figuras 1 y 3 (algunos puntos por círculos) y en la 7 (omisión de un ángulo). Todo lo cual nos muestra una gran DIFICULTAD DE CONTROL MOTOR E INESTABILIDAD EMOCIONAL a consecuencia del sufrimiento en el parto.

En definitiva, son bien llamativos los signos de ANSIEDAD, FALTA DE AUTOCONFIANZA Y DIFICULTAD PSICOMOTORA de la prueba realizada en el parto.

B- Análisis comparativo de las aplicaciones del test de la F. C.

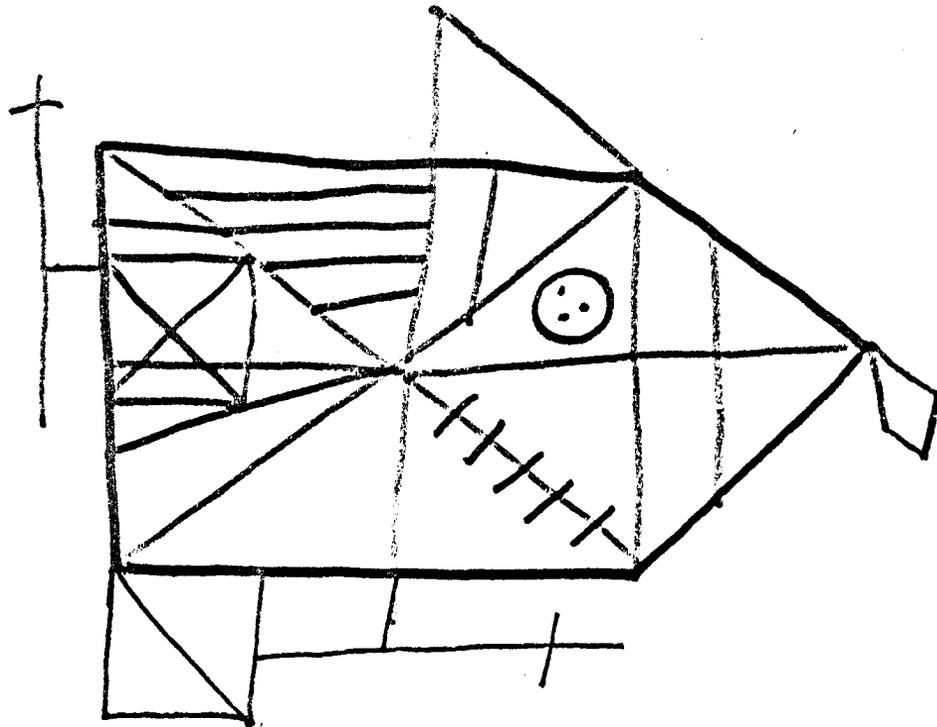
a) Copia (5 E C y 5 P C)

1) Construcciones. Debemos tener presente que en éste como en los demás casos, los rotuladores se han entregado según el siguiente orden de colores: negro, rojo, azul, verde y marrón. De esta forma podemos observar cómo las construcciones de ambas pruebas hay que incluirlas dentro del tipo II y calificarlas con 25 centiles cada una.

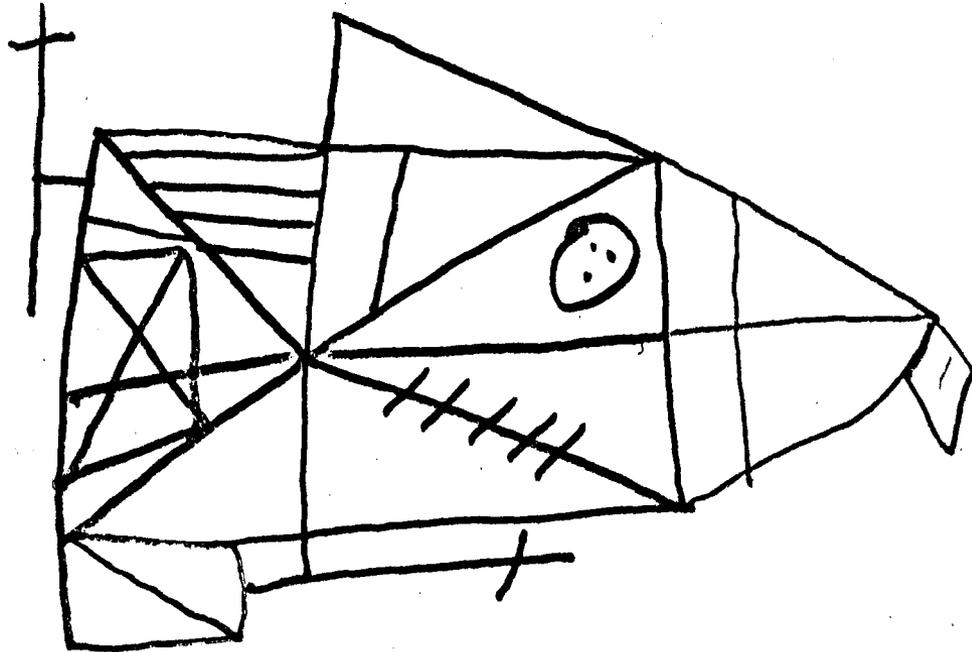
2) Riquezas y exactitudes de las copias.- Aunque en lo que se refiere a la riqueza no hay grandes diferencias entre las dos pruebas, sí las hay en la exactitud, como fácilmente se puede apreciar, obteniéndose / en la del embarazo 35 puntos (30centiles) y en la del // parto 30 puntos (20 centiles).

Así pues, existe una evidente diferencia entre ambas copias que nos indica la influencia que ha ejercido el sufrimiento del parto, sobre todo, a través de una

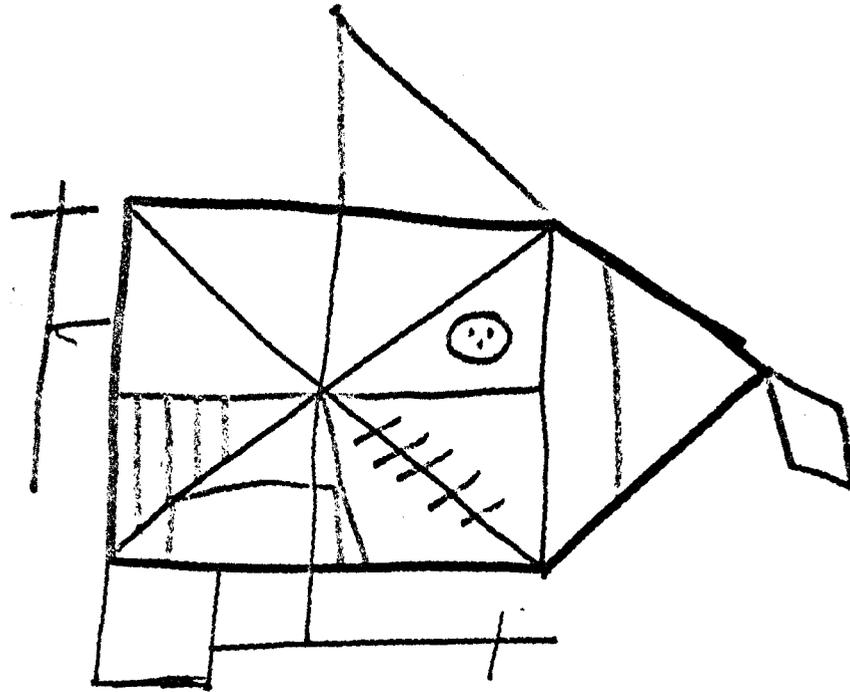
5 E.C.



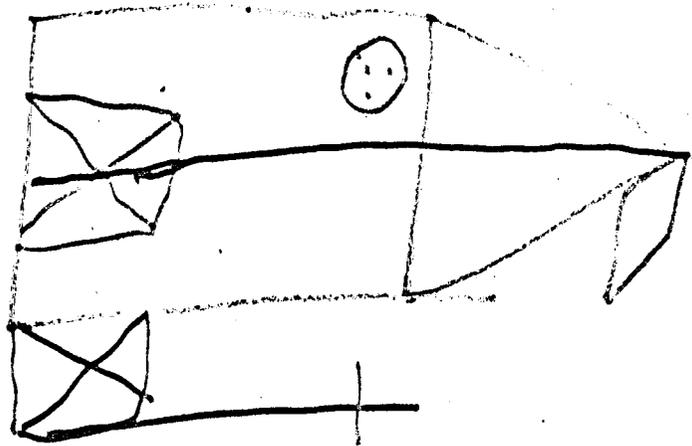
5 P C



5 E M



5 P M



ostensible dificultad psicomotora.

b) Reproducciones de memoria (5 E M y 5 P M)
Sin considerar las construcciones, podemos facilmente / observar la gran diferencia sobre la riqueza y exactitud entre ambas reproducciones de memoria. La correspondiente al embarazo ha sido puntuada con 26 (70 centiles). / Todo lo cual nos lleva a pensar el papel que ha jugado la disminución de la atención determinada por el sufrimiento del parto en la reproducción de memoria de la // prueba correspondiente.

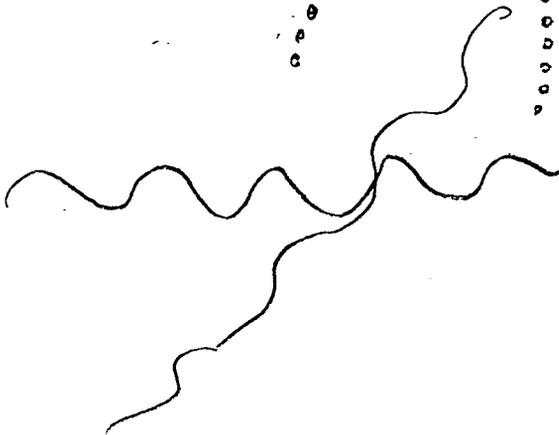
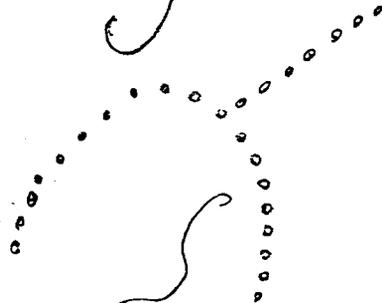
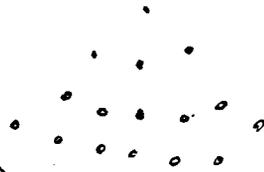
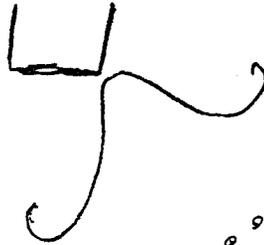
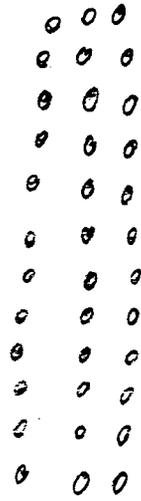
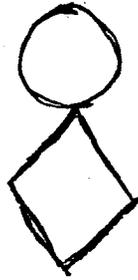
2- Caso nº 21.- Señora de 26 años de edad, /// ama de casa y con estudios primarios. Niega antecedentes. Gestación y parto normal.

La aplicación durante el parto se hizo en las siguientes circunstancias: Dilatación cervical, 2 cm., / duración de las contracciones de 20 a 45 segundos y con intervalos entre ellas de 2,5 minutos.

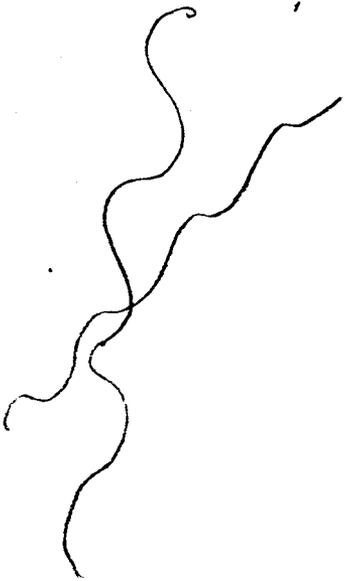
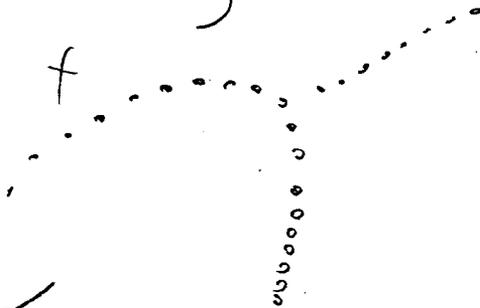
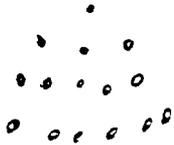
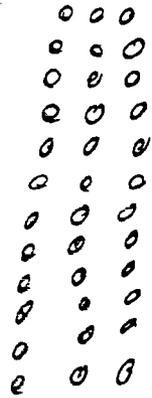
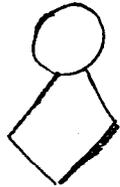
Presenta en el parto un aspecto de sufrimiento intenso. Durante las contracciones se queja continuamente; se levanta; se lleva una mano a la región lumbo-sa-cra, que es donde dice que le duele; respiración fatigosa y agitación; sufre de sudoración y calor; llora. Manifiesta con impaciencia sus deseos para que el parto termine: "No puedo aguantar más". Comportamiento malo, aunque paradójicamente destaque un gran espíritu de colaboración en la realización de los tests.

A- Análisis comparativo de las aplicaciones del test G. V. (21 E G y 21 P G)

21 E G



21 P G



a) Cuantitativo.- Sin entrar en detalles, pues ya a simple vista se observa en las dos aplicaciones un / gran número de errores que enumerarlos nos llevaría a una extensión innecesaria, sólo diré los PUNTAJES TOTALES: 71 en el correspondiente al embarazo y 114 en el del parto.

b) Cualitativo.-

- Figuras pequeñas en las dos aplicaciones; aun que algo más en el parto. BLOQUEO EMOCIONAL más acentuado en el parto.

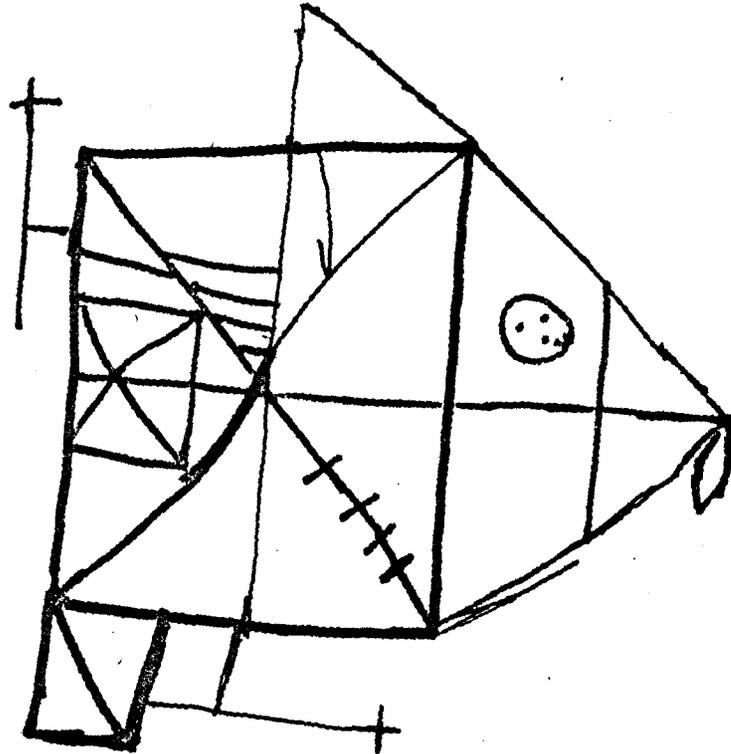
- Presenta por el cambio en el tamaño de los elementos de las figuras y por el carácter de la línea (de impulsiva a tenue) una gran AMBIVALENCIA Y DIFICULTAD MOTORA.

- Destaca también el gran número de sustituciones de elementos en ambas aplicaciones y dificultad de / reproducción de ángulos más acentuada en la del parto / (figura 7) que pone en evidencia una AUSENCIA DE CONTROL MOTOR E INESTABILIDAD EMOCIONAL más marcadas en el parto.

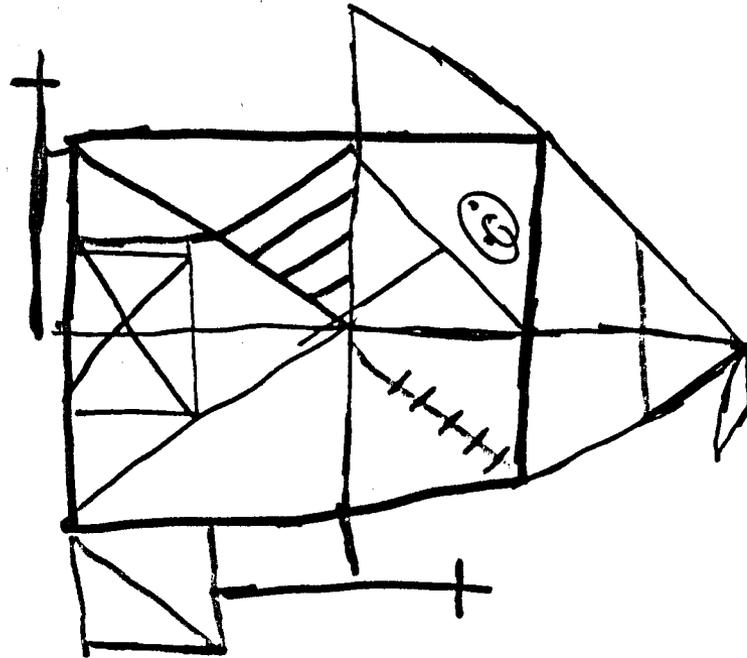
- Pero sobre todo se evidencia la gran PERTURBACION EN LA ORIENTACION ESPACIAL, puesta de manifiesto / por las múltiples rotaciones de las figuras, y los TRASTORNOS DE ORGANIZACION más acentuados, por la dificultad motora, en la prueba del parto (figuras A y 4).

En definitiva gran "perturbación en la actitud frente a la realidad", mucho más manifiesta, por efecto del sufrimiento del parto, en la aplicación durante el mismo.

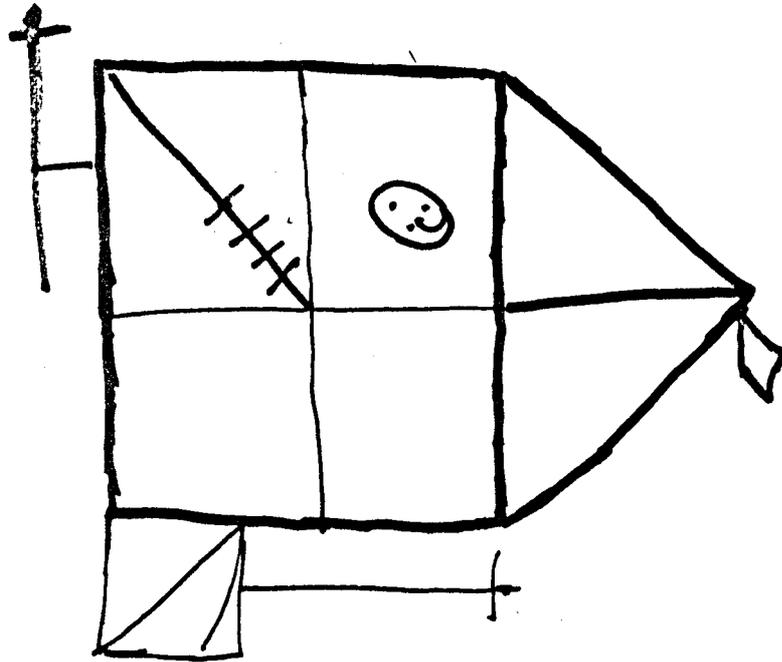
21 EC



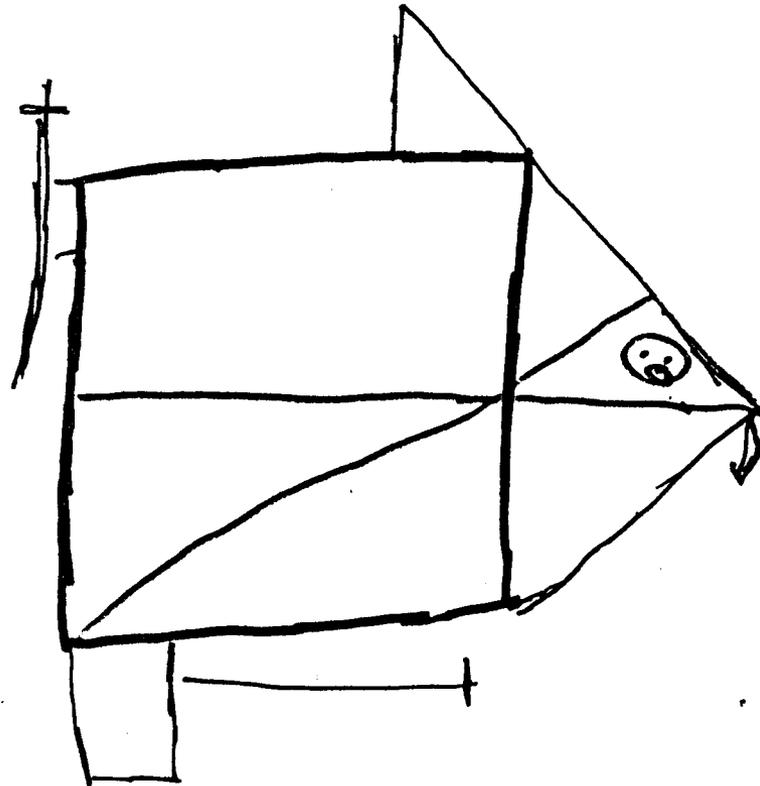
21 P C



21 E M



21 P M



B- Análisis comparativo de las dos aplicaciones del test de la F. C.

a) Copias (21 E C y 21 P C):

1- Construcciones.- Se han incluido las dos dentro del tipo I, dándole a cada una el valor de 50 centiles.

2- Riquezas y exactitudes de la copia.- La correspondiente al embarazo ha sido puntuada con 31 (30 centiles) y la correspondiente al parto con 28,5 (10 centiles). Así pues, ha resultado más rica y exacta la correspondiente al embarazo.

b) Reproducciones de memoria (21- E. M. y 21- P. M.)
Más exacta y rica también la correspondiente al embarazo, / 20 centiles, frente a 9 de la prueba en el parto.

En definitiva, las aplicaciones del test de la F. C. han sido positivas también en este caso como prueba valorativa del sufrimiento en el parto.

3- Caso nº 25.- Edad, 23 años. Trabaja sólo en su casa. Estudios primarios. Niega antecedentes. Gestación y parto normal.

La prueba correspondiente al parto se realiza con una dilatación cervical de 2 cms., duración de las contracciones uterinas de 45 segundos e intervalos entre ellas de 3 a 4 minutos.

Aspecto de sufrimiento moderado. A veces, quejidos durante la contracción. Adopta una posición durante la

misma de llevarse una mano a la frente y otra a la región lumbo-sacra, que es donde se localiza el dolor. Respiración fatigosa. Pregunta que "si le falta mucho" y que "cuándo se terminará". En general, el comportamiento ha sido calificado de bueno.

A- Análisis comparativo de las dos aplicaciones del / test G. V. (25 E G y 25 P G)

a) Cuantitativo.- Frente a una prueba en el embarazo bastante buena y que ha obtenido el PUNTAJE TOTAL de 3, destacan en la del parto, numerosos errores y defectos - rayas por puntos en la figura 1, una columna más en la / dos, omisión de ángulos en la 7, etc. - que le confieren / el PUNTAJE TOTAL de 25. Es decir, existe una diferencia // entre ambas pruebas de 22 puntos, como expresión del sufrimiento en el parto dentro de la realizada durante el mismo.

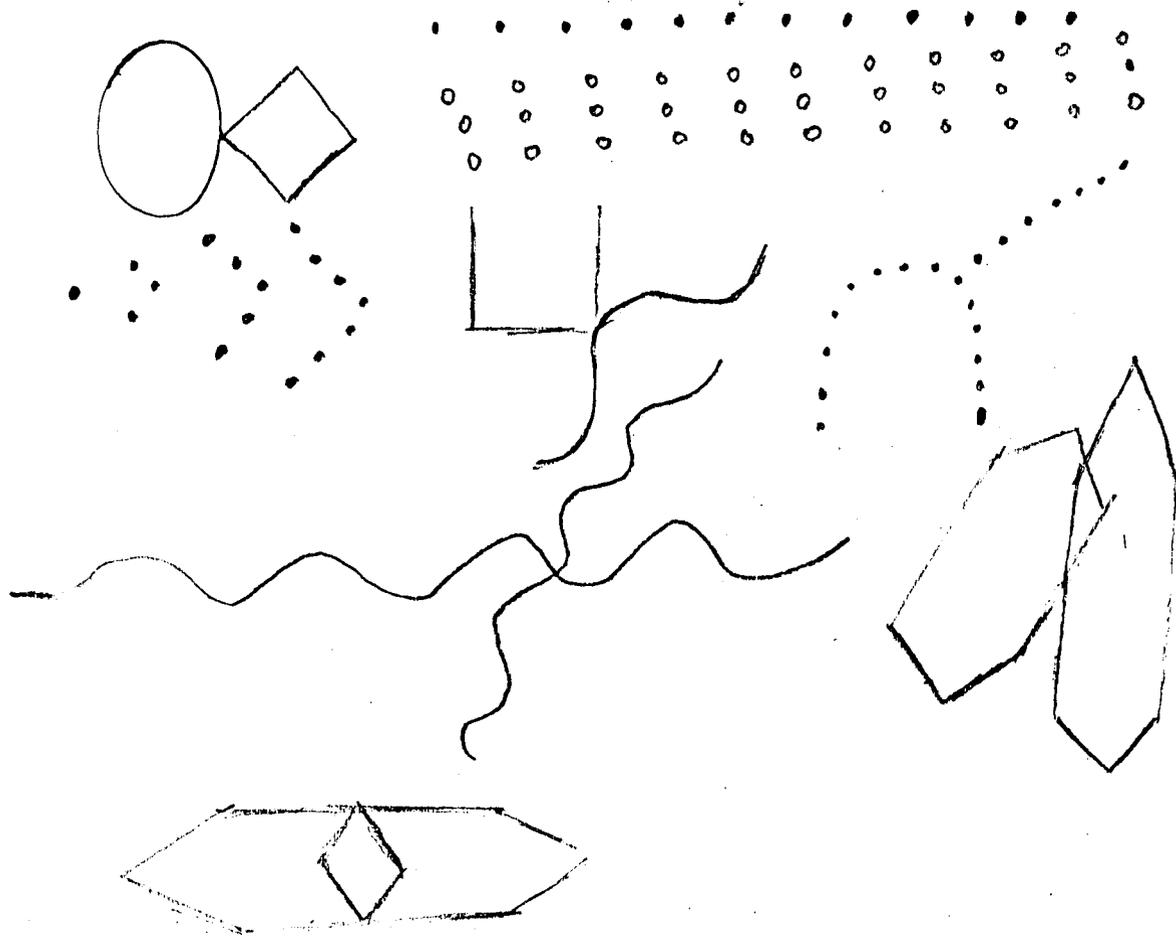
b) Valoración cualitativa.

- La perfecta ordenación de las figuras en la prueba del embarazo es cambiada en la del parto por un absoluto desorden.

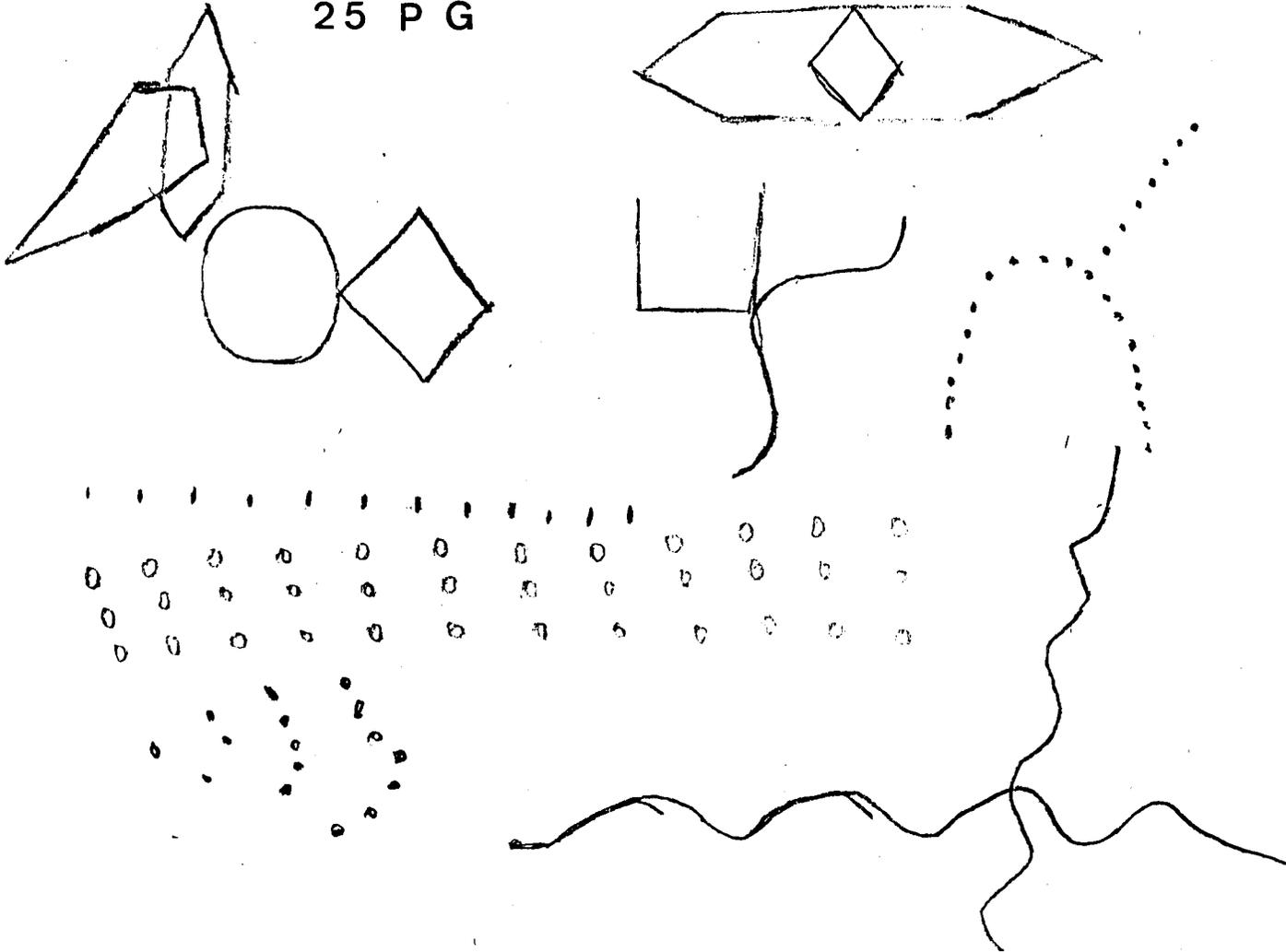
- El carácter de la línea, que en el embarazo era continuo, muestra en el parto una clara tendencia al cambio de impulsiva a tenue, que nos manifiesta un cambio de IMPULSIVIDAD A INHIBICION.

- Los ángulos son más acusados en la prueba del parto, sobre todo en la figura 7, como signo de un SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD E INTENTO DE CONTROLAR UN CONFLICTO SUBYACENTE.

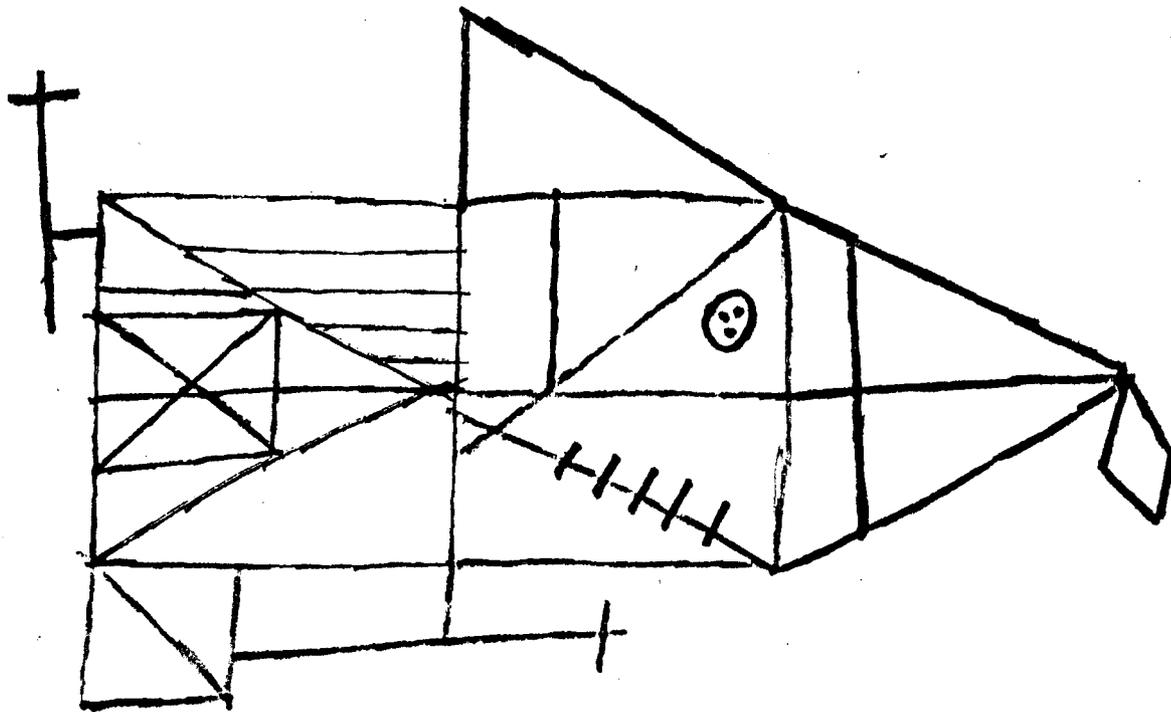
25 E G



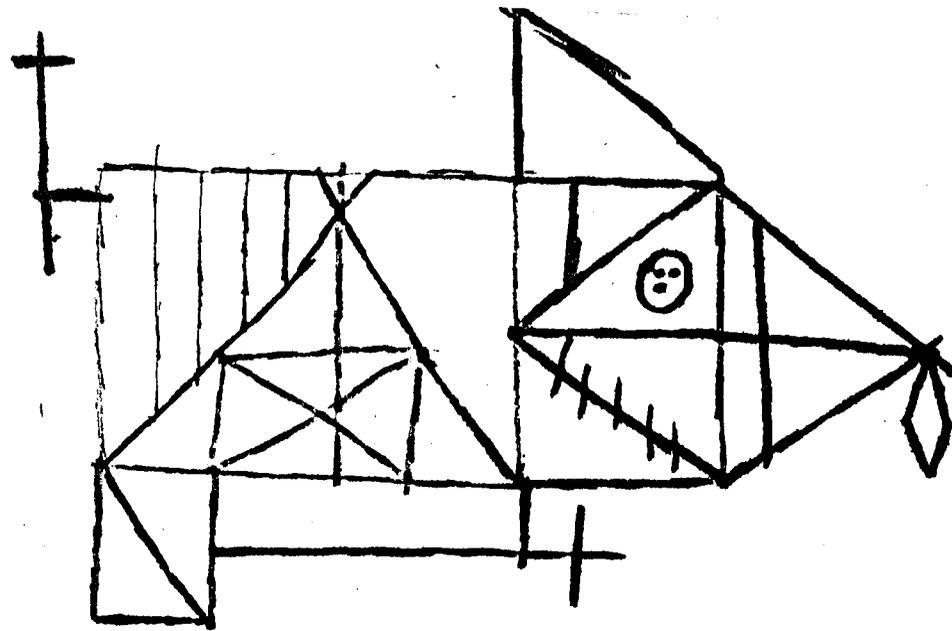
25 P G



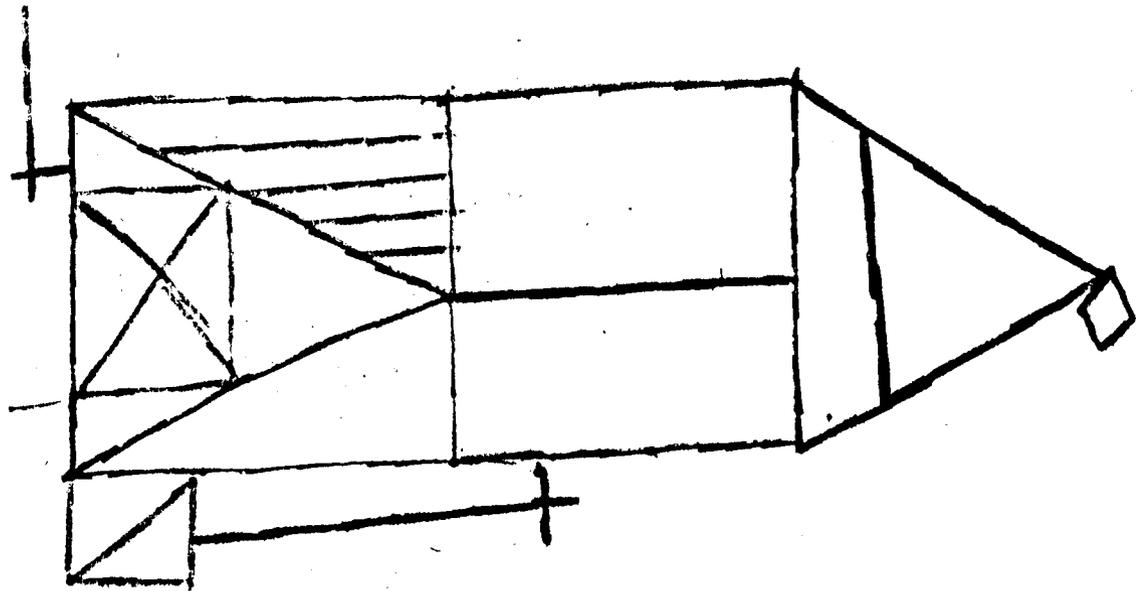
25 E C



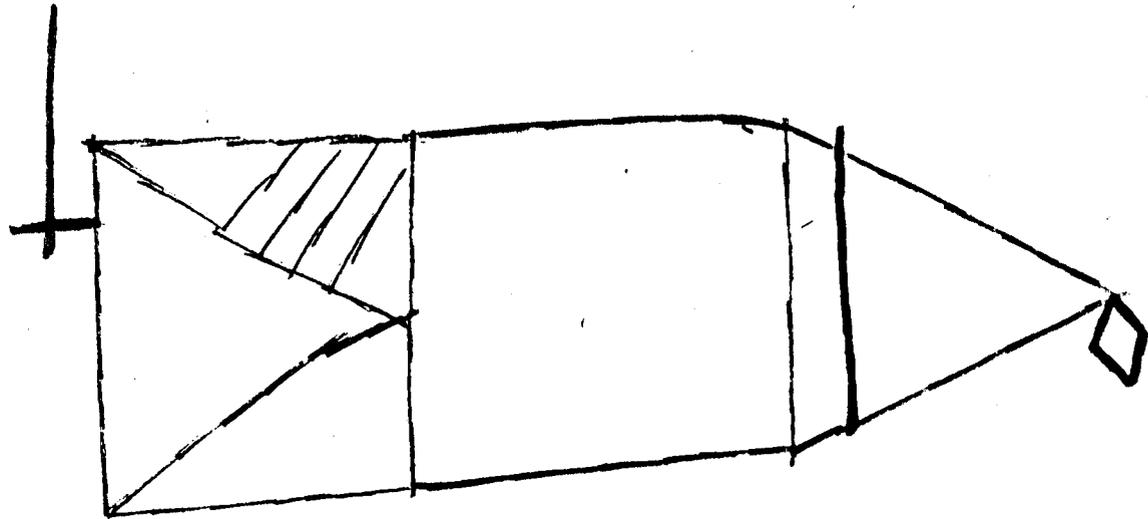
25 P C



25 E M



25 PM



- Pero lo que más destaca son las numerosas "sustituciones y omisiones de elementos" de la prueba del parto, como podemos fácilmente apreciar en la figura 1 (rayas por puntos), en la 3 (algunos círculos por puntos), en la 6 (un ángulo por curva) y la gran dificultad de reproducir los ángulos de la figura 7; todo lo cual nos pone de manifiesto la AUSENCIA DE CONTROL MOTOR E INESTABILIDAD EMOCIONAL a consecuencia del sufrimiento del parto.

A- Análisis comparativo de las aplicaciones del test de la F. C.

a) Copias (25 E C y 25 P C)

1) Construcciones.- Tanto la correspondiente al embarazo como la del parto, las incluimos en el tipo de construcción IV (10 centiles).

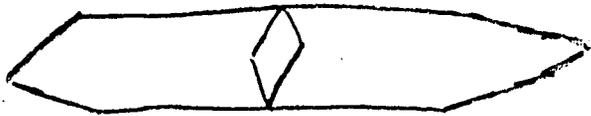
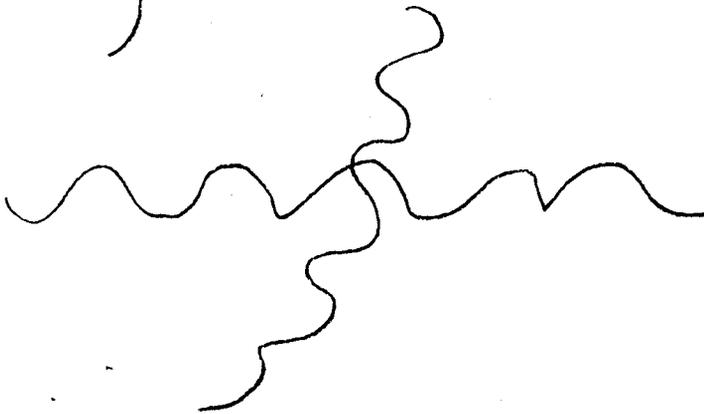
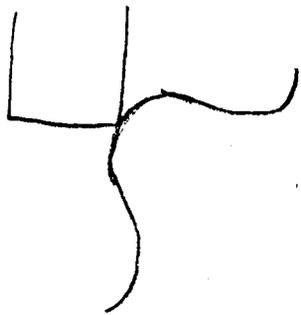
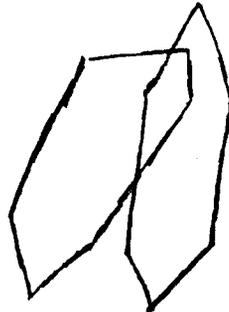
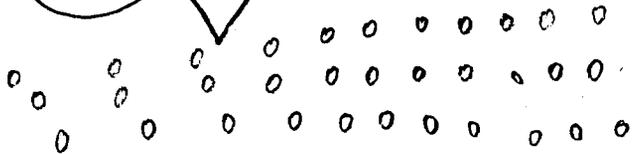
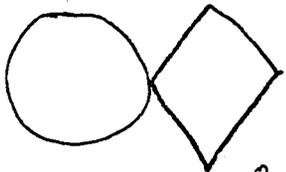
2) Riquezas y exactitudes de las copias.- Se aprecia una gran diferencia a favor de la del embarazo, que alcanza 90 centiles frente a los 20 de la correspondiente al parto.

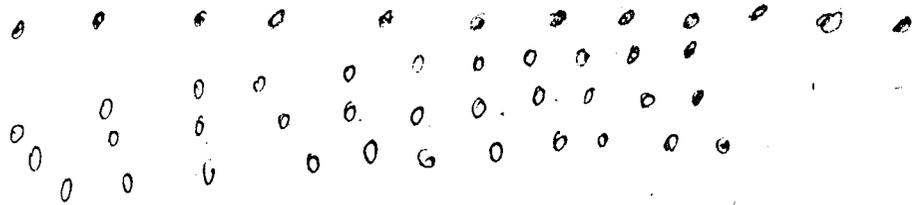
b) Reproducciones de memoria (25 E M y 25 P M)
Más rica la del embarazo en relación con la del parto, de 35 a 9 centiles.

Se trata pues, de una prueba que nos refleja perfectamente el sufrimiento del parto.

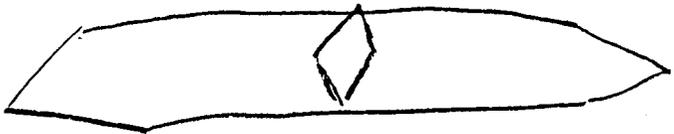
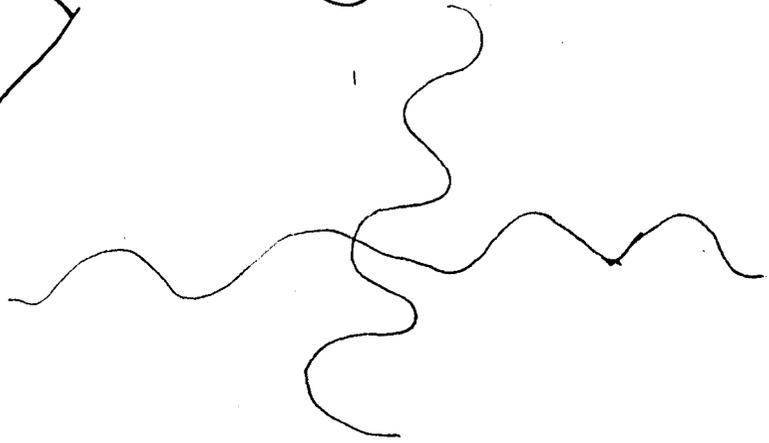
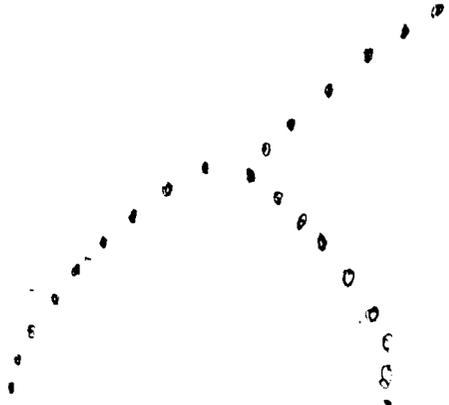
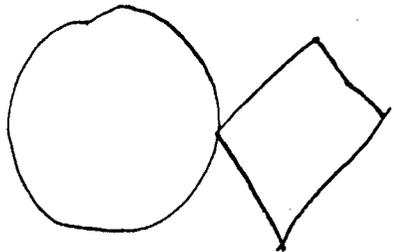
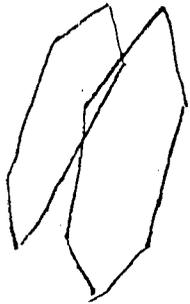
4- Caso nº 28.- Edad 24 años. Empleada. Estudios primarios. Niega antecedentes. Gestación y parto normales.

28 EG





28 P G



En el parto se observa claramente su aspecto / de sufrimiento. Durante las contracciones irrumpe en // leves quejidos de "¡ay!", "¡ay!" !mi madre!...; se levanta de la silla; se pone de rodilla. A pesar de esas reacciones psicomotoras se calificó en el protocolo el comportamiento general como bueno.

A- Análisis comparativo de las aplicaciones del test G. V. (28 E G y 28 P G)

a) Cuantitativo.- Siguiendo, como siempre la tabla de evaluación cuantitativa de PASCAL Y SUTTELL, los PUNTAJES TOTALES obtenidos han sido de 7 en la aplicación correspondiente al embarazo y de 36 en la del parto, resultando, pues, una diferencia de 29 puntos como reflejo del sufrimiento del parto sobre la aplicación efectuada durante el mismo.

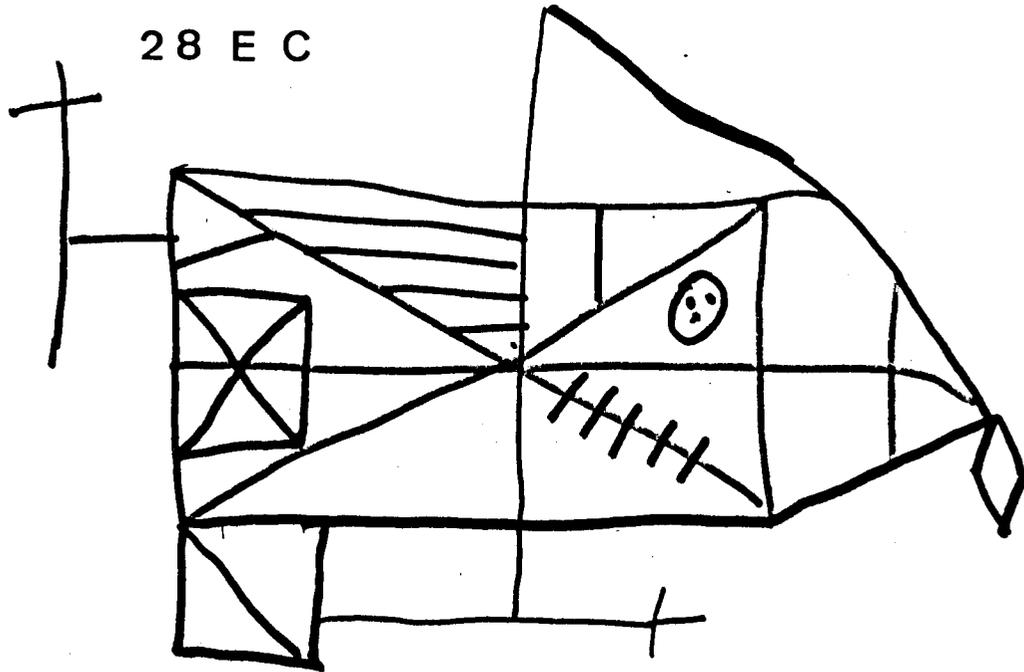
b) Cualitativo.-

- Frente a una buena ordenación en la prueba correspondiente al embarazo, existe un cierto desorden, y sobre todo, una FALTA DE ATENCION A LOS LIMITES (figura 3) en la del parto.

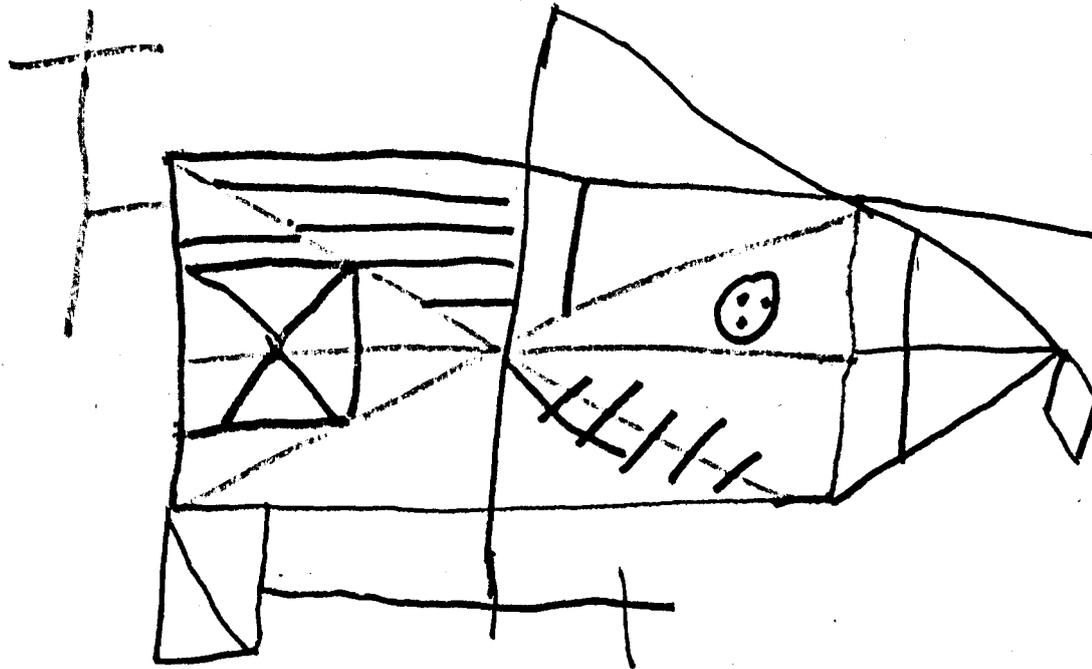
- Línea más tenue en el parto, que nos indica un estado de ANSIEDAD Y FALTA DE AUTOCONFIANZA, como expresión del sufrimiento en el mismo.

- Pero es, sobre todo, las sustituciones de elementos, que aunque existen en las dos pruebas, son mucho más llamativas en la del parto, las que nos llaman la atención más. Así, se puede apreciar en ésta, cambios de puntos por círculos en las figuras 1, 3 y 5, deformación de

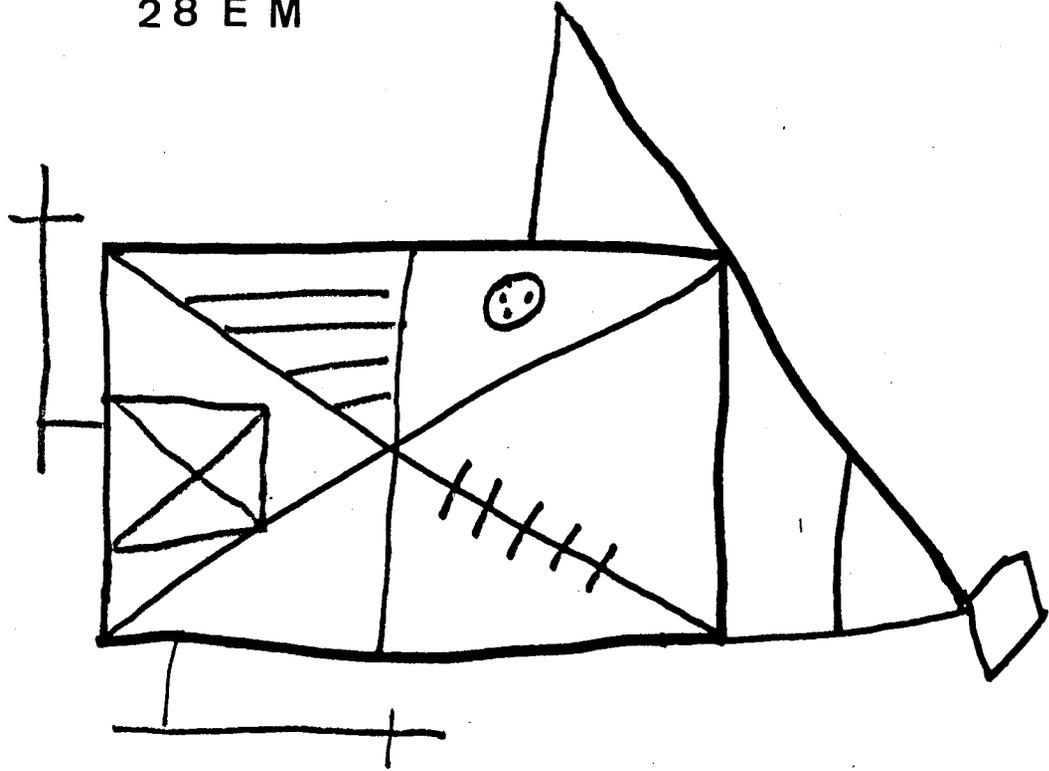
28 E C



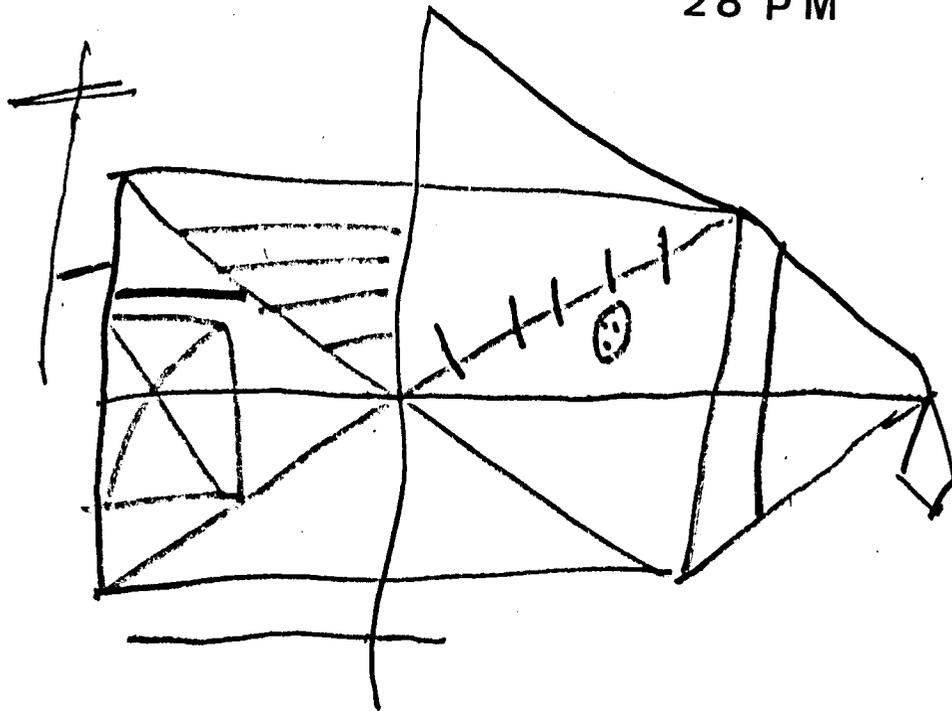
28 P C



28 E M



28 PM



círculos en la 2 y dificultad de reproducir los ángulos / en la 7 (se omite uno), que nos indican AUSENCIA DE CONTROL MOTOR E INESTABILIDAD EMOCIONAL, como manifestación del sufrimiento en el parto.

B- Análisis comparativo entre las aplicaciones del test de la F. C.

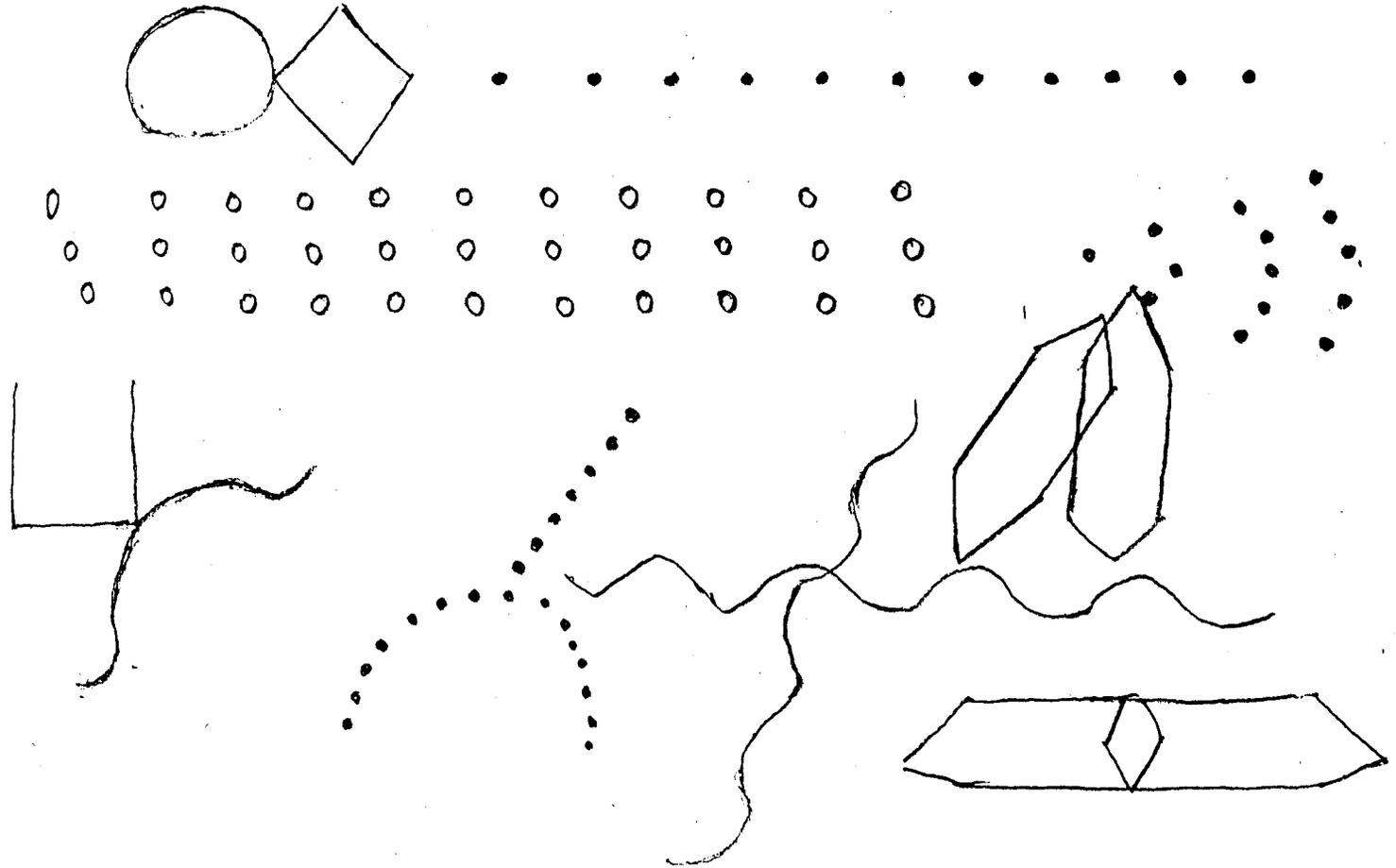
a) Copias (28 E C y 28 P C)

1) Construcciones.- Como ya quedó expuesto anteriormente los rotuladores siempre fueron entregados en el siguiente orden de colores: negro, rojo, azul, verde y marrón. Y en relación a este orden, fácilmente podemos apreciar la mejor construcción precisamente de la prueba del parto, incluidas en el tipo II (25 centiles) mientras que la del embarazo pertenece al tipo II-III (20 centiles).

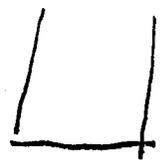
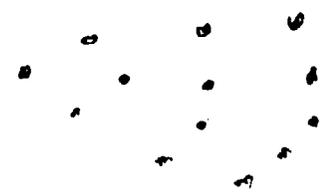
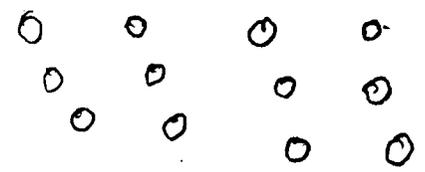
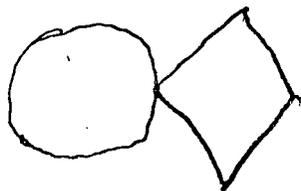
2) Exactitudes y riquezas de las copias.- Más exacta y rica la correspondiente al parto, calificada con 60 centiles, frente a los 30 de la correspondiente al embarazo.

b) Reproducciones de memoria (28 E M y 28 P M)
Las diferencias entre las reproducciones de memoria son aún mayores en favor de la correspondiente al parto, // muy superior (90 centiles) a la del embarazo (30 centiles) Así, pues, una diferencia de 60 centiles, que al igual que los restantes datos recogidos del análisis comparativo entre las aplicaciones del test de la F. C., se inclinan a favor de la gran influencia que en este caso ha ejercido el aprendizaje, que ha rebasado por mucho el efecto contrario del sufrimiento.

35 E G



35 PG



5- Caso nº 35.- Edad, 22 años. Profesión, su casa. Estudios primarios. Embarazo y parto normal⁴S.

En cuanto a la dilatación cervical con que se / practicaron los tests en el parto hay que señalar que la apuntada en la historia clínica era de 3 cms., pero cuando se interrumpió el test, había avanzado a 5 cms. La duración de las contracciones era de 60 segundos y los intervalos entre ellas de 2,5 minutos. Se trata, pues, del único caso del grupo sin preparación en el que la prueba se ha realizado en un estadio avanzado del parto.

En la prueba correspondiente a éste se apreciaba un aspecto de intenso sufrimiento. Quejidos intensos y continuos. Situación de las manos en las zonas lumbo-sa_{cras}, sudoración, calor y agitación y comportamiento malo.

Por el intenso sufrimiento que presentaba se interrompió la aplicación del test G. V. en la cuarta figura, a pesar de lo cual hemos considerado interesante analizar la parte realizada.

A- Análisis comparativo de las aplicaciones del test G. V. (35 E G y 35 P G)

a) Cuantitativo.- Sólo en el análisis de las tres primeras figuras se han obtenido unos PUNTAJES de 6 en el Embarazo y 36 en el Parto; 30 puntos de diferencia.

b) Cualitativo:

- FALTA DE ATENCION A LOS LIMITES (fig. 2) en / la prueba del parto.

- Línea temblorosa en el parto (figura A), que

revela un ESTADO DE ANSIEDAD y FALTA DE AUTOCONFIANZA en el mismo.

- Sustituciones de elementos en la prueba del parto (figuras 1 y 3) y deformaciones de círculos en la fi fura 2 también de la prueba del parto, que indican una / AUSENCIA DE CONTROL MOTOR E INESTABILIDAD EMOCIONAL.

Prueba que refleja el intenso sufrimiento que / padecía la parturienta.

B) Grupo de preparadas.

1- Caso nº 44.- Edad, 31 años. Profesión telefonista, Bachiller Elemental. Gestación y parto normalls.

Las aplicaciones en el parto se realizaron con 1,5 cms. de dilatación, duración de las contracciones de 30 segundos, e intervalos entre ellas de 4 a 5 minutos.

No presenta aspecto de sufrimiento. Comportamiento muy bueno, sin nunguna reacción psicomotora digna de mención. Durante la contracción se relaja.

A- Análisis comparativo entre las aplicaciones del / test G. V. (44 E G y 44 P G)

a) Cuantitativa.-

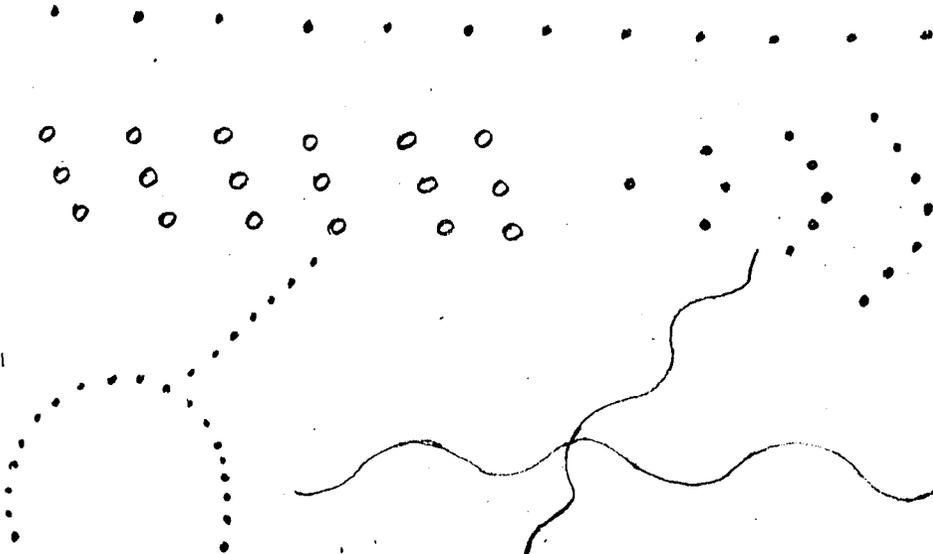
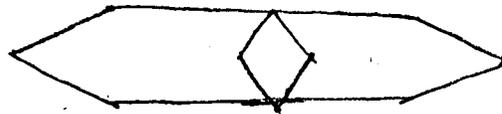
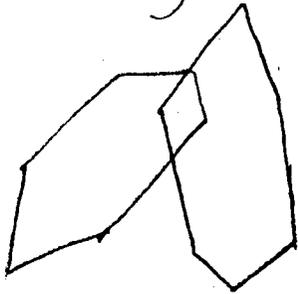
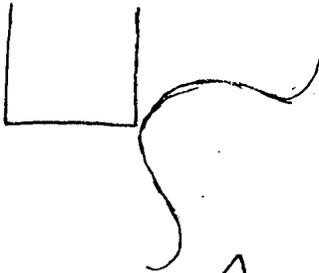
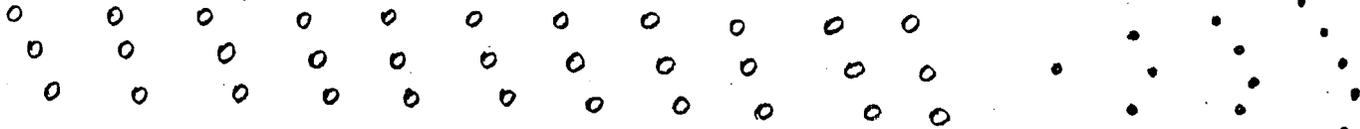
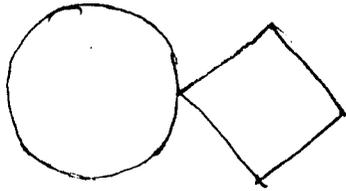
Presentan los siguientes PUNTAJES TOTALES:

- Embarazo: 14

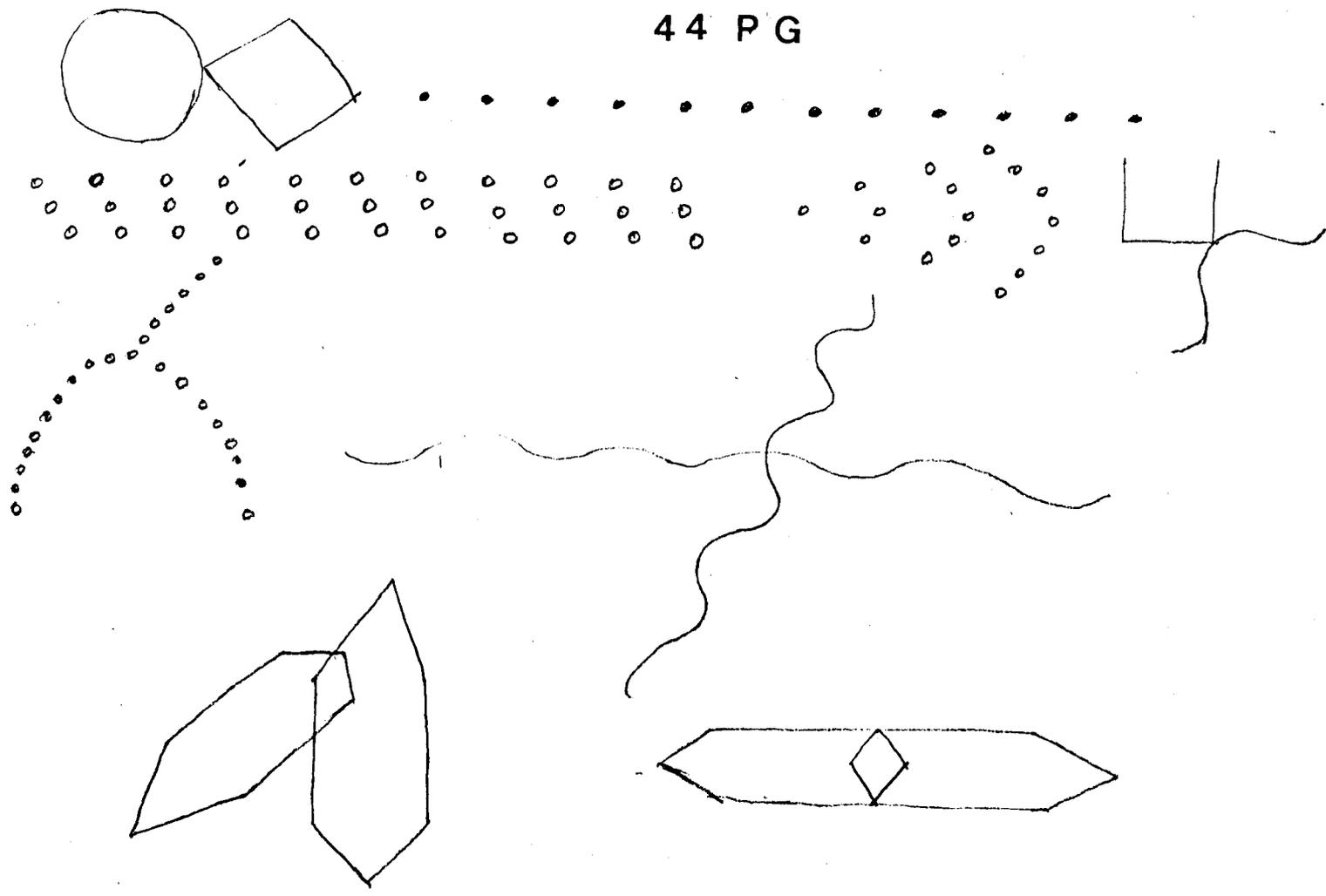
- Parto: 27

Hay de diferencia 13 puntos motivados por el sufrimiento en el parto.

44 E G



44 P G



b) Cualitativo.-

- Línea más tenue y a veces temblorosa (figura 8 de la prueba del parto) en el parto, que revela un ESTADO DE ANSIEDAD Y FALTA DE AUTOCONFIANZA en ese momento.

- Lo que más destaca es el gran número de elementos sustituidos en la prueba del parto (figuras 3 y 5) que nos hablan a favor de una FALTA DE CONTROL MOTOR E / INESTABILIDAD EMOCIONAL en él.

En definitiva, que a pesar de su preparación, de que ~~el~~ parto está en un estadio muy precoz de su evolución y del muy buen comportamiento de la parturienta, el test de LAURETTA BENDER ha servido en este caso para poner de manifiesto un estado de sufrimiento que no correspondía / con el que aparentemente poseía la parturienta.

B- Análisis comparativo entre las aplicaciones del / test de la F. C.

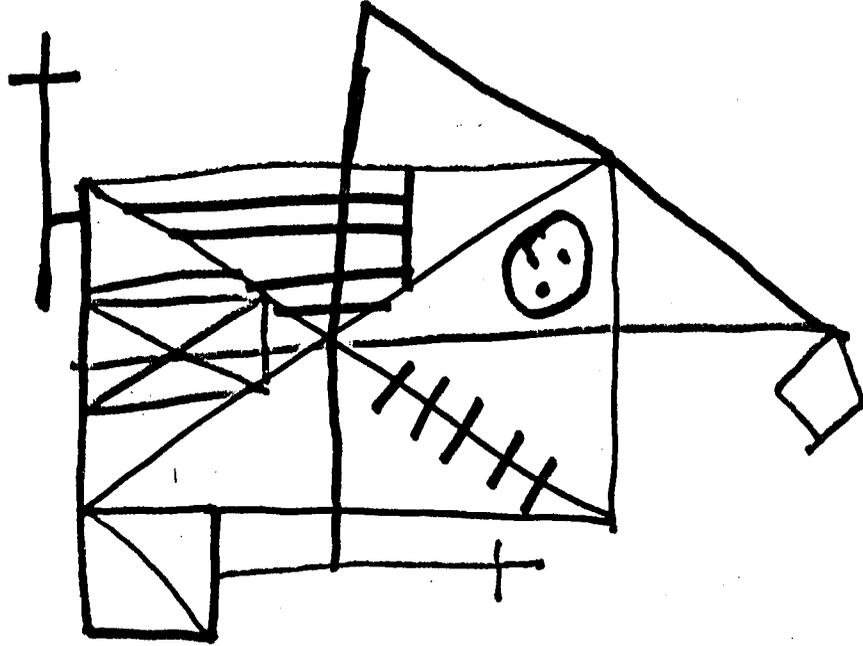
a) Copias (44 E C y 44 P C)

1) Construcciones.- Ambas correspondientes al tipo II, valorada cada una con 25 centiles.

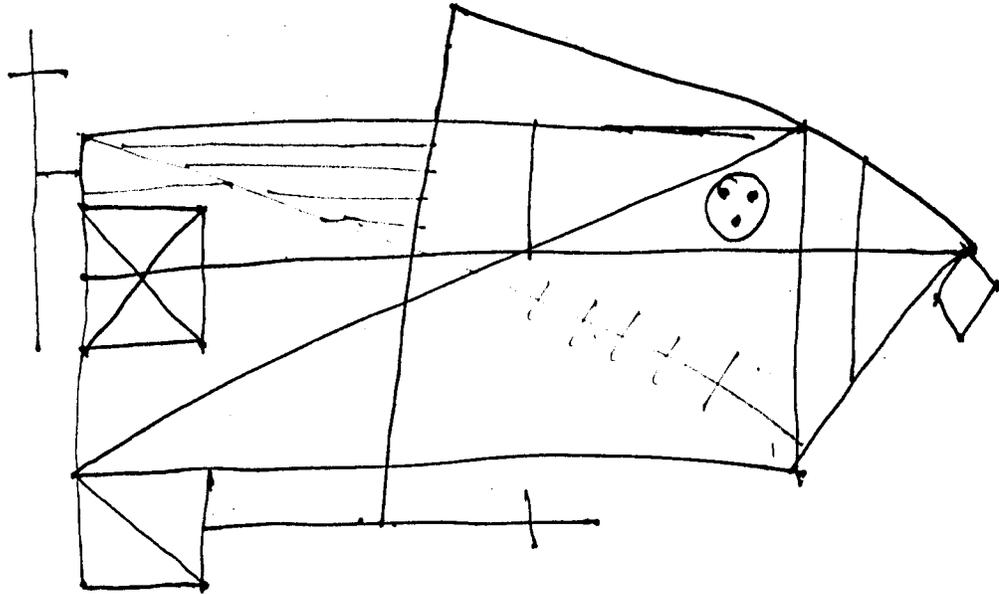
Pero a pesar de estas igualdades cabe destacar dentro de un análisis cualitativo la mayor falta de ATENCIÓN A LÍMITES existentes en la prueba correspondiente al parto.

b) Reproducciones de memorias. (44 E M y 44 P M).-- También existe aquí prácticamente la misma riqueza y exactitud entre ellas; 25 centiles en la correspondiente al embarazo y 20 en la correspondiente al parto.

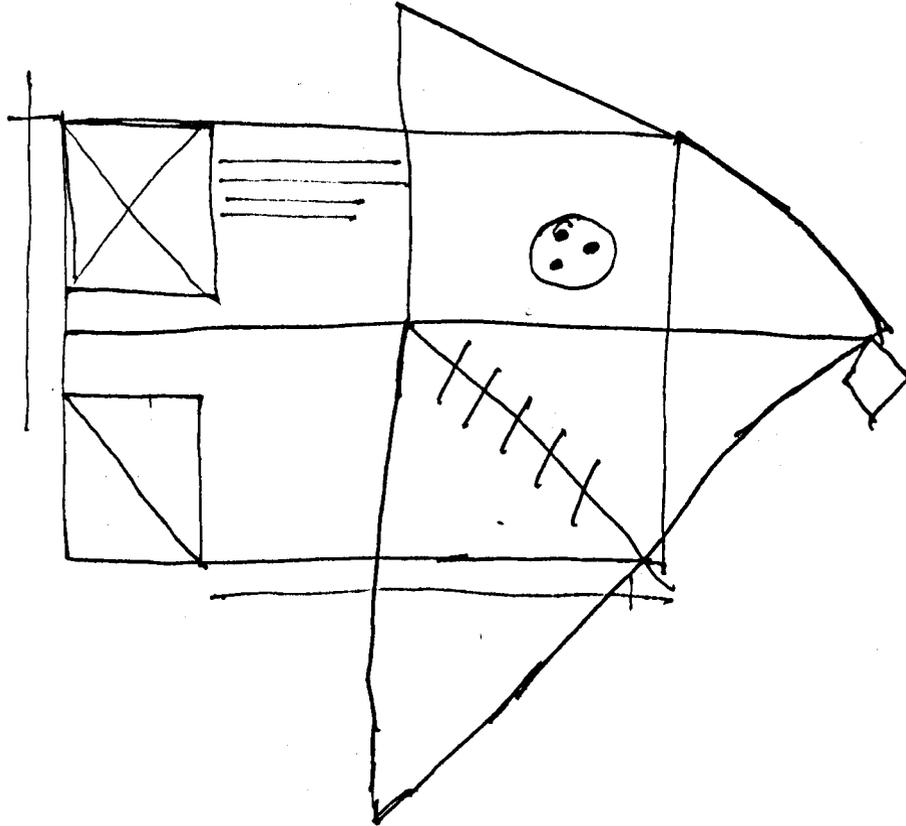
44 E C



44 P C



44 P M



De todo ésto se desprende que en este caso, como en otros muchos, no han estado acorde los estudios derivados de las aplicaciones del test G. V. con el de la F. C., ya que en el segundo ha habido una mayor influencia del / "aprendizaje".

2- Caso nº 46.- Edad, 26 años. Estudiante del / tercer año de Magisterio. Sin antecedentes. Gestación y // parto normal§.

La prueba en el parto se realiza con una dilatación de 2,5 cms., contracciones de 30 a 45 segundos e intervalos entre ellas de 3 minutos.

Presenta aspecto de sufrimiento. Durante las contracciones se queja y se lleva una mano a la cara y otra a la zona lumbo-sacra. Respiración fatigosa; muy tensa. / Ella misma da por fracasado el curso de preparación.

A- Análisis comparativo entre las aplicaciones del / test G. V. (46 E G y 46 P G)

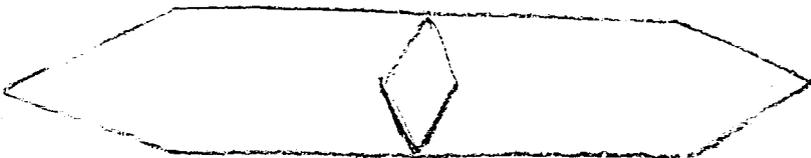
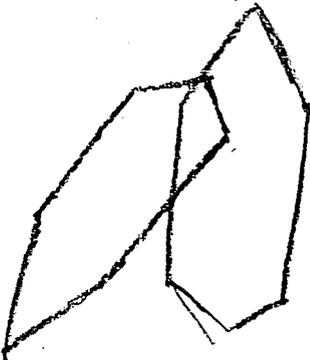
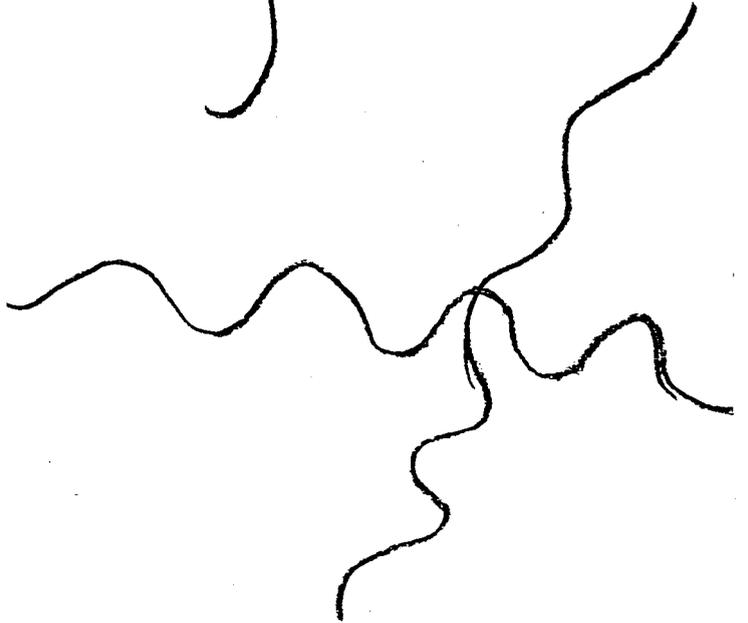
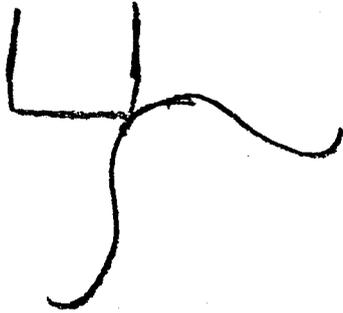
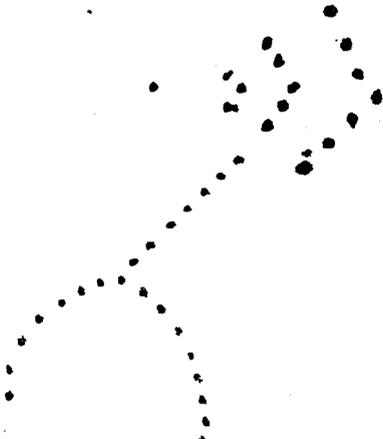
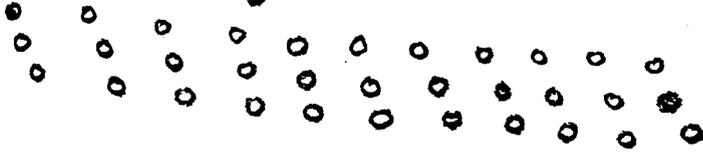
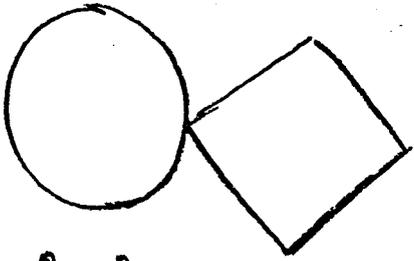
a) Cuantitativo.- No hay diferencias; 5 de PUNTA JESTOTAL en cada prueba.

b) Cualitativo.- No sucede lo mismo que en el / cuantitativo, sino que existe una palpable diferencia entre ambas.

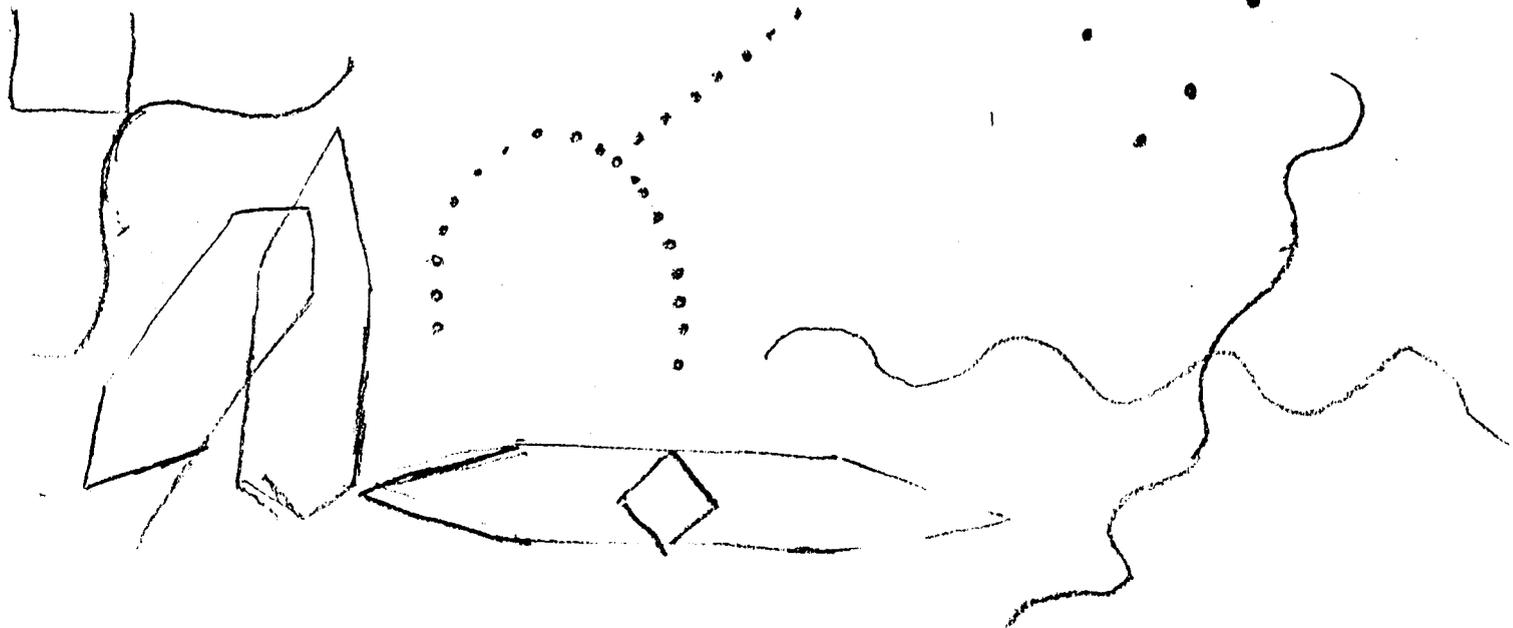
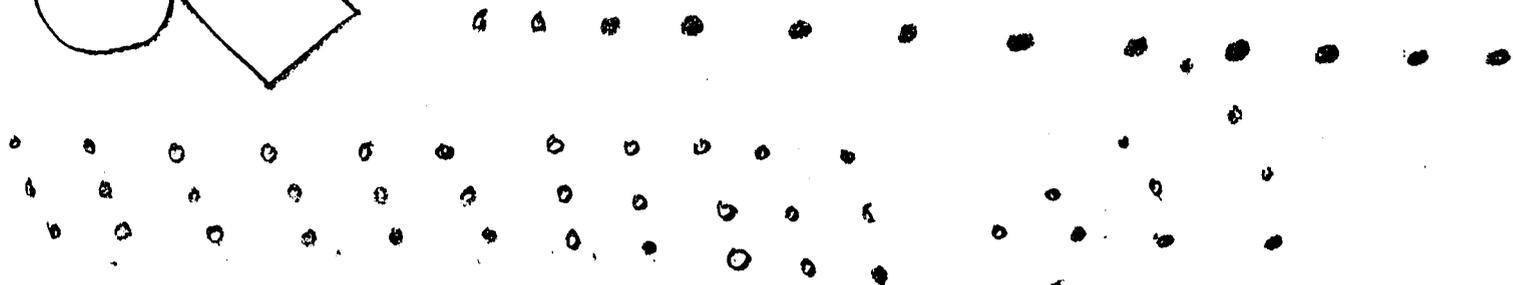
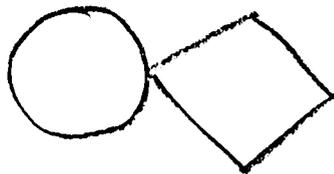
- Línea más firme y regular en la prueba del embarazo, destacando en la del parto, sobre todo, una ostensible AMBIVALENCIA (cambios de impulsividad a inhibición).

- Pero, sobre todo, lo más sobresaliente es la

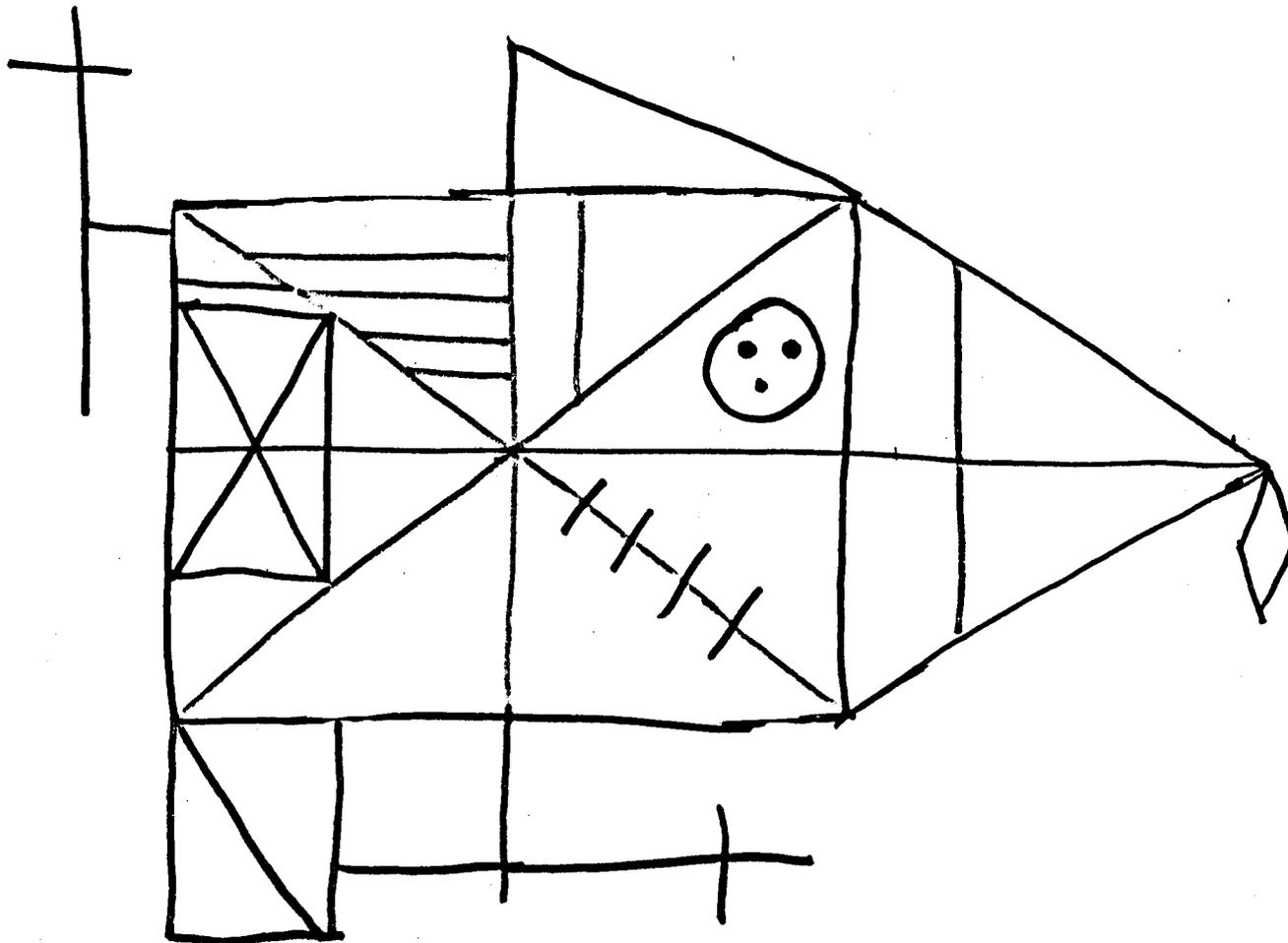
46 E G



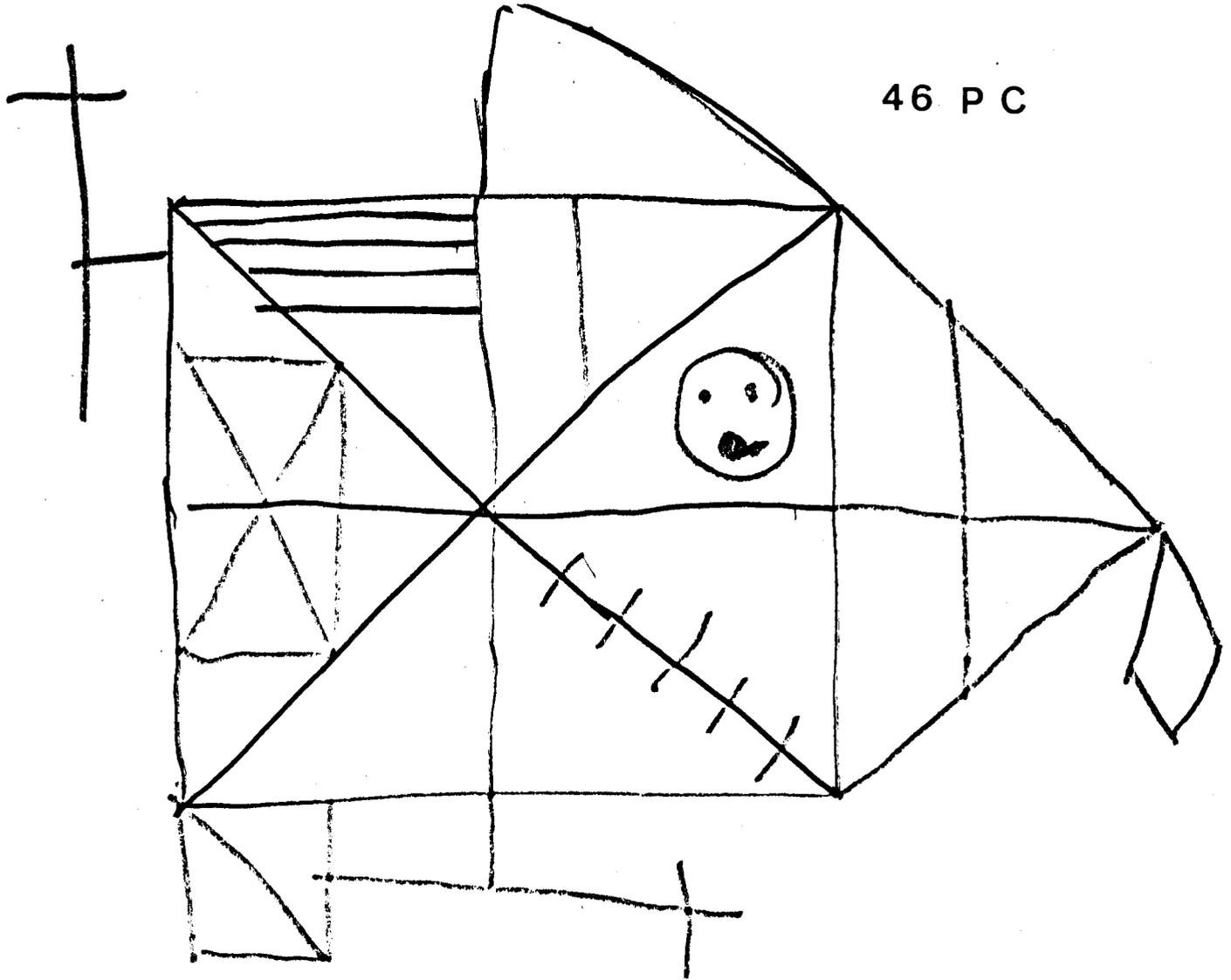
46 P G



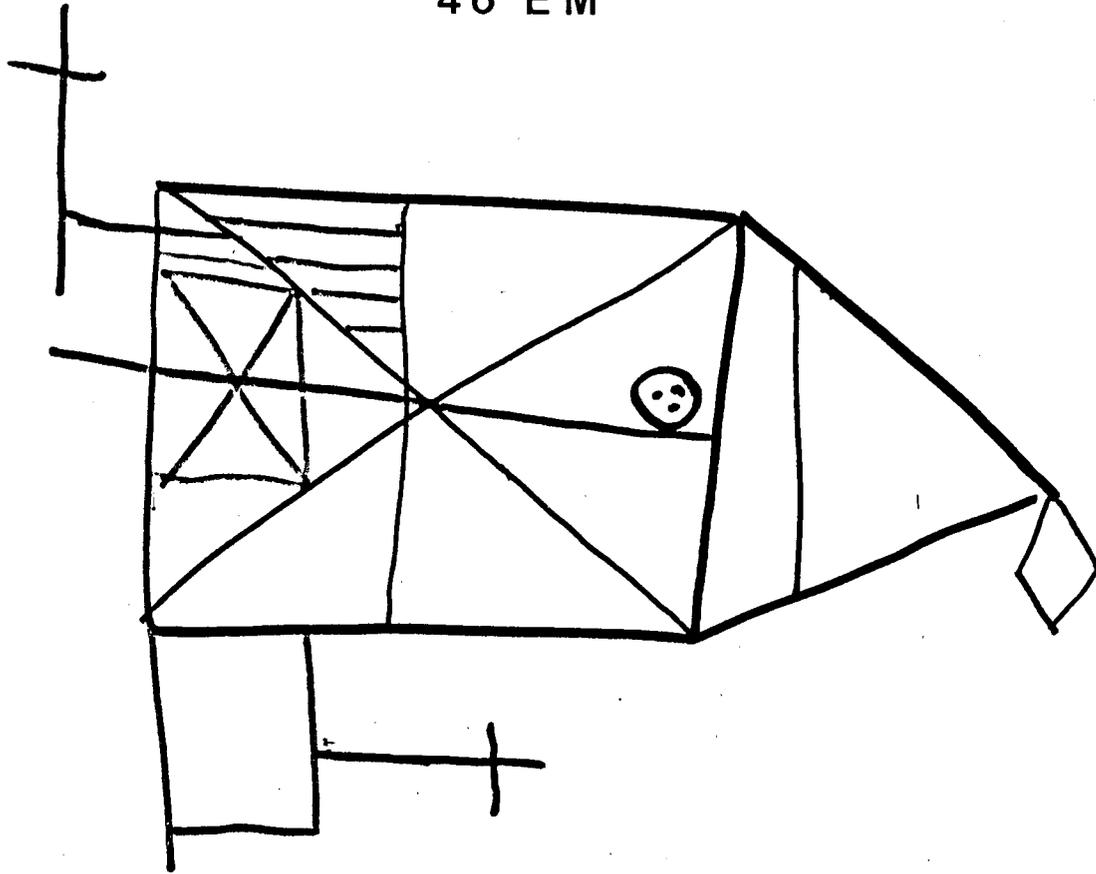
46 E C



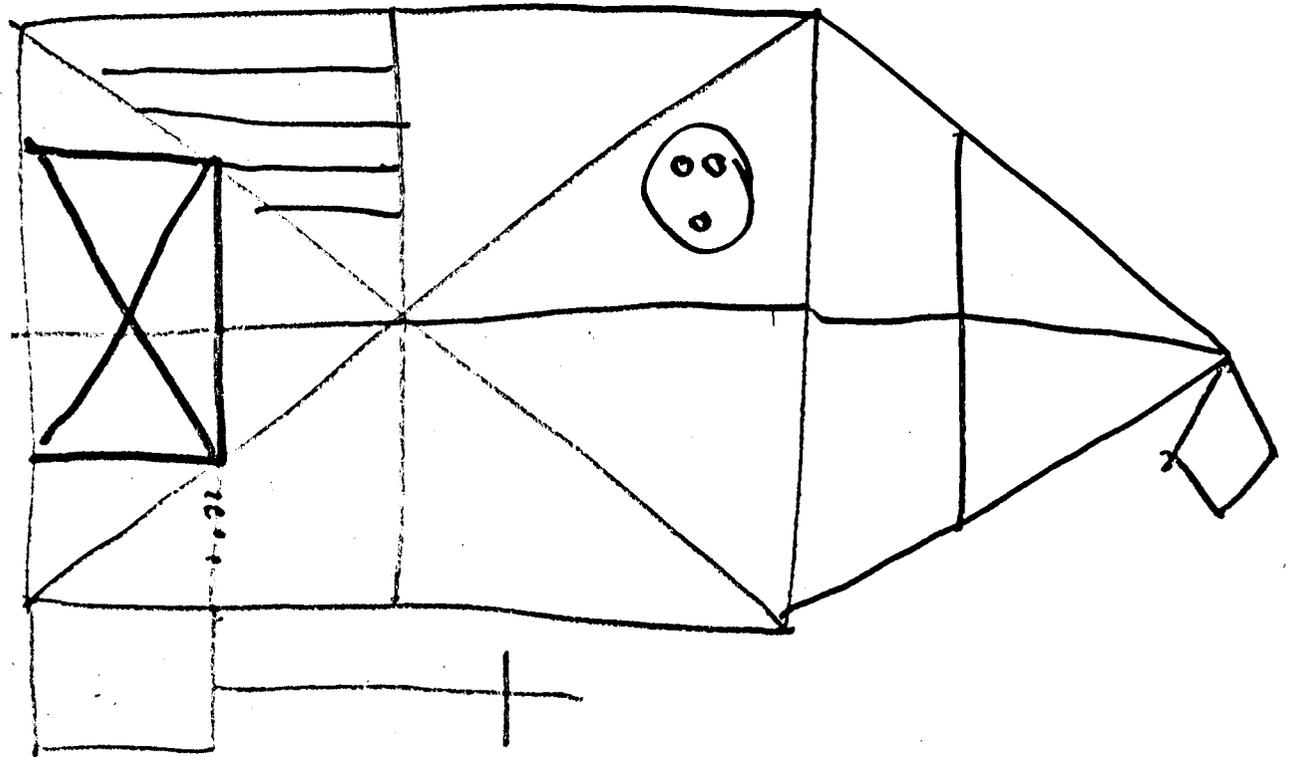
46 P C



46 EM



46 P M



FALTA DE CONTROL MOTOR en la del parto, puesta de manifiesto por las sustituciones de elementos en las figuras 1, 2, 3 y 5 de la prueba del parto, la dificultad de reproducir ángulos y las deformaciones de círculos (figura 2) en la / misma prueba.

Se trata pues, de una parturienta que ya en esta dio precoz de su parto está sufriendo considerablemente, / lo que nos pone de manifiesto que en este caso la preparación no ha obtenido el éxito deseado.

B- Análisis comparativo entre las aplicaciones del test de la F. C.

a) Copias (46 E C y 46 P C)

1) Construcciones: Ambas pertenecen al tipo I, 75 centiles.

2) Riquezas y exactitudes de las copias.- La del embarazo, 100 centiles; la del parto, 60 centiles.

b) Reproducciones de memoria (46 E M y 46 P M). La del embarazo, 75 centiles y la del parto, 55 centiles.

Así pues, en este caso la aplicación del test / de la F. C. ha sido positivo en el sentido de reflejar la existencia de un estado de sufrimiento durante el parto.

3- Caso nº 61.- Edad, 26 años. Profesión, Auxiliar Administrativa. Ha cursado estudios de Información y Turismo. Gestación y parto normal

La prueba en el parto se realiza con una dilata-

ción cervical de 2 cms., contracciones uterinas de 45 segundos de duración y con intervalos entre ellas de 4 a 5 minutos.

No presenta aspecto de sufrimiento en el parto; pero durante la contracción tensa el brazo izquierdo, cerrando con fuerza el puño. Realiza la técnica de la respiración superficial. Comportamiento muy bueno.

A- Análisis comparativo de las aplicaciones del test G. V. (61 E G y 61 P G)

a) Cuantitativo.- No se aprecia diferencia entre las dos aplicaciones. Se valora cada una con un PUNTAJE , TOTAL de 11.

b) Cualitativo.

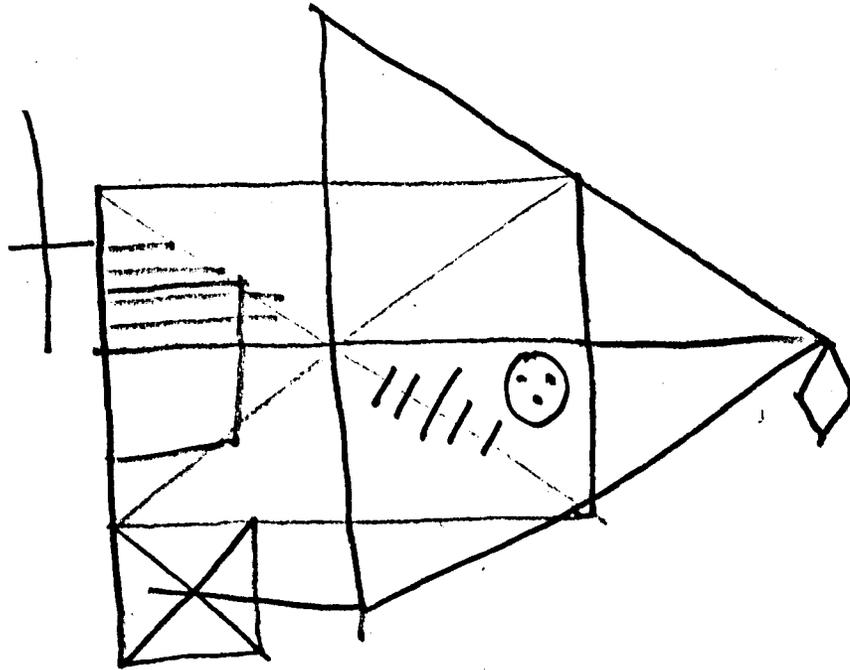
- Lo que más resalta es la diferencia del carácter de la línea, que en la prueba del parto ha perdido la seguridad, firmeza y uniformidad que poseía la del embarazo. Se trata, pues, de una línea algo más tenue y a veces terrosa en el parto, que nos revela un estado de ANSIEDAD Y FALTA DE AUTOCONFIANZA en el mismo.

- En cuanto al tamaño de los elementos de las figuras, también se ha puesto de manifiesto un cambio, presentando en la prueba del parto un manejo lábil (figuras y 5) que nos marca una cierta AMBIVALENCIA durante el parto.

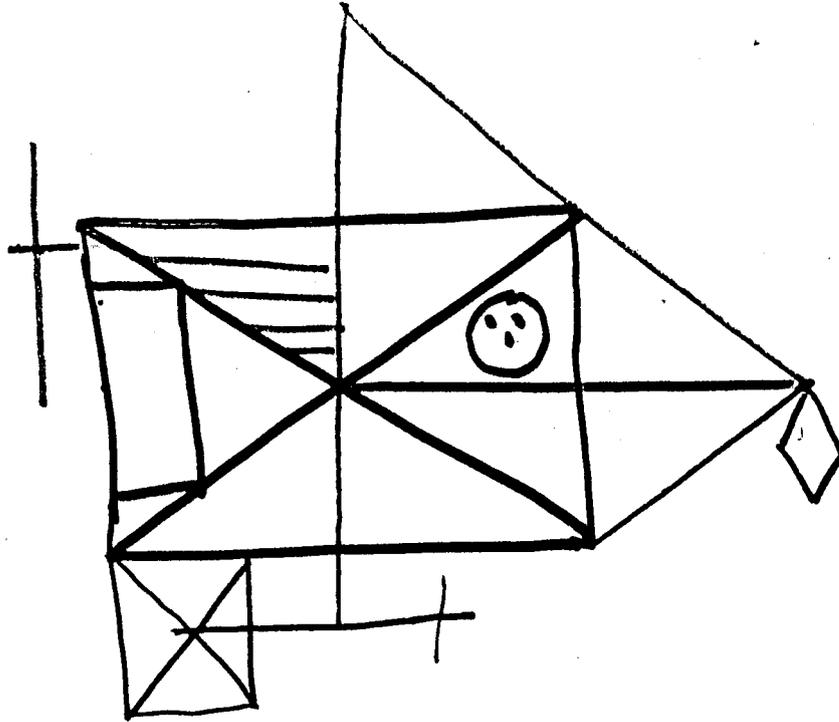
B- Análisis comparativo entre las aplicaciones del test de la F. C.

a) Copias (61 E C y 61 P C)

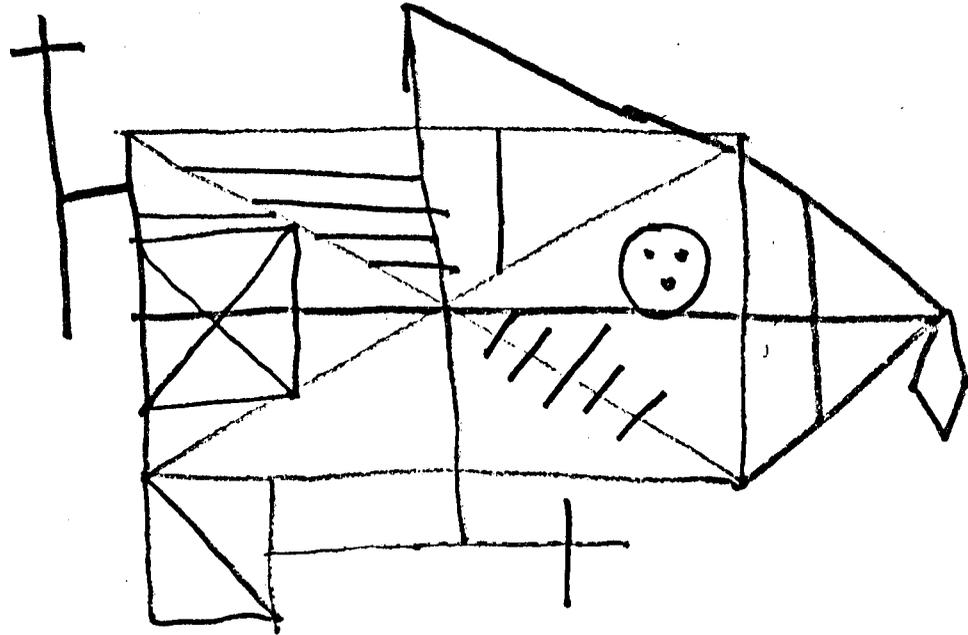
61 P M



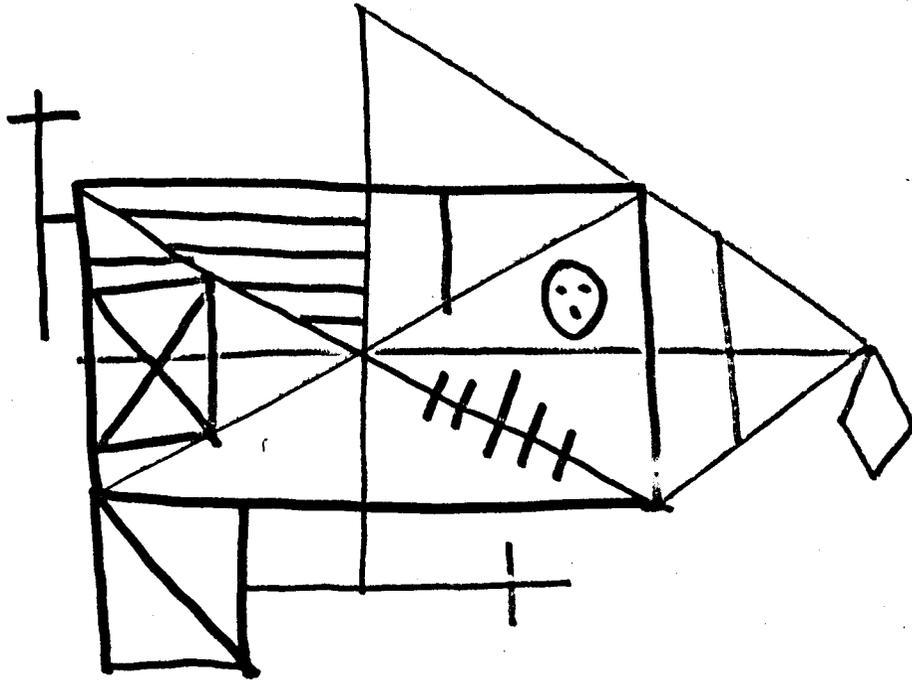
61 E M



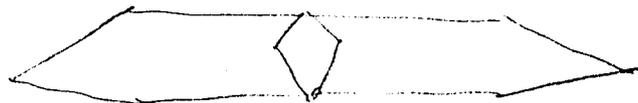
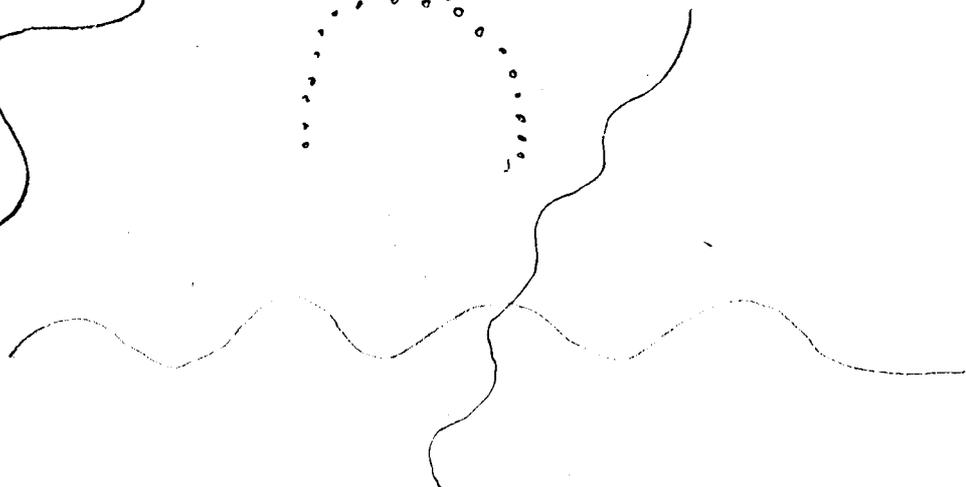
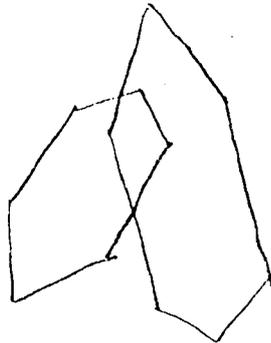
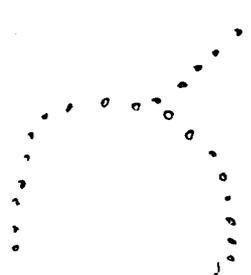
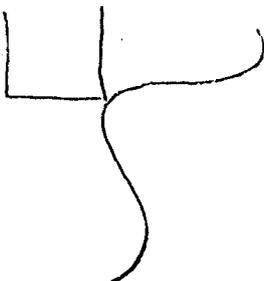
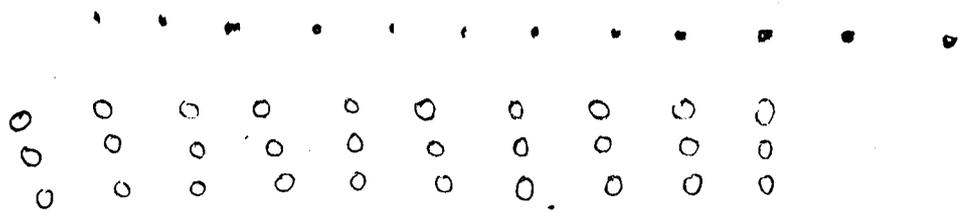
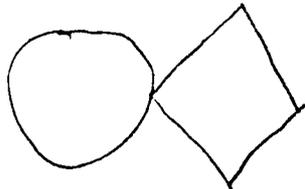
61 P C



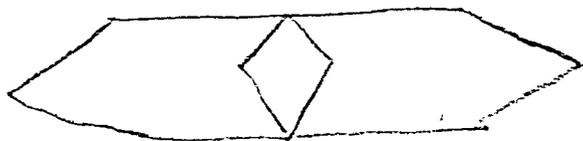
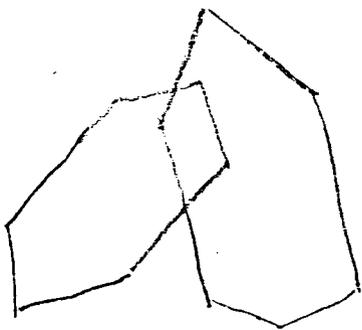
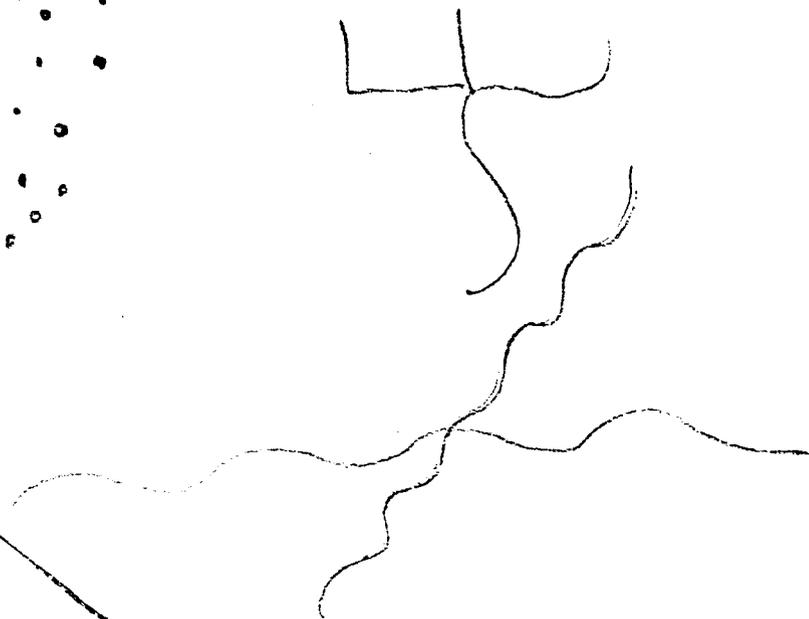
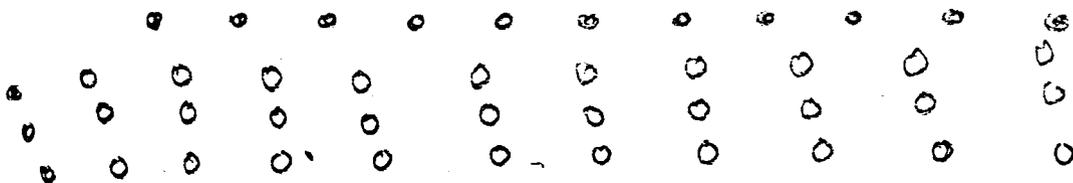
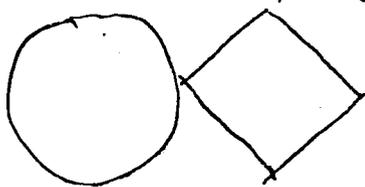
61 E C



61 P G



61 EG



1) Construcciones.- Ambas pertenecientes al tipo I, 75 centiles.

2) Riquezas y exactitudes de las copias.- Las dos han sido calificadas con la puntuación máxima de 100 centiles. Pero a pesar de esta igualdad en la prueba correspondiente al parto existe una menor ATENCION A LOS LIMITES.

b) Reproducciones de memoria (61 E M y 61 P M) Prácticamente iguales, calificados con 60 centiles en la prueba del embarazo y 55 en la del parto.

Los dos casos que van a continuación, se tratan de señoras preparadas que a pesar de realizar la prueba / del parto en un estadio avanzado del mismo, ni de los datos recogidos durante la realización de dicha prueba, ni del análisis de las aplicaciones de los tests, hemos obtenido signos de sufrimiento en el parto.

4- Caso 42.- Edad, 24 años. Auxiliar Administrativa. Estudios de Bachiller Elemental y Secretariado.

La prueba del parto se realizó con una dilatación cervical de 3,5 cms. al empezar y de 5 cms. al terminar; duración de las contracciones uterinas de 45 a 60 segundos e intervalos entre ellas de 3 minutos.

Sin aspecto de sufrimiento y sin ninguna reacción psicomotora digna de reseñar. Practica la técnica

de la respiración superficial.

A- Análisis comparativo de las aplicaciones del test G. V. (42 E G y 42 P G)

Como se puede observar, no existe una diferencia marcada entre ambas pruebas, ni en el análisis cuantitativo, con PUNTAJES TOTALES de 8 y 4 en el embarazo y en el parto respectivamente, ni en el cuantitativo.

B- Análisis comparativo entre las aplicaciones del test de la F. C.

a) Copia (42 E C y 42 P C)

1) Construcciones: Las dos tipo I (75 centiles)

2) Exactitudes y riquezas de las copias. La del embarazo, 80 centiles y la del parto, 100 centiles. Más rica, pues, la correspondiente al parto.

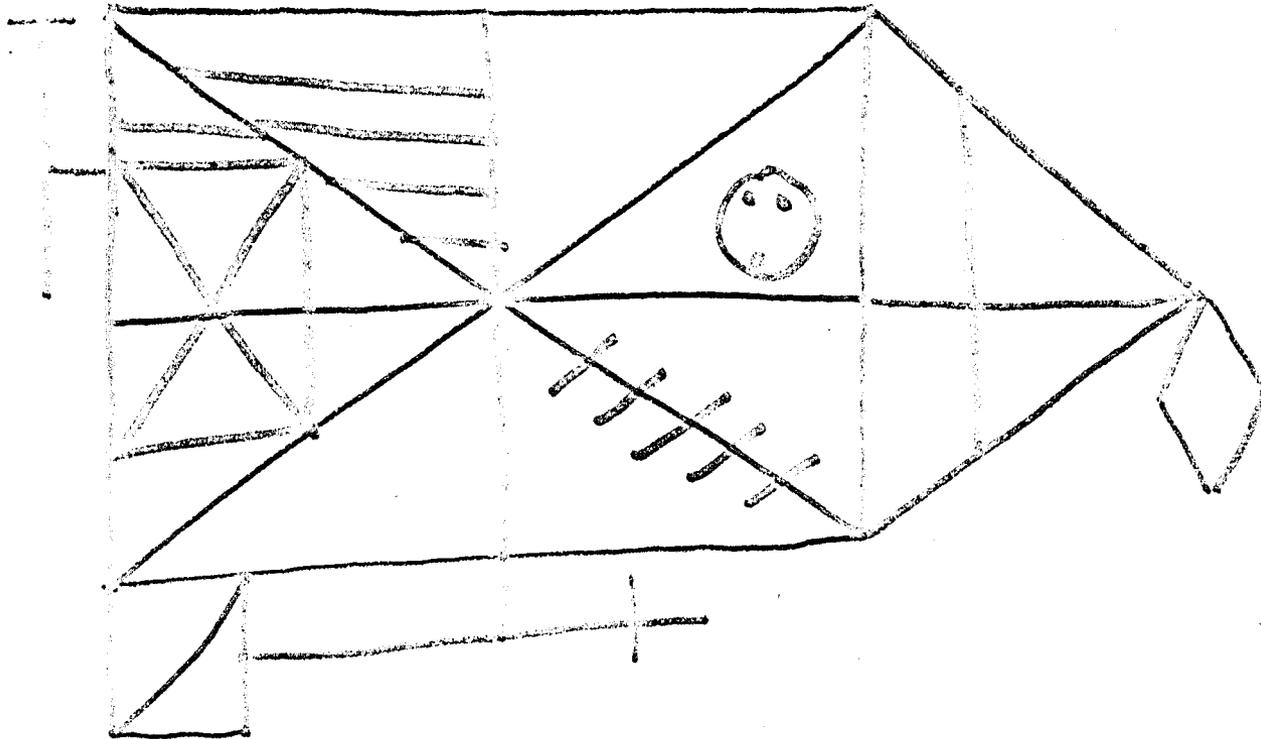
b) Reproducciones de memoria (42 E M y 42 P M) También algo más rica la correspondiente al parto, 95 centiles, frente a los 90 de la del embarazo.

5- Caso nº 68.- Se trata del caso más llamativo, pues la prueba del parto se realizó con una dilatación / casi completa. Las contracciones tenían una duración de 40 a 50 segundos y los intervalos entre ellas eran de 4 minutos.

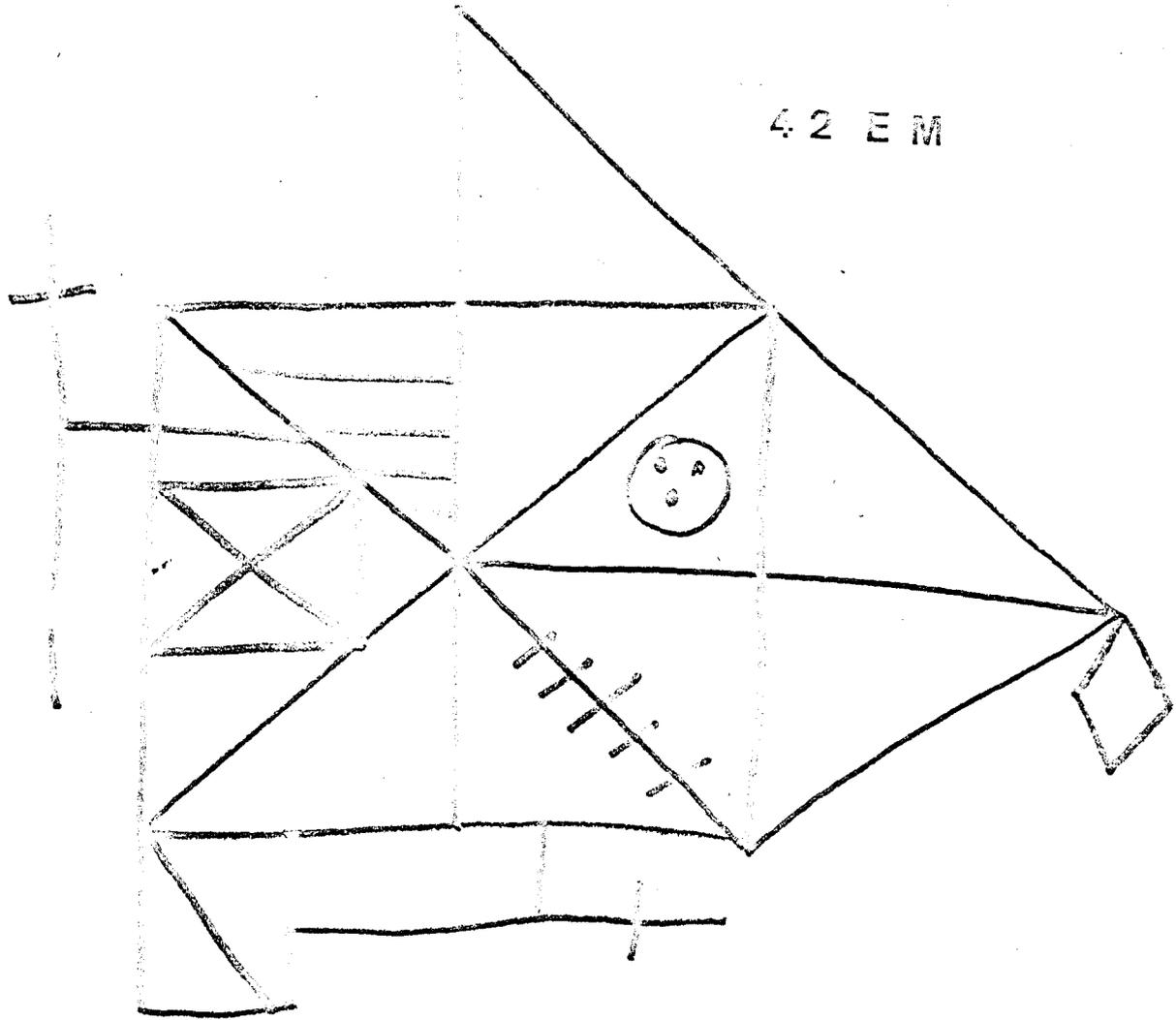
A- Análisis de las aplicaciones del test G. V. (68 E G y 68 P G)

Nada que llame la atención sobre el análisis com

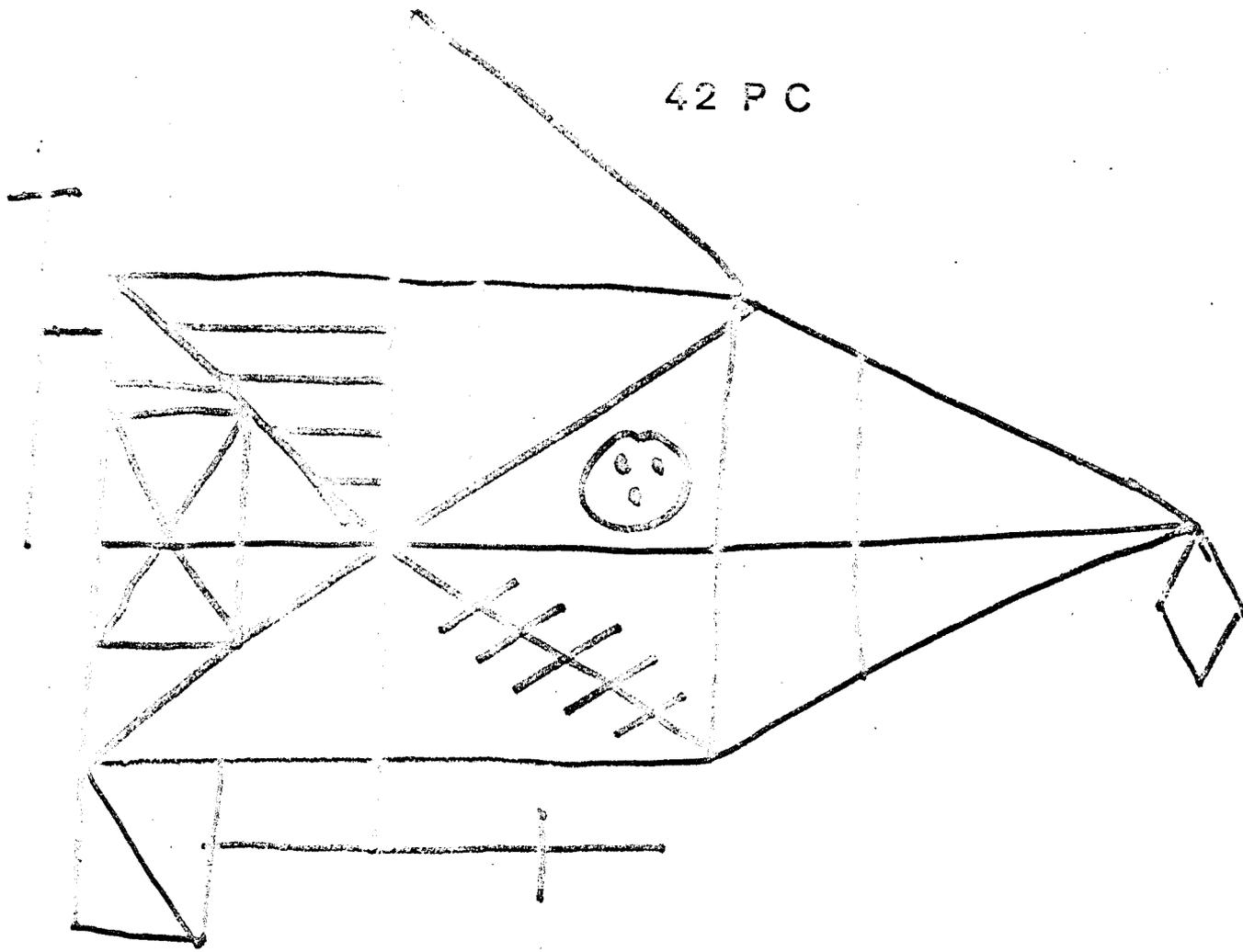
42 P M



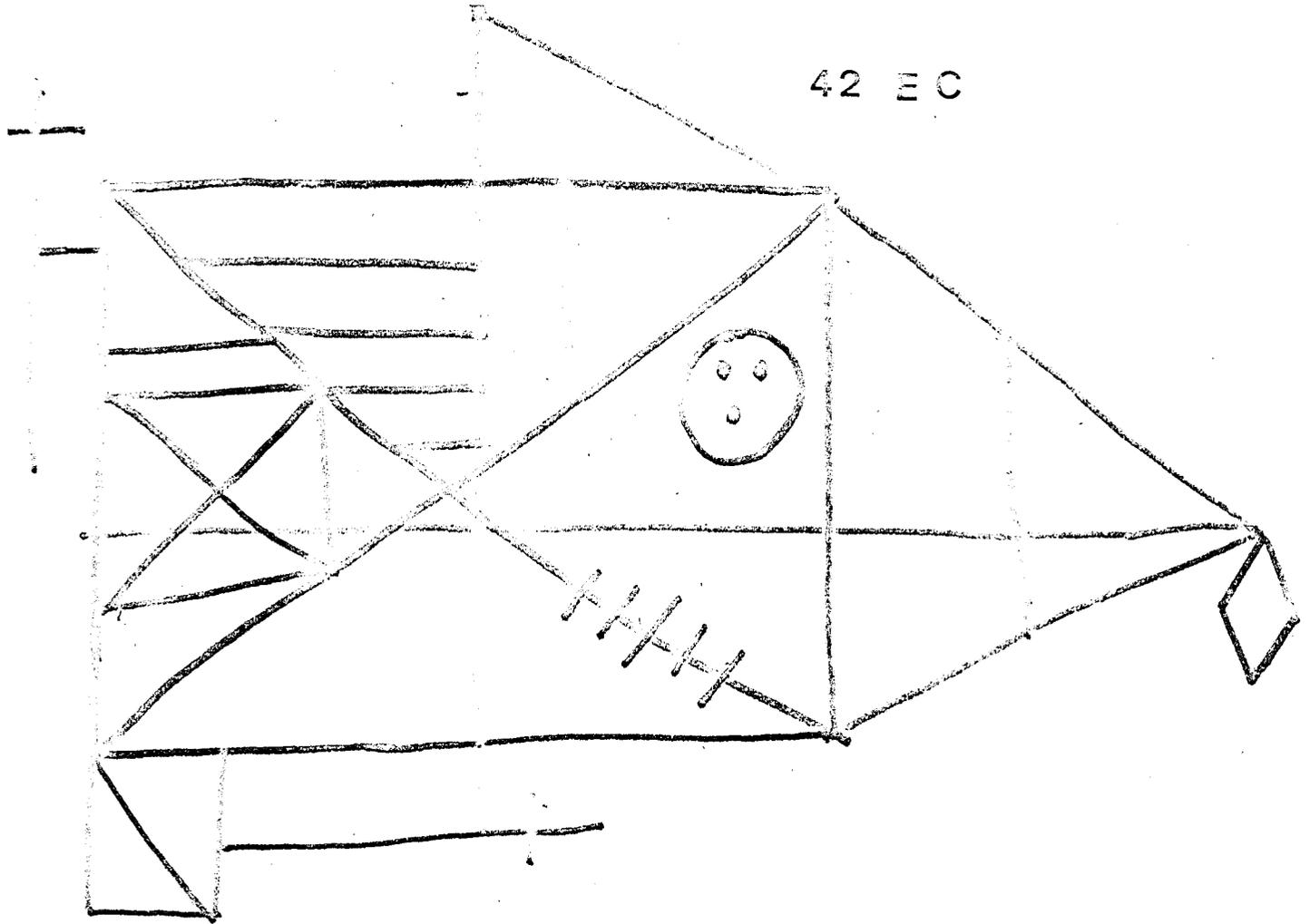
42 EM



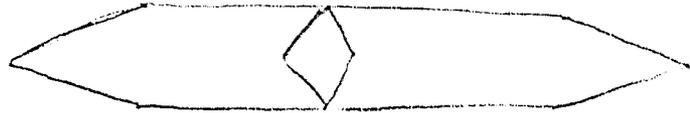
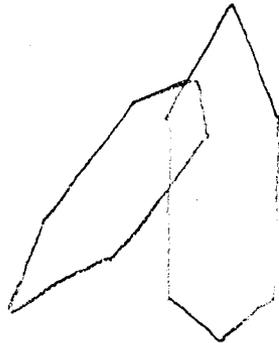
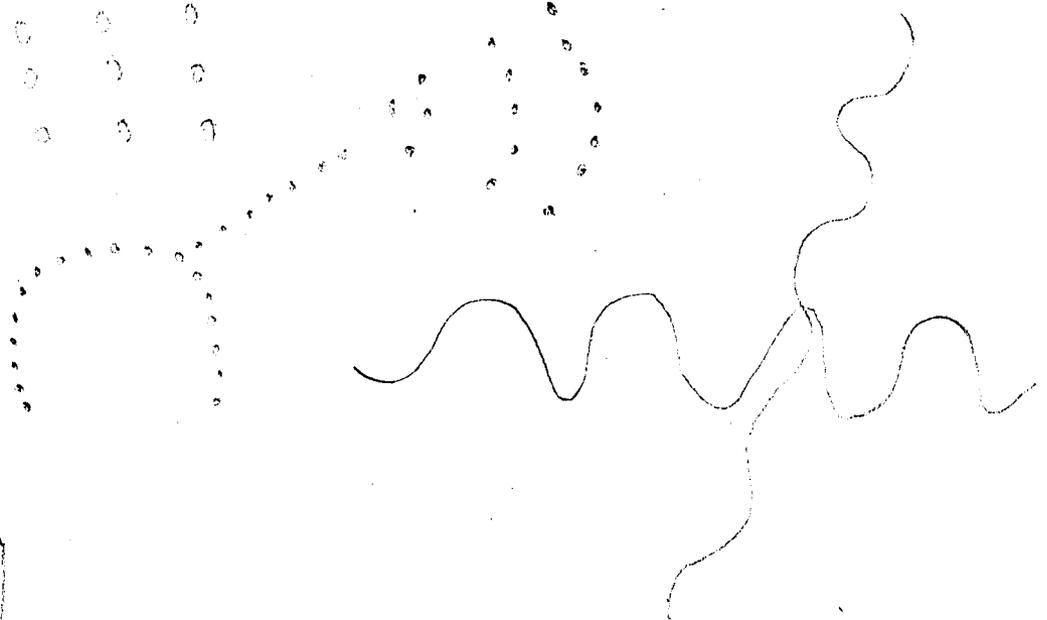
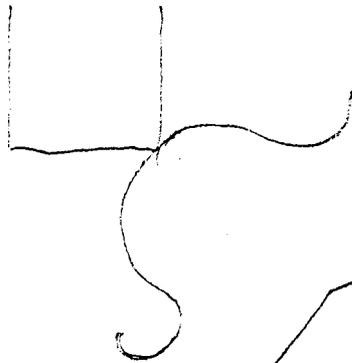
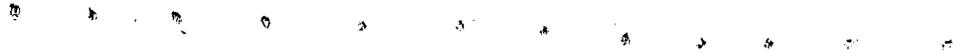
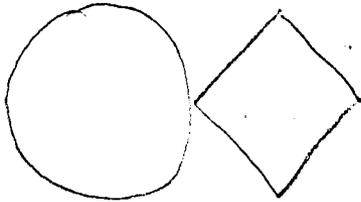
42 P C



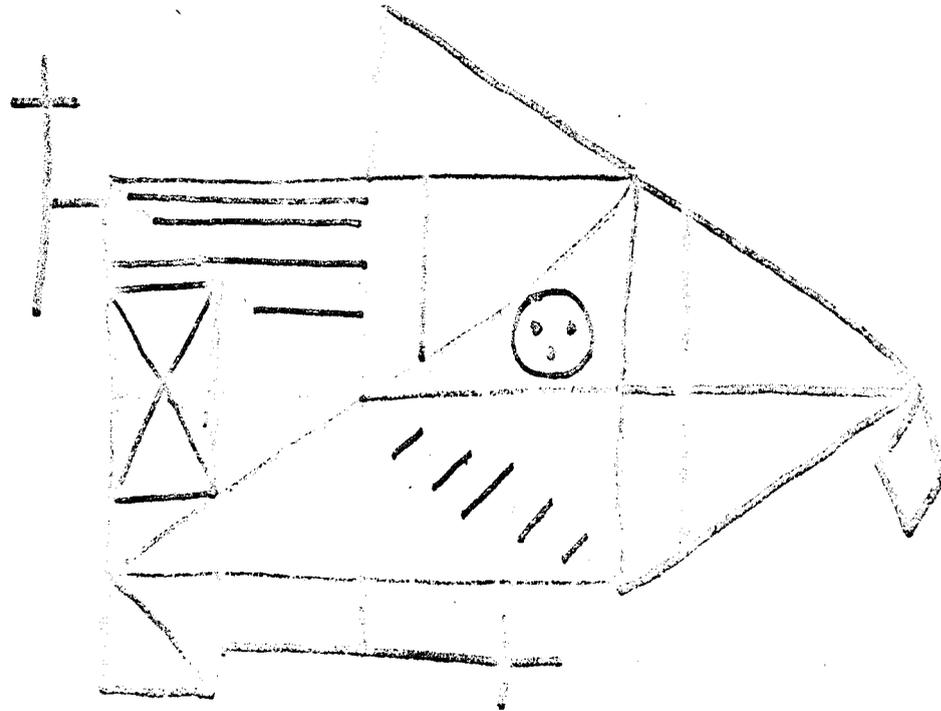
42 EC



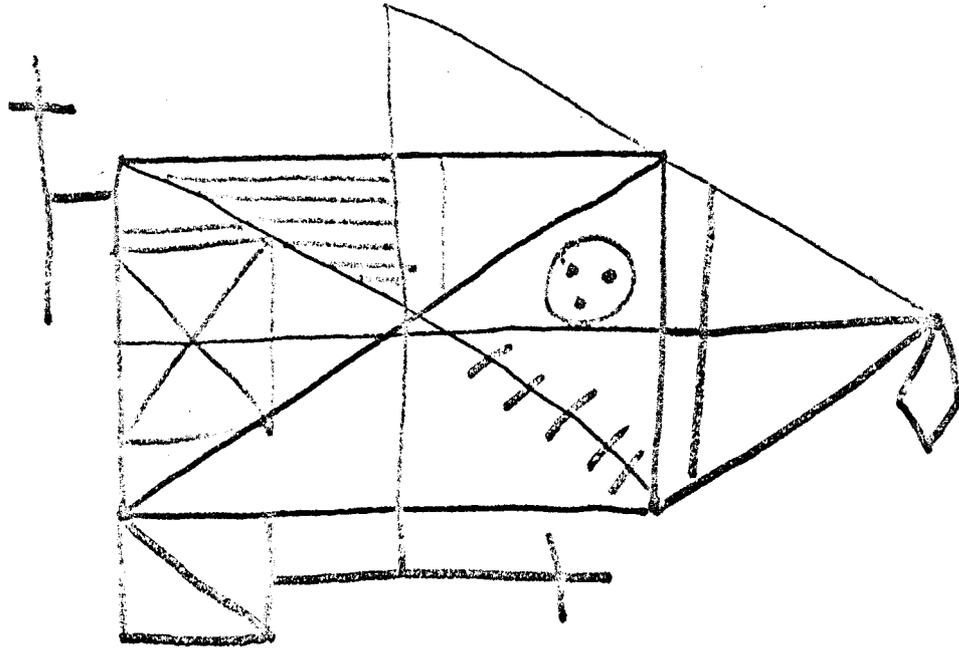
42 P G



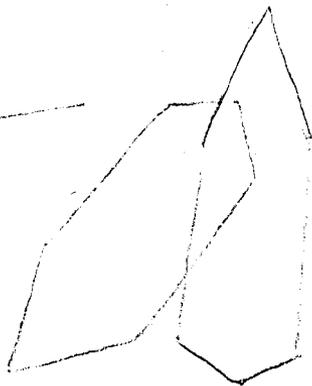
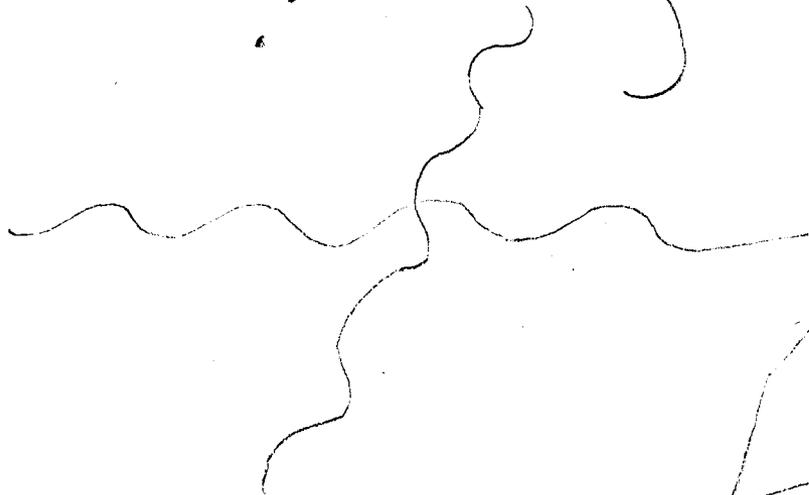
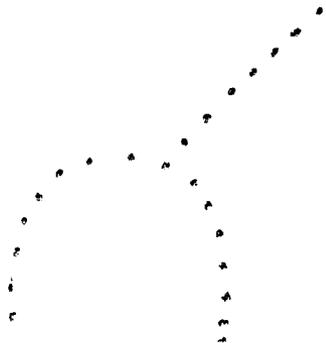
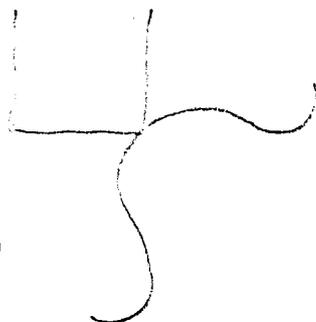
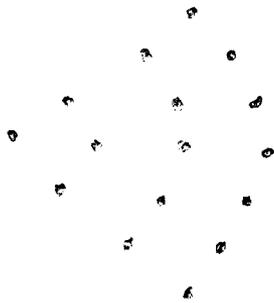
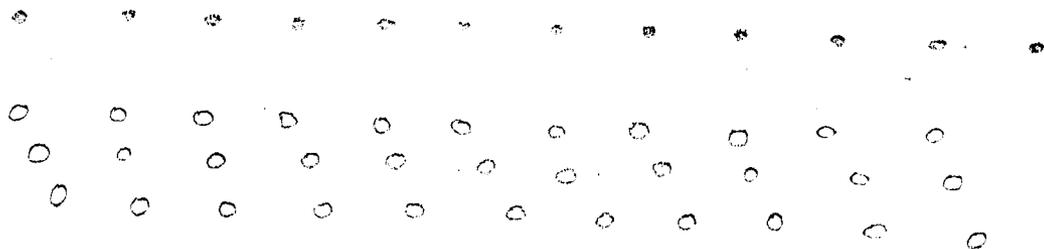
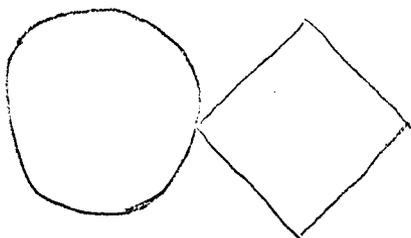
68 PC



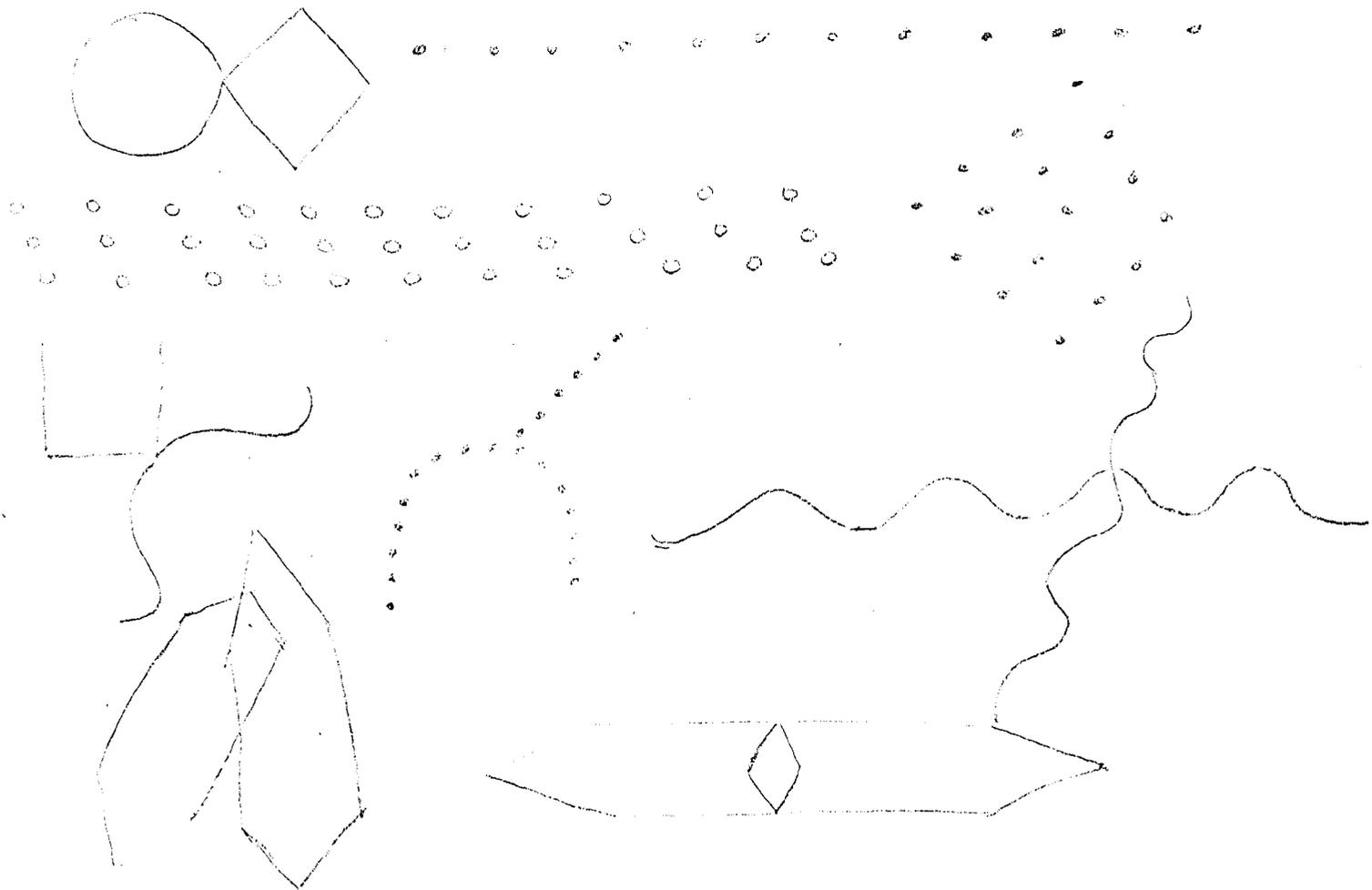
68 E C



68 P G



00 11 00



parativo sobre ambas pruebas, ni en el terreno cuantitativo, calificadas ambas con 0, ni en el cualitativo.

B- Análisis de las aplicaciones del test de la F. C.

a) Copias (68 E C y 68 P C) Tanto en la construcción como en la riqueza y exactitud, ambas copias son iguales.

b) Reproducciones de memoria (68 E M y 68 P M).- Algo peor la correspondiente al parto, pero con una diferencia de 15 centiles que está, pues, dentro de unos límites / prácticamente despreciables.

Se trata en definitiva, de un caso de gestante / preparada que en un estadio final de su parto no revela en este estudio sufrimiento alguno.

ESTUDIO BIOESTADISTICO

Los datos recogidos en este trabajo han sido distribuidos segun tablas y gráficas perfectamente asequibles al clinico ajeno a conocimientos bioestadísticos, ya que es nuestro estilo, como ha quedado reflejado tanto en la parte bibliografica como en la de investigación, la sencillez expositiva. No obstante, no podemos prescindir de algunos conceptos, desde el punto de vista puramente estadístico, porque así lo requiere el caracter científico del presente estudio.

De los dos test que hemos utilizado, los resultados correspondientes al de la Figura Compleja de REY han caracido, como a traves del analisis que hemos realizado se puede deducir, de la suficiente significación para que volvamos a insistir sobre los mismos en este apartado. Es por ello, por lo que sólo nos limitaremos a abordar algunos conceptos bioestadísticos sobre las valoraciones cuantitativas del test Gestáltico Visomotor de LAURETTA BENDER en las aplicaciones realizadas durante el embarazo y en el parto.

1- COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

a) No preparadas.- A la simple vista del diagrama 1 se aprecia un "regresión lineal", es decir, una agrupación según una recta.

El coeficiente de correlación, cuyo planteamiento y desarrollo queda expuesto en la lamina 2, es de 0,89, cifra que por acercarse a la unidad nos indica una buena correlación entre los resultados del test en el embarazo y / en el parto.

b) Preparadas.- También existe una regresión lineal (Diagrama 2), abalada por un índice de correlación de 0,8144 (Lamina 3).

2- ERROR STANDARD

En la lamina 4 se puede ver los cuatro errores -- standard de los resultados del test Gestaltico Visomotor -- correspondiente a las aplicaciones en el embarazo y en el parto de los grupos de señoras preparadas y sin preparar.

Resalta que, mientras los errores en el grupo de preparadas son practicamente iguales, en el grupo sin preparar son diferentes, de lo cual podemos deducir que en es te segundo grupo ha intervenido un factor, el sufrimiento, que al estar disminuido en el grupo de preparadas, no se ha hecho notar en este calculo matemático.

3- χ^2 DE PEARSON

Hemos igualado ambos grupos a 32 casos despreciando los ultimos en el de no preparadas.

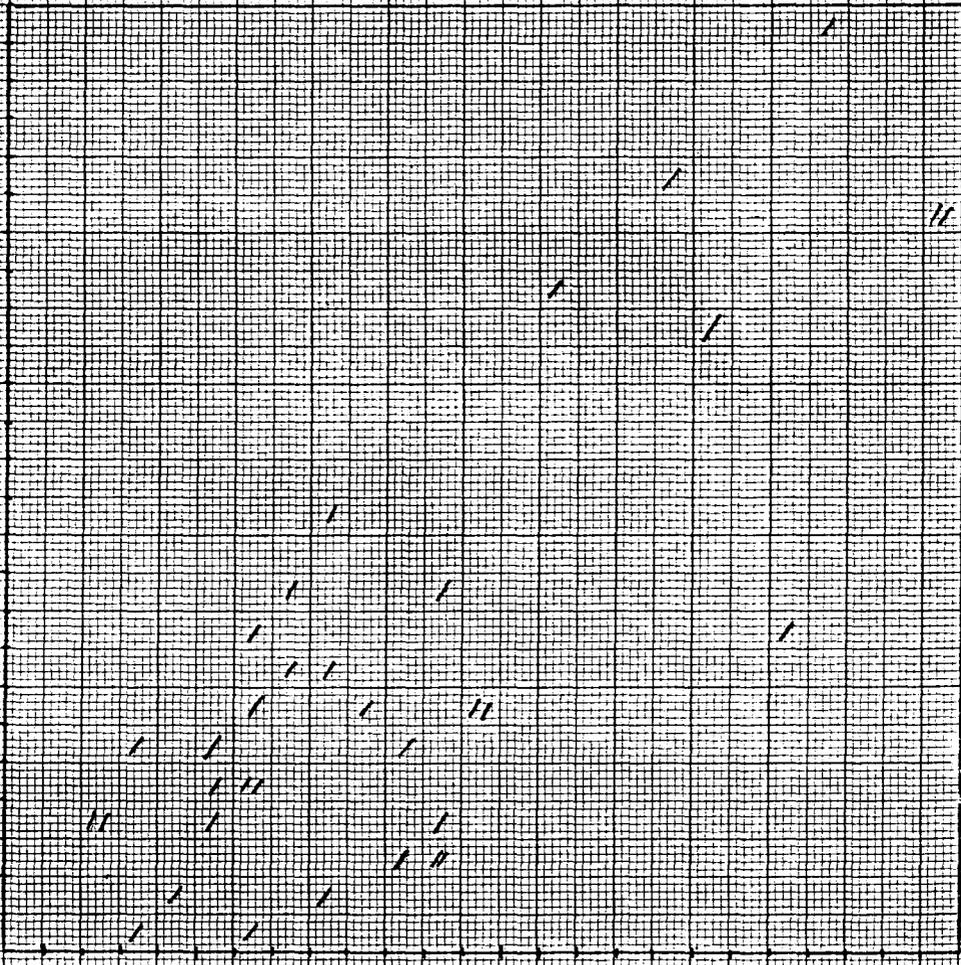
En la tabla situada en la parte superior de la la

mina 5, observamos las sumas de las calificaciones del test Gestaltico Visomotor correspondiente al embarazo y al parto en los dos grupos (E: en el embarazo; P: en el parto; PR: - preparadas y NO P: no preparadas); y en la tabla de abajo - de la misma lâmina los correspondientes calculos "teoricos" o esperados.

La tabla de arriba nos muestra, una vez mäs, como -- mientras que en el grupo de preparadas la cifra de errores/ y defectos ha sido inferior en el parto, sin duda por la influencia del aprendizaje, en la del grupo sin preparaciôn - dicha cifra ha sido muy superior en el parto, porque a pe--sar del aprendizaje ha existido una marcada influencia del/ sufrimiento. Y precisamente, el caracter de estas cifras ha sido el responsable de que los errores esperados o teoricos sean tan diferentes a los observados (tabla de abajo de la/ lamina 4); todo lo cual ha dado como resultado el hallazgo/ de un χ^2 muy alto, 86,16.

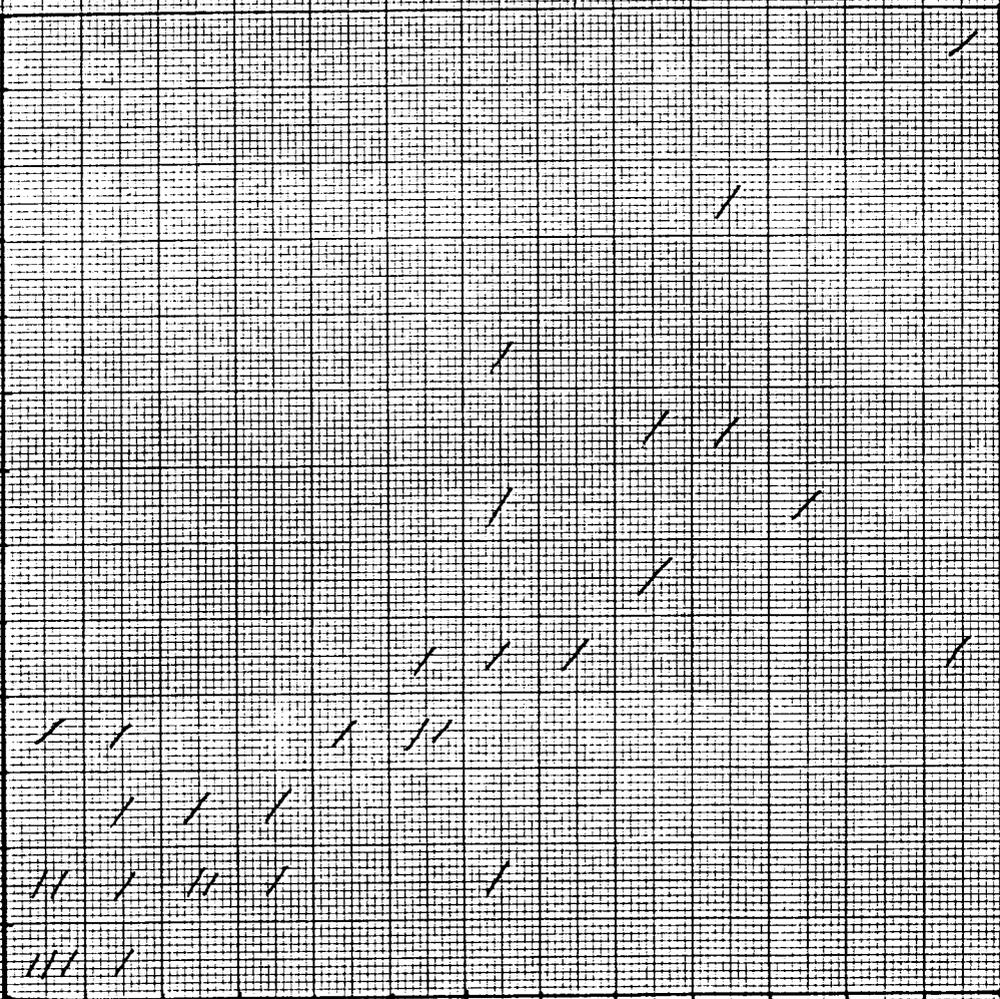
D 1

EMBARAZO



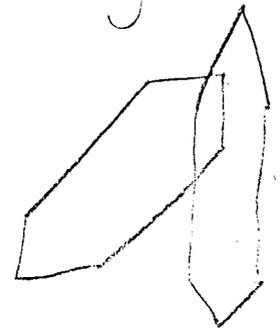
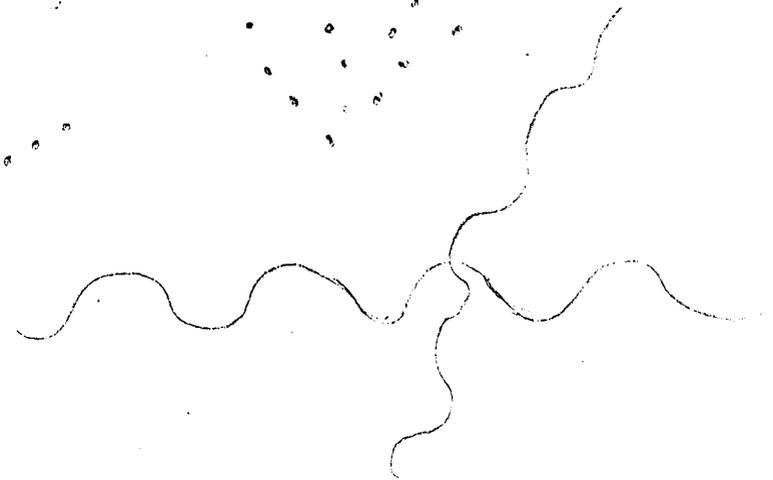
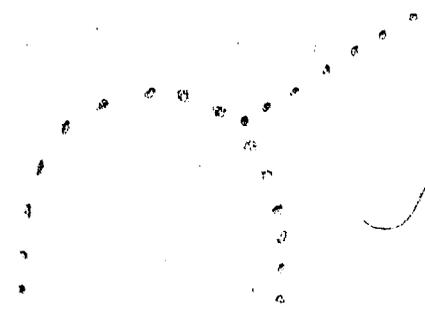
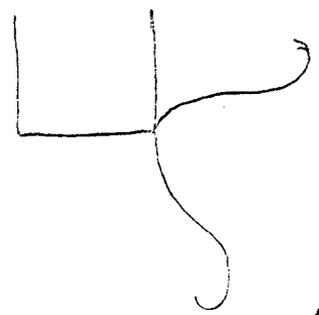
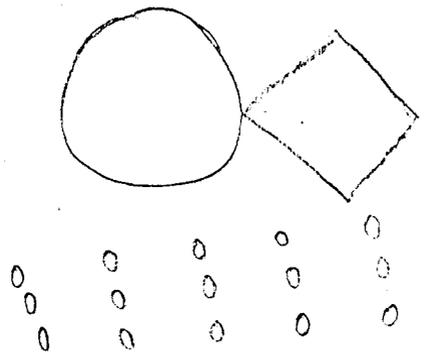
D 2

EMBARAZO

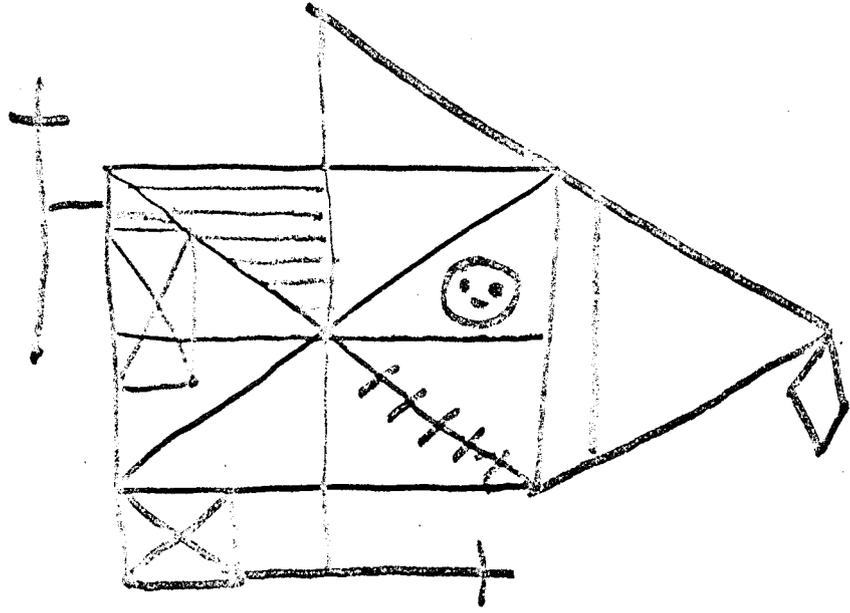


PARTO

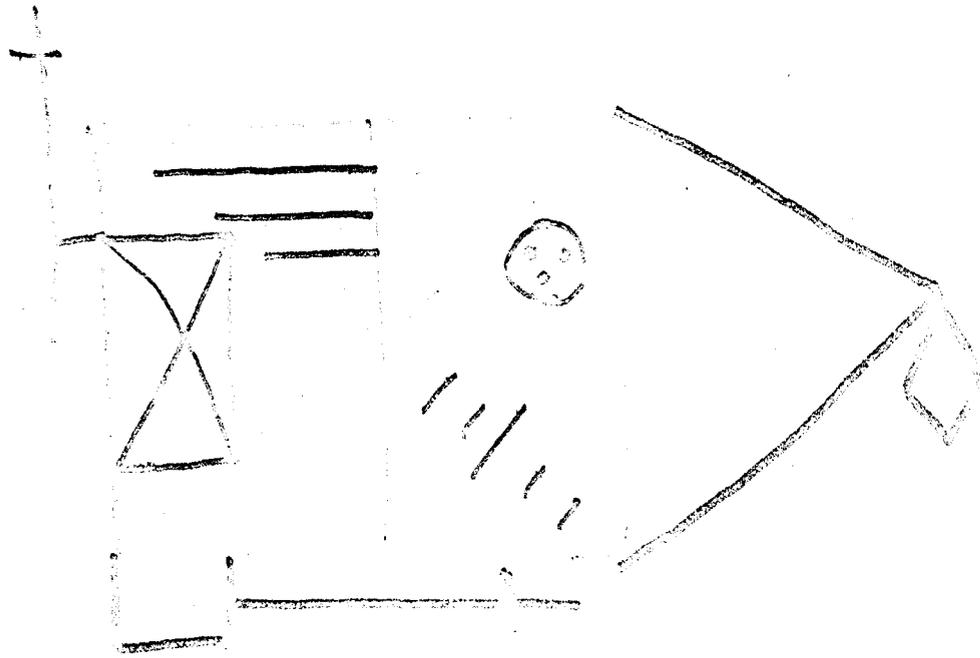
42 E G



68 E M



68 P M



C. DE CORRELACION

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X) (\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

r coeficiente

N n° casos

X embarazo

Y parto

NO PREPARADAS

$$r = \frac{37 (41815) - (730) (1337)}{\sqrt{[37 (26790) - 730^2] [37 (72635) - 1337^2]}}$$

$$= \boxed{0,89}$$

PREPARADAS

$$r = \frac{32 (6751) - (403) (357)}{\sqrt{(32 (7825) - (403)^2) (32 (6771) - 357^2)}} =$$

$$= \boxed{0,8144}$$

E. STANDARD

$$S_x = \frac{\quad}{\sqrt{N-1}} = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N(N-1)}}$$

$$= \text{desviacion st.} = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N}}$$

1-NO PRE.

a) Embarazo

$$S_x = \sqrt{\frac{12387}{37.36}} = \boxed{3,05}$$

b) Parto

$$S_x = \sqrt{\frac{23882}{37.36}} = \boxed{4,2343}$$

2-PRE.

a)

$$S_x = \boxed{1,665}$$

b)

$$S_x = \boxed{1,6764}$$

χ^2 DE PEARSON

E. observados

	E	P	
PR.	403	357	R 760
NO P.	449	930	S 1379
	M 852	N 1287	T 2139

E. esperados

PR.	$\frac{MR}{T} = 302$	$\frac{NR}{T} = 457$
NO P.	$\frac{MS}{T} = 549$	$\frac{NS}{T} = 829$

$$\chi^2 = \frac{403-302}{302} + \frac{357-457}{457} + \frac{449-549}{549} + \frac{930-829}{829} =$$

86,16

C O N C L U S I O N E S

- 1- Las valoraciones cuantitativas de las aplicaciones en el parto del test Gestáltico Visomotor de LAURETTA BENDER / han dado como resultado mayor número de errores y defectos de las correspondientes a las aplicaciones en el embarazo.
- 2- No ha existido correlación de las "diferencias" entre el número de errores y defectos de las aplicaciones en el / embarazo y en el parto con las edades de las parturientas.
- 3- Ha existido una gran correlación entre dichas "diferencias" y el estadio evolutivo del parto en el momento de realizar la prueba correspondiente al mismo. Es decir, que a un estadio más avanzado correspondían mayores diferencias.
- 4- De los tres parámetros, dilatación cervical, duración y frecuencia de las contracciones uterinas, a través de las cuales hemos sacado la anterior conclusión, ha sido el de la duración de las contracciones uterinas el que más perfectamente se ha correlacionado.
- 5- Ha existido igualmente un marcado paralelismo de las "di_ferencias" con el comportamiento de las parturientas y sobre todo, con el aspecto de sufrimiento que éstas poseían en el momento de realizar la prueba correspondiente al parto.

- 6- Ha existido una marcada diferencia entre las valoraciones cualitativas de las aplicaciones del test Gestáltico Visomotor de LAURETTA BENDER en el embarazo y en el parto, según se deduce de los factores siguientes:
- a) MAYOR INCERTIDUMBRE Y BUSQUEDA DE SEGURIDAD en el parto.
 - b) FALTA DE ATENCION A LOS LIMITES en el parto
 - c) Manejo lábil, CAMBIOS DE IMPULSIVIDAD A INHIBICION en el parto.
 - d) Un mayor estado de ANSIEDAD, TIMIDEZ, VACILACION Y FALTA DE AUTOCONFIANZA en el parto, puesto de manifiesto con extraordinaria frecuencia a través del carácter de la línea, más tenue y vacilante en la aplicación correspondiente al parto.
 - e) Mayor SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD E INTENTO DE CONTROLAR UN TRASTORNO O CONFLICTO SUBYACENTE en el parto.
 - f) Gran trastorno de coordinación visomotora que nos ha revelado una AUSENCIA DE CONTROL MOTOR E INESTABILIDAD EMOCIONAL en el parto. Siendo este signo, seguido del apuntado en el dato d), el de más frecuente aparición.
- 7- Escasa diferencia entre las aplicaciones en el embarazo y en el parto del test de la Figura Compleja de REY, en lo que se refiere al tipo de construcción, riqueza y // exactitud tanto de las copias como de las reproducciones de memoria.
- 8- Aunque ha existido una cierta correlación entre los resultados de los tests Gestálticos Visomotor de LAURETTA

BENDER y de la Figura Compleja de REY ha sido tan escasa que ha carecido de la suficiente significación.

9- Del análisis comparativo entre los dos grupos de parturientas sin preparar y preparadas, hemos obtenido / los siguientes datos:

- a) Los resultados de las aplicaciones durante el embarazo del test Gestáltico Visomotor de LAURETTA BENDER fueron muy similares en ambos grupos.
- b) Las diferencias entre las aplicaciones del test Gestáltico Visomotor de LAURETTA BENDER en el embarazo y en el parto fue muy considerablemente / menor en el grupo de preparadas tanto en valores cuantitativos como cualitativos.
- c) Se ha comprobado una gra relación entre esos valores y el estadio evolutivo del parto, de tal / forma, que del estudio deducido de las aplicaciones del tes Gestáltico Visomotor de LAURETTA BENDER se desprende que la influencia de la preparación sobre el sufrimiento en el parto es inconstante a partir de una dilatación de 3 ó 4 cms.
- d) Por la escasa significación del análisis comparativo entre las aplicaciones del test de la Figura Compleja de REY en el embarazo y en el parto del grupo sin preparar, su relación a través de este estudio con el grupo de preparadas también carece de valor.

10- Balance positivo y negativo deducido de las anteriores conclusiones:

- A- A TRAVES DEL TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE LAURETTA BENDER SE PUEDE REALIZAR UNA VALORACION DEL SUFRIMIENTO EN EL PARTO.
- B- EL SUFRIMIENTO DE LA PARTURIENTA QUE SE HA PREPARADO PSICOLOGICAMENTE ES EN LA PRIMERA PARTE DEL PARTO MUY INFERIOR AL DE LA QUE NO HA REALIZADO DICHA PREPARACION.
- C- LOS RESULTADOS DE LAS APLICACIONES DEL TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY HAN CARECIDO DE LA SUFICIENTE SIGNIFICACION EN LA VALORACION DEL SUFRIMIENTO DEL PARTO POR LA GRAN INFLUENCIA EJERCIDA POR EL APRENDIZAJE.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- ABOULRER, L. CHERTOK y otros: "Analgèsic psychol.-obstetrique", pergamòn pres, Paris, 1972.
- 2- AGUIRRE DE CARCER: "preparaciòn al parto". 7ª Ediciòn Ediciones Iberoamericana. Madrid, 1973.
- 3- AGUIRRE DE CARCER: "Sòfropèdagogia Obstètrica", del / libro "Hipnosis, Sofrologia y Medicina" de RAGER. Editorial Scientia. Barcelona 1973. Pàg. 477-482.
- 4- AGUIRRE DE CARCER: "Aspectos psicossomàtics de la sensaciòn dolorosa en el parto". Medicamenta. Julio, 1974. Pàg. 341 - 349.
- 5- AGUIRRE DE CARCER: "Nuestro mètodo. Nuestras observaciones y casuística". Ponencia presentada en el II -- Congreso Mundial de Sofrologia. Barcelona, Octubre, - 1975.
- 6- ALONSO-FERNANDEZ: "Psicologia Mèdica y Social". Editorial Paz Moltalvo. 2ª Ediciòn. Madrid, 1974.
- 7- ALTIRRIBA: "Direcciòn Mèdica del Parto". Editorial - Jims. Barcelona, 1968. Pàg. 3-5 y 73-78.
- 8- ALVAREZ, H. y CALDEYRO-BARCIA, R. J. Obst. Gynec. Brit. Comn., 59, 5. 1952.
- 9- ALVAREZ Y CALDEYRO-BARCIA: "Psicologia de la parturienta", del libro "Ginecologia y Obstetricia" de KASER y otros. Tomo II. Salvat editores. Barcelona, 1973. Pàg. 240-244.

- 11- ARNOLDOVA, A. M.: "Influence de la préparation psycho prophylactique sur le cours de l'accouchement, de la première phase en particulier". Akush. i Ginek. 6 / (1957), 30-33.
- 12- BALCELLS, A. : "Fisiopatología del dolor". II Sympo sium Internacional de Reumatología Cibernética. 1971.
- 13- BALDO, F.: "Preparación de la gestante por el siste ma de AGUIRRE DE CARCER". Ponencia presentada en el II Congreso Mundial de Sofrología. Barcelona, Octubre, 1975.
- 14- BAYER Y HOFF: citados por PRILL, "psicología de la em barazada, de la parturienta y de la puérpera" del li bro de "Ginecología y Obstetrícia" de KASER y otros. Tomo II. Salvat Editores. Barcelona, 1973.
- 15- BAXTER: "Labour and orgasm in primiparae". Journal of Psychosomatic Research, 1974. Vol. 18 (3). 209-216.
- 16- BEDOYA, J. M. y MALDONADO, A.: "El parto como agente de stress". Acta ginecológica nº 1 Vol. VI. Febrero, 1965. Pág. 19-23.
- 17- BEECHER: "The measurement of pain". Pharmacol. Rev. 9, 55-209.
- 18- BELOCHAPKO: "Analgesic et acceleration de l'accouche ment". Medguiz, Moskau, 1954.
- 19- BENDER, L.: "Test Gestáltico Visomotor" Ed. Paidos. Buenos Aires, 1974. Pág. 233.
- 20- BERNSTEIN: Prólogo al libro "Test Gestáltico Visomo tor" Ed. Paidos. Buenos Aires, 1974. Pág. 11.

- 21- BESKROVNAIA, N.: "Particularités cliniques du déroulement des accouchements compliqués chez les femmes préparées par la méthode psychoprophylactique". Akush. i Ginek. 4 (1955), 7-11.
- 22- BONILLA, F.: "Crítica al método psicoprofiláctico del parto sin dolor". Medicamenta. Tomo XXVI. nº 294. Pág. 151-153.
- 23- BOON, H.: "Sophrologie Obstetricale". Ponencia presentada en el II Congreso Mundial de Sofrología. Barcelona, Octubre, 1975.
- 24- BOTELLA, J.: "Endocrinología de la Mujer". IV edición. Científico Médica. Barcelona, 1966. Pág. 845-850.
- 25- BOTELLA: "Tratado de Ginecología". Tomo III. Científico Médica. IX Edición. Barcelona, 1970. Pág. 60-61 y 729-730.
- 26- BRUYN, M. D.: "Ansiedad y dolor en la práctica neurológica". Excerpta Médica. Amsterdam, 1974. Pág. 72.
- 27- BURNETT: "The value of Antenatal Exercises". J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 63 (1956), 40-57.
- 28- BUSSAMARA, N.: "Bases physiopathologiques de la préparation psychologique á l'accouchement". Revue Française de Gynécologie et d'Obstetrique. 4 -Avr- 1968. Pág. 30-35.
- 29- CALDEYRO-BARCIA y ALVAREZ: An. Fac. Med. Montevideo, 39, 383. 1953.
- 30- CAMINO GALICIA, J.: "EL HIPNOTISMO Y LA SUGESTION en

- 31- CAMINO GALICIA, J.: "Mi concepto y crítica personal sobre la psicogénesis de la sugestión hipnótica". Sem. Méd. Esp. 1944.
- 32- CAYCEDO, A.: "Hacia un estudio fenomenológico de la hipnosis clínica, las técnicas de relajación y estados afines". Rev. Lat. Amer. de Hipn. clínica 3. 1962.
- 33- " "El problema terminológico en la fenomenología de los llamados estados hipnóticos y técnicas de relajación". Rev. Lat. Amer. de Hipn. Clínica 3. 1962.
- 34- " "Mensaje del Presidente de la Sociedad Internacional de Sofrología". Rev. Lat. Amer. de Hipnosis clínica. 4. 1963.
- 35- " "Relajación, Hipnosis, Yoga, son fenómenos unitarios". Rev. Ib. Amer. Sofrol. 1965.
- 36- " "El estado sofrónico y el entrenamiento autógeno de SCHULTZ". Rev. Ibero Amer. 1. 3- 1966.
- 37- " "Letters of Silence". Nueva Delhi (India) 1966.
- 38- " "Considerations sur Sophrologie. Ses fondements et ses structures". II Congreso francés de Sofrología. Versailles. 1968.
- 39- " y colab. "Progresos en Sofrología" Barcelona, 1969.

- 40- CAYCEDO, A.: "La India de los Yoguis". Barcelona, 1971.
- 41- " " "Diccionario abreviado de Sofrología y Relajación Dinámica". Barcelona, / 1973.
- 42- " y colab. "Sofrología Médica Oriente-Occidente Tomo I. Barcelona, 1973.
- 43- " " "Sofrología Médica Oriente-Occidente" Tomo II. Barcelona, 1974.
- 44- COHEN: "Introducción a la psicología". Tercera edición. Labor, S. A. Barcelona, 1974. Pág. 87.
- 45- CHICHKOVA: "Preparation psychoprophylactique dans des grossesses pathologiques. Akush i Ginec 4 (1955). / 12-17.
- 46- CHAPMAN y Colab. Arch. neurol., 4, 617. 1961.
- 47- CHOUGOM, E. y otros: "Les methodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur", 2. Aufe. L'expansion / scientifique française. Paris, 1957.
- 48- DE LEE: "Training for natural childbirth". Amer. J. Nurs 56 (1956). 48-50.
- 49- DELAY y PICHOT: "Manual de Psicología". Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1968. Pág. 61.
- 50- EYSENCK, J.: "Fundamentos biológicos de la personalidad". Tercera edición. Edit. Fontavella, S. A. Barce
lona, 1975. Pág. 82-83.
- 51- FAURE, H.: "Evolut. Psyquiatr". París, 1971.

- 52- FERNANDEZ J. F.: "Sofropedagogía Obstétrica. Resultados". Ponencia presentada en el II Congreso Mundial de Sofrología. Barcelona, Octubre, 1975.
- 53- FOISSAC, P.: "Rapports et discussions de l'Academie Royale de Médecine sur le magnetisme animal" Baillere. París, 1883.
- 54- FORD : citado por ROEMER "Métodos psicológicos para facilitar el parto". Del libro "Ginecología y Obstetricia" de KÄSER y otros. Tomo II. Salvat Editores. Barcelona, 1973.
- 55- GARRET: "The effects of adrenaline and noradrenaline on the intact human uterus in late pregnancy and labour." J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 1954. 61-586.
- 56- GARRET: "The effects of adrenaline and noradrenaline on the intact non pregnant human uterus". J. Obst. Gynec. Brit. Emp. 1955. 62,876.
- 57- GOODDY: Citado por ROF CARBALLO. "El dolor psicógeno". Hispalis Médica, nº 323. Sevilla. Mayo, 1971.
- 58- GORDOM Y GORDOM: Citado por PRILL. "Psicología de la embarazada, de la parturienta y de la puérpera". / Libro de KÄSER y colab. Ginecología y Obstetricia. Tomo II. Salvat. Barcelona, 1973.
- 59- GRANONE, F.: "Hypnosis in obstetrics". Clin. Mal. Nerv. Ment. Cent. Hipnosi Clin. Sper. Osp. Gren. Vercelli. Minerva. Med. 1972 63-54 (2915-2923).
- 60- HASLAM, D. R.: "Individual differences in pain threshold and the concept of arousal". Bristol. Unpublished Ph. D. thesis. 1966.

- 61- HEARDMAN, H.: "Relaxation and Exercise for Natural / childbirth. Livingstone, Edimburgh, 1955.
- 62- HENDRICKS, C. y col.: "Round ligament motility in vi vo studies in man. The Journal of Obstetrics and Gy- naecology". 1965. Pág. 618-625.
- 63- HERNANDEZ GOMEZ, E.: "El sentido del dolor". Folia Clí nica Internacional. Tomo XXIV, nº 2, Febrero, 1974. Madrid. Pág. 112-129.
- 64- HORAN, J. "A technique for redusing childbirth anxie ty and discomfort". Pennsylvania State U. 1973. Jun. Vol. 32.
- 65- IAKOVLEV, I. I. y otros: "Activité électrique de /// l'écorce cérébrale pendant la preparation par la mé- thode psychopropylactique". Akush. i Gin. 1 (1954). 3-8.
- 66- JIMENEZ-CASTELLANOS: "Lecciones de Neuroanatomía Clí nica". G. E. H. A. 2ª Edición. Sevilla, 1965. Pág. 632-638.
- 67- KAISER, I. H.: and HARRIS, J. S.: "The effect of /// adrenaline on the pregnant human uterus. Amer. J. / Obstet. Gynec. 1950. 59-775.
- 68- KAPPIS y WILLMS: Citados por BALCELLS. "Fisiopatología del dolor". II Symposium Internacional de Reumatología Cibernética. 1971.
- 69- KÄSSER: "Ginecología y Obstetricia". Vol. I. Salvat editores. Barcelona, 1973, Pág. 458-459, 484-485, / 729-730.

- 70- KEELE: "Sustances producing pain and iteh" London, Arnold. 1964.
- 71- KELLY: Citado por PRILL. "Psicología de la embarazada, de la parturienta y de la puérpera". Libro de "Ginecología y Obstetricia" de KÄSSER y otros. Tomo II. Salvat editores. Barcelona, 1973.
- 72- KLUSMAN, L. E.: "Reducation of pain in childbirth by the alleviation of anxiety during pregnancy". J. Consult Clin. Psychol 43 (2) 165-5. 1975.
- 73- KOPPITZ, E. M.: "Test Gestáltico Visomotor para niños". Biblioteca Pedagógica. 4ª ed. 1969. Pág 171.
- 74- KROGER Y DE LEE: "The use of the hypnoidal stat as an amnestic, analgesic and anesthetic agent in obstetries. Amer. J. Obstet. Gynec. 46 (1943). 655-661.
- 75- KROGER Y FREED: "Psychosomatic Gynecology: Including probleme of obstetrical care". Saunders Philadelphia. 1951.
- 76- KROGER: "Hipnotherapy in Obstetries and Gynecology". J. Clin. exp. Hipnos, 1 (1953). 61-70.
- 77- LAIRD y HOGAM: "An elective program on preparation for childbirth at the Sloane Hospital for Women, / May., 1951. To June, 1953". Amer. J. Obstet. Gynec. 72 (1956). 641-647.
- 78- LENNANE, K. y LENNANE, R. : "Alleged psychogenic / disorders in women: A possible manifestation of sexual prejudice".

- 79- LENNANDER Y MACKENZIE: Citado por BALCELLS, A: "Fisiología patológica del dolor". II Symposium Internacional de / Reumatología Cibernética. 1971.
- 80- LEPAGE y LANGEVIN-DROGUET: "A propos de la preparation phsyque et psychique des femmes a l'accouchement". / Presse méd. 63 (1955), 549-551.
- 81- LEVIT y RABINOVITCH: "Psychoprophilaxie des douleurs de l'accouchement". Akus. i Ginek. 1 (1955). 33-36.
- 82- LEVY y Mc GEE: "Childbirth as a crisis: A test of Janíss theory of communication and stress resolution". Journal od Personality. Vol. 31 (1) 1975. Pág. 171-179.
- 83- LEWIS y HESS: Citado por TAMARIT. " Fisiología general de los receptores del dolor". Arh. Fac. Med. nº 5 Vol. XX. Noviembre, 1971. Madrid. Pág. 263-271.
- 84- LICHTSCHEIN, L.: "Hypnotism in pregnancy and labor". Med. New (N. Y.). 73 (1898) 295-298.
- 85- LOPEZ FERNANDEZ, R y MARIN ACOSTA, E.: "El parto normal como agente de estres". Acta Gin. nº 9. Vol. VII. Septiembre, 1956. Pág. 353-360.
- 86- LOPEZ IBOR: "Lecciones de Psicología Médica". 6ª edición. Paz Montalvo. Madrid, 1970.
- 87- MAMO, H.: "Bases anatomo-fisiológicas del dolor". La Vie Medicale nº 18. 1972 Pág. 10-23.
- 88- MAYER, M: "La méthode de l'accouchement naturel" // ("Accuochement sans douleur") en pratique hospitalie re privee. A. M. I. F. París, 33 (1955), 9-31; 34 (1955), 7-55.

- 89- MEAD y NEWTON: "Concepción, Pregnancy, Labor and the Puerperium in Cultural Perspective. Médecine psychosomat et maternité. J. 51. Gauthier-Villars, París 1965.
- 90- MELZACK, M. y WALL, P. : "Gate control theory of pain". Symposium ed. by A. SOULARIAC, J. CANN y J. CHAPENTIER. Academie Press, London, New York, 1968.
- 91- MILLER, H. L. y F. E. FLANMERY: "Education for childbirth in private practice; 450 consecutive cases. Amer. J. Obstet. Gynec. 63 (1952), 792-799.
- 92- MIQUEL, J. A.: "El dolor" Arch. Fac. Fac. Med. Madrid. Vol. XII. nº 3. 1968.
- 93- MONTSERRAT ESTEVE: "La Hipnosis y las técnicas de relajación en España". Rev. Psiqu. y Psicol. Med. 3 1958.
- 94- MONTSERRAT ESTEVE: "L'hypnose pendant les cinq dernières années (1955-1960)". Acta // Psych. 1961.
- 95- " "Estudio electroencefalografico del estado hipnótico". Rev. Psiqu. y Psicol. Med. 5. 1961.
- 96- " "Historia de la Hipnosis en España" Rev. Psiqu. Psic. Med. 8. 1964.
- 97- " y STOKVIS, B.: "Tratado de Hipnosis. Introducción a la Sofrología". Barcelona, 1967.
- 98- " "El dolor desde el punto de vista

- psicosomático. Symposium de Reumatología y cibernética. 1971.
- 99- MORIN, G.: "Fisiología del sistema nervioso Central". Toray-Masson, S. A. 1966. Barcelona. Pág. 88-96, / 397-409.
- 100- MULCANY Y JANZ: "Effectiveness of Raising Pain Perception Threshold in Males and Females Using a Psychoprophylactic Childbirth Technique during induced // Pain". Nursing Research. Vol. 22 nº 5. Sept.-oct. // 1973. Pág. 423-427.
- 101- NAVARRO, L. M.: "Influencia de la Educación Maternal en los resultados del parto". Ponencia presentada al II Congreso Mundial de Sofrología. Barcelona, Octubre 1975.
- 102- NEWTON, N.: " The effect of psychological environment on childbirth: Combined cross-cultural and experimental approach". Journal of Cross-Cultural Psychology. 1970. Vol. 1, 85-90.
- 103- NIKOLAJEV: Citado por ROEMER. "Métodos Psicológicos para facilitar el parto". Del libro "Ginecología y Obstetricia" de KÄSER y otros. Tomo II. Salvat editores. Barcelona, 1973. Pág. 547 -570.
- 104- NIKULIN, P. Citado por PRILL, N. J.: "Psicología de la embarazada, de la parturienta y de la puérpera". Libro de "Ginecología y Obstetricia" de KÄSER y // otros. Tomo II. Salvat editores. Barcelona, 1973. Pág. 240-244.

- 105- NIXON: "Psychosomatic preparation for childbirth. /
Proc. Noy. Soc. Med. 47 (1954). 385-387.
- 106- NOTHNAGEL: Citado por BALCELLS. "Fisiopatología del dolor". II Symposium Internacional de Reumatología Cibernética. 1971.
- 107- NOTTER, A.: "La méthode dite d'accouchement naturel de Read". Bull. Fed. Soc. Gynéc. Obstét. Franç. 4 (1952). 944-946.
- 108- PAWLOW. Citado por ROEMER: "Métodos Psicológicos / para facilitar el parto" Libro de "Ginecología y Obstetricia" de KÄSER y otros. Tomo II. Salvat editores. Barcelona, 1973.
- 109- PEDRO PONS, A.: II Symposium Internacional de Reumatología Cibernética. 1971.
- 110- PEDRO PONS, A.: Prólogo del libro "Progresos en Sofrología". Barcelona, 1969.
- 111- PLATANOV. Citado por ROEMER. "Métodos Psicológicos para facilitar el parto". Libro de "Ginecología y Obstetricia" de KÄSER y otros. Tomo II. Salvat editores. Barcelona, 1973.
- 112- PLATANOV, K. I. y CHESTOPAL: "Suggestion et hipnose en obdtetrique et gynecologie". Gos. Iz. d'Ukraine, 1925.
- 113- PRILL, N. J.: "Psicología de la embarazada, de la parturienta y de la puérpera". Libro de KÄSER y colab.: "Ginecología y Obstetricia". Tomo II. Salvat. Barcelona, 1973. Pág. 235-236, y @ 240-244

- 114- PRILL y Colab.: Citado por ROEMER. "Métodos Psicológicos para facilitar el parto". Libro "Ginecología y Obstetricia" de KÄSER y otros . Tomo II. Salvat. Barcelona, 1976.
- 115- RAGER: "Hipnosis, Sofrología y Medicina". Scientia. Barcelona, 1973.
- 116- RAIMBAULT, G.: L'accouchement naturel; mise en application á la Maternité St-Antoine, resultats subjectifs et objectifs, interet d'un approche psychosomatique. Diss., París, 1956.
- 117- REY, A.: "Test de la copia de una Figura Compleja". Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid, 1975.
- 118- RIMBACH: "Preparación y dirección psicológica del parto". Clínica Obst. Ginec. dirigida por SCHWALM y DÖDERLEIN. Alhambra, S. A. Madrid, 1966. 491-493.
- 119- ROBERTS, H. y col.: "The value of antenatal preparation". J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 60. (1953). 404-408.
- 120- ROEMER: "Métodos psicológicos para facilitar el parto". Libro "Ginecología y Obstetricia" de KÄSER y otros. Tomo II. Salvat. Barcelona, 1973.
- 121- " : "Trastornos de origen psíquicos en el embarazo". Del mismo libro anterior. Pág. 226-229.
- 122- ROF CARBALLO: "El dolor psicógeno". Hispalis Médica, nº 323. Sevilla. Mayo, 1971. Pág. 331-352.

- 123- SADE: Citado por HERNANDEZ GOMEZ. "El sentido del / dolor". Folia Clínica Internacional. Tomo XXIV, / nº 2, Febrero, 1974. Madrid. Pág. 112-129.
- 124- SAMUELLY, I.: "Lamaze method of childbirth, conditioning or hynosis". Amer. J. Clin. Hypnosis 15/2 1972.
- 125- SANCHEZ MALDONADO: "Anatomía del Aparato Genital / Femenino". Ed. JIMS. Barcelona, 1961.
- 126- SBRIGLIO, U. S.: "Personal results observed in ten years of medical hypnosis in obstetrics". Clin. // Ostet. Ginecol. Univ. Torino, 1970 61/84 (4706-4708).
- 127- SCHULTZ: "Entrenamiento autógeno". Tercera Edición Científico Médica. Barcelona, 1969. Pág. 1.
- 128- SEITZ, P.: "The Maternal Instinet in Animal Subjects. Psychosom. Med. 20 (1958), 215.
- 129- SOL y GONZALEZ MERLO: Acta Gin.,4, 339. 1955.
- 130- STEPANOVA, A. A.: "Méthode combinée d'analgésic obs tétricale psychoprophylactique et medicamenteuse. Akush. i Ginec. 5 (1955). 75-76.
- 131- TAMARIT, J.: "Fisiología general de los receptores del dolor". Arch. Fac. Med. nº5. Vol. XX. Noviembre, 1971. Madrid. Pág. 263-271.
- 132- THOMS, H. y F. GOODRICH: "Traiming for childbirt". J. Amer. med. Ass. 140 (1949). 1256-1258.
- 133- TUPPER, C.: "Conditioning for childbirth". Amer. J. Obstet. Gynec. 71 (1956) 733-740.

- 134- USANDIZAGA, M.: "La ataraxia en el parto". Inst. //
Ibys. 1960.
- 135- VALENTI, B. y POLZO, F.: "Basi anatomo-clínica del
dolore da parto e concetti generali per sua terapia".
Minerva Anestesiologica, 21-V-69. Pág. 968-969.
- 136- VALLEJO, E.: "El parto sin dolor. Técnicas de sofro
analgesia", en "Progresos en Sofrología", autor /
CAYCEDO. Scientia. Barcelona, 1969.
- 137- VANDER, A.: "Parto sin dolor". Barcelona, 1971.
- 138- VARCHAVSKAIA, F. E.: "Psychoprophylaxie des douleurs
de l'accouchement et les moyens medicamenteux les /
plus rationnels". Sovetsk Med. 20 (1956). 73-76.
- 139- WATTEVILLE, H.: "The use of obstetrical analgeha /
at the Maternity Hospital of Genève". Amer. J. obs
tet. Gynec. 73 (1957) 473-491.
- 140- WEBER, A.: "La psicología del dolor". II Symposium
de Reumatología Cibernética. 1971.
- 141- WEINBERG, A.: "Hypnosis in obstetries and gynecolo
gy". Inst. for Res. in Hipnosis, New York, N. Y. /
Clin. Obstet. Gynec. 1963. (483-513).
- 142- WESSEL, H.: "Natural childbirth and the family."
Rev. ed. New York, Harper ROW. 1974.
- 143- WOLFROMM: "Ginecología Psicosomática". Toray-Masson.
Barcelona, 1962.
- 144- WOLMAN, B. B.: "Teorías y Sistemas conteporáneos
en Psicología". Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1970.
Pág. 515.