

# LA PREPARACION SICOPROFILACTICA DE LAS EMBARAZADAS \*

**SOCIEDAD COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

Relator: Doctor **Carlos R. Silva Mojica\*\***

## **I. INTRODUCCION**

Agradecemos a la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología la designación para elaborar el relato sobre la P. S. P. como contribución de nuestro país al IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología.

Desde que comenzamos el estudio y la práctica de este apasionante y controvertido procedimiento obstétrico, hace ya cerca de seis años, nos propusimos ajustarnos a determinada metodología, adelantar las observaciones con entusiasmo pero bajo una permanente disciplina, tratando siempre de apreciar los resultados reales del método, sus alcances y sus limitaciones deducidas

de nuestra propia experiencia, sin dejarnos ofuscar por el excesivo optimismo, no confirmado por la práctica, de algunos otros autores que se han ocupado de este tema.

Para corresponder a tan alta designación nos hemos propuesto presentar en el desarrollo de este trabajo el fruto de nuestra experiencia personal en forma franca y honrada.

Como podrá apreciarse en este relato, la P. S. P. ha tenido en Colombia una amplia difusión, cada día es solicitada por mayor número de pacientes, y de vez en cuando nuevos médicos la adoptan en su práctica obstétrica ordinaria. Lamentablemente la aplicación

---

\* Relato presentado al IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Bogotá (Colombia). Julio 22 a 28 de 1962.

\*\* Profesor de Clínica Obstétrica de la Universidad Nacional. Coordinador del Equipo Médico de Estudios Sico-físicos de Analgesia Obstétrica de Bogotá, D. E. (EMESFAO).

Colaboradores del relato: Doctores Belisario Calderón (†), Hernando Amaya-León, Alberto Gómez-Tamayo, Miguel A. Fernández-Bastidas, Guillermo López-Escobar, Hernando Navas-Angel, Eugenio Pérez-Gómez, Gabriel González-Aguilera, Leopoldo Rozo-Díaz, Guillermo Navas-Angel, Bertha Restrepo, Guillermo Lesmes.

del método encuentra grandes obstáculos que han impedido que nuestras estadísticas nacionales hubieran sido mayores. Los principales obstáculos, a nuestro juicio, son los siguientes: 1º Factor cultural del medio poco propicio, con fuerte convencimiento de que el parto necesariamente tiene que ser doloroso. 2º Preparación muy escasa o nula de los obstetras tanto en reflexología como en medicina sicosomática. 3º Falta de entrenamiento práctico sobre P. S. P. en nuestras facultades de medicina. 4º Escasez de enfermeras con preparación idónea. 5º No haber podido hasta el presente interesar al Estado para apoyar la aplicación de la P. S. P. en mayor escala.

## II. NOMENCLATURA

La denominación de este procedimiento de Analgesia Sicológica ha sufrido algunas variaciones como consecuencia de una mayor investigación y de una mejor interpretación de los resultados objetivos del método. A este respecto anota SCHWARCZ (1): "Consideramos que el nombre de 'Parto sin Dolor' con que lo designaban los autores rusos, denominación que se sigue utilizando sobre todo en publicaciones de carácter divulgatorio, es inexacto, porque involucra una promesa que no siempre se puede cumplir".

Los iniciadores rusos del método le llamaron en un principio (1947) *Método Sicoterápico de Analgesia del Parto* (2).

En 1949 fue bautizado *Sistema de Sicoprofilaxis de los Dolores del Parto* (2).

LAMAZE, promotor del método en Francia, lo llamó *Parto sin Dolor por el Método Sicoprofiláctico*.

PIGEAUD lo designó *Sicoprofilaxis con el Parto Dirigido*.

NOTTER lo llamó *Parto Soportable*.

PASOS M., de Sao Paulo, lo designó *Parto Humanizado* (1), y SCHWARCZ, de Buenos Aires, *Parto Condicionado*.

En el congreso de Kiev (1956) se adoptó esta nomenclatura: "*Preparación Sicoprofiláctica de las Gestantes para el Parto*", en razón de que los partos realmente indoloros por el método son poco numerosos y de que "por lo común no se obtiene más que una analgesia parcial de grados diversos, difícilmente mensurables, y que un resultado más durable revela la acción disciplinante sobre el comportamiento de la parturienta" (SCHWARCZ, loc. cit. op. cit.).

CHERTOK incluye en una amplia denominación de "*Métodos Sicosomáticos del Parto sin Dolor*" a diversos procedimientos de analgesia sicológica, desde el método hipnosugestivo, el sicoprofiláctico, el de READ, el de SCHULTZ o entrenamiento autógeno, y el de Jacobson o relajación progresiva.

READ calificó a su método de "*Parto Natural*". Denominación poco aceptable, ya que negaría el carácter de natural al parto de la mujer no adiestrada. De ahí que el mismo Read lo llamó más tarde *Parto sin Temor*, nombre más ajustado a la realidad, con lo que quiso demostrar la enorme influencia

del factor emocional en la función reproductiva de la mujer.

En nuestro medio, EMESFAO, iniciador y propulsor de los métodos psicológicos de analgesia obstétrica, llamó "*Método Sicoprofiláctico*" al procedimiento que puso en práctica (1956) adoptando una posición netamente ecléctica, posición que aún mantiene hoy, ya que tomó elementos de los sistemas más conocidos: el soviético de Velvoski y colaboradores, el francés de Lamaze-Vellay y el inglés de Read (3).

El Instituto de Educación Prenatal Lamaze (hoy día, Instituto de Sicoprofilaxis Obstétrica de Bogotá, I. P. S. O.) llamó "*Método de Sicoprofilaxis*" al procedimiento puesto en práctica con todo rigor y dogmatismo según las normas de Lamaze y Vellay.

Campos-Garrido (1958) anota en su tesis de grado que toda referencia (hecha en su trabajo) a sicoprofilaxis o método sicoprofiláctico tiene relación únicamente con el método de Nicolaiev-Lamaze-Vellay.

EMESFAO posteriormente adopta la nomenclatura del congreso de Kiev "*Preparación Sicoprofiláctica de las Embarazadas*", permaneciendo en un terreno ecléctico y anotando que el método original, como todo procedimiento psicológico o sicoterapéutico, puede sufrir notables modificaciones en su desarrollo sin detrimento de sus elementos esenciales, con objeto de adaptarlo a la idiosincrasia y al nivel cultural de las pacientes, como también a muchas otras condiciones ambientales.

EMESFAO en todas sus publicacio-

nes ha suprimido la P. de Psiquis y sus derivados, como ha sido reconocido por la Academia Colombiana de la Lengua (8) y además dice y escribe "Sicoprofilaxis" y no "Sicoprofilaxia", por ser aquel término el más usual en nuestro medio y estar registrado en el Diccionario de la Lengua (9), (8).

La Clínica David Restrepo y también la Clínica Luz Castro de Gutiérrez siguen las normas de Lamaze y Vellay (4). La Sociedad Colombiana de Sicoprofilaxis Obstétrica (SCSPO), sus filiales y seguidores, siguen normas francosoviéticas (5).

La Sociedad Colombiana de Obstetricia Sicosomática (SCOSS), fundada por EMESFAO, sus filiales y seguidores, tienen una conducta ecléctica, y además estudian otros procedimientos sicosomáticos aplicables al embarazo y al parto, de ahí que dicha sociedad y dicho equipo sean los iniciadores en Colombia de la aplicación de la hipnosis en obstetricia (6).

Actualmente estas dos sociedades SCSPO y SCOSS, en un esfuerzo de mutuo entendimiento, tienden a unificar criterios y a laborar mancomunadamente por un mismo interés: la obstetricia sicosomática. Igualmente nosotros sostenemos que el término de *Parto sin Dolor* debe conservarse, aunque por el momento no concuerde en la realidad con la mayoría de los casos, por las siguientes razones:

1ª Porque señala una meta a los investigadores de los métodos sicosomáticos, meta que, en nuestro concepto, puede y debe ser alcanzada.

2ª Porque a medida que se difunde el sistema, se perfecciona y se adapta a las condiciones ambientales, como también a medida que mejora el nivel cultural del público y la preparación de médicos y enfermeras, los resultados obtenidos cada vez son mejores.

3ª Porque es un factor de condicionamiento verbal que influye en los resultados.

4ª Porque según principios de psicología motivacional, esa denominación contendría factores importantes para su aceptación por parte de las pacientes, tanto que en algunos casos podría emplearse como estímulo subliminar (7).

En Colombia varios autores se han pronunciado abiertamente contra el nombre de "Parto sin Dolor". Citaremos a dos únicamente: Villamizar y Navas. Dice Villamizar: "Somos partidarios de abolir el nombre de Parto sin Dolor ya que esta condición es privilegio de minorías; igualmente opinamos que no se le debe asegurar a la futura madre que no va a sentir dolor; al sentirlo, puede sentirse engañada y el método corre el peligro de desacreditarse" (10). Por su parte Navas sostiene: "Es criticable la expresión 'Parto sin Dolor', porque nadie honestamente puede prometer parto sin dolor" . . . "Si esta promesa espera crear un reflejo condicionado favorable, se está creando un reflejo falso, tan falso como el de partodolor que se quería suprimir" (11). Navas además con buen número de razones propone el nombre *Parto Tranquilo*; critica la nomenclatura aprobada en Kiev, ya que en el método, según él, no todo es síquico ni todo es profilác-

tico, y propone en cambio este término: *Preparación Sico-Física para el Parto* (11), (12).

### III. HISTORIA Y EVOLUCION DE LOS METODOS SICOSOMATICOS PARA EL PARTO SIN DOLOR. —EN EL EXTRANJERO—

#### *Origen del Método.*

CHERTOK dice: "Como la hipnosis se encuentra en el origen de toda sicoterapia médica, se le encuentra igualmente en las fuentes del método sicoprofiláctico (1). El método sicoprofiláctico surgió ante la imposibilidad de aplicar la hipnosis o la sugestión en masa (2). PLATONOV anota: "La nueva forma de analgesia verbal obstétrica ha salido de nuestro método hipnosugestivo" (3). VELVOSKI dice que "en la historia de la analgesia obstétrica psicológica la primera etapa está constituida por el método hipnosugestivo (M.H.S.) y la segunda por el método sicoprofiláctico" (4). De ahí que según algunos el M. H. S. en analgesia obstétrica, a pesar de lo que se está observando actualmente en Latinoamérica, sea ya una etapa completamente superada (2), (5).

NICOLAIEV comenta en la conferencia de Leningrado: "Las raíces del M. S. P. se encuentran en los principios de nuestro antiguo método hipnosugestivo, basado en las doctrinas de Pavlov" (1).

Presentamos en seguida en orden cronológico las principales etapas en la evolución del M. S. P.:

1947. KHARKOV. Desde esta etapa el equipo de Velvoski estaba elaborando las bases del nuevo método, llamado entonces "Método sicoterápico de analgesia del parto".
1949. GENESIS del M. S. P. KHARKOV. En esta fecha y en esta ciudad se originó el M. S. P. a raíz de las investigaciones llevadas a cabo por los neurosiquiatras Velvoski y Platonov y los obstetras Ploticher y Chougom en un servicio de neurosiquiatría del Ministerio de Transportes de KHARKOV, que tenía por objeto relacionar la siquiatria con otros ramos de la medicina y en el cual se fundó, después de 20 años, un servicio de maternidad (2).
1951. Enero. Leningrado. Conferencia sobre analgesia obstétrica promovida por la Academia de Medicina y el Ministerio de salud de la U.R.S.S., con participación de obstetras, siquiatrias y fisiólogos, quienes discutieron el M. S. P. La teoría fue presentada por Platonov, Velvoski y Nicolaiev, y la parte práctica por ASTAKHOV y otros. Después de largas discusiones y con opiniones opuestas, sobre todo en cuanto a las explicaciones teóricas, el método de Velvoski fue aceptado (1).
1951. Febrero. Consagración oficial del M. S. P. por el Ministerio de Salud de la U. R. S. S. (instrucción Nº 142, del 13 de febrero de 1951).
1956. Febrero. Congreso de KIEV. Se le dio una nueva denominación al método "Preparación sicoprofiláctica de las embarazadas para el parto".

Hoy día la P. S. P. se halla generalizada en la U. R. S. S. y es obligatoria. Lo mismo sucede en la China comunista desde 1952. Aunque la P. S. P. está basada en las teorías de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior, algunos aspectos de sus fundamentos teóricos no están suficientemente aclarados (1), de ahí que existen divergencias entre los autores rusos iniciadores del método.

Vamos a hacer un resumen sobre estos aspectos: 1º Es un hecho que la P. S. P. se basa en los estudios de Pavlov, quien investigó científicamente los reflejos condicionados y dio a conocer sus experiencias en 1902, pero recordemos que él tuvo precursores en la descripción de estos fenómenos: "AVICENA, desde el siglo x de nuestra era, fue sin duda el primero en exponer el concepto de reflejo y la influencia del mundo exterior en el comportamiento animal. Y el primero también en delinear la sedimentación en el cerebro de esas influencias recibidas del medio ambiente, sedimentación a través de la cual tenemos experiencia, memoria, abstracción de pensamiento, etc." (6).

Además una de las más grandes figuras de la literatura clásica española, Lope de Vega, describe en el año de 1615, en una comedia titulada "El capellán de la Virgen", un típico reflejo condicionado (7).

Posteriormente DESCARTES, en 1650 (7), hacía una descripción incompleta del reflejo: "El comportamiento de los animales y las reacciones emotivas de los hombres proceden automáticamente de estímulos internos o externos" (6), y agregaba... "Esto es

tan verdadero, que tengo la certidumbre si un perro fuese azotado cinco o seis veces al son de un violín, cuando volviese a oír el violín huiría ladrando inmediatamente" (6). El mismo Pavlov decía "La noción cartesiana de reflejo es nuestro punto de partida" (8).

Y años más tarde, en 1862, CLAUDE BERNARD y SETCHENOV, ya en una etapa experimental de la medicina, adelantan una serie de investigaciones publicadas con el título "Notas sobre los moderadores de los movimientos reflejos en el cerebro de la rana". Los mismos autores sostuvieron en ese entonces que todos los actos síquicos que se realizan mediante los reflejos, lo mismo que todos los fenómenos intelectuales debieran ser sometidos a la investigación fisiológica y ser explicados por ella (6).

2º Hay puntos sobre los cuales están de acuerdo los autores (CHERTOK), como son: A) El papel dirigente de la corteza cerebral durante el acto del parto. B) Su importancia en la percepción dolorosa, y C) La importancia de la analgesia verbal.

3º No hay acuerdo sobre los siguientes puntos (CHERTOK): A) Naturaleza del dolor del parto. B) Estado de la corteza durante el parto. C) Mecanismo psicológico de la analgesia verbal. D) Papel de la sugestión, y E) Papel de los tipos nerviosos.

Así por ejemplo Velvoski afirmó en un principio: "El dolor no es inherente al acto del parto, acto fisiológico, lo mismo que no existe en el acto de la deglución o de la defecación". "Todo

dolor en el parto es un reflejo condicionado" (9). Pero después modificó sus pensamientos y dijo: "El dolor del parto puede tener dos orígenes: a) de punto de partida somático por un estado patológico uterino, y b) dolor sicógeno o cerebrógeno, cortical, por perturbación en los procesos intracorticales (excitación e inhibición) y córtico-subcorticales (1).

NICOLAIEV es más ecléctico: "No dice que el dolor es siempre patológico, como Velvoski, pero cree que no es indispensable, y que las sensaciones percibidas durante el parto (sensaciones de pesantez y tensión) se hacen dolorosas cuando se les suman factores de orden emocional" (7), Nosotros hacemos notar que esta posición de Nicolaiev es muy semejante a la de Read, a quien señalamos como "pionero" de estas ideas al publicar su primer libro en 1933 acerca del "*Parto Natural*" (7), y que además ha sido fuertemente criticado por autores rusos y franceses.

SALGANNIK (1951, 1953) opina que "el dolor del parto es un fenómeno fisiológico. Por tal motivo los animales sufren en el parto, y sosteniendo que el dolor juega un papel activo en la filogénesis, dice que el dolor obliga al animal a buscar un cobijo para el acto del parto" (1).

DAVIDENKOV critica el término "Dolor-reflejo condicionado" y duda que ese mecanismo pueda tener lugar en el acto del parto. Tampoco cree él en los reflejos condicionados indolorizantes, y da a entender que el método no está basado en los reflejos condicionados (1).

KOSTANTINOV no cree que el parto sea un acto fisiológico como los otros, dado que los otros actos fisiológicos no presuponen riesgos como desgarros, hemorragias, etc., etc. (1).

En cuanto al estado de la corteza durante el parto, Velvoski dice que se encuentra en estado de inhibición. Salgannik contradice: "No puede haber inhibición cortical, si la corteza al mismo tiempo dirige el parto", y Davidenkov opina que se abusa del término "Estados de fase", pues en la fase paradojal podría suprimirse el dolor por estímulos fuertes provenientes del útero, lo que no es el caso.

Respecto del mecanismo fisiológico de la analgesia verbal dice Chertok: "las hipótesis de Velvoski carecen de claridad y son difíciles de probar; según él, el dolor se suprimiría por dos mecanismos: analgesia por inhibición o por elevación del umbral cortical del dolor. Nicolaiev opina que no pueden oponerse en la corteza dos estados, inhibición y excitación y agrega que la instrucción dada a las embarazadas produce cierta inhibición cortical, o fase hipnoide, que no llega a hipnosis pero que tampoco es un estado de vigilia absoluta. Admite Nicolaiev que en este estado obrarían las sugerencias, pero que durante el parto la corteza de las embarazadas sí debe ser activa.

En cuanto a la sugestión, Velvoski la reconoce pero no le da importancia y la minimiza. Nicolaiev la acepta ampliamente, lo mismo que Salgannik y Konstantinov, quienes le dan un gran valor.

Respecto del tipo nervioso las opiniones también están divididas; unos declaran que este es un problema muy complejo no aclarado aún. Otros no le dan mayor importancia (Velvoski), y otros insisten en apreciar el tipo nervioso de la paciente (Nicolaiev).

Como conclusión citamos estas palabras de Chertok: "El M. S. P. se encuentra siempre en estado de experimentación, de verificaciones y sobre todo de perfeccionamiento", a lo cual agregamos nosotros que no es posible hoy día en la práctica de la P. S. P. hablar de "rigor", de "dogmatismo", de "estricta observación", de "los sólidos principios" del M. S. P. cuando, como acabamos de ver, existen en sus bases tantos puntos contradictorios, oscuros y teóricos como pueden hallarse en el método de Read.

#### *La P. S. P. en Francia.*

1950. Congreso Mundial de Ginecología, París. Nicolaiev informa en esta ocasión sobre el M. S. P., lo cual interesa a Lamaze, quien decide viajar a Rusia.

1951. Leningrado. Lamaze, en el servicio de Nicolaiev, observa por primera vez un parto sin dolor; considera esta experiencia como una "verdadera revolución" y decide con un empeño ejemplar difundir el método no sólo en Francia sino en el mundo entero (2).

A su regreso a Francia implantó Lamaze el M.S.P. en la Clínica de los Metalúrgicos de París, a donde acuden médicos de todo el mundo a aprender la nueva técnica (1952).

1954. El Concejo Municipal de París designó una partida del presupuesto para llevar a cabo el M. S. P. en las maternidades de la ciudad (2). A partir de 1954 su difusión es más rápida. Lamaze publica sus resultados (*Revue de la Nouvelle Medicine*); se publican varias tesis en París y Nancy; se discute el M.S. P. en el congreso de Turín (1954); se publican libros de divulgación (Colette Jeanson); se informa sobre sus resultados en medio rural y domicilio; Lamaze y Vellay se presentan en el congreso de Bruselas, 1955; Lamaze viaja a La Habana (1955), al Brasil y Argentina. Vermorel publica un libro (1957); Vellay informa sobre cinco años de experiencia en el congreso de Turín (1957), y más tarde (1958) presenta un informe en el congreso de Montreal. A todo esto se agrega que en enero de 1956 el Papa Pío XII da a conocer la aprobación de la Iglesia al Método del Parto sin Dolor (2), lo cual contribuye a que el método se difunda aún más rápidamente, sin los grandes obstáculos, indiferencia y oposición que encontró Read, quien había sido objetado severamente por la Iglesia Anglicana (1) (78).
1958. 6 de marzo: fallece Lamaze, pero su colaborador P. Vellay, con redoblado celo apostólico, continúa su labor (10).
1958. Febrero. Se crea la Sociedad Internacional de S. P. O., como había sido propuesto anteriormente por Lamaze y Vellay (10).
1959. Vellay viaja a América. Dicta conferencias. Hace demostraciones, proyecta su filme y funda sedes de la Sociedad Internacional en U.S.A., Colombia, Brasil y Argentina.
1959. Octubre; aparece el primer número del Boletín Oficial de la Sociedad Internacional.
1961. Septiembre. Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología en Viena. Vellay y colaboradores presentan una experiencia de 10 años con el M. S. P. (11).
1962. Mayo, París. Se reúne un Congreso de S. P. O.
1962. Julio, París. Se reúne un Congreso de Medicina Sicosomática y Obstetricia. Cárdenas-Escovar asiste en representación de Colombia y presenta un informe sobre la P. S. P. en la Clínica David Restrepo de Bogotá.
- Comentario sobre el método en Francia y las divergencias con el método de Read.*
- Vamos a dejar sentados estos puntos:
- 1º Quien primero estableció un método para el parto sin dolor fue el Inglés G. D. Read, explicando el proceso por el síndrome temor-tensión-dolor (1929) (1).
- 2º Posteriormente, en 1949 (20 años después), los rusos presentaron su método de parto sin dolor basados en la teoría de la actividad nerviosa superior estudiada por PAVLOV.
- 3º Gracias al esfuerzo de Lamaze, colaboradores y continuadores, se di-

fundió en el mundo occidental el M.S. P. al mismo tiempo que recobraron actualidad otros métodos para parto sin dolor, especialmente el de Read, y se originaron numerosas polémicas sobre primacía, valor científico, originalidad y efectividad de los métodos.

4º Los rusos, al decir que son los iniciadores del parto sin dolor, presentan una fecha (1923), que es la iniciación del M. H. S. y no del M. S. P.

5º Los iniciadores del parto sin dolor por el M. H. S. fueron Liebault y Latontaine, franceses, quienes precedieron 60 años a los rusos en esta aplicación (1843 y 1866) (1).

Al aparecer el M. S. P. tanto franceses como rusos lo encuentran no sólo muy semejante sino igual al de Read (1953, Lamaze, Vellay), Lacombe y otros anotan: "La técnica de Read parece no haber sido muy modificada por médicos y tocólogos soviéticos". "No puede dejar de percibirse la asombrosa similitud entre los dos métodos" (1). "Lamaze y Vellay dicen: no es posible que existan dos métodos diferentes".

Pero a partir de 1954 Lamaze y colaboradores fijan una posición dogmática inflexible; "no es posible confundir el M. S. P. de origen soviético con ningún otro sistema de parto sin dolor. Y formulan las siguientes objeciones al método de Read: No es científico. Es empírico (en el M. S. P. hay bases fisiológicas no aclaradas. Y además Read menciona los reflejos condicionados). No es práctico (Read tuvo oposición y trabajó solo). Es un método hipnosugestivo (Nicolaiiev reconoce que hay un estado prehipnótico en el M. S. P.; otros

dan gran valor a la sugestión). La relajación en Read obra por inhibición cortical (para los rusos lo mismo. Los franceses lo interpretan como fenómeno cortical activo). El método de Read es para el parto sin temor, como él lo llamó al principio. El M. S. P. es para el parto sin dolor (El porcentaje de partos indoloros por el M. S. P. es bajo. El nombre le fue cambiado en el congreso de Kiev).

Toda esta crítica no tiene mayor fundamento, pues el hecho es que los dos métodos no se diferencian sino en la concepción y explicación de sus bases y en la interpretación neurofisiológica. Tales objeciones solamente tienen explicación teniendo en cuenta el criterio soviético, pues según RENTCHNIC (12) en la U. R. S. S. los científicos establecen "uniformidad del pensamiento médico, estableciendo la supremacía de un dogma médico", y además reciben normas exactas de "retener todo lo que fuese esencialmente ruso; ser invulnerables a lo extranjero... y basar todo el futuro de la medicina soviética en Pavlov".

Ultimamente esta contienda "M.S.P. versus Read" ha decaído bastante, pero en cambio comienza a surgir otra de no menos grandes proporciones: "M. S. P. versus hipnosis", ya que, como anota Báez (13), en estos métodos (M. S.P. y Read) "se trata de obrar sobre la siquis de la embarazada, utilizando la relajación muscular, la respiración controlada y la sugestión en vigilia, considerada como una antesala de la hipnosis. En estas condiciones se lleva a la grávida a un estado hipnótico de mayor o menor profundidad". También

esta va a ser una discusión estéril, pues los fundamentos sicofisiológicos de la hipnosis aún permanecen desconocidos.

Con la iniciación del método en Francia se extendió a otros países de Europa y América y ha sido estudiado por diversos autores: en Bélgica por Grégoire, Draps, Schoysman y Peetars; en los Países Bajos por DE LEEWE; en Suiza por De Watteville y Geisendorf; en Portugal por Bermudes Dos Santos y Madeiros; en España por Hernández, Jiménez, Conill y Dexeus; en Italia por Malcovati; en Brasil por Passos, Grelle y Cavalheiro; en Argentina por Báez y Schwarcz, quienes presentaron en 1958 un relato sobre la P. S. P. en el X Congreso de Obstetricia y Ginecología; en U. S. A., New York, recientemente se fundó la A. S. P. O. (Sociedad Americana de S. P. O.). Aclaremos que dentro de los límites de esta ponencia dejamos de mencionar otros países y muchos otros autores y sus obras.

#### LOS METODOS SICOSOMATICOS DE ANALGESIA OBSTETRICA EN COLOMBIA

Cronológicamente esta ha sido la evolución de estos métodos.

1948. López-Escobar (2) aplica el método de Read en sus pacientes privadas. El mismo autor, en 1953, visita la Clínica de los Metalúrgicos de París.

1954. Fernández-Bastidas, Silva-Mojica y otros estudian los métodos sicosomáticos. Silva-Mojica inicia la enseñanza del M. S. P. en la Cátedra

de Obstetricia de la Universidad Nacional (14).

1955. Campos-Garrido comienza a preparar su tesis de grado interesado por las informaciones recibidas en la clase de obstetricia (2), (14). En el primer seminario de Educación Médica (Cali) se introdujo la enseñanza de la P. S. P. en los programas de obstetricia (14).

1956. Silva-Mojica aplica la P. S. P. en grupo a sus pacientes privadas; Riaño-Alvarez y López-Escobar dictan sendas conferencias en un curso de post-graduados en la Universidad de América (14), (15). Se fundó el EMESFAO: sus integrantes, conocedores de la teoría, práctica, limitaciones y puntos discutibles de los diferentes sistemas, adoptan una posición ecléctica, tratan de adaptar una P. S. P. al medio y fijan un amplio programa de divulgación. La Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología estudia el tema. Isaza-Mejía, recién llegado de Europa, enseña en Medellín y otras ciudades el método de Lamaze y lo aplica en Medellín (14).

1957. Calderón aplica por primera vez el método en pacientes hospitalarias del Hospital de San José de Bogotá; EMESFAO dicta su primer curso de post-graduados en la Clínica Palermo. En agosto se fundó el Instituto de Educación Prenatal Fernand Lamaze (hoy IPSO) (2), y fija una posición dogmática alrededor del método Lamaze-Vellay; Isaza-Mejía publicó un libro: "Maternidad sin dolor" (16). En el Hospi-

tal de San José se dicta un curso para instructoras. La Sociedad Médica Javeriana patrocinó un ciclo de conferencias. Se funda un equipo en la Clínica de Marly. En el III Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología (Ibagué) presentaron trabajos EMESFAO (14), Isaza-Mejía (17) y el Equipo del Hospital San José (18). En abril se fundó la Sociedad Colombiana de Sicoprofilaxis Obstétrica filial de la Internacional (SCSPO) (19). EMESFAO elabora dos filmes (20).

1958. Se fundó el Instituto Fernand Lamaze de Cali; Bruno y Campos dictan conferencias en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Quindío. Los mismos y Lleras hacen mesas redondas y prácticas en Cali (2); EMESFAO dicta su segundo curso de post-graduados en Cali (2). Campos dicta dos conferencias en la Universidad del Cauca (Popayán) (2). EMESFAO orienta la formación de un equipo filial en Cali. EMESFAO dicta conferencias en el Círculo Médico de Girardot (23). Fernández-Bastidas presenta un trabajo a la Sociedad de Cirugía. Campos presenta (2) su tesis de grado sobre el método de Vellay-Lamaze.

1959. EMESFAO organiza el "Primer Simposio Colombiano sobre Métodos Sicofísicos para el Parto Indoloro" (23), (30); presentaron trabajos en esa ocasión, además, Navas-Uribe (31), de Barranquilla, el IDESPEP de Cali, Isaza-Mejía (27), de Medellín, el equipo de Pereira.

Las conclusiones del Simposio contemplaron estos puntos: unificación de criterios respecto a los métodos sicosomáticos; unificación de calificación; normas para la difusión y creación de la Sociedad Colombiana de Obstetricia Sicosomática (SCOSS), la cual fue fundada oficialmente en abril con sedes en Barranquilla, Cúcuta, Bucaramanga, Pereira y Cali (24). EMESFAO publica un libro de divulgación: "Educación Prenatal para el Parto Indoloro" (25). EMESFAO dicta conferencias a los médicos de Prenatal de los dispensarios del Distrito. La Clínica David Restrepo pone en práctica el método de Lamaze-Vellay (enero) e invita a Vellay, quien dicta (marzo) un ciclo de conferencias (26) e hizo la instalación de la Sociedad Colombiana de Sicoprofilaxis Obstétrica (SCSPO). EMESFAO presenta un trabajo a la Fundación Angel Escovar; IPSO presentó un informe en el IV Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología (Barranquilla). Malcovati, de Milán, dicta conferencias en la Clínica David Restrepo.

1960. La Clínica Restrepo publica un informe en el Boletín de la Sociedad Internacional; EMESFAO hace varias publicaciones (28), (29), (34), (32), (33), (35). Se reúne en Medellín el II Simposio de Sicoprofilaxis; asisten a él miembros de la SCSPO y de la SCOSS; presentaron trabajos la clínica Restrepo, IPSO, EMESFAO, la Clínica Luz Castro de Gutiérrez, Isaza-Mejía, Navas-Uribe, Arenas - Buenahora, quien además presentó un magnífico filme, Villamizar-Flórez y otros. En las conclusiones del Simposio se

aprobó unificar la Historia Clínica y nuevamente se modifica y unifica la clasificación de resultados. Diversos autores hacen varias publicaciones (37), (38), (39), (40), (41), (42), (43), (44), (45), (46), (47), (48). Isaza-Mejía publica su segundo libro: *Maternidad y Menstruación sin dolor* (53). Alviar-Machado, de la Universidad Javeriana, elabora su tesis de grado con pacientes de la Clínica Restrepo (79).

1961. EMESFAO estudia la aplicación del Método Hipnosugestivo. Silva-Mojica aplica hipnoterapia en el parto y otros estados del embarazo: describe el "Síndrome Depresivo Emetizante de las Embarazadas"; presenta resultados en las Primeras Jornadas Argentinas de Hipnología y en el Primer Congreso Panamericano de Hipnología (Río de Janeiro, julio) (49). Se reúne el III Simposio Colombiano de Sicoprofilaxis Obstétrica (Bucaramanga) (50) patrocinado por las dos Sociedades SCSP y SCOSS: Se presentaron trabajos sobre factores emocionales y psicológicos en relación con la P. S. P. (51), (52), (54). Arenas-Buenahora, IPSO y EMESFAO presentaron los primeros resultados obtenidos con hipnosis (55), (56), (57), (58). Se hizo un amplio estudio sobre las causas de fracasos. Presentaron numerosos trabajos sobre diversos temas. (V. Bibliografía) (59), (60), (61), (62), (63), (64), (65), (66), (67), (68), (69), (70). En este Simposio se puso de presente una

gran tendencia a reforzar la P. S. P. con hipnosis. Las conclusiones se refirieron a una mayor difusión de la P. S. P. y a proseguir los estudios de hipnosis (71), (72), (73), (74), (75), (76), (77). EMESFAO invita a Cavalheiro, de Río de Janeiro, quien dicta un curso sobre P. S. P. y método hipnosugestivo. Sánchez hace su tesis de grado sobre aplicaciones de la hipnosis en obstetricia (80).

1962. Salazar y Silva (febrero) aúnan esfuerzos para el estudio de la hipnosis y más tarde (abril) fundan el Instituto de Hipnosis Médica de Bogotá. Silva-Mojica inicia (marzo) la P. S. P. en la Caja de Previsión del Distrito. Salazar Dávila y Silva-Mojica, representantes de las sociedades SCSP y SCOSS, resuelven trabajar de común acuerdo por el progreso de la P. S. P. Cárdenas-Escovar (julio) viaja a París al Primer Congreso Internacional de Medicina Sicosomática y Obstetricia y presenta un informe. Silva-Mojica presenta un relato en el IV Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología (Bogotá, julio).

#### IV. ESTUDIO SOBRE APRECIACION OBJETIVA DEL DOLOR Y CLASIFICACION DE RESULTADOS

Desde tiempos pasados con la práctica y realización de los diversos métodos sicofísicos para el parto indoloro todas las escuelas se han preocupado por hallar un sistema apropiado que permita clasificar los resultados obtenidos en forma acertada y científica (4).

Esta es una de las principales críticas que se han formulado al método sicoprofiláctico, ya que los resultados se basan en la explicación de un fenómeno tan subjetivo como el dolor, y las declaraciones de las pacientes.

Por este aspecto, creemos que todas las estadísticas sean discutibles. "Se dice de ellas que son ambiguas como los oráculos de las pitonisas" (SCHWARCZ) (1). Además, no hay uniformidad de criterio respecto a la apreciación de los resultados; cada escuela, si no cada autor, ha elaborado su propia clasificación. Existe además la dificultad para diferenciar no sólo los diversos grados de dolor, sino las diferentes clases: dolor físico, dolor emocional, dolor simulado. El solo informe de la paciente no es suficiente, ya que es frecuente el caso de amnesia post-parto (Schwarcz). Nosotros, en un informe presentado al III Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología (1957), anotamos: "el testimonio en forma de relato del caso no tiene mayor valor científico ni estadístico. Los detalles dados en esta forma son vagos, extensos y no siempre ceñidos a la realidad por el obvio compromiso con el obstetra. Un estudio científico o estadístico sobre este material sería dispendioso si no imposible" (5).

Sobre el mismo problema opina Báez: "Es tan difícil conocer el dolor a través de las manifestaciones subjetivas como el aspecto objetivo. No hay nada que nos pruebe con seguridad el dolor; sólo sabemos que están asociados a él otros fenómenos: elevación de la tensión arterial, movimientos de huida o de

defensa, dilatación pupilar, aumento de la profundidad respiratoria y gritos. Pero estos síntomas pueden estar presentes sin que haya dolor" (22). Si es cierto que carecemos de objetividad en los resultados del método, igual carencia se presenta en la apreciación de los efectos de los fármacos analgésicos (Bauer) (3).

Son numerosos los sistemas que se han propuesto para registrar el dolor de manera objetiva. Entre otros los siguientes: el sistema del dolorímetro (Javert y Hardy), consistente en comparar el grado de dolor con la sensación producida por un excitante térmico. El dosaje de adrenalina en la sangre. El recuento de eosinófilos. La apreciación de secreción "focal" de sudor. Pero los registros pletismográficos, según Bauer, practicados por Nicolaiev y Shelojovtzeva, y en Argentina por Schwarcz, son los que ofrecen mejores perspectivas (1), (3).

SHISHKOVA y otros observaron el comportamiento de sustancias simpaticotropas y vagotropas (acetilcolina y adrenalina) en los partos sin analgesia y en los preparados con sicoprofilaxis en su tasa sanguínea, y encontraron que al terminar la preparación sicoprofiláctica el contenido de adrenalina en la sangre descendía en más del 50% y ascendía en las no preparadas. La dosificación de adrenalina sería más fácil por métodos indirectos según COHN, citado por Bauer (6), determinando su aumento por la presencia de cosinopenia. Esta sería una prueba realizable con relativa facilidad en nuestro medio según el informe de Calderón y Sala-

manca (7), presentado en la Sociedad Colombiana de Obstetricia Sicosomática (SCOSS).

En cuanto a la acetilcolina (6) se encontró igual en ambos grupos antes del parto. En el parto no cambió en las preparadas, mientras que en las no preparadas hubo modificaciones francas.

Nicolaiev y Shelojovtzeva, hicieron interesantes experiencias con el pletismógrafo. Como se sabe, el pletismógrafo registra la cantidad de sangre que contiene un segmento del organismo (un miembro por ejemplo) presentando tres clases de ondas: 1ª Ondas de pulso que corresponden a las contracciones cardíacas. 2ª Ondas respiratorias y 3ª Ondas irregulares que corresponden a la contracción o relajación de las paredes vasculares bajo la influencia del dolor obstétrico en este caso especial.

SHISHKOVA e IVANOV observaron en una serie de mujeres que recibieron preparación sicoprofiláctica la regularización de sus ondas vasculares, en tanto que en las no preparadas se registraban reacciones vasculares caóticas e inestables al oír palabras agresivas: fórceps, dolor, parto, etc.

A conclusiones similares llegó VELVOSKI y otros, quienes asociaron el

Pero a pesar de todos estos procedimientos subsiste el problema, ya que ellos no son de fácil ejecución para la mayoría de los obstetras. Por tal motivo y por la diversidad de criterios, se hace complicado establecer comparaciones entre las diferentes estadísticas, como veremos en los datos siguientes: En la Maternidad del Hospital Central Neurosiquiátrico del Ministerio de Comunicaciones de KHARKOV (1954) basan los resultados por una parte en el comportamiento de la paciente juzgado por el observador, y por otra sobre las declaraciones de la mujer (8). La evaluación representa una escala de cinco notas:

- 5: Representa la nota máxima. Ningún dolor. La paciente está consciente y activa durante todo el parto.
- 4: Lamentaciones de corta duración, dolores soportables.
- 3: Fracaso a pesar de una analgesia temporal (La nota 3 para unos es fracaso, para otros es éxito parcial).
- 2 o 1: Fracaso completo.

Nicolaiev propuso la siguiente fórmula para la apreciación de resultados:

... horas D. I.	<u>M:</u>	... horas D. C.	<u>M:</u>	... Horas E. M.
	C. Q.		C. Q.	C. Q.

registro pletismográfico al histerográfico y además estudiaron el efecto de diversas drogas (dolantina, éter, N<sub>2</sub>O, paraldehído) sobre las oscilaciones vasculares imputables al dolor.

con la cual se tiene en cuenta el comportamiento de la paciente en tres etapas diferentes del parto: hasta tres centímetros de dilatación; de este punto hasta dilatación completa; y período

expulsivo. Así como también la duración de cada uno de estos 3 períodos, la marcha normal o complicada del trabajo y presencia o ausencia de quejas por parte de la paciente.

Esta fórmula, aparentemente muy completa, es de difícil aplicación y práctica. La Clínica David Restrepo la usó en un comienzo pero después la abandonó por complicada (9).

El Instituto F. Lamaze de Bogotá (10) (hoy IPSO) adoptó desde un comienzo la clasificación propuesta por Lamaze y Vellay, seguida posteriormente por la Clínica David Restrepo (9):

*Excelente:* Ausencia total de sensación dolorosa. Comodidad permanente de la mujer, que se comporta en el curso de su parto lo mismo que dentro de una actividad habitual y se adapta a las contracciones sin esfuerzo.

*Muy bien:* Criterio muy similar a la categoría precedente, pero la adaptación de la paciente significa un esfuerzo más sostenido y menor comodidad.

*Bien:* Sobre un fondo idéntico al precedente, se observa periódicamente un descenso del umbral del dolor, lo cual da una calidad dolorosa ligera y momentánea a la percepción de las interocepciones uterinas.

*Regular:* Existencia de una sensación dolorosa atenuada que puede perjudicar por momentos la adaptación.

*Pasable:* Estado de excitación sicomotriz, sin llegar a constituir el cuadro

comúnmente observado en la mujer no preparada.

*Fracaso:* Agitación y gritos.

EMESFAO en su posición ecléctica ya mencionada elaboró desde un comienzo su propia clasificación basada en manifestaciones de dolor, comportamiento de la paciente y drogas aplicadas analgésicos o anestésicos. Esta clasificación fue adoptada después por los miembros de la SCOSS, Navas-Uribe, Arenas-Buenahora, Villamizar - Flórez, Múnnera-Angel y otros (5).

*Excelente:* Paciente sin medicación sedante, analgésica ni anestésica (salvo anestesia local para episiotomía). Testimonio de la paciente sobre ausencia de dolor o dolor tolerable. Paciente consciente y lúcida en el momento del nacimiento.

*Bueno:* Paciente que necesitó alguna clase de analgesia durante el trabajo (drogas y dosis máxima: demerol 100 mg.; barbitúricos: 0-20; atrinal o similares 2 amp. Proscrito el uso de escopolamina). Paciente consciente y lúcida en el momento del nacimiento.

*Regular:* Período de dilatación indoloro o con dolores tolerables. Período expulsivo doloroso. Paciente inconsciente (anestesiada) en el momento del nacimiento.

*Malo:* Trabajo doloroso (dolores intolerables) tanto en período de dilatación como en período expulsivo. Paciente inconsciente en el período de dilatación y anestesiada en período expulsivo.

En el Primer Simposio sobre Métodos Sico-físicos para el Parto sin Dolor, convocado por EMESFAO con el fin principal de unificar criterios, se aprobó la siguiente clasificación concebida también en cuatro términos:

*Excelente:* Parto a plena conciencia y sin dolor.

*Bueno:* Dolor tolerable y lucidez perfecta durante todo el parto.

*Regular:* Percepción de dolor controlable. Deseo de alguna analgesia, quejas, alguna inquietud pero respuesta a las órdenes.

*Malo:* Dolor intolerable. Paciente inconsciente en el nacimiento.

En el II Simposio Colombiano de S. P. O. (Medellín, 1960), con asistencia de representantes de las dos sociedades, SCSPPO y SCOSS, se volvió a debatir el tema de la clasificación de resultados, y con miras a presentar un trabajo unificado en el IV Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología se aprobó una nueva clasificación concebida únicamente en tres puntos y basada en la clasificación de Lamaze y Vellay (11).

*Bueno:* Categoría que engloba todos los grupos en que no hay dolor, o sea los tres primeros grupos de la clasificación francesa.

*Regular:* Con las mismas características del descrito en el esquema original, para incluir todos los casos en que no fue posible suprimir realmente el dolor, pero se obtuvo un benefi-

cio innegable expresado en el comportamiento, colaboración y satisfacción de la paciente.

*Fracaso:* Incluye los "pasables y fracasos" del sistema original y que se caracteriza por dolor, excitación sicomotriz y falta de colaboración, lo mismo que en las pacientes no preparadas.

Esta clasificación fue ratificada en el III Simposio Colombiano de S. P. O. (Bucaramanga 1961), y los resultados de este relato están expresados según ella. Se acordó igualmente en aquella ocasión presentar los resultados en dos grupos: 1º pacientes no intervenidas, y 2º pacientes intervenidas (cesárea y fórceps especialmente).

## V. RESULTADOS ESTADISTICOS

Desde 1956 venimos preparando las pacientes privadas de los médicos integrantes del Equipo en la Clínica Palermo de Bogotá. El desarrollo de los cursos ha sufrido algunas modificaciones consistentes en lo siguiente: desde 1959 suprimimos la gimnasia al estilo de Read, introdujimos unas clases de Higiene Prenatal, para ser dictadas en los primeros meses del embarazo, y EMESFAO se declaró en "equipo de puertas abiertas", es decir, dispuesto a preparar a toda paciente que lo solicite con autorización del respectivo obstetra, aunque éste no formara parte del equipo. En esta forma hemos conseguido

beneficiar a un mayor número de pacientes y difundir más la P. S. P. entre los obstetras de Bogotá. Así es como al presente hay en la ciudad 60 médicos que envían pacientes regular u ocasionalmente para ser preparadas en EMES-FAO.

El curso teórico comprende dos partes: 1ª Higiene del embarazo, que se inicia durante los tres primeros meses, y 2ª P. S. P., que se inicia aproximadamente a los 7  $\frac{1}{2}$  meses de embarazo. El curso de Higiene Prenatal comprende 4 clases: cuidados generales del embarazo; aspectos emocionales del embarazo; conferencia especial para maridos (asiste la pareja); la dieta durante el embarazo; proyección de un filme sobre el M. S. P. El curso sobre P. S. P. consta de 6 clases: introducción a la P. S. P. y generalidades; fisiología del parto; fundamentos de la P. S. P. (teorías de Pavlov y de Read); período de dilatación; período expulsivo, alumbramiento y puerperio; y puericultura. Proyección de un filme. A estos cursos teóricos asisten grupos de 20 a 30 señoras.

La parte práctica al presente está reducida a relajación, respiración en sus diferentes tipos, pujo y ensayo del parto. Desde hace un año venimos practicando la relajación en una forma "pasiva" es decir con un criterio hipnosugestivo. La práctica está encomendada a 3 enfermeras graduadas con entrenamiento adecuado, quienes preparan a las señoras en grupos de a ocho y les prestan "apoyo" desde que ingresan en trabajo a la clínica. Todos los datos del parto son recogidos en un formato de historia especial (v. modelo) elaborado por la

SCOSS. Durante el parto la paciente está acompañada desde el ingreso a la clínica por la instructora con quien hizo el entrenamiento práctico y por el obstetra de cabecera. Las múltiparas llegan a la clínica desde el comienzo del trabajo. A las primíparas se les recomienda ingresar después de algún tiempo de comenzado el trabajo, con contracciones cada 3 a 5 minutos para evitar descondicionamiento por permanencia prolongada en la clínica. De rutina se aplica enema intestinal y se hace amniotomía precoz, si las condiciones lo permiten. En buen número de casos se induce o se conduce el trabajo. En caso de complicación de cualquier género (dolor, temor, distocia dinámica o de otro género) se acude a los medios farmacológicos u obstétricos usuales (ataráxicos, antiespasmódicos, analgésicos, anestésicos, fórceps, cesárea, etc.). En algunos casos aplicamos O<sub>2</sub> en el período de dilatación, pero con más frecuencia en el período expulsivo. Con bastante frecuencia usamos anestesia local para la episiotomía y para la reparación de las lesiones perineales. En algunos casos de fórceps y revisión uterina no hemos empleado anestesia química sino el condicionamiento de la "maniobra de Cali" descrita por los colombianos Muñoz Delgado y Campos-Garrido.

Todos los datos del parto son recogidos en un formato de historia especial, elaborado por la SCOSS. La paciente presenta también un informe escrito sobre el resultado de su caso. De la revisión de estas historias hemos obtenido los datos básicos para la elaboración de este relato.

## RESULTADOS

Instrucciones para llevar esta Hoja de Control.

SUBRAYE O LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO CUANDO CORRESPONDA

*Nº de Historia*

- |                 |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| 1. Paciente     | 4. Edad                             |
| Fecha del parto | 5. Grávida . . . . . para . . . . . |
| 2. Médico       | 6. Nº de partos con P. S. P.        |
| 3. Equipo       | 7. Edad del embarazo                |
|                 | 8. Ocupación                        |

9. Examen sicológico:

- |   |   |
|---|---|
| 10. Complicaciones durante el embarazo: amenaza de aborto; amenaza de parto prematuro. Placenta previa. Toxemia. A. | Renal. Hiperemesis. Cardiopatía. Hidramnios. Trauma sicológico. Rechazo al embarazo. Isoinmunización Rh. Anemia. Otros: |
|---|---|

*Preparación:*

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 11. Nº de conferencias     | 13. Preparación extemporánea                   |
| 12. Nº de clases prácticas | 14. Calificación de la preparación<br>B. R. M. |

*Parto:*

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 15. Espontáneo                | 24. Membranas. Ruptura: espontánea, artificial, precoz, prematura, tempestiva, tardía. |
| 16. Inducción                 | 25. Episiotomía: con anestesia, sin anestesia.   |
| 17. Conducción                | 26. Desgarro, grado.   |
| 18. Presentación y variedad   | 27. Sutura perineal: con anestesia, sin anestesia                                      |
| 19. Rotación: fácil, difícil  | 28. Fórceps. Indicación: con anestesia, sin anestesia                                  |
| 20. Expulsión: fácil, difícil | 29. Cesárea. Indicación:   |
| 21. Duración de la dilatación | 30. Otras maniobras obstétricas:   |
| 22. Duración de la expulsión  |  |
| 23. Duración total            |  |

*Drogas Aplicadas (Incluido oxígeno y analgésicos) Dosis:*

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 31. En el borramiento | 34. En el alumbramiento |
| 32. En la dilatación  | 35. En el post-parto    |
| 33. En la expulsión   |                         |

---

*Anestesia*

- |                        |   |
|------------------------|---|
| 36. Clase de anestesia | 37. Tiempo del parto en que fue aplicada: |
| a) general             | 38. Indicación                            |
| b) regional:           | 39. Duración                              |
| c) local:              | 40. Complicaciones:                       |
- 

*Alumbramiento*

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 41. Espontáneo                       | 45. Maniobras: extracción manual, otros: |
| 42. Natural                          | 46. Revisión uterina                     |
| 43. Artificial                       | 47. Complicaciones                       |
| 44. Tiempo: a los            minutos |  |
- 

*Recién nacido*

- |                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| 48. Peso                 | 55. <i>Estado físico (Apgar)</i>  |  |
| 49. Talla                | color                    2    1    0  |  |
| 50. De término           | respiración            2    1    0  |  |
| 51. Prematuro            | pulso                    2    1    0  |  |
| 52. Postérmino           | tono muscular        2    1    0  |  |
| 53. Reanimación          | respuesta al  |  |
| 54. Cuidados especiales: | estímulo                2    1    0   |  |
| a) incubadora            |   |  |
| b) oxígeno               | 56. <i>Calificación</i>   |  |
| c) otros                 | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 40px;"></td></tr></table> |  |
|                          |   |  |
- 

*Complicaciones*

- |  |   |
|--|---|
| 57. <i>En la dilatación:</i> fatiga, vómito, lumbalgia, calambres, parestesias, dolor, temor<br>distocia cervical:<br>distocia dinámica:<br>sufrimiento fetal:<br>otros: | 58. <i>En la expulsión:</i> fatiga, vómito, calambres, lumbalgia, parestesias, dolor, temor<br>distocia cervical:<br>distocia dinámica:<br>sufrimiento fetal:<br>otros: |
|--|---|
-

*Descondicionamiento*

- |  |   |
|--|---|
| <p>59. En el borramiento</p> <p>60. En la dilatación</p> <p>61. En la ruptura de las membranas</p> <p>62. En la fase de transición</p> <p>63. Al pasar a la sala</p> <p>64. En la expulsión</p> <p>65. Causa del descondicionamiento</p> <p>66. Puerperio. Normal. Sepsis. Complicaciones inmediatas o tardías:</p> <p>67. Estado de la madre a la salida de la clínica:</p> <p>68. Estado del niño a la salida de la clínica:</p> | <p>69. <i>Observaciones de la Madre:</i></p> <p>70. <i>Observaciones de la Instructura:</i></p> <p>71. <i>Observación del Obstetra:</i><br/>Relajación:<br/>Respiración:<br/>Procedimientos indolorizantes:<br/>Pujo:<br/>Otros medios de condicionamiento:</p> <p>72. <i>Calificación del caso:</i><br/><i>E. B. R. M.</i></p> <p>73. <i>Causa del fracaso:</i><br/>Obstetra:<br/>Doctor</p> |
|--|---|

## INFORME DE LA PACIENTE:

- |  |  |
|--|--|
| <p>Fecha del Parto:</p> <p>Nombre de la Señora:</p> <p>Ocupación:</p> <p>Nombre del médico:</p> <p>¿Perdió el control durante el parto?</p> <p>¿En qué momento se descontroló?</p> | <p>¿Cuál fue la razón para perder el control?</p> <p>¿Estaba usted consciente al momento del nacimiento de su hijo?</p> <p>¿En su opinión considera usted su caso: Excelente, Bueno, Regular o Malo, y por qué?</p> <p>Observaciones generales de la Señora.</p> <p>Firma de la Señora</p> |
|--|--|

## DATOS ESTADISTICOS DE EMESFAO

Número total de pacientes atendidas desde agosto de 1956 hasta abril de 1962	1.178
Número de pacientes atendidas por sicoprofilaxis .....	858
Primíparas .....	425
Multíparas .....	433
Número de pacientes atendidas por sicoprofilaxis reforzada con método hipnosugestivo .....	320
Primíparas .....	154
Multíparas .....	166

Número de fórceps en P.S.P. (dato global) .....	162 — 18.5 %
Número de fórceps en P.S.P. Primíparas .....	143 — 33.6 %
Número de fórceps en P.S.P. Multíparas .....	19 — 4.38%
Número de fórceps sin anestesia .....	14 — 8. %
Número de cesáreas en P.S.P. (dato global) .....	28 — 3.2 %
Número de cesáreas en P.S.P. Primíparas .....	17 — 4. %
Número de cesáreas en P.S.P. Multíparas .....	11 — 2.54%

Resulta interesante comparar la frecuencia de nuestras intervenciones con los resultados de Vellay en el Congreso Mundial de Viena (septiembre 1961):

Fórceps con anestesia .....	4%
Fórceps sin anestesia .....	7%
Cesáreas .....	1.3%

#### DATOS OBTENIDOS POR EL EXAMEN SICOLOGICO

En buen número de pacientes, en el 23% (sobre 858) se encontraron algunas alteraciones psicológicas o emocionales, registradas por los obstetras tratantes que motivaron que esas pacientes fueran catalogadas con los siguientes términos: tímida, insegura, "nerviosa o inestable", desconfiada, sobreprotegida, celosa, angustiada, hiperexcitable, pusilánime, inmadurez sico-sexual, complejo de inferioridad, infantil, pánico al parto, antecedentes de

sicosis o de neurosis. Es posible que estos factores psicológicos y emocionales repercutan directamente en los resultados de la P. S. P.

#### COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO

En 131 pacientes (15% sobre 858) se presentaron algunas complicaciones durante el embarazo, ya de carácter orgánico o de carácter psicológico o emocional: amenaza de aborto (41). Toxemia (19). Síndrome Depresivo Emetizante (12). Rechazo al embarazo (7). Trauma síquico (13). Disturbios conyugales (7). Duelos recientes (5). Anemia (5). Isoinmunización Rh (4). Enfermedad renal (3). Amenaza de parto prematuro (3). Placenta previa (2). Desprendimiento prematuro de placenta (1). Hipertiroidismo (1). Cardiopatía (1). Hemorroides (1). Pielonefritis (1). Afección hipertensiva (1). Asma (1).

## RESULTADOS CON P. S. P.

## DATOS GLOBALES

		R E S U L T A D O S					
		B.		R.		M.	
Resultados sin discriminar	Primíparas	425	136 — 32. %	166 — 39. %	123 — 29. %		
	Múltiparas	433	249 — 57.54%	129 — 29.79%	55 — 12.67%		
	<b>TOTALES</b>	<b>858</b>	<b>385 — 44.87%</b>	<b>295 — 34.34%</b>	<b>178 — 20.79%</b>		
Partos no intervenidos	Primíparas	265	119 — 41.13%	95 — 35.84%	51 — 23.03%		
	Múltiparas	403	242 — 60.04%	118 — 29.28%	43 — 10.48%		
	<b>TOTAL</b>	<b>668</b>	<b>361 — 54.05%</b>	<b>213 — 31.88%</b>	<b>94 — 14.07%</b>		
Partos in- tervenidos	Fórceps	162	18 — 11.11%	70 — 43.20%	74 — 45.69%		
	Cesáreas	28	6 —	12 —	10 —		
	<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>24 — 12.64%</b>	<b>82 — 43.15%</b>	<b>84 — 44.21%</b>		

## INDUCCION EN P.S.P. RESULTADOS

Resultados		B.	R.	M.
Número de inducciones .....	131	52	49	30
Porcentajes .....	15.2%	39.6%	37.2%	22.9%

## CONDUCCIONES EN P.S.P. RESULTADOS

Resultados		B.	R.	M.
Número de conducciones .....	125	52	48	25
Porcentajes .....	14.4%	41.6%	38.4%	20%

*Resultados en pacientes profesionales  
y en esposas de médicos.*

Estudiamos un grupo de 113 pacientes que ejercían una de estas profesiones: bacterióloga (2); oficinista (13); asistente social (2); dietista (2); odontóloga (8); profesora (7); enfermera

(11); fisioterapeuta (1); médica (1); sicóloga (1); cabinera (1); abogada (2); laboratorista (2); arte y decoración (4); química farmacéuta (1); incluimos 55 esposas de médicos por presentar algunas analogías con las profesionales. Los resultados en este grupo los consideramos desfavorables.

Número de casos: 113	Buenos .....	50	—	44.2%
	Regulares .....	37	—	32.7%
	Malos .....	26	—	23. %

**RESULTADOS EN OTRAS PRESENTACIONES**

Pelvis .....	13 casos :	13 casos Buenos
Cara .....	2 casos :	1 Bueno y 1 Regular
Frente .....	1 caso :	1 caso Bueno

*Comentario sobre la presentación de pelvis:*

Vellay, Hersille y otros (informe al Congreso Mundial de Viena) están acordes en que la P. S. P. en general ha normalizado la presentación de pelvis. En nuestras observaciones todos los casos fueron buenos, pero nuestra conclusión no puede ser categórica por el reducido número de casos.

*Resultados fetales:* sobre 864 recién nacidos (incluidos 6 partos gemelares).

Número de partos gemelares 6 (frecuencia 0.6%).

A término: 812.

Prematuros: 52.

Índice de prematurez: 6%.

Mortalidad perinatal (mortinatos y mortalidad neonatal) 11 casos.

EPISIOTOMIAS .....	541	—	63.2%
Episiotomías sin anestesia .....	131	—	24.2%
Extracción manual de la placenta .....	31	—	3.6%
Hemorragia del alumbramiento .....	20	—	2.3%
Revisión uterina .....	37	—	4.1%
Revisión uterina sin anestesia (maniobra de Cali) .....	22	—	2.5%

*Duración del trabajo en P. S. P.* Mayor frecuencia en pacientes no intervenidas con fórceps ni cesárea:

Primíparas (251 casos)	}	Dilatación: 6 a 7 horas
		Expulsión: 25 a 30 minutos
		Duración total: 7 a 8 horas.
Multíparas (392 casos)	}	Dilatación: 4 horas
		Expulsión: 15 a 20 minutos
		Duración total: 4 a 5 horas.

El estudio sobre duración del trabajo se hizo por el sistema de *Curvas de Gauss*.

Índice de mortalidad perinatal: 1.2%.

Estado del niño al nacer:

APGAR 10/10: 720 casos - 83.3%.

**VI. RELACIONES ENTRE LA PREPARACION SICOPROFILACTICA (P. S. P.) Y EL METODO HIPNOSUGESTIVO (M. H. S.). COMPARACION DE RESULTADOS**

Como lo vimos al comienzo de este relato la P. S. P. tuvo su origen en el M. H. S. ante la imposibilidad de su aplicación en gran escala, y que éste es considerado hoy día especialmente por autores rusos y franceses como una etapa completamente superada. Pero a pesar de estas respetables opiniones se ha observado en los últimos años, especialmente en países de América, tales como Estados Unidos, Argentina, Brasil, Méjico, y Colombia un creciente interés por la aplicación de la hipnosis en obstetricia, y en particular como analgesia del parto. La explicación de este nuevo enfoque de la P. S. P. radica en estos puntos: 1º La semejanza existente entre los dos métodos: la relajación conlleva un estado hipnoide y el aspecto didáctico conlleva elementos de sugestión indiscutibles. 2º Existe en la actualidad un mejor conocimiento del fenómeno hipnótico así como también un perfeccionamiento en las técnicas de inducción. 3º En Colombia la causa de esta vuelta hacia la hipnosis se debe a un esfuerzo de los obstetras por reducir el alto índice de fracasos que la P. S. P. ha venido arrojando en nuestro medio, sin distinción de escuelas ni de equipos (véase bibliografía de 1 a 32). Las principales críticas que nosotros hacemos a los autores que hoy día proponen la hipnosis en obstetricia son las siguientes:

1ª Muchos manifiestan un optimismo exagerado en cuanto a resultados

maravillosos, que nosotros no hemos comprobado en nuestra práctica.

2ª Algunas de las técnicas empleadas pueden ser traumáticas tales como alucinaciones o estados de profundo sonambulismo.

3ª Las estadísticas en general son muy reducidas, con excepción de las de *Zdravomislov*, *Kroger*, *Cavalheiro* y *August*.

4ª Buen número de autores no son obstetras. Por tanto consideramos que su práctica obstétrica es ocasional tan sólo, y que sus resultados sean discutibles.

En nuestro país el estudio de la hipnosis se inició en la Sociedad Colombiana de Obstetricia Sicosomática (SCOSS) a raíz de un informe presentado por David Rosemberg en 1960. La Sociedad nombró una comisión para estudiar el tema. Meses más tarde en el mismo año se comenzó a aplicar el procedimiento en pacientes obstétricas de la Caja de Previsión del Distrito (20). Como resultado de estos estudios se llegó a la descripción del "Síndrome Depresivo Emetizante de las Embarazadas", nombre con el cual Silva, Camacho, Zornosa y Zaldúa designan los vómitos del embarazo, por el predominio del factor emocional de carácter "depresivo" hallado en este cuadro clínico (33), (46). Igualmente los mismos autores presentaron resultados sobre preparación hipnótica de las embarazadas para el parto obtenidos en un grupo de 30 pacientes (20). Simultáneamente otros equipos de sicoprofilaxis, tales como el IPSO de Bogotá y el I. P. PAV-

LOV de Bucaramanga adelantaban observaciones y presentaron resultados en el III Simposio de P. S. O. (Bucaramanga 1961) (21), (22). Desde mayo de 1961 EMESFAO adelantó una experiencia consistente en reforzar la P. S. P. con el M. H. S. basado especialmente en la relajación.

Previamente a la experiencia se tuvo en cuenta un concepto hipnosugestivo de la relajación y se hicieron las siguientes consideraciones: (34), (35).

La relajación en los métodos sicosomáticos del parto sin dolor para unos es un fenómeno totalmente pasivo (36) o un "no hacer" (37), mientras que para otros implica una notoria actividad cortical.

Así por ejemplo Lamaze (38) propone el término "relajamiento muscular", el cual sería "el resultado de la inhibición de la motricidad, de una actividad cortical que se traduce negativamente". Anota que es esencial hacer entender bien este último punto: el papel activo de la corteza en el relajamiento muscular, fruto de una educación, de un aprendizaje y por lo tanto de una cadena de reflejos condicionados, no tiene vínculo alguno de parentesco con lo que se denomina relajación.

Indudablemente quien primero estudió la relajación fue Jacobson (1925) hace más de 30 años en Norte América, como también es cierto que quien primero aplicó el procedimiento en obstetricia con la finalidad de obtener analgesia en el parto fue Read, basándose en la experiencia del primero. Sin em-

bargo, hay divergencias de criterio en cuanto a la aplicación y desarrollo del sistema por estos dos autores.

Para Jacobson su método "Progressive relaxation" debe suponer un proceso "negativo", un "no hacer", que no puede ser efectuado como lo hace "Read" por medio de ejercicios de contracción, ya que éstos son "positivos". La paciente, según él, debe observar sus tensiones y se le invita a no permanecer en esa actitud sino a dejar ir sus músculos; así aprenderá a sentir sus tensiones y la forma de distenderlas cada vez que aparezcan.

Jacobson sostiene además que su método es puramente fisiológico y que los aspectos psicológicos de la preparación para el parto son totalmente inútiles. "No es necesario —dice— estimular el entusiasmo, cultivar la confianza o la sugestión o enseñar a la gestante los procesos del nacimiento. Se corre el riesgo con ello de intensificar las emociones o los reflejos de la mujer en el curso del parto". El aprendizaje de la relajación es un asunto puramente técnico semejante en muchos aspectos al del golf o al de la natación. Rechaza además este autor todo factor de relación interpersonal o de sugestión (cita de Chertok) (39), (47), (48).

Read, por su parte, interpreta la relajación como un ejercicio ya que para él debe ir precedida de contracción muscular, lo cual ocasionó protestas por parte de Jacobson, verdadero gestor del método, quien declaró que su método había sido mal comprendido y mal aplicado, ya que esos ejercicios son concebidos en una forma "positiva" comple-

tamente opuesta a su criterio "negativo" y de "not doing" de la relajación.

Por los efectos descritos por Read, producidos por la relajación en sus pacientes en el sentido de pasividad, cierto estado de sueño e inclusive alejamiento mental e indiferencia al desarrollo del parto, ha sido objeto de severas críticas en cuanto a que su método no es más que el resultado de un proceso hipnosugestivo; de lo cual Read se defiende categóricamente con argumentos poco valederos (con desconocimiento completo del fenómeno hipnótico) tales como el de que él no poseía facultades especiales para la hipnosis o que sus pacientes no estaban en "trance", puesto que no estaban dormidas, ya que hablaban y seguían las instrucciones del obstetra.

Es interesante anotar que muchos autores que han propuesto diversos métodos sicosomáticos para el parto indoloro se han apresurado a manifestar enfáticamente que no tienen la menor relación con factores hipnosugestivos. En este sentido se han pronunciado además de Read, el mismo Jacobson, Velvoski, Lamaze, Vellay, Watteville y López-Escobar (44). Como lo anota Chertok, es divertido observar cómo los autores se devuelven, a modo de pelota, el hacer hipnosis.

Sobre este punto, algunos seguidores de la escuela de Lamaze, dogmáticos e inflexibles, que no se apartan una línea de la teoría pavloviana, no han vacilado en incluir en las prácticas de la preparación sicoprofiláctica el entrenamiento autógeno de Schultz, que no es sino una forma de autohipnosis, presentando

resultados tan buenos o superiores a los obtenidos con la técnica original soviética o de su modificación franco-soviética (40).

Fue nuestro propósito ante el actual resurgimiento de la hipnosis como ciencia y como valioso medio terapéutico, llamar la atención de los obstetras sobre la posibilidad de su aplicación como analgesia del parto, ya sea usada independientemente o como un "refuerzo" de la preparación sicoprofiláctica, técnica que fue empleada en un comienzo en gran escala por los rusos, que luego fue abandonada, pero que al presente es tenida de nuevo en cuenta.

Debemos considerar que la relajación, en cualquiera de sus formas, determina una mayor sugestibilidad del sujeto (Kroger, Mandy) (41) sugestibilidad que el obstetra, en nuestro concepto, puede y debe aprovechar para lograr si no una indolorización total del parto sí un comportamiento más organizado y ecuánime. En estos estados hipnoides superficiales o profundos, obtenidos por la relajación, con sugestibilidad aumentada, existe, según Chertok, una inhibición ligera "favorable a la extinción de los reflejos condicionados perjudiciales y a la implantación de reflejos condicionados útiles" (42), (43). Finalmente se hicieron algunas consideraciones teóricas sobre las ventajas que traería en la P. S. P. un enfoque hipnosugestivo de la relajación:

1ª Su aplicación sería más amplia que la sola P. S. P., ya que aliviaría algunas molestias sicosomáticas del comienzo del embarazo: vómitos, acedías, depresiones (el síndrome depresi-

vo emetizante), incomodidad, insomnio, anorexia y también algunos problemas del puerperio.

2ª El 25% de las pacientes llegarían a un estado profundo, con lo cual es posible una marcada anestesia y un cumplimiento estricto de las sugerencias post-hipnóticas en cuanto a indolorización y comportamiento equilibrado durante el trabajo. En esta forma sería posible aumentar el porcentaje de casos excelentes y de disminuir el de fracasos, aclarando según recientes conceptos (45) que para los fines de analgesia obstétrica no se necesita un grado profundo de hipnosis, siendo suficientes estados superficiales y medianos.

3ª Aplicando la hipnosis con el concepto de "Relajación" sería posible disminuir la desconfianza y el temor que en nuestro medio existe por este procedimiento, consiguiendo así un "reforzamiento" provechoso de la P. S. P.

4ª Aplicando durante la preparación sugerencias post-hipnóticas adecuadas, sería posible conseguir una indolorización del trabajo y un comportamiento aceptable de la paciente en estado de vigilia, permitiendo así su participación activa y consciente en el desarrollo del parto.

### MATERIAL - METODO - RESULTADOS

#### PRIMERA EXPERIENCIA:

Fue llevada a cabo con pacientes de la Caja de Previsión del Distrito. Las pacientes fueron preparadas para obtener el parto bajo hipnosis y se obtuvieron los siguientes resultados: (20)

#### — I —

##### PREPARACION HIPNOTICA

Número de casos	.....	30
Primíparas	.....	6
Múltiparas	.....	24
Parto	Espontáneo	..... 24
	Fórceps	..... 2
	Cesárea	..... 4
Resultados	Bueno	..... 5
	Regular	..... 15
	Malo	..... 10

#### — II —

##### ESTUDIO DE FRACASOS EN PARTO BAJO HIPNOSIS

1º Técnica incipiente. 2º Preparación deficiente (3-4 clases). 3º Bajo nivel mental de las pacientes. 4º Distocias: oligo y polisistolias. Cesárea, fórceps, primípara añosa. 5º Factor psicológico: temor al parto. Conflicto conyugal. 6º Ambiente inadecuado. 7º Personal de enfermeras imprevisto.

Estos resultados los consideramos francamente desfavorables por los siguientes motivos: Preparación individual de las pacientes muy dispendiosa. Apoyo del trabajo verdaderamente agotador para el obstetra. Comportamiento paradójico de las pacientes durante el trabajo: algunas en estado de hipnosis mediana o profunda presentaron excesiva agitación sicomotriz; sin embargo, después se manifestaron complacidas con el método; otras estuvieron tranquilas durante el parto pero después manifestaron haber sentido dolor. Y elevado número de fracasos. Por tales motivos, consideramos poco recomendable el parto bajo hipnosis.

## SEGUNDA EXPERIENCIA:

Fue llevada a cabo en la clínica Palermo con pacientes particulares aplicando la relajación con un concepto hipnosugestivo e instalando sugerencias apropiadas de tranquilidad, calma y agrado durante el parto. La metodología fue la siguiente: preparación teórica exactamente igual a la que EMESFAO tiene establecida para P. S. P. o sea un curso de educación prenatal al comienzo del embarazo, y al final las con-sabidas clases teóricas de S. P. O. Las clases prácticas consistieron en relajación, respiración, pujo y ensayo de parto, pero la relajación fue adicionada de un componente sugestivo establecido por medio de una cinta magnetofónica de 12 minutos de duración. Las sesiones de relajación se hicieron a grupos

de 8 señoras, una vez por semana a partir de los 7½ meses de embarazo.

Los resultados iniciales obtenidos sobre 76 casos fueron los siguientes:

Bueno .....	25	32.8%
Regular .....	38	49.9%
Malo .....	13	17.3%

Anotamos que en los casos malos hay 4 cesáreas y 3 fórceps. Al eliminar estos casos distócicos se obtiene un índice de fracasos mucho más bajo, de 7.8%, no alcanzado hasta el presente por la P. S. P. Por tal motivo resolvimos continuar este sistema y perfeccionarlo.

## TERCERA EXPERIENCIA:

Fue realizada sobre 320 casos en la clínica Palermo con pacientes privadas y siguiendo la misma técnica.

## RESULTADOS:

Número de pacientes tratadas con P.S.P. + M.H.S. ....	320
Primíparas .....	154
Múltiparas .....	166
Número de fórceps en P.S.P. + M.H.S. ....	60 — 18.7%
Número de fórceps en P.S.P. + M.H.S. Primíparas .....	46 — 29.8%
Número de fórceps en P.S.P. + M.H.S. Múltiparas .....	14 — 8.4%
Número de cesáreas en P.S.P. + M.H.S. Dato global .....	16 — 5 %
Número de cesáreas en P.S.P. + M.H.S. Primíparas .....	13 — 8.4%
Número de cesáreas en P.S.P. + M.H.S. Múltiparas .....	3 — 1.8%

## COMPARACION DE RESULTADOS ENTRE LA P.S.P. Y LA P.S.P. REFORZADA CON M.H.S.

Datos globales sin discriminar (casos normales y distócicos. Primíparas y múltiparas)

Resultados	P.S.P. (858 casos)	P.S.P. + M.H.S. (320 casos)
Bueno .....	44.87%	36.3%
Regular .....	34.34%	50.3%
Malo .....	20.79%	13.4%

**DATOS GLOBALES EN PRIMIPARAS (NORMALES Y DISTOCICOS)**

<b>Resultados</b>	<b>P.S.P.: 425</b>	<b>P.S.P.+M.H.S.: 154</b>
Bueno .....	32%	29.8%
Regular .....	39%	51 %
Malo .....	29%	19 %

**DATOS GLOBALES EN MULTIPARAS (NORMALES Y DISTOCICOS)**

<b>Resultados</b>	<b>P.S.P.: 433</b>	<b>P.S.P.+M.H.S.: 166</b>
Bueno .....	57.54%	41.5%
Regular .....	29.79%	50.6%
Malo .....	12.67%	7.8%

**RESULTADOS GLOBALES EN PARTOS NO INTERVENIDOS  
(PRIMIPARAS Y MULTIPARAS)**

<b>Resultados</b>	<b>P.S.P.: 668</b>	<b>P.S.P.+M.H.S.: 244</b>
Bueno .....	54.05%	42.6 %
Regular .....	31.88%	48.3 %
Malo .....	14.07%	9.09%

**RESULTADOS EN PRIMIPARAS NO INTERVENIDAS**

<b>Resultados</b>	<b>P.S.P.: 265</b>	<b>P.S.P.+M.H.S.: 95</b>
Bueno .....	41.13%	40 %
Regular .....	35.84%	46 %
Malo .....	23.03%	13.6%

**RESULTADOS EN MULTIPARAS NO INTERVENIDAS**

<b>Resultados</b>	<b>P.S.P.: 403</b>	<b>P.S.P.+M.H.S.: 14</b>
Bueno .....	60.04%	44.2 %
Regular .....	29.28%	49.6 %
Malo .....	10.48%	6.02%

**RESULTADOS GLOBALES EN CASOS NO INTERVENIDOS  
(FORCEPS Y CESAREAS)**

<b>Resultados</b>	<b>P.S.P.: 190</b>	<b>P.S.P.+M.H.S.: 76</b>
Bueno .....	12.64%	13.2%
Regular .....	43.15%	59.1%
Malo .....	44.21%	27.6%

## COMPARACION DE INTERVENCIONES

Intervención	P.S.P.	P.S.P.+M.H.S.
Fórceps .....	18.5%	18.7%
Cesárea .....	3.2%	5 %
Inducción .....	15.2%	10 %
Conducción .....	14.4%	31 %
Episiotomías .....	61.8%	50 %
Revisión uterina .....	4.1%	4 %

## COMPARACION SOBRE ALGUNAS COMPLICACIONES

Complicación	P.S.P.	P.S.P.+M.H.S.
Extracción manual de la placenta ....	3.6%	4.6%
Hemorragia del alumbramiento .....	2.3%	1.8%

*Comparación sobre duración del trabajo:* fue sensiblemente igual en los dos sistemas, tanto en primíparas como en múltiparas.

## COMPARACION DE RESULTADOS FETALES

	P.S.P.	P.S.P.+M.H.S.
Indice de prematuridad .....	6 %	6 %
Mortalidad perinatal .....	1.2%	1.5%
Apgar 10/10 .....	83.3%	83.7%

## RESULTADOS DE P.S.P. + M.H.S.: 320 CASOS

Resultados		B.	R.	M.	
Resultados sin discriminar	Primíparas	154	45 — 29.8%	79 — 51 %	30 — 19 %
	Múltiparas	166	69 — 41.5%	84 — 50.6%	13 — 7.8 %
	TOTAL	320	114 — 36.3%	163 — 50.3%	43 — 13.4 %
Partos no intervenidos	Primíparas	95	38 — 40 %	44 — 46 %	13 — 13.6 %
	Múltiparas	149	66 — 44.2%	74 — 49.6%	9 — .02%
	TOTAL	244	104 — 42.6%	118 — 48.3%	22 — 9.09%
Partos intervenidos	Fórceps	60 - 18.7%	7 — 11.3%	35 — 58.3%	18 — 30.3 %
	Cesáreas	16 - 5%	3 —	10 —	3 —
	TOTAL	76	10 — 13.2%	45 — 59.1%	21 — 27.6 %

RESULTADOS DE LA P. S. P.  
ADICIONADA CON EL M. H. S.

- 1º No aumentó el porcentaje de casos Buenos pero sí disminuyó el número de fracasos, inclusive en los datos globales sin discriminación de casos intervenidos (del 20% de fracasos bajó al 13%).
- 2º En los casos no intervenidos los fracasos bajaron del 14% al 9%.
- 3º En los casos intervenidos (con fórceps y cesárea) los fracasos disminuyeron del 44% al 27%.
- 4º El porcentaje de intervenciones (fórceps y cesárea) permaneció más o menos igual en los dos grupos.
- 5º Las inducciones disminuyeron del 15% al 10%, pero las conducciones aumentaron del 14% al 31%.
- 6º Con más frecuencia que en la P. S. P. se observó un mejor comportamiento en cuanto a tranquilidad y disciplina.
- 7º La duración del trabajo fue igual en los dos sistemas.
- 8º Causas de fracaso muy similares se encontraron en los dos sistemas.
- 9º Algunas complicaciones como retención de placenta y hemorragia del alumbramiento se presentaron con igual frecuencia en los dos sistemas.
10. Los resultados fetales fueron sensiblemente iguales.
11. Consideramos que este sistema merece más atención y estudio y que

es susceptible de perfeccionamiento. Por medio de él mejoraron sensiblemente los resultados logrando con más frecuencia un parto más disciplinado y una colaboración activa y consciente de la paciente.

VII. FACTORES SICOSOMATICOS QUE  
INTERVIENEN EN LOS RESULTADOS  
DE LA P. S. P.

ESTUDIO SICOLOGICO DE LOS  
FRACASOS

Doctora Bertha Restrepo \*

La prueba de *Machover* se basa en el dibujo de la figura humana; quiero detenerme unos minutos para explicar el origen y el porqué de esta prueba. Existe como test de inteligencia únicamente para niños y fue ideada por *Goodenough*, en una serie de investigaciones colectivas, generalmente en escolares; se encontró que niños que tenían el mismo nivel mental, hacían dibujos sorprendentemente diferentes e individualizados, y más aún, que muchachos socialmente inhibidos, callados, recibían la prueba con gran alegría porque les daba la oportunidad de descargar sus fantasías privadas, sus ansiedades y sus culpas sobre las figuras objetivadas e impersonales que dibujaban. Las comunicaciones gráficas obtenidas en esta forma dieron un material clínico inapreciable; el hecho de no ser verbal; los patrones verbales son simbólicos, menos directos y más sujetos a manipulaciones conscientes que la proyec-

\* Jefe del Departamento de Psicología Clínica del Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá.

ción gráfica; da facilidades para que el examinador obtenga una cierta información sobre su examinado, sin que éste se percate de ello.

El individuo, al dibujar conscientemente, inconscientemente lo hace, sobre un sistema completo de valores síquicos, el cuerpo y el propio yo son el punto más íntimo de referencia en cualquier actividad. Nosotros hemos llegado en el curso del crecimiento a asociar varias sensaciones, percepciones y emociones con ciertos órganos del cuerpo. Esta investidura de los órganos del cuerpo, o la percepción de la imagen del cuerpo, según se ha desarrollado de la experiencia personal, debe en alguna forma guiar al individuo que está dibujando, en la estructura específica y contenido para dar como resultado una "Persona". Consecuentemente, el dibujo de una persona, al envolver la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un vehículo natural de expresión de las necesidades y conflictos de nuestro cuerpo. La interpretación del dibujo procede de la hipótesis de que la figura dibujada está en relación con el individuo que está dibujando, en la misma forma que con otras peculiaridades que caracterizan al individuo, como su porte, la escritura manuscrita, o cualquier otro de sus movimientos expresivos.

Al estudiar dibujos (dos o más) obtenidos en un período de tiempo, se ha observado que los aspectos estructurales y formales de un dibujo, tales como tamaño, línea y colocación, están menos sujetos a variabilidad que los contenidos tales como detalles corporales, ropa y accesorios. . . Si el indi-

viduo hace su figura grande o pequeña, donde él la coloca en la página, si trabaja con líneas continuas largas o cortas, con líneas dentadas, si la figura tiene una actitud agresiva, si se halla rígida o flúida, si se observan las disposiciones simétricas, si existe una tendencia a dejar partes incompletas, a borraduras o a sombreamientos, son estos rasgos importantes que se refieren a la estructura de la personalidad. En pacientes cuando se toman los dibujos con cierta periodicidad, son tan notables los parecidos que llegan a constituir firmas personales.

En el acto de traducir la imagen del cuerpo o modelo de la postura, en términos gráficos, aparece la figura dibujada, feliz, expansiva, retraída, artística, apretada, temerosa, beligerante, vigorosa. Estos son tonos de sentimientos o tendencias y disposiciones centrales, las cuales en la experiencia del autor, reflejan fielmente las disposiciones del individuo.

#### *Técnica de la prueba.*

Se pide al examinado dibuje una figura humana, sin especificar sexo ni otras condiciones; una vez haya terminado se le pide dibuje la del sexo contrario. Ante las explicaciones que el examinado pide, de si la dibuja vestida, o desnuda, grande o pequeña, hombre o mujer, se contesta invariablemente: "Como usted quiera".

En esta ocasión se tomaron 126 pruebas; las examinadas a su elección representaban primero una de las dos figuras, la de su propio sexo o la figura masculina; la interpretación se hace so-

bre las dos, y con la característica de la prueba ciega, es decir, que no se conoce ninguno de los datos de la historia de la paciente, ni siquiera los más elementales como son edad, número de embarazo, y para multigestantes, resultados en los partos anteriores.

Como único dato positivo se conoce el resultado del parto; sobre esta base se hace toda interpretación.

Total de estudios ..... 126 casos  
No asistieron al curso ... 17 casos

De las pacientes que asistieron al curso y fueron atendidas por el método sicoprofiláctico, los resultados del parto se distribuyeron así:

Excelentes ..... 40 casos  
Buenos ..... 31 casos  
Regulares ..... 30 casos — 27.5%  
Malos ..... 8 casos — 7.3%

Los porcentajes en las distintas categorías son:

Resultados Excelentes ..... 36.6%  
Resultados Buenos ..... 28.4%  
Resultados Regulares y malos 34.8%

Como el objeto del trabajo es el estudio de los fracasos, me detendré muy poco en las otras dos categorías.

Por comodidad los resultados los dividí en dos grupos, uno con los resultados Buenos y Excelentes, y el otro con los casos Regulares y Malos.

#### a) PRIMER GRUPO

*Casos Excelentes:* Al buscar las características comunes a los 40 dibujos, encontré que podría agruparlos en tres grupos principales:

Normales ..... 7 casos  
Rasgos histéricos ..... 29 casos  
Rasgos sicóticos ..... 4 casos

#### CASOS BUENOS

Normales ..... 8 casos  
Rasgos histéricos ..... 21 casos  
Temores de castración .... 2 casos

a) Considero como casos normales aquellos que presentan un ajuste adecuado a la realidad, y los rasgos patológicos son tan mínimos que no se tienen en cuenta.

b) Sicóticos; se encuentra una incongruencia en el esquema corporal, hay casi una confusión, una compenetración con el ambiente, es como si yo necesitara tener constantes muestras de que aún existe, y el embarazo fuera la prueba más eficiente de su existencia. (Posiblemente después del parto estas pacientes hacen una crisis sicótica aguda).

c) Histéricos: se consideran todos aquellos rasgos de exhibicionismo donde el sujeto en una forma u otra trata de destacar o de ocultar visiblemente aquellas partes del cuerpo que él ha cargado de un componente emocional muy alto, y que en una u otra forma están expresando un conflicto.

Las manifestaciones somáticas de la histeria no nos importan en este momento, solamente vamos a revisar la estructura de la personalidad histérica, que contiene virtualmente *bajo forma latente* esas manifestaciones. Es importante anotar que el carácter histérico está sobre la base de síntomas habituales, comunes con la neurosis de conversión, de un lado está el sujeto nor-

mal (tendencia a hacer comedia, a hacer o sentir como si...), y del otro, formas neuróticas fóbicas y siconeuróticas.

El "Carácter", la "Inestabilidad", la "Persona" han sorprendido siempre a los clínicos que no pueden consentir en desligar las manifestaciones histéricas del organismo neurótico de la personalidad de estos enfermos; es así como siempre se ha insistido sobre tres aspectos fundamentales del "Carácter" histérico: a) Sugestionabilidad, b) Mitomanía, c) La insatisfacción sexual.

a) *Sugestionabilidad*: El histérico, sea sensible a la sugestión y particularmente a la hipnosis, sea que se auto-sugestione, aparece como un individuo "Plástico", es decir, que es influíble e inconsistente porque su persona no llega a fijarse en la autenticidad de una identidad personal fuertemente estable.

b) *Mitomanía*: El histérico, con sus comedias, mentiras y fabulaciones, no cesa por así decirlo de falsear sus relaciones con los demás; él da siempre un espectáculo porque su existencia a sus propios ojos es una serie discontinua de escenas y aventuras imaginarias.

c) *Desorden sexual*: Esto es lo que ha hecho dar su nombre a esta neurosis. Sin duda histérico no quiere decir "erótico" o "hipergenital", porque el histérico no es ninfómano ni excitado genital, más bien quiere decir que su sexualidad está fuertemente trastornada. En efecto, en este campo más que en los otros, las experiencias emocionales y pasionales tienen algo de teatral, de excesivo que contrasta con fuertes in-

hibiciones sexuales; así el donjuanismo masculino y el mesalinismo femenino de los histéricos ocultan siempre la impotencia, la frigidez o las perversiones.

Caracteriza también la personalidad del histérico, la inconsistencia de la identificación y la unidad de la persona; en su tendencia a buscar patrones de identificación, se ve una discordancia entre lo que quiere ser y lo que parece ser, hasta el punto de que el personaje que representa enmascara completamente a la persona; la dificultad en la identificación ideal del ser proviene de un conflicto infantil de la fase edípica.

Con frecuencia se ve el rechazo amnésico de los acontecimientos reales, hay una tendencia a hacer desaparecer de la conciencia hechos traumáticos anteriores, sustituyéndolos en la fantasía por algo más placentero; es la falta de sinceridad inconsciente del histérico, que conscientemente se traduce por el deseo de llorar, exhibirse, seducir, o dar un espectáculo. Estos deseos ordenan toda la conducta de rechazo, huída, negación de los hechos de la historia personal, al mismo tiempo que las exigencias profundas de las pulsiones libidinales.

Creo importante mencionar también el placer que el histérico deriva de la simulación, a pesar de que rechaza todo lo que debiera ser, la trama auténtica de su vida de relación, saca un beneficio secundario de su neurosis en forma de una erotización de la imaginación; no quiere verlas como son, y goza imaginándolas, posesionándose totalmente de su papel de actor.

Los rasgos histéricos están en favor del éxito con cualquier tipo de entrenamiento donde sea necesaria la sugestionabilidad, el pronóstico podría hacerse en un porcentaje alto, no en la totalidad de los casos. No siempre el yo del histérico está dispuesto a salir bien, a representar para su médico y familiares, lo que hoy salió bien, por esos mismos motivos mañana fracasa.

b) SEGUNDO GRUPO

La clasificación en este grupo se hizo más dispendiosa, porque los dibujos presentaban tal variedad de rasgos patológicos, hasta el punto de que cada uno podía considerarse como un caso aislado y único. Buscando los rasgos comunes se encontró, como en el grupo anterior, una estructuración básicamente neurótica con manifestaciones de infantilismo, tensión emocional, inestabilidad, temor de castración, además de síntomas de una depresión severa, fuera de otros casos donde los rasgos psicóticos eran muy marcados, y para finalizar, otros casos donde los rasgos de masculinidad predominaban:

Normales .....	4 casos	
Neurosis {	infantilismo .....	9 casos
	tensión emocional ....	4 casos
	inestabilidad .....	6 casos
	temor de castración .	7 casos
Depresión .....	3 casos	
Sicosis .....	3 casos	
Virilismo .....	2 casos	

*Normales.* Se encuentran cuatro casos que en este análisis a ciegas, donde desde el punto de vista psicológico no se puede prever un resultado malo, hay dos posibilidades que pueden formularse como hipótesis para dar una

explicación a esta incógnita, un problema puramente orgánico o una reacción situacional de momento.

*Neurosis:* La neurosis es una enfermedad de la personalidad caracterizada por conflictos intrasíquicos, que inhiben la conducta social y que perturban más el equilibrio interior que lo que puedan alterar el sentido de la realidad. El conflicto neurótico se desarrolla por una tendencia que pugna por hallar descarga, y otra tendencia que trata de evitar esa descarga; las causas de ese conflicto se remontan a los primeros años de la vida. Si recordamos cómo evoluciona y se desarrolla el ser antes y después de los dos años de vida. En la primera etapa se rige por el principio del placer, sus necesidades siempre son satisfechas en el momento en que él lo desea; después de esta época, el niño comienza a tener un control exterior que primero se centra en la educación de esfínteres y luego se extiende a todas las esferas; el control va siendo cada vez mayor y más rígido y las prohibiciones más severas; poco a poco lo que antes era exterior se va haciendo interior, el control, la rigidez y la prohibición se la va haciendo el propio sujeto; cuando el adulto vuelve a estar en la misma situación de conflicto, tiene varias maneras de reaccionar.

*Infantilismo:* Generalmente el sujeto adopta patrones de conducta infantiles, por lo general anteriores a la época que fue traumática, es decir, que su tipo de conducta es pregenital, con los componentes psicológicos que le son propios.

*Tensión emocional:* Aquellos dibujos donde encontramos presente la tensión

emocional, este hecho no se presentaba como algo aislado en el contexto de la personalidad, sino como un paso a un estado más avanzado en el desequilibrio interior.

*Inestabilidad:* Podríamos decir lo mismo de este estado, pero aquí el sujeto trata de buscar una salida adecuada o inadecuada, y lo que la caracteriza es la ambivalencia entre dos soluciones.

*Temor de castración:* La ambivalencia se acentúa, y el conflicto se presenta entre dos tipos de temores, por una parte el de dañar sus genitales externos, por esto demora el parto, y por la otra teme perder el afecto de las personas que la rodean; piensa que el cariño que le prodigan no es para ella sino para el futuro hijo, mientras esté formando parte de su cuerpo le pertenece, se identifica y puede recibir sin temor todas las atenciones que se le brinden.

*Depresión:* Por lo general la depresión está en relación con los sentimientos de culpa, el sujeto se ve en la necesidad de autocastigarse para así liberarse de la culpa; por otra parte, en esta forma la persona satisface sus tendencias sadomasoquísticas.

*Virilismo:* Encontré dos pacientes donde los rasgos masculinos predominaban; las figuras se mostraban activas, dominantes y desafiantes, con desvalorización de todos los elementos femeninos y supervalorización de los masculinos; en estas condiciones la no aceptación de la femineidad se extendía a la no aceptación de la maternidad.

## CONCLUSIONES

A) A pesar de que las condiciones de la investigación no eran adecuadas por estos motivos:

1. El personal de examinadas eran todas pacientes particulares, de un estrato socio-cultural elevado, que podían permitirse el hecho de aceptar o no la prueba.
2. El estudio se hizo a base de una interpretación ciega de la prueba, el sicólogo no conocía ni a la paciente, ni su historia.

B) La insistencia tan alta de rasgos histéricos, en las pacientes con resultados buenos y excelentes, después del entrenamiento sicoprofiláctico, coincide con la apreciación clínica de los componentes psicológicos de esta entidad.

C) La incidencia también alta de rasgos neuróticos, especialmente depresivos en las pacientes con resultados regulares y malos.

D) Nos permite usar la prueba para pronóstico.

E) En todos aquellos casos donde encontremos rasgos que nos indiquen: infantilismo, tensión emocional, inestabilidad, o temores de castración, lo mismo que rasgos depresivos, deben ser orientados hacia una sicoterapia.

## VIII. CAUSAS DE FRACASO EN P. S. P.

EMESFAO periódicamente, casi año por año, ha venido revisando las causas de fracaso. Presentaremos un resumen sobre este punto:

1957. Comunicación al III Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología (Ibagué 1957). 135 casos. Casos malos o fracasos 21 (15.5%). Causas de fracaso: técnica incipiente en una etapa de ensayo; poca aceptación del método; factores emocionales y temperamentales de las pacientes; y casos distócicos: 13 aplicaciones de fórceps (1).

1959. Comunicación al I Simposio Colombiano de S. P. O. (1959)  
Número de casos: 311.  
Número de fracasos: 69 - 22%.  
Causas de fracaso: factores emocionales y temperamentales de las pacientes. Preparación deficiente. Trabajo prolongado. Casos distócicos (59 fórceps - 19%) (2).

1960. Comunicación al II Simposio de S. P. O. (Medellín 1960).

Número de pacientes estudiadas: 201.

Número de fracasos: 25 - 12%.

Causas de fracaso: mala preparación. Falta de apoyo adecuado por parte del obstetra o de la instructora. Inducciones y conducciones. Actitud traumatizante del obstetra. Presencia de familiares traumatizantes. Temperamento y factor emocional. Temor surgido por antecedentes obstétricos complicados. Distocias (fórceps 31 - 15%; cesáreas 7-3.4%) y primiparidad (16 casos). En esta ocasión, lo mismo que en las dos ocasiones anteriores, señalamos que las primíparas presentan el más alto índice de fracasos (3).

1961. Comunicación al III Simposio Colombiano de S. P. O. (Bucaramanga, 1961).

Número de casos estudiados: 344.  
Número de fracasos: 83 - 24%.

Para esta fecha sobre el total de casos atendidos por EMESFAO 856 presentamos un número de fracasos de 129 - 20%.

Estudiados estos datos se observa claramente que cada vez ha aumentado el número de fracasos. Lo cual se explica por las siguientes razones: 1ª En los dos primeros años EMESFAO, por lo general no tenía en cuenta los casos distócicos, especialmente los intervenidos por fórceps o cesáreas; y 2ª Cada vez hemos venido calificando en forma más rígida los resultados de la P. S. P.

Causas de fracaso analizadas en este Simposio. Siguiendo el esquema de *Vermorel* (4), llegamos a las siguientes conclusiones:

a) Causas debidas al experimentador por falta de apoyo apropiado del obstetra (1 caso) y de la instructora (14 casos).

b) Causas debidas a condiciones ambientales, por tensión conyugal, por influencia de familiares traumatizantes y otras (15 casos).

c) Causas debidas a las condiciones de vida de la paciente por problemas familiares de diversa índole, relaciones sexuales prematrimoniales y rechazo consciente al embarazo (4 casos).

## d) Causas intrínsecas:

I. De orden obstétrico como aplicaciones de fórceps 29, inducciones 23, y conducciones 131, trabajo prolongado 23, y antecedentes obstétricos patológicos 27: como toxemia, síndrome depresivo emetizante, placenta previa y amenaza de aborto o parto prematuro, etc.

II. De orden psicológico, como angustia, escepticismo e inmadurez sexual, y temores diversos (23 casos). Se precisó igualmente que fueron causas de descondicionamiento el dolor en primer lugar, luego el temor y después la fatiga. En algunos casos intervinieron el vómito, los calambres y la incoordinación uterina. Como resumen del informe presentado en el III Simposio citamos el siguiente aparte: "a pesar de tener importancia grande las causas ambientales y de parte del experimentador, la mayor cantidad de causas de fracaso halladas, el 90%, son debidas a la paciente misma, y en un alto grado a las de orden obstétrico y psicológico".

"En esta forma las inducciones, distocias de rotación, antecedentes o perspectivas de cesárea, tal vez no como causas directas sino a través de componentes neuróticos, no suficientemente controlados, son las más notorias cau-

errores ya conocidos, podemos dar como descontado el descondicionamiento de toda mujer que debe ser atendida por el método, que ha tenido un entrenamiento físico y psicológico apropiado y que necesariamente debe dar lugar a un caso excelente" (5).

Nos ha llamado la atención la gran frecuencia con que el factor "*Fatiga*" es el determinante del fracaso, inclusive en partos fáciles. Por tal motivo creemos que sería conveniente para el tipo de pacientes que nosotros tratamos de vida sedentaria y con nutrición defectuosa, someterlas nuevamente a las clases de gimnasia que en un principio hacíamos. Debemos recordar que Nicolaiev siempre ha dado una gran importancia a la preparación física. De ahí que él haya propuesto una nueva denominación: *Preparación Sico-fisio-Profiláctica*, en la cual el elemento fisioprofiláctico consta de gimnasia, rayos ultravioleta, calor, frío, duchas, etc. Parece, según Chertok, que actualmente los obstetras soviéticos les dan una gran importancia a la gimnasia y a los agentes físicos. *Rechetova*, por ejemplo, refuerza la sicoprofilaxis clásica con gimnasia y agentes físicos (12).

Presentando discriminadamente los casos, obtenemos estos resultados:

---

Número de fracasos en 668 partos normales .....	94 — 14%
Número de fracasos en 190 partos intervenidos con fórceps o con cesárea	84 — 44%

---

sas de descondicionamiento y de posterior fracaso". "Resaltamos por último la importancia del factor psicológico, aclaramos que día a día al corregir los

Es interesante comparar el porcentaje de fracasos obtenidos en nuestro medio, con los resultados presentados por otros autores:

1955.	Maternidad del Hospital Central Neuropsiquiátrico. Kharkov .....	1.200 casos	(6)	5.5%
1955.	Lamaze. Congreso de La Habana .....	4.847 casos	(6)	4.7%
1957.	De WATEVILLE. Ginebra .....	700 casos	(6)	14. %
1957.	CH' EN WEN CHEN. Pekín .....	8.063 casos	(7)	6. %
1960.	Velvoski y otros. U.R.S.S. ....		(8)	5.5%
1958.	Campos. I. F. Lamaze, Bogotá .....	50 casos	(9)	28. %
1960.	Cárdenas y Col. Clínica David-Restrepo .....	641 casos	(10)	24.6%

Sobre estos resultados adelantamos el siguiente comentario: según varios autores la causa principal de fracaso reside en el experimentador o educador (11) por aplicación defectuosa de los principios de la fisiología pavloviana (4). Creemos, sin embargo, que este factor no cuenta en nuestro medio, ya que los resultados obtenidos por quienes siguen normas ortodoxas franco-soviéticas son muy semejantes a los presentados por EMESFAO en su posición puramente ecléctica. Repetimos que las principales causas de fracaso estudiadas por EMESFAO dependen de la mujer misma. Con objeto de reducir el alto número de fracasos presentados en nuestras estadísticas es por lo que hemos intentado adicionar la P. S. P. con el M. H. S.

Como resumen de las causas de fracaso presentadas por EMESFAO concluimos.

1ª Es posible que exista una aplicación defectuosa de los principios pavlovianos, pues somos eclécticos, pero este factor no interviene en nuestros fracasos.

2ª Es alto el índice de distocias, lo cual repercute en un mayor número de fracasos.

3ª Es alto el intervencionismo, especialmente las aplicaciones de fórceps.

Se explica por el alto índice de distocias: el 98% de los fórceps tienen una indicación obstétrica absoluta: falta de descenso, falta de rotación, sufrimiento fetal y otros. Este factor, aunque justificado, sí influye en los fracasos.

4ª Las inducciones no influyen en los fracasos. Número de inducciones 131. Frecuencia: 15%. Fracasos: 22%. Este índice de fracasos ligeramente más elevado que el resultado global se explica por la ocurrencia de distocias: Fórceps 21 - 16%; cesárea 8 - 6.1%.

5ª Las conducciones tampoco influyen en los fracasos. Número de conducciones 125. Frecuencia 14%. Fracasos 20%, que se explica igualmente por las distocias: Fórceps 31 - 24%; cesárea 7 - 5.6%.

6ª Existen factores emocionales y psicológicos que influyen en los resultados, como también factores culturales y de ambiente familiar. Sobre estos puntos se requiere un estudio más amplio.

7ª El factor "fatiga" es muy notorio. Nuestras pacientes se fatigan fácilmente, especialmente en el período expulsivo. Si éste se prolonga más de 20 minutos se nota una marcada tendencia al descondicionamiento y fracaso.

8ª El alto índice de fracasos se explica también porque nuestra educa-

ción prenatal no es suficientemente intensa. La P. S. P. debe extenderse con amplios programas tendientes a una educación global de la sociedad iniciada desde los planteles de enseñanza secundaria.

#### IX. CONCLUSIONES

- 1<sup>a</sup> *Prevención del dolor* por medio de la P. S. P. "es privilegio de minorías", como ha recalcado Villamizar-Flórez. Por otra parte es difícil juzgar este aspecto por falta de métodos objetivos para la medición del dolor. Estadísticas serias señalan como casos excelentes el parto verdaderamente sin dolor alguno, lo cual se consigue en un porcentaje que oscila entre el 15% y el 20%. En nuestra estadística es difícil apreciar esta indolorización total, ya que los casos *buenos* comprenden los partos sin dolor alguno y los partos con dolor atenuado y tolerable, con los siguientes resultados: partos normales 54.05% y partos intervenidos 12.6%. Siempre hemos obtenido mejores resultados en múltiparas que en primíparas.

Es posible efectuar algunas intervenciones con P. S. P., tales como episiotomías, aplicación de fórceps y revisión uterina con la "técnica de Cali", descrita entre nosotros por Muñoz Delgado y Campos-Garrido.

- 2<sup>a</sup> *Comportamiento de la paciente.* La principal ventaja de la P. S. P. no consiste en la supresión del dolor sino en la acción discipli-

nante sobre el comportamiento de la parturienta, obteniéndose así un "*Parto Tranquilo*", nombre propuesto por Navas-Uribe. Este efecto lo apreciamos en el 63% de los casos. Como dice Chertok, "un comportamiento disciplinado, ya muy importante por sí mismo, puede tener un efecto analgesiante, aunque no sea más que por la posibilidad que ofrece a la gestante de ejecutar los ejercicios indolorizantes". Por este hecho es recomendable la P. S. P.

- 3<sup>a</sup> *Factor educativo.* La P. S. P. educa a la mujer y la prepara emocional y psicológicamente para la maternidad, por lo tanto *desdramatiza* el parto. Por este motivo capital consideramos que la P. S. P. debe ponerse al alcance de toda mujer embarazada.
- 4<sup>a</sup> *Disminución de la duración del trabajo.* Hemos encontrado sensiblemente reducida la duración del trabajo, pero este hecho no se debe sólo a la P. S. P. sino a otros medios obstétricos tales como amniotomía precoz, inducción y conducción.
- 5<sup>a</sup> *Buena influencia sobre la patología del embarazo.* Es un punto difícil de evaluar. Si la P. S. P. se inicia en las últimas seis semanas del embarazo quedará todo el tiempo anterior sin beneficio ninguno expuesto a diversas complicaciones. Por tal motivo EMESFAO viene aplicando la P. S. P. en el sentido de *Educación Prenatal*, iniciándola des-

de las primeras etapas del embarazo. Nada podemos concluir sobre este punto, pues carecemos de un grupo de control.

6ª *Disminución de las complicaciones del parto.* A pesar de lo anotado por diversos autores registramos con alguna frecuencia estas complicaciones: retención de placenta 3.6%, y hemorragia post-parto 2.3%.

7ª *Reducción de intervenciones obstétricas.* En nuestra estadística no se encuentra esta reducción; por el contrario, están aumentadas especialmente las aplicaciones de fórceps 18.5%, las inducciones 15%, las conducciones 14%, las revisiones uterinas 4.1% y episiotomías 63.2%.

Tampoco es muy marcada la disminución en la aplicación de drogas, ya sean sedantes, antiespasmódicos, anestésicos u ocitócicos, anotando de paso que la P. S. P. no excluye la aplicación de estas drogas.

8ª *Buena influencia sobre el puerperio.* En general practicando una buena obstetricia se obtiene un puerperio normal. No hemos podido comprobar un buen efecto sobre la lactancia.

9ª *Efecto favorable sobre el recién nacido.* Es indudable.

10. *Higiene mental.* Es un efecto imponderable de la P. S. P. puesto que "la salud mental de la mujer tendrá repercusiones sobre el

curso del embarazo, la calidad del parto, la analgesia del mismo, el comportamiento en el parto, la estabilidad conyugal y el afianzamiento de la relación madre-hijo".

11. P. S. P. y M. H. S. En nuestra experiencia inicial los resultados fueron favorables: aunque no se consiguió aumentar el número de casos *Buenos*, sí se redujo notoriamente el número de fracasos. Este es un tema que está en estudio y experimentación, y que es susceptible de perfeccionamiento.

12. *Apoyo oficial para la P. S. P.* Lo consideramos indispensable, ya que el método beneficia en todo sentido la atención obstétrica. La P. S. P. debe ser llevada a las clases más necesitadas, ya que en ellas la misma ignorancia refuerza el condicionamiento doloroso del parto e impide acudir oportunamente para solicitar ayuda obstétrica adecuada. Recordemos que Read solicitaba un Ministerio de Natalidad, y Lamaze solicitó y obtuvo de la municipalidad de París un presupuesto para el Método Sicoprofiláctico.

Pero aún hay un hecho más reciente: "la importancia de la P. S. P. ha sido reconocida por el Ministerio de Salud Pública en una sesión parlamentaria (febrero 19, 1960). El Ministro, basado en una encuesta adelantada por el Instituto Nacional de Higiene, declaró que los resultados eran suficientemente po-

sitivos para autorizar a su ministerio a difundir el método" (Chertok. Comunicación al V Congreso Internacional de Sicitoterapia. Viena, agosto 21-26, 1961).

En Colombia la Academia Nacional de Medicina, teniendo en cuenta la importancia que para las madres colombianas representa para su salud física y mental el método sicoprofiláctico, recomendó, en la sesión de septiembre 20 de 1962, la adopción de este procedimiento en todos los servicios obstétricos del país, como medio de proteger la salud de la madre y del niño.

13. *Estudios sicológicos* han revelado en nuestras pacientes un alto porcentaje de rasgos histéricos (47%) y neuróticos (28%), por tanto se hace necesaria una mayor ingerencia del sicoterapeuta en la P. S. P. y el establecimiento de sesiones de sicoterapia. Tales estudios manifestaron mejores resultados con la P. S. P. + M. H. S. Dadas las características sicológicas de nuestras pacientes, estaría más indicado en ellos el M. H. S. o la combinación P. S. P. + M. H. S.

## BIBLIOGRAFIA II

1. SCHWARCZ R.: Preparación sicoprofiláctica para el parto. **X Congreso Argentino de Obs. y Gin. Relatos oficiales**, pág. 200. 1958.
2. CHERTOK L.: **Los métodos sicosomáticos del parto sin dolor**. Edit. Científico-Médica. Pág. 143. 1958.
3. SILVA-MOJICA y Col.: Método sicoprofiláctico de los dolores del parto. Primeros resultados obtenidos en Colombia por trabajo en equipo. **Rev. Col. de Obs. y Gin. VIII**: 6. 1957.
4. CARDENAS-ESCOVAR y Col.: Aplicación del método sicoprofiláctico en la clínica David Restrepo. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X**: 5, 1959.
5. SALAZAR-DAVILA y Col.: Application de la Méthode Psycho-Propilactique à L'INSTITUT IPSO de Bogotá. **Bulletin Officiel de la S. I. de P. P. O.** Tomo 2, N° 2-34. 1960.
6. SILVA-MOJICA: Preparación sicoprofiláctica reforzada con métodos hipnosuggestivos. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XII**: 6. 1961.
7. CAVALHEIRO D.: **Método hipnosuggestivo para o parto sen dor**. Trabajo presentado al I Congreso Pan-Americano de Hipnología. Río de Janeiro, Brasil, 1961.
8. ECHEVERRI-MEJIA OSCAR, Secretario de la Academia Colombiana de la Lengua. Referencia personal, mayo 23, 1962. Bogotá, D. E.
9. **Diccionario Hispánico Universal**. Horta. Barcelona.
10. VILLAMIZAR-FLOREZ H.: Consideraciones sobre el dolor del parto con el método sicoprofiláctico. **Rev. Col. Obs. y Gin. XII**: 4, 1961.
11. NAVAS-URIBE F.: Valoración de los resultados del método S. P. en obstetricia. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 4, 1960.
12. NAVAS-URIBE F.: **Obstetricia sicosomática**. III Simposio S. P. O. 1961.

## BIBLIOGRAFIA III

1. CHERTOK: **Los métodos sicosomáticos para el parto sin dolor**. Edit. Científico-Médica, 1958.
2. CAMPOS G.: **Parto sin dolor por el H. S. P. en el Instituto Fernand Lamaze**. Tesis de grado Universidad Nacional. Bogotá, 1958.

3. PLATONOV: Método Sicoprofiláctico de Analgesia Obstétrica. **Congreso de Leningrado** (8), 48-41 (cita de Chertok).
4. VELVOSKI. Col.: **Analgesia Obstétrica Sicoprofiláctica**. Medquiz. Leningrado. 1954. Pág. 290 (URSS) (cita de Chertok).
5. VELLAY. P.: Comunicación personal a C. R. Silva-Mojica, 1961.
6. ANDRADE-FARIA O.: **Manual de Hipnosis Médica y Odontológica**. Pág. 64. Edt. Cajica, 1959.
7. LOPEZ-ESCOBAR. EMESFAO. La Preparación Sicoprofiláctica de las Embarazadas, 1959. Trabajo para la Fundación Angel-Escobar.
8. VERMOREL: **El parto sin dolor por el método sicoprofiláctico**. Camugli. Edit. Lyon. 1957.
9. VELVOSKI: Intento de edificación del método sicoprofiláctico en el parto sin dolor según las enseñanzas de I. P. Pavlov. **Congreso de Leningrado** (Cita de Chertok).
10. VELLAY: **Boletín de la Sociedad Internacional S. P. O. I.** 1, 1959.
11. VELLAY: **Experiencia de 10 años con la P. P. P.** Comunicación al Congreso mundial de Obs. y Gin. Viena, 1961.
12. RENTCHINC P.: La medicina en Rusia. **Abboterapia**, Nº 189, pág. 4, 1962.
13. BAEZ J. J.: Preparación sicoprofiláctica para el parto. **Relatos del X Congreso Argentino de Obs. y Gin.**, pág. 303. Buenos Aires, 1958.
14. SILVA-MOJICA, Col., EMESFAO: Método S. P. de los dolores del parto. Primeros resultados obtenidos en Colombia por trabajo en equipo. **Rev. Col. de Obs. y Gin. VIII:** 6, 1957.
15. LOPEZ-ESCOBAR G.: Cuidados pre y postnatales. **Rev. Col. de Obs. y Gin. VII:** 8, 1956.
16. ISAZA-MEJIA G.: **La maternidad sin dolor**. Edit. Bedout, Medellín, 1958.
17. ISAZA-MEJIA G.: La maternidad sin dolor. **Rev. Col. de Obst. y Gin. VIII:** 6, 1957.
18. CALDERON B. Col.: El método sicoprofiláctico en la clientela hospitalaria. **Rev. Col. de Obs. y Gin. VIII:** 6, 1957.
19. SALAZAR-DAVILA: Comunicación Personal. Mayo 1962.
20. EMESFAO: Curso de Post-graduados sobre el Método S. P. **Rev. Col. de Obs. y Gin. VIII:** 4, 1957.
22. EMESFAO: II Curso de Post-graduados. **Rev. Col. de Obs. y Gin. IX:** 5, 1958.
23. SILVA-MOJICA y CALDERON B.: Conferencias sobre el M. S. P. **Rev. Col. de Obs. y Gin. IX:** 6, 1958.
24. Primer Simposio Colombiano sobre Métodos Sicofísicos para el Parto Indoloro. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X:** 1, 1959.
25. SILVA-MOJICA. Col.: **Educación prenatal para el parto indoloro**. Talleres Gráfico. Bogotá, 1959.
26. CARDENAS-ESCOVAR, CAMPOS y ALVIAR: Aplicación del método sicoprofiláctico en la clínica de maternidad David Restrepo. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X:** 5, 1959.
27. ISAZA-MEJIA G. y Col.: La práctica del método S. P. para el parto sin dolor en Medellín. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X:** 3, 1959.
28. FERNANDEZ-BASTIDAS M.: Comentarios al trabajo sobre la aplicación del método en Medellín. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X:** 3, 1959.
29. Sociedad Colombiana de Obstetricia Sicosomática. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X:** 4, 1959.
30. ESCOBAR SOTO, HENAO, MUÑOZ y Col.: La preparación sicoprofiláctica de las embarazadas en el I. de Ed. Prenatal F. Lamaze de Cali. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X:** 5, 1959.
31. NAVAS-URIBE, ACOSTA, BENDEK Col.: La preparación sicoprofiláctica de las embarazadas en la clínica Los Angeles de Barranquilla. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X:** 9, 1959.
32. TORRADO, AMAYA y SILVA: Informe de Comisión sobre la difusión de la P. S. P. en Colombia. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X:** 6, 1959.
33. SILVA-MOJICA, GOMEZ-TAMAYO y otros: Informe de Comisión Historia Clínica y estadística. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X:** 6, 1959.

34. SILVA-MOJICA y Col., EMESFAO: La preparación sicoprofiláctica de las embarazadas en el EMESFAO. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 1, 1960.
35. FERNANDEZ-BASTIDAS y otros: Aspectos experimentales de la sicoprofilaxis obstétrica. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 1, 1960.
36. CALDERON y SALAMANCA J.: Algunos métodos objetivos para la apreciación del dolor durante el parto. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 1, 1960.
37. SILVA-MOJICA: II Simposio Colombiano de Sicoprofilaxis Obstétrica. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 3, 1960.
38. Medicación en Sicoprofilaxis Obstétrica, Sociedad Col. de S. P. O. **Rev. de la Clínica de Maternidad David Restrepo. I**: 1, 1960.
39. CARDENAS-ESCOVAR, ACOSTA y ALVEAR: Resultados obtenidos en la Clínica David Restrepo con el M. S. P. **Rev. de la Clínica David Restrepo. I**: 1, 1960.
40. MUÑOZ-DELGADO y CAMPOS-GARRIDO: Intervenciones obstétricas bajo el método S.P. Trabajo presentado al II Simposio de S. P. O. 1960. Medellín. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XII**: 5, 1961.
41. BAEZ J. J.: Sicoprofilaxis y terapéutica medicamentosa. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 5, 1960.
42. SILVA-MOJICA: Informe de la Mesa Directiva de la SCOSS sobre las actividades del primer período: **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 5, 1960.
43. SILVA-MOJICA y FERNANDEZ-BASTIDAS: Causas del fracaso en sicoprofilaxis obstétrica. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 6, 1960.
44. NAVAS-URIBE F.: Valoración de los resultados del M. S. P. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 4, 1960.
45. SALAZAR-DAVILA L.: Preparación extemporánea por el M. S. P. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XII**: 1, 1960.
46. BAEZ J. J.: Importancia de los tipos temperamentales, la inteligencia y el medio en el M. S. P. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XII**: 3, 1961.
47. SILVA-MOJICA y Col. EMESFAO: Datos estadísticos de la P. S. P. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XII**: 3, 1961.
48. AMAYA-LEON H.: Condiciones para el buen resultado de la S. P. O. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XI**: 5, 1961.
49. SILVA-MOJICA: Informe ante la Soc. Col. de Obs. y Gin. **XII**: 4, 1961.
50. FERNANDEZ-BASTIDAS M.: III Simposio Col. de S. P. O. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XII**: 4, 1961.
51. ISAZA-MEJIA G.: Estudios experimentales del testimonio materno en S. P. O. **III Simposio Colombiano de S. P. O.** Ined. 1961.
52. RESTREPO BERTHA, EMESFAO: Correlación entre los rasgos caracterológicos y los resultados en la P. S. P. **II Simposio Colombiano de S. P. O.** Ined. 1961.
53. ISAZA-MEJIA G.: **Maternidad y menstruación sin dolor.** Edit. Bedout. Medellín, 1960.
54. SALAZAR-DAVILA y Col.: Temores racionales e irracionales de las embarazadas. **III Simposio Col. S. P. O.** Ined. 1961.
55. SILVA-MOJICA, CAMACHO y otros: Hipnoterapia en el Síndrome Depresivo Emetizante de las Embarazadas. **III Simposio S. P. O.** Ined. 1961.
56. ARENAS-BUENAHORA: La hipnosis obstétrica. **III Simposio S. P. O.**, 1961. Ined.
57. ARENAS-BUENAHORA: La hipnosis como refuerzo en la preparación sicoprofiláctica. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
58. SILVA-MOJICA: Resultados obtenidos en la P. S. P. reforzada por métodos hipnosugestivos. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
59. SALAZAR-DAVILA: Hipnosis y embarazo. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.

60. SILVA-MOJICA: Entrenamiento de la relajación. Cinta magnetofónica. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
61. SILVA-MOJICA: Concepto hipnosugestivo de la relajación. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
62. SILVA-MOJICA y otros: Preparación hipnótica de las embarazadas para el parto. Primeros resultados obtenidos en Colombia por trabajo en equipo. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
63. SILVA-MOJICA: Concepto de la hipnosis como relajación médica. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
64. ARENAS-BUENAHORA y otros: Preparación sicoprofiláctica de las embarazadas. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XII**: 2, 1961.
65. VILLAMIZAR-FLOREZ H.: Consideraciones sobre el dolor del parto con el M. S. P. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XII**, 4, 1961.
66. ACOSTA-LLERAS y ARENAS-BUENAHORA: Método Simplificado de Condicionamiento en S. P. O. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
67. NAVAS-URIBE F.: Recursos sicosomáticos en S. P. O. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
68. ARENAS-BUENAHORA: La ventosa de Malmström en S. P. O. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
69. FERNANDEZ-BASTIDAS: Fracasos en S. P. O. **Rev. Col. de Obs. y Gin. XII**, 1961.
70. LOPEZ-ESCOBAR: Resultados en señoras con previa experiencia en P. S. P. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
71. SALAZAR-DAVILA: Higiene mental de la embarazada. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
72. SALAZAR-DAVILA: Hipnoanálisis. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
73. LESMES-GUILLERMO, EMESFAO: Aspectos pediátricos de la P. S. P. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
74. SILVA-MOJICA: Hipno-analgnesia en el parto. Filme. **III Simposio S. P. O.** 1961.
75. SALAZAR-DAVILA: Sicoanálisis y sicoprofilaxis. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
76. MOJICA CECILIA DE: Comentarios sobre los informes de pacientes en casos de fracaso. **III Simposio S. P. O.** 1961. Ined.
77. RUGELES, NOVA y otros: Actividades del equipo de S. P. O. del Socorro. **III Simposio S. P. O.** Ined.
78. PIO XII: Concepto del Vaticano sobre los métodos sicofísicos en obstetricia. **El Catolicismo.** Febrero 3, 1956. Bogotá.
79. ALVIAR-MACHADO C.: **La aplicación del M. S. P. y sus resultados en la Clínica David Restrepo de Bogotá.** Tesis. U. J. 1960.
80. SANCHEZ E.: **La hipnosis en obstetricia.** Tesis. Universidad Javeriana, 1961.

#### BIBLIOGRAFIA IV

1. SCHWARCZ R.: Preparación sicoprofiláctica para el parto. **X Congreso Argentino de Obs. y Gin. Relatos oficiales.** 1958.
2. BAEZ J. J.: Preparación sicoprofiláctica para el parto. **Relatos del X Congreso Argentino de Obs. y Gin.** Buenos Aires, 1958.
3. BAUER A.: **Aportes de la práctica del parto sin dolor.** Edit. Cartago. Buenos Aires, 1957.
4. SILVA-MOJICA y Col., EMESFAO: **Preparación sicoprofiláctica de las embarazadas.** Trabajo presentado a la Fundación Angel Escobar. Inédito. 1959.
5. SILVA-MOJICA y Col.: M. S. P. de los dolores del parto. **Rev. Col. de Obs. y Gin. VIII**: 6, 1957.
6. BAUER A.: **Aportes de la práctica del parto sin dolor.** Edit. Cartago. Buenos Aires, 1957.
7. CALDERON B. y SALAMANCA L.: Algunos métodos objetivos para la apreciación de dolor durante el parto. **Rev. Col. de Obs. y Gin. X**: 1960.

8. CHERTOK: **Los métodos sicosomáticos para el parto sin dolor.** Edit. Científico-Médica. Barcelona, 1958.
9. CARDENAS-ESCOVAR, CAMPOS y ALVIAR: Aplicación del M. S. P. en la Clínica David Restrepo. **Rev. Col. Obs. y Gin. X:** 5, 1959.
10. CAMPOS-GARRIDO: **Parto sin dolor por el M. S. P. en el I. F. Lamaze.** Tesis. Bogotá, 1958.
11. CARDENAS-ESCOVAR, ACOSTA y ALVIAR: Resultados obtenidos en la Clínica David Restrepo con el M. S. P. **Rev. de la Clínica David Restrepo I:** 1960,

## BIBLIOGRAFIA VI

1. ROIG-GARCIA S.: Método hipnorreflexógeno. **Rev. Lat. Am. de Hipnosis Clínica. I:** 4, 1960.
2. MOSCONI y SFARCICH: Preparación del parto con hipnosis. **Rev. Lat. Am. Hip. Clin. I:** 1, 1961.
3. CEPPELAK y HOSKOVEC: Nuestras experiencias en el uso de la hipnosis en ginecología y obstetricia. **Rev. Lat. Am. Hip. Clin. II:** 2, 1961.
4. SBRIGLIO: La hipnosis y la autohipnosis en la preparación sicofísica del parto. **Rev. Lat. Am. Hip. Clin. II:** 4, 1962.
5. MONORY R.: La hipnosis en el embarazo y en el parto. **Acta Hipnológica Latino-Americana II:** 1, 1961.
6. GRELE y CAVALHEIRO: La hipnosis en obstetricia. **Acta Hipnológica Latino-Americana II:** 2, 1961.
7. POWER E.: Valoración histórico-social del dolor en el parto normal. **Acta Hipnológica Latino-Americana II:** 2, 1961.
8. GUIMARAES, MARETTI, NOVAES y otros: Hipnose em obstetricia e ginecologia. **Revista de sicología normal e patológica VI:** 4, 1960. Sao Paulo, Brasil.
9. CALLAN T. D.: Can Hipnosis be used routinely in obstetrics? **Brit. Jou. Medical Hyp. Spring,** 1962.
10. GUBEL I.: Curso sobre hipnología dictado en Bogotá en 1960.
11. OTERO J. A.: **La hipnosis en obstetricia.** Conferencia dictada en Bogotá, 1961.
12. CAVALHEIRO D.: Método hipnosugestivo para el parto sin dolor. **Relatos del I Congreso Pan-Americano de Hipnología.** Río de Janeiro, Brasil, 1961.
13. CAVALHEIRO D.: Curso sobre hipnosis en obstetricia dictado en Bogotá, 1961.
14. DUPRAT E. F.: **Hipnotismo.** "DELLACASA". Buenos Aires, 1956.
15. DUPRAT E. F.: Conferencias sobre hipnotismo dictadas en Bogotá, 1961.
16. NIEMEYER J. E.: Hipnofilaxia Obstétrica. **Relatos del I Congreso Panamericano de Hipnología.** Río de Janeiro, Brasil, 1961.
17. JAIMOVICH P.: Hipnosis en la atención del parto. **Relatos del I Congreso Panamericano de Hipnología.** Río de Janeiro, Brasil, 1961.
18. BALESTRINI A.: Parto hipnosicoprofiláctico-oxigenoterápico. **Relatos del I Congreso Panamericano de Hipnología.** Río de Janeiro, Brasil, 1961.
19. OTERO J. A.: Sicoprofilaxis o hipnosis en obstetricia. **Relatos del I Congr. Pan. Am. Hip.** Río de Janeiro, 1961.
20. SILVA-MOJICA, CAMACHO y otros: Preparación hipnótica de las embarazadas para el parto. Primeros resultados obtenidos en Colombia por trabajo en equipo. **III Simposio S. P. O.** Ined. 1961.
21. ARENAS-BUENAHORA y otros: La hipnosis como refuerzo en la P. S. P. **III Simposio de S. P. O.** Ined. 1961.
22. SALAZAR-DAVILA y otros: Hipnosis y embarazo. **III Simposio S. P. O.** 1961.

23. ZDRAVOMISLOV: **El parto bajo hipnosis**. Edit. Crespillo. Buenos Aires, 1960.
24. PLATONOV K.: **La palabra como factor fisiológico y terapéutico**. Ediciones en lenguas extranjeras. Moscú, URSS, 1958.
25. GRELE F. C.: **Manual de obstetricia**. Libreria Ateneu. Río de Janeiro, 1960.
26. KROGER F.: **Ginecología Sicosomática**. I Ed. Salvat, 1955.
27. GINDES B.: **Nuevos conceptos sobre el hipnotismo**. Edit. Psique. Buenos Aires, 1959.
28. HERON W.: **Clinical Applications of Suggestion and Hipnosis**. Thomas, Illinois, 1959.
30. RHODES, R. H.: **Hipnosis**. Aguilar, México, 1958.
31. MOODIE W.: **Hypnosis in Treatment**. Faber, London, 1959.
32. MASON A. A.: **Hypnotism for medical and dental practitioners**. Secker, London, 1960.
33. SILVA-MOJICA, CAMACHO y otros: **Hipnoterapia en el síndrome depresivo emetizante de las embarazadas. I. Congreso Pan A. Hip.** Río de Janeiro, Brasil. Relatos oficiales. Ined. 1961.
34. SILVA-MOJICA: **Concepto de la hipnosis como relajación médica. III Simposio S. P. O.** 1961.
35. SILVA-MOJICA: **Concepto hipnosugestivo de la relajación y su aplicación en P. S. P. III Simposio S. P. O.** Ined. 1961.
36. READ G. D.: **Natural Childbirth**. Wm. Heinemann. Ltd. Londres, 1953.
37. JACOBSON: **Relaxation methods in labor**. *Am. J. of Obst. and Gyn.* Mayo 1954.
38. LAMAZE F.: **El parto sin dolor**. Editora Ciencia y Vida. Buenos Aires, 1955.
39. CHERTOK L.: **Los métodos sicosomáticos del parto sin dolor**. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1958.
40. WALTER y MULLER: **Reflexiones sobre el estado actual de la P. S. P. en la maternidad de Estrasburgo. Bul. Of. de la S. I. de P. P. O. Nº 1**, 1959.
41. KROGER: **Natural childbirth. The Brit. J. of Med. Hypnotism**. 1961.
42. GUBEL J.: **Curso de hipnosis médica**. Bogotá, 1960.
43. SPITERI W.: **Tratado de hipnosis médica**. Talleres gráficos. Buenos Aires, 1960.
44. LOPEZ-ESCOBAR. EMESFAO: **El método sicoprofiláctico**. Curso de postgrado. Cali, 1958.
45. MILECHNIN A.: **La hipnosis**. Tall. Graf. Didot. Buenos Aires, 1961.
46. CHERTOK y otros: **Désir d'enfant et vomissement**. Comunicación al Congreso Mundial de Siquiatría. Montreal, 4.10 - 6. 1961.
47. JACOBSON E.: **How to relax and have your baby**. Mc Graw Hill Book Comp. 1959.
48. SCHULTZ J. H.: **El entrenamiento autógeno**. Edit. Científico-Médica. Barcelona, 1954.

#### BIBLIOGRAFIA VII

- MACHOVER K.: **Personality projection in the drawing of the human figure**. Thomas, Springfield, 1949.
- GOODENOUGH F. L.: **Measurement of intelligence by drawing**. New York, 1926.
- NERRATIL L.: *Zschr. Psychosomat. Med.* 4, 97, 1958.
- STERNE: **Handb. klin. Psychologie** I. Rascher, Zurich, 1955.
- CATTEL R. B.: **A guide to mental testing**. Sec. Ed. London, 1948.

#### BIBLIOGRAFIA VIII

1. SILVA-MOJICA y Col., EMESFAO: **El M. S. P. de los dolores del parto: primeros resultados obtenidos en Colombia por trabajo en equipo. Rev. Col. Ob. y Gin. VII: 6**, 1957.
2. SILVA-MOJICA y Col., EMESFAO: **La P. S. P. en EMESFAO. Rev. Col. Ob. y Gin. IX: 1**, 1960.

3. SILVA-MOJICA y FERNANDEZ-BASTIDAS: Causas de fracaso en S. P. O. **Rev. Col. Ob. y Gin. XI: 6, 1960.**
4. VERMOREL H.: Essai d'interprétation de causes d'echecs. **Rev. Nouv. Med. I: 129 - 140. N° 3, 1954.**
5. FERNANDEZ-BASTIDAS: Fracasos en S. P. O. **Rev. Col. Ob. y Gin. XII: 6, 1961.**
6. CHERTOK: **Los métodos sicosomáticos para el parto sin dolor.** Edit. Científico-Médica. Barcelona, 1958.
7. CH' EN WEN CHEN: **Bol. Soc. Int. S. P. O.** Análisis clínico de 8.063 casos de parto sin dolor I: 1, 1959.
8. VELVOSKI y otros. Causas de comportamiento agitado en pacientes preparadas. **Bol. de la Soc. Int. de S. P. O. II: 1, 1960.**
9. CAMPOS-GARRIDO: **El parto sin dolor por el M. S. P.** Tesis. Bogotá, 1958.
10. CARDENAS-ESCOVAR, ACOSTA y ALVIAR: Resultados obtenidos en la Clínica David Restrepo. **Rev. de la Clínica David Restrepo. I: 1, 1960.**
11. VELLAY: Consideraciones sobre el artículo del doctor Ch' en Wen Chen. **Bol. Soc. Int. S. P. O. I: 1, 1959.**
12. CHERTOK: Sicoprofilaxis o sicoterapia obstétrica. **Revista de Medicina Sicosomática III: 4, 1961.**