



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma de Barcelona



TESIS DOCTORAL

Psicoprofilaxis y Educación Maternal.

Historia de la preparación al parto en

España

Amaya García Arregui

CEHIC

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

5 de abril de 2019



Universitat Autònoma de Barcelona



TESIS DOCTORAL

Psicoprofilaxis y Educación Maternal.  
Historia de la preparación al parto en  
España

Autora : Amaya García Arregui

Directores : Javier Moscoso y Fernando Vidal

Programa Doctorado en Historia de la Ciencia

Centro de Historia de la Ciencia

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

5 de abril de 2019

*A Loli y Julio,  
por todo.*



# Índice

<b>Agradecimientos</b>	<b>7</b>
<b>Notas de escritura</b>	<b>9</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>11</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
<i>I. Contextualización histórica</i>	<i>14</i>
Apuntes para una problematización demográfica	14
Las políticas sanitarias desde la economía y la arquitectura	18
Ciencia y sociedad en la construcción del estado franquista	22
<i>II. Marcos teóricos y justificación</i>	<i>24</i>
Situación general	25
El parto sin dolor en perspectiva transnacional	32
Pertinencia de la investigación	39
<i>III. Estructura, desarrollo y fuentes</i>	<i>43</i>
<b>I. Genealogía</b>	<b>51</b>
1. <i>Origen</i>	<i>63</i>
1. 1. Ángel Hernández Jiménez, por Jorge Semprún	64
1. 2. El parto de Monique y la comparecencia de Pío XII	70
1. 3. Reacciones y alianzas	76
2. <i>Destino</i>	<i>85</i>
2. 1. Ser mujer en tiempos de Franco	88
2. 2. Eficiente de noche y obediente de día: la autonomía precaria de la profesión de matrona	94
2. 3. Consuelo Ruiz Vélez-Frías	100
3. <i>Sentido</i>	<i>111</i>
3. 1. Vida y obra de Álvaro Aguirre de Cárcer	112
3. 2. Redes clientelares	119
3. 3. El giro carceriano	127
<b>II. Etiología</b>	<b>141</b>
4. <i>Subordinación mecánica</i>	<i>149</i>
4. 1. Equivalencias	150
4. 2. Sumas	156
4. 3. (Im)potencias	162
5. <i>Gobernanza neuroconductual</i>	<i>167</i>
5. 1. Polaridades	170
5. 2. Automatismos	177
5. 3. Conducciones	191
6. <i>«La complacencia de lo orgánico»</i>	<i>197</i>
6. 1. Resortes	198
6. 2. Adherencias	204
6. 3. Consistencia	216

<b>III. (Psico)terapia</b>	<b>227</b>
7. <i>Escuelas de parto sin dolor</i>	233
7. 1. Dietética de la verdad	237
7. 2. Geometrías de la distancia	252
8. <i>Educación Maternal</i>	265
8. 1. La selva de la maternidad: proyecto, conceptos y método de la psicoterapia maternal	267
8. 2. El nuevo arte de la conciencia	278
9. <i>Crítica</i>	293
9. 1. Contar y ganar	295
9. 2. Petición de cuentas	301
9. 3. Calificaciones y tratamiento: la terapia hermenéutica de la psicoprofilaxis	309
9. 4. De la taxonomía al test: el pulso entre medir el dolor y evaluar el comportamiento	317
<b>IV. (Fisio)terapia</b>	<b>335</b>
10. <i>Marionetas</i>	343
10. 1. Respiración	344
10. 2. Educación neuromuscular, el precedente de Edmund Jacobson	355
10. 3. Economías de la tensión	359
11. <i>Funambulistas</i>	367
11. 1. Gimnasia del cuerpo, fuerza del espíritu	370
11. 2. Cerebros bien despiertos	381
11. 3. La escalera de la conciencia	393
<i>Epílogo</i>	405
<b>CONCLUSION</b>	<b>425</b>
Controverses	428
Sémiotique	432
Féminisme	435
<b>Listado de nombres</b>	<b>445</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>449</b>
<i>FUENTES PRIMARIAS</i>	449
Libros y artículos	449
Discursos, ponencias, conferencias	466
Actas de reuniones, Juntas, Estatutos, Acuerdos	467
Prensa y revistas (por orden cronológico)	469
Textos legales	472
Fuentes orales	472
Fuentes audiovisuales	473
Otros	473
<i>BIBLIOGRAFÍA SECUNDARIA</i>	475

## Agradecimientos

Creo que escribir una tesis es la experiencia más cercana a un parto que le pueda ocurrir a nadie. Un esfuerzo colosal que requiere de un periodo de aprendizaje, de ciertas técnicas que facilitan el trabajo y, sobre todo, del apoyo logístico y moral de mucha gente. Si el parto es una labor colectiva, la tesis es una empresa multitudinaria. Para alumbrar esta que sigue a continuación he necesitado toda clase de cuidados. En lo que se refiere a la asistencia intelectual, he tenido el privilegio de contar con los y las mejores profesionales: preparadores y expertos en mayéutica. Por otro lado, si he llegado hasta aquí sana y entera es porque ha cuidado de mí un equipo de acompañantes que me han fortalecido con calor, paciencia y palabras, y han hecho tangible el más etéreo de los regalos: el tiempo.

Quiero agradecer especialmente a mis directores, Javier Moscoso y Fernando Vidal, el apoyo y los consejos que me han brindado a lo largo de estos años, así como la motivación que ambos constituyen para mí. Nunca podré devolverles la atención que le han dedicado al manuscrito; ha sido un placer poder aprender de investigadores como ellos.

Es para mí un gran honor contar con la presencia de Jon Arrizabalaga, Teresa Ortiz-Gómez, y Marilène Vuille en el tribunal de la tesis, y les agradezco enormemente el tiempo que dedicarán a la lectura y los comentarios y críticas que puedan hacer, los cuales mejorarán sin duda mucho esta investigación.

El equipo entero del CEHIC tiene también toda mi gratitud por recibirme siempre con los brazos abiertos y ayudarme a avanzar en el proyecto. Gracias de nuevo a Jon Arrizabalaga, Alfons Zarzoso, Mònica Balltondre, Xavier Roqué, Sara Lugo y Carlos Taberner por sus comentarios, y a Agustí Nieto-Galán, Jorge Molero-Mesa y Annette Mülberger también por sus consejos y el rol de guía que han desempeñado tantas veces. Entre los estudiantes, antiguos y presentes, también querría mencionar a Clara Florensa y Miquel Carandell, Ignasi Medà, Mónica Alcalá, Jaume Valentines y Ana Macaya por el intercambio de ideas y sobre todo por el compañerismo que han mostrado a pesar de mis idas y venidas. En París, gracias a Rafael Mandressi, Antonella Romano y el resto de miembros del Centro Alexandre-Koyré, por acogerme y hacerme partícipe de su estimulante ambiente de trabajo.

Le estoy también profundamente agradecida a mi familia adoptiva en la Universidad de Sevilla, por prestarme un despacho y cuidar de mí en los momentos más frágiles del doctorado siempre con una sonrisa. Encarnación



Bernal Borrego, María-Luisa Calero-Delgado y Víctor-Manuel Núñez-García:  
¡muchas gracias!

A la Fundación la Caixa le agradezco la beca que ha hecho posible esta investigación, obviamente, pero también la eficiencia con la que trabajan y la disponibilidad que han mostrado para conmigo.

Por otro lado, esta tesis no podría haberse realizado sin la generosidad de muchas partes implicadas, en primer lugar Colette Malye, a quien nunca me cansaré de escuchar. La escuela española de Educación Maternal también me ha facilitado inmensamente la tarea, dejándome bucear en sus archivos para descubrir la inagotable labor de su fundador, y surtiéndome de materia prima cuando les sobra. Lo mismo puede decirse de los archivos de la Union Fraternelle des Métallurgistes: gracias a Emeric Tellier y al Institut d'Histoire Sociale de la Métallurgie por la asistencia archivística en la apasionante historia de la psicoprofilaxis parisina. Gracias también a los doctores Carlos de la Cal, Antonio González, José Antonio Usandizaga, Josep Maria Carrera, José Fernando Fernández Godoy, y a María Ángeles Rodríguez Rozalén, Felipe Nieto, Natalene Suanzes, Maria Àngels Claramunt y Emilio Santos Leal por ayudarme a reconstruir la historia de la preparación al parto en España y prestarme materiales sobre los que investigar.

En un plano más personal, reconozco que este esfuerzo habría sido insufrible sin Elsa Boulet, Mónica García Fernández, Violeta Ruiz y Fanny H. Brotons, mis compañeras de ruta y amigas. También me han apoyado y aconsejado sabiamente Sergio Alcañiz, Sylvain Di Manno, Míriam Martínez, Borja Segarra, Sonsoles Hernández, Guillermo de Eugenio, Maud Arnal, Céline Puill, Aden Gaide, Margaux Leboucq, Anne-Sophie Vozari, Rosanna Sestito y Lucile Ruault. A Chloé, Ben, Mélanie, André, Adèle, Alberto y Marie, porque siempre seréis « la famille choisie ».

A mi propia familia, por las risas, el amor a la escritura y la confianza en mí misma. A A., C., L y r, porque la aventura continúa.

# Notas de escritura

Para quien se disponga a emprender la lectura de estas páginas, conviene precisar una serie de puntos:

- Todas las traducciones de fuentes extranjeras son mías.
- Cuando en las citas aparecen expresiones enfatizadas mediante mayúsculas, cursivas u otros procedimientos, son siempre las del texto original.
- El criterio seguido para nombrar a los personajes que aparecen en la tesis es arbitrario. Para nombres que se repiten con frecuencia uso distintas variantes: a veces menciono a la persona por su nombre completo, otras empleo el nombre de pila seguido del primer apellido, o bien uso tan solo el segundo apellido, o incluso solo el primero. Así, Álvaro Aguirre de Cárcer es mayormente «de Cárcer», aunque a veces también «Aguirre», y Consuelo Ruiz Vélez-Frías puede ser alternativamente «Consuelo Ruiz» o «Vélez-Frías». Esto sucede en otros casos (i.e. Cónill/Montobbio) en los que combino las distintas opciones para evitar la monotonía del texto. Esta licencia deriva de mi propia familiaridad con los personajes, y confío en que no estorbará la lectura una vez que el lector se familiarice también con ellos.
- Para los nombres de personajes soviéticos, he seguido en general la ortografía que usa Paula A. Michaels en sus escritos (i.e. Nikolaev y Velvovskii). De aparecer personajes no referidos por esta autora, he seguido la ortografía con la que las propias fuentes los presentan.
- Ginecólogos, tocólogos u obstetras son expertos de un mismo gremio, pues los estudios van unidos. Las descripciones de algunos personajes con una u otra etiqueta no intentan designar distintas profesiones, sino simplemente dar variedad al texto.
- He reducido la información bibliográfica de algunas referencias en las notas al pie de página, pero esta información está completa en la bibliografía.
- La mayoría de documentos de los fondos privados de Álvaro Aguirre de Cárcer, de Colette Malye o del Institut d'Histoire Sociale de la Métallurgie fueron redactados en Madrid o París y no vienen fechados, por lo que solo indico el lugar y la fecha concreta de producción del documento cuando el texto los menciona. Por otro lado, cuando cito documentos que no están numerados, contienen errores de numeración o varias copias del mismo texto en el propio documento (digitalizado), refiero únicamente el nombre del documento en cuestión, sin atribuir a la cita un número de página concreto. Por último, en las citas y en la bibliografía he señalado los documentos que provienen de estos fondos, cuyos acrónimos son: **CM-HJ** para el fondo privado de Colette Malye y Ángel Hernández Jiménez; **EEEM** para los fondos de la Escuela Española de Educación Maternal; **IHSM** para los archivos del Institut d'Histoire Sociale de la Métallurgie, e **ID** para los materiales aportados por el Instituto Dexeus de Barcelona.



## RESUMEN

Esta tesis explora los orígenes de la preparación al parto en España y la evolución de esta práctica a lo largo de la segunda mitad del siglo XX desde una perspectiva de historia intelectual del dolor del parto. Basada en documentos de archivo, publicaciones médicas especializadas y divulgativas, escritos autobiográficos y prensa general, la investigación examina el impacto de la llegada de los métodos de preparación al parto en la España de la dictadura, los fenómenos de traducción y adaptación de estos métodos por los actores locales, y las innovaciones que estos aportaron con el tiempo en el plano teórico y/o programático. La investigación también incorpora una perspectiva de género al relacionar los discursos sobre la preparación al parto con ideas más generales (médicas, morales o psicoanalíticas) sobre la «naturaleza femenina», preguntándose a su vez por los efectos de tales discursos sobre la gestión del embarazo y del parto por los profesionales y las instituciones.

La tesis se divide en cuatro partes. La primera reconstruye la implantación de la preparación al parto en España a partir de las trayectorias de tres de sus promotores principales. La segunda parte se centra en el estudio de los modelos conceptuales sobre el dolor obstétrico y la tercera y cuarta partes atienden a las correspondencias y desajustes entre dichos modelos y los programas prácticos de preparación al parto y a la maternidad, los cuales comprenden una formación teórica y un entrenamiento físico de las embarazadas, así como un ejercicio crítico y valorativo por parte de los equipos médicos.

Asimismo, el análisis sitúa estos sistemas teórico-prácticos en continuidad con otros métodos de preparación al parto en el extranjero, pudiendo hablar de «estilos» o «escuelas» de educación prenatal determinados por variables políticas e ideológicas tanto como estrictamente científicas. Por último, la investigación pone el foco en los aspectos controvertidos de este fenómeno de la obstetricia contemporánea, como su propia fundamentación teórica o las raíces políticas de la educación prenatal, la asignación de nuevos roles que esta práctica fomenta entre el personal sanitario y las disputas por controlarlos, o las visiones implícitas sobre el valor moral de los distintos métodos en sus juegos respectivos con la conciencia, la sensibilidad, el raciocinio y la voluntad de las pacientes. Con todo, la tesis aspira a mostrar que lejos de ser un evento meramente biológico, el parto constituye una encrucijada de valores, normas, preocupaciones políticas y expectativas culturales sobre las mujeres, la ciencia y las relaciones sociales.

## RÉSUMÉ

Cette thèse analyse les origines de la préparation à l'accouchement en Espagne et l'évolution de cette pratique au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, dans une perspective d'histoire intellectuelle des douleurs des couches. En s'appuyant sur des documents d'archive, des publications médicales spécialisées ou adressées au grand public, des écrits autobiographiques et des textes de presse, cette recherche interroge l'effet de l'arrivée des méthodes de préparation à l'accouchement dans l'Espagne de la dictature, les phénomènes de traduction et d'adaptation de ces méthodes par les acteurs locaux, et les innovations que ceux-ci introduisirent au fil du temps aux niveaux théorique et/ou pratique. La thèse intègre également une perspective de genre : d'une part, les discours sur la préparation à l'accouchement sont reliés avec des idées plus générales (médicales, morales ou psychanalytiques) sur la « nature féminine » ; d'autre part seront analysés les effets de ces idées sur les interventions professionnelles et institutionnelles sur la grossesse et l'accouchement.

Le manuscrit est divisé en quatre parties. La première restitue l'implantation de la préparation à l'accouchement en Espagne à partir des trajectoires de trois de ses promoteurs principaux. La deuxième partie étudie les modèles conceptuels sur la douleur obstétricale. Les troisième et quatrième parties interrogent les convergences et les décalages entre ces modèles et les programmes pratiques de préparation à l'accouchement et à la maternité, qui comprennent une formation théorique et un entraînement physique des femmes enceintes, ainsi qu'un travail réflexif et évaluatif de la part des équipes médicales.

L'analyse situe également ces systèmes théorico-pratiques dans la continuité d'autres méthodes de préparation à l'accouchement diffusées à l'étranger, et propose de parler de « styles » ou d'« écoles » d'éducation prénatale, déterminés par des facteurs politiques et idéologiques autant que scientifiques. Enfin, cette recherche met en lumière les aspects controversés de cette pratique de l'obstétrique contemporaine : ses fondements théoriques ; les origines politiques de l'éducation prénatale ; la distribution de nouveaux rôles professionnels qui est produite par ce dispositif et les luttes qui en découlent ; ou encore les représentations implicites sur la valeur morale des différentes méthodes dans leur manière de mettre en jeu la conscience, la sensibilité, la raison et la volonté des patientes. Cette thèse entend ainsi montrer que, loin d'être un événement simplement biologique, l'accouchement est pris dans un nœud de valeurs, de normes, de préoccupations politiques et d'attentes culturelles sur les femmes, la science et les rapports sociaux.

# INTRODUCCIÓN

Con independencia de si el parto duele, gusta o deja indiferente, esta tesis explora el origen de la preparación al parto en España. Llamada «parto sin dolor» por su vocación inicial de prevenir eficazmente el sufrimiento de las mujeres, la preparación al parto también tuvo otras denominaciones similares, como «psicoprofilaxis obstétrica», «parto natural» o «sin temor», y «educación maternal». Todos los nombres confluyen en una serie de recursos pedagógicos, psicoterápicos y corporales para facilitar el trabajo que la mujer realiza durante el nacimiento. Tras estas técnicas, sin embargo, los planteamientos teóricos distan unos de otros tanto como sus raíces históricas. La popularización de los dos grandes métodos de parto sin dolor –el de parto natural y el psicoprofiláctico– tuvo lugar en periodo de Guerra Fría y sus defensores, situados ideológicamente a uno y otro lados del telón de acero, protagonizaron una pequeña contienda a escala médica. La presente investigación plantea por tanto dos preguntas fundamentales. Primero, ¿cuál es el hilo conceptual que vertebra cada método en sus dimensiones especulativa, práctica y política, distinguiéndolo así de los demás? Y segunda, ¿en qué condiciones pudo asentarse en la España franquista una práctica que desafiaba el mandato bíblico, que procedía –al menos en parte– de los confines de la Unión Soviética, y que rompía a todas luces con la tradición? Estas preguntas nos llevarán, a lo largo de este estudio, a considerar la evolución de los objetivos y las formas de la preparación al parto en el tiempo.

Aprovechando el repaso bibliográfico de rigor, la presente introducción pretende:

- I. Situar brevemente el objeto de estudio dentro de un marco general que tenga en cuenta variables demográficas, políticas, sanitarias, culturales y científicas del periodo.
- II. Explicar los planteamientos teóricos que sustentan el estudio y justificar la relevancia académica y social de conducir una investigación sobre la génesis de la preparación al parto en España.
- III. Exponer la progresión de capítulos y comentar los aspectos metodológicos de la investigación.

## I. Contextualización histórica

### *Apuntes para una problematización demográfica*

Entre 1953, año de entrada de la psicoprofilaxis obstétrica en España, y el inicio del nuevo milenio, la población española pasó de unos 28 a casi 41 millones de personas<sup>1</sup>. Aunque en ello intervinieron múltiples factores, como los migratorios, el mayor crecimiento se evidenció en la conocida como etapa del *baby boom* (*explosión de natalidad* en castellano), un fenómeno relacionado con la mejora de las condiciones de vida, el descenso de la edad de matrimonio y el aumento de la nupcialidad en España durante la década de los 1960 y hasta 1975<sup>2</sup>. No obstante, la subida de las tasas de fecundidad en este periodo no fue tan espectacular como en el contexto americano o el de otras naciones europeas, y en general el índice de natalidad español siguió el curso decreciente que se había iniciado a finales del siglo XIX, un descenso que se agudizó con la crisis económica ocurrida ya en plena transición hacia la democracia<sup>3</sup>.

La teoría de la revolución reproductiva arroja luz sobre este asunto desde un enfoque que combina el análisis demográfico longitudinal con el socio-histórico y la perspectiva de género. La teoría elaborada por John McInnes y Julio Pérez Díaz da cuenta del tránsito de una sociedad preindustrial a nivel demográfico (con altas tasas de mortalidad y natalidad), a una sociedad moderna y estable con niveles muy bajos de natalidad y mortalidad, una larga esperanza de vida y un óptimo recambio intergeneracional<sup>4</sup>. Estos autores sustituyen los análisis clásicos de la transición demográfica –focalizados en una visión negativa y alarmista del descenso de la fecundidad– por el concepto de eficiencia reproductiva, según el cual la baja de la mortalidad y el alargamiento espectacular de la vida en la segunda mitad del siglo XX permiten disminuir el trabajo reproductivo que las poblaciones realizan para ir reemplazándose en el tiempo, alcanzándose dicho reemplazo con tasas de fecundidad mucho más bajas que en épocas anteriores.

El nuevo paradigma demográfico permite observar ciertos fenómenos sociales desde un ángulo nuevo: por ejemplo, si la integración de la mujer al mercado de trabajo se consideraba una de las causas del descenso de la

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística, *Series históricas de datos censales. Tabla 3: Población según grupos de edad y sexo (1900-2001)*. La fuente puede consultarse en la página web del INE: <https://www.ine.es/censo2001/historia.htm>

<sup>2</sup> Mercedes Vázquez de Prada, «Para una historia de la familia española en el siglo XX», *Memoria y Civilización*, 8, 2005, p. 127. Véase también Anna Cabré, Andreu Domingo y Teresa Menacho, «Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX», in Manuel Pimentel Siles (coord.), *Mediterráneo Económico, 1, Monográfico: Procesos migratorios, economía y personas*, Cajamar, Almería, 2002, p. 122.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 125.

<sup>4</sup> John McInnes y Julio Pérez Díaz, «The Reproductive Revolution», *The Sociological Review*, 57 (2), 2009, pp. 262-284.

fecundidad en los países desarrollados, ahora puede al contrario analizarse como una consecuencia directa de ello, ya que la nueva eficiencia reproductiva de las sociedades –y su descenso correlativo de la fecundidad– libera recursos humanos para la producción<sup>5</sup>. McInnes y Pérez Díaz llegan incluso a afirmar que esta descarga del trabajo reproductivo incide en las atribuciones sociales a cada género, igualándolas y desencadenando una serie de respuestas profundas como podrían ser la erosión de las estructuras patriarcales, la apertura de los modelos de familia o el desmantelamiento progresivo de los mecanismos estatales de control de la sexualidad de la ciudadanía. Otras repercusiones tocan de lleno la potestad que las mujeres ejercen sobre sus propios cuerpos, como la generalización de los métodos contraceptivos, las reivindicaciones por la legalización del aborto o simplemente la toma de decisiones individuales, familiares y colectivas sobre la mejor manera de tener hijos, y los medios que el estado debe proveer para facilitar dicha tarea. De este modo, la propuesta de McInnes y Pérez Díaz invita a integrar estos cambios históricos dentro de los efectos producidos por la transformación de las condiciones de reproducción humana en el mundo contemporáneo.

A la luz de esta interpretación, las políticas pro-natalistas llevadas a cabo durante la dictadura no deben interpretarse tan solo como expresión de la voluntad de repoblar el país diezmado por la guerra, la miseria y la enfermedad, tratando las variables poblacionales como una fuente de potencia político-militar para el régimen. Ello entraría dentro de lo que autores como el historiador Salvador Cayuela identifican con un dispositivo biopolítico de tipo interventor propio de los estados decimonónicos, y en el que cabe también situar parte de la gestión estatal que hizo el nuevo régimen franquista<sup>6</sup>. En estrecha relación con esta dimensión utilitaria y biopolítica, el programa pro-natalista dictatorial también revela una reacción ideológica de corte conservador ante los cambios que la mejora de la eficiencia reproductiva ya había empezado a propiciar, y seguiría instigando lenta y discretamente, en los patrones sexuales y de género, en los estilos de vida y en las normas que rigen la cohesión de los individuos en la sociedad. Si McInnes y Pérez Díaz están en lo cierto, la descarga reproductiva que afectó especialmente la vida de las mujeres contemporáneas las liberaba por primera vez para equipararse con los hombres en el plano simbólico, laboral e institucional, augurando una serie de cambios radicales que se tradujeron en las múltiples victorias del feminismo de la segunda ola. Era un camino de no-retorno que trascendía la capacidad de control de cualquier régimen político y en el que,

---

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 270.

<sup>6</sup> Salvador Cayuela Sánchez, «¿Biopolítica o Tanatopolítica? Una defensa de la discontinuidad histórica», *Revista de Filosofía*, 43, 2008, pp. 37-40. Algunos de los rasgos que permiten situar el tipo de gobernabilidad implantada durante el primer franquismo en el marco de la biopolítica interventora que nace en el último cuarto del siglo XIX son el nacionalismo de estado, la preocupación por la higiene social y la eugenesia y el paso de un sistema de beneficencia a otro de previsión social.



en el plazo de pocas décadas, como dicen los autores, «el futuro pasó a ser femenino»<sup>7</sup>.

Sobrepasados por la fuerza de estas reconfiguraciones sociales que ya despuntaban en tiempos de la 2ª República, los ideólogos franquistas se obsecaron en devolver la mujer a su pasado. De ahí que el *Fuero del Trabajo* estableciese en 1938 la equivalencia entre el trabajo productivo del hombre y el trabajo reproductivo de la mujer como deber de cada uno hacia la nueva patria, afirmando que el régimen pretendía libertar «a la mujer casada del taller y de la fábrica»<sup>8</sup>. Pero como indican Teresa Ortiz-Gómez y Agata Ignaciuk, los esfuerzos del régimen por estimular la natalidad, prohibir la contracepción y perseguir las prácticas abortivas no impidieron que la población accediera a procedimientos diversos para seguir reduciendo la talla de sus familias<sup>9</sup>. En cierto modo, era una partida perdida de antemano.

Así enmarcada dentro de la cuestión demográfica, la maternidad en general y la medicalización del parto y del embarazo en particular aparecen como un campo de alto valor estratégico, en el que el régimen sacó a la luz su faceta más positiva o productiva –no solo represiva–, para contrarrestar los efectos que la inercia demográfica, catalizada por la acción del colectivo social en ciertos momentos de la lucha feminista, tendría en la configuración de la subjetividad moderna de las mujeres españolas. Este análisis se inscribe en una línea historiográfica que ha empezado a explorar los medios con los que el franquismo, como cualquier otra forma de gobierno, trató de crear nuevos hábitos de sujeción individual y ciudadana, con sus formas de experiencia y sus estilos de vida derivados, tanto en la inmediata posguerra como en la fase desarrollista<sup>10</sup>. Una hipótesis al respecto sería entonces que ante el auge de una subjetividad femenina de tipo «eficiente», atravesada tanto por la problemática reproductiva como por la social y laboral, el franquismo opuso una subjetividad exclusivamente centrada en lo primero, una subjetividad maternal que aglomera, silencia y denigra otras formas de ser mujer, desactivando cualquier vía para la emancipación femenina y asegurando con ello el mantenimiento de la estructura patriarcal de la sociedad.

Que la batalla estuviera perdida de antemano, como sugiero más arriba, no significa que el régimen no consiguiera parte de sus objetivos, ni que los medios puestos a disposición fueran pocos o inadecuados. Por ejemplo, las medidas legales para la promoción de la natalidad y la caracterización de la mujer como

---

<sup>7</sup> McInnes y Pérez Díaz, *op. cit.*, p. 272.

<sup>8</sup> *Fuero del Trabajo*, título II. BOE del 10 de marzo de 1938, n.º 505, p. 6179.

<sup>9</sup> Agata Ignaciuk y Teresa Ortiz-Gómez, «“Pregnancy and labour cause more deaths than oral contraceptives”: The debate on the pill in the Spanish press in the 1960s and 1970s», *Public Understanding of Science*, 2013, p. 2.

<sup>10</sup> Salvador Cayuela Sánchez, «El nacimiento de la biopolítica franquista. La invención del “homo patiens”», *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, 40, 2009, pp. 273-274. Véase también, del mismo autor, «La biopolítica del franquismo desarrollista: hacia una nueva forma de gobernar (1959-1975)», *Revista de Filosofía*, 38(1), 2013, pp. 159-179.

«ángel del hogar» son de sobra conocidas. Entre ellas destacan los premios a las madres de familia numerosa, los incentivos salariales a los trabajadores cuyas esposas eran amas de casa, o las dotes que el régimen ofrecía a aquellas mujeres que abandonaban su trabajo después de casarse<sup>11</sup>. En lo referente a las prácticas abortivas y contraceptivas, la Ley de 1941 sentó un marco legal disuasorio y punitivo mantenido hasta la transición<sup>12</sup>. Como señalan Ortiz-Gómez, Ignaciuk y Rodríguez-Ocaña, el régimen hizo «del fomento de la natalidad un principio de estado»<sup>13</sup>.

Otro fenómeno muy bien documentado es el trato que recibió la maternidad por parte de las instituciones franquistas mediante sus políticas sanitarias. Las aproximaciones dentro de este campo son numerosas, pero me limitaré a continuación a comentar tan solo dos de ellas con el fin de situar el objeto de esta tesis. La consecución arquitectónica de las políticas sanitarias y la perspectiva económica del desarrollo de un sistema de seguros sanitarios permiten captar el esfuerzo del régimen por promocionar la identidad maternal en lo simbólico, y por beneficiarse políticamente de la imagen de un estado protector y preocupado por su ciudadanía. Al final de este apartado referiré también algunos análisis de la historiografía de la ciencia que iluminan el papel que tuvo este ámbito profesional, junto a instancias más transversales como la prensa, en la sustentación y elaboración discursiva del ideario franquista.

Antes de proseguir conviene señalar un detalle: la hipótesis de una identidad maternal promovida por el estado franquista plantea el riesgo de conceder una importancia desmesurada a la idea de gobernabilidad foucaultiana, en particular a su capacidad para configurar las formas de subjetivación y conciencia. La antropología de la medicina y de la psiquiatría proponen estrategias alternativas para investigar estos procesos desde una perspectiva menos determinista, menos unitaria y más fenomenológica, centrada en la experiencia de los pacientes o los colectivos y sus lógicas propias de significación<sup>14</sup>. En el caso de la medicalización del parto y de la historia del parto sin dolor, la voz de las mujeres resultaría indispensable para matizar el alcance de las formas de subjetivación impuestas «desde arriba» mediante teorías científicas y mecanismos institucionales. Por razones que explicaré al final de la introducción, el presente trabajo no incluye esa mirada antropológica, y se centra en historiar el papel que desempeñaron los discursos sobre la preparación al parto en la definición de la maternidad. Dicho esto, sigamos contextualizando.

---

<sup>11</sup> Jerònia Pons Pons y Margarita Vilar Rodríguez, *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*, Prensas de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 2014, p. 128.

<sup>12</sup> Ley de 24 de enero de 1941 para la protección de la natalidad, contra el aborto y la propoaganda anticoncepcionista. BOE del 2 de febrero de 1941, n.º 33, pp. 768-770.

<sup>13</sup> Agata Ignaciuk, Teresa Ortiz-Gómez y Esteban Rodríguez-Ocaña, «Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre “la píldora” en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979)», *Dynamis*, 32 (2), 2012, p. 471.

<sup>14</sup> Para una muy buena crítica al respecto véase Byron J. Good, «Theorizing the “subject” of medical and psychiatric anthropology», *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 18, 2012, pp. 515-535.

Como es bien sabido, tras la Guerra Civil la hambruna y las epidemias cercaban a la población española, en gran parte mal atendida por la falta general de infraestructuras sanitarias. El Decreto X del *Fuero del Trabajo* afirmaba la voluntad del nuevo régimen de establecer progresivamente un sistema de previsión social que proporcionara al trabajador «la seguridad de su amparo en el infortunio» y extendiera los seguros de maternidad, vejez, accidentes y enfermedades laborales, paro, invalidez y tuberculosis<sup>15</sup>. Este programa no se concretó hasta la creación en 1942 del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), primer dispositivo legal que el régimen franquista establecía para atender la salud de la población de forma coordinada, pasando de un modelo de beneficencia a otro de previsión social estatalizada. Como señala Cayuela, la implantación del SOE fue problemática por causas variadas, como la desconfianza de la población en general, la reticencia del cuerpo médico a colaborar en la nueva prestación sanitaria o la superposición de los nuevos seguros a la red ya existente de Montepíos y mutualidades. Estos obstáculos se añadían a su gestión autoritaria, jerárquica y centralizada, así como a su débil poder económico<sup>16</sup>. Como advierten las investigadoras Jerònia Pons y Margarita Vilar, mientras en otros países se daban los primeros pasos hacia los modernos estados providencia en base a principios democráticos, el SOE español servía a los intereses políticos de la dictadura y nacía con el propósito de «amortiguar las tensiones internas en un marco de control de la población, represión laboral y pésimas condiciones de vida»<sup>17</sup>.

Uno de los objetivos más ambiciosos del SOE fue el de instaurar una red de infraestructuras sanitarias que equiparara las políticas sociales del régimen a las de sus vecinos europeos. Como el Instituto Nacional de Previsión carecía de establecimientos propios suficientes, en 1944 se fijó un sistema de colaboración con organismos privados mediante el cual los afiliados al SOE podían ser atendidos en las dependencias de esas entidades externas. Por otro lado, en 1945 se aprobó el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, a un plazo de diez años y con un presupuesto de mil millones de pesetas, con el fin de levantar 86 residencias (240.000 camas), 259 centros ambulatorios y 73 instituciones maternas<sup>18</sup>. El proyecto, cuyos objetivos se rebajaron drásticamente un año después, debía realizarse en dos etapas y acabaría anexionando la mayoría de instituciones maternas a los hospitales previstos en el Plan. En efecto, la historiografía ha señalado repetidas veces las carencias estructurales y presupuestarias del SOE, una iniciativa que algunos autores identifican con el dispositivo más emblemático de propaganda que el régimen elaboró en materia

---

<sup>15</sup> Citado en Cayuela, «El nacimiento», *op. cit.*, p. 277.

<sup>16</sup> *Ibid.*, p. 279.

<sup>17</sup> Pons y Vilar, *op. cit.*, p. 104.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 118.

de políticas sociales<sup>19</sup>. En este sentido, los proyectos arquitectónicos concebidos para dotar de una red de establecimientos al SOE estuvieron subordinados, durante una primera etapa, a la lógica de la significación política e ideológica: en ellos los elementos formales hacían guiños nostálgicos a un pasado imperial y los diseños quedaban rápidamente desfasados por la rápida evolución de la medicina y de otras disciplinas técnicas<sup>20</sup>. La instrumentalización política de la nueva red de edificaciones sanitarias se aprecia claramente en esta declaración del ministro José Antonio Girón de Velasco:

«A la hora presente, y casi como por obra de magia, una cadena de fortalezas de la paz, las Residencias Sanitarias en construcción, está jalonando las fronteras interiores de España como castillos de adelantados de la justicia social»<sup>21</sup>.

A pesar de tales pretensiones, y hasta mediados de los años 1950, la participación del Estado en los seguros sociales fue escasa e insuficiente, haciendo que el sistema de financiación se volviera casi insostenible. Como exponen Pons y Vilar, este hecho se fundamentaba en el posicionamiento de los ministros de Hacienda franquistas, para quienes la inversión en gasto público «aplastaba la riqueza y frenaba las iniciativas empresariales, a la vez que favorecía a los parásitos derrochadores»<sup>22</sup>. En lo que concierne a la maternidad, el seguro específico implantado por el SOE no tuvo el impacto esperado porque ya existía uno con prestaciones similares. Además, beneficiaba principalmente a las obreras industriales y dejaba fuera a la mayor parte de la población femenina, lo cual resultaba contradictorio con la máxima recogida en el *Fuero del Trabajo* de devolver a la mujer al recinto hogareño<sup>23</sup>. Asimismo, las instalaciones de muchos centros maternales seguían siendo precarias, inexistentes en las zonas rurales, y solo un 11,72% de las mujeres acudían a ellas para dar a luz<sup>24</sup>. Como resultado de esta hipocresía e ineficacia institucionales, y a pesar de ciertas correcciones introducidas posteriormente al sistema de financiación del SOE,

---

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 205 y Alberto Pieltáin, *Arquitectura para la Sanidad Pública en España, 1942-1977: Construcción de la Red Nacional de Hospitales*, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional, Madrid, 2007, p. 55.

<sup>20</sup> En aquella época, y a pesar de la existencia de corrientes arquitectónicas novedosas en el norte europeo que ofrecían diseños más funcionales y rentables, el modelo que prevalecía en España era el del hospital americano, fundado en una estructura de salud privatizada y concebido como una superposición de clínicas independientes. *Ibid.*, p. 50. Uno de los representantes de esta fascinación por lo americano fue quien desempeñó el cargo de Jefe de la Sección de Hospitales de la Dirección General de Sanidad, Juan Pedro de la Cámara. Como fuente primaria de referencia puede consultarse su obra *Fisonomía y vida del hospital americano (estampas de un viaje de estudio)*, 717, Instituto Nacional de Previsión, Madrid, 1948.

<sup>21</sup> *Seguro de enfermedad: plan nacional de instalaciones sanitarias*, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, Gráficas Magerit, Madrid, 1951.

<sup>22</sup> Pons y Vilar, *op. cit.*, p. 206.

<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 110.

<sup>24</sup> Pieltáin, *op. cit.*, p. 69. El dato es del año 1952. Para la alusión a las condiciones materiales de los centros maternales en este periodo véase Mónica García Fernández, «Parir para la patria. El control del embarazo y el parto en las primeras décadas del franquismo (1939-1955)», en Sonia García Galán, Silvia Medina Quintana y Carmen Suárez Suárez (dir.), *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*, Trea, 2014, p. 131.

aún en la década de los 1960 unos dos tercios de la población quedaban excluidos de sus servicios. La cobertura sanitaria que el seguro brindaba a los afiliados era de todos modos restringida a múltiples niveles (cuantía de las prestaciones, variedad de medicamentos prescritos, periodos de hospitalización y especialidades comprendidas). En 1969, todavía el 55% de las españolas daba a luz en su casa<sup>25</sup>.

El inicio de los años 1960 conllevó una serie de cambios que afectaron a la concepción de las políticas sanitarias y a la construcción de hospitales, pero la simbología nacional de la arquitectura siguió su curso. La redistribución del gabinete de gobierno de Franco en 1962, que daría mayor protagonismo a la facción tecnocrática<sup>26</sup>, y la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social en 1963 determinaron la ampliación de centros sanitarios y la dotación de nuevos servicios médicos a los hospitales existentes. No obstante, las luchas políticas internas de este periodo primaron, según Pons y Vilar, sobre los intereses generales de la población. En el año 1964 entró en vigor la Seguridad Social, que nacía así llena de contradicciones organizativas, graves problemas de financiación y una cartera de prestaciones poco generosa con respecto a la de otros países europeos<sup>27</sup>. Ese mismo año se celebró además la campaña de los «25 años de paz», una expresión que aludía de forma revanchista a la victoria del bando sublevado en 1939. En este contexto conmemorativo, la madrileña Ciudad Sanitaria La Paz se inauguró el día del alzamiento militar, el 18 de julio, y al año siguiente también se escogió esta misma fecha para la inauguración oficial de la maternidad, en cuyas dependencias se implantó por primera vez la preparación al parto para las beneficiarias de la Seguridad Social. Dicha institución simboliza el nuevo ciclo sanitario, y tanto su nombre como las fechas escogidas indican el carácter ideológico del proyecto, en una clara estrategia de legitimación del régimen.

La maternidad de La Paz fue la primera de su género construida en España con un proyecto de hospitalización específico, el plano introducía innovaciones estructurales que reflejaban los nuevos protocolos de enfermería y también presentaba otras novedades, muy publicitadas, como las habitaciones cuádruples comunicadas por un ventanal y un torno a cuatro nidos, un acercamiento a lo que en Estados Unidos vino a llamarse el *rooming-in*<sup>28</sup>. La maternidad, un imponente

---

<sup>25</sup> *Ibid.*

<sup>26</sup> Tal y como puntualiza el historiador Lino Camprubí, el gobierno de Franco contó con ministros de ideología tecnocrática desde sus mismo inicios. Lino Camprubí, «Los estándares como instrumentos políticos: ciencia y Estado franquista a finales de los años cincuenta», *Empiria*, 18, 2009, p. 107.

<sup>27</sup> Pons y Vilar, *op. cit.*, p. 203.

<sup>28</sup> El *rooming-in* designa la presencia del bebé en la habitación de la madre tras el parto. La propuesta surgió en los años 1940 de la mano de obstetras norteamericanos que investigaban los patrones de apego materno-filial en el hospital, pero no fue oficialmente implantada de forma general hasta que la OMS y UNICEF la promovieron en los años 1970. Para una breve revisión histórica de esta práctica (en portugués), puede consultarse el artículo de Regina L. S. Ungerer y Ana T. C. de Miranda, «História do alojamento conjunto. Rooming-in history», *Jornal de Pediatria*, 75 (1), 1999, pp. 5-10. En cuanto a los nuevos protocolos de enfermería citados en el texto, Pieltáin comenta que la enfermería de La Paz «ensayó» un programa

rascacielos decorado con rayas verticales y con helipuerto incluido en la azotea, tenía su referencia estética en una obra que el arquitecto Vittorio Bonadè Bottino había realizado en pleno fascismo italiano: la Torre Balilla de la colonia obrera Fiat en la Playa Marina di Massa, cerca de Pisa. Otro proyecto que sirvió de propaganda al régimen en una fase más tardía fue la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre al sur de Madrid, levantada en tan solo 18 meses y denominada, como La Paz, en conmemoración de un evento fundacional de la cronología franquista<sup>29</sup>. Según el historiador Alberto Pieltáin, esta nueva institución también incorporaba el «pijama a rayas» en fachada que tanto gustaba a su arquitecto, Martín José Marcide, un efecto que además de recordar el traje de reclusa típico de los campos de concentración constituía un guiño superficial a la estructura helicoidal de la torre italiana<sup>30</sup>.

Recuperando y adaptando estas y otras formas del pasado, las maternidades construidas durante este periodo constituyeron, según Pieltáin, «el emblema de la nueva voluntad política que transformó un Seguro para casos de enfermedad en un sistema de Seguridad Social basado en el derecho a la salud del individuo desde la cuna»<sup>31</sup>. Su relieve vertical y estriado las destacaba por encima del resto de edificios que componían las ciudades sanitarias, simbolizando la España del *baby boom* a la vez que retomaban un concepto de justicia social que era una revisión católica del ideario fascista<sup>32</sup>. En este sentido, los cambios en la conceptualización arquitectónica de las cuestiones sanitarias, y en particular el tratamiento reverencial que las instituciones dieron durante este periodo a la protección de la infancia y de la maternidad, constituyen un buen punto de partida para matizar el mito de la apertura que España vivió durante el desarrollismo. Pues como afirma el historiador Lino Camprubí, la gestión tecnocrática que se estrenó en los años 1960 no carecía de ideología o de proyecto político<sup>33</sup>. Otros autores, como la hispanista Aurora G. Morcillo, señalan que la modernización de España en aquel periodo no supuso necesariamente una liberación para las mujeres, en parte por el recrudescimiento de la vía religiosa que se dio con la llegada de ministros del Opus Dei al poder<sup>34</sup>. En todo caso, la

---

experimental de cuidados progresivos. Conforme a dicho programa, el espacio se dividía en una sección preoperatoria, otra sección postoperatoria inmediata o de reanimación y una sección postoperatoria final o de recuperación. La nueva organización fue rechazada por problemas de intendencia ya que implicaba trasladar al enfermo a tres habitaciones diferentes durante su estancia. Pieltáin, *op. cit.*, p. 69.

<sup>29</sup> El antiguo Hospital 1 de Octubre se inauguró en 1973 conmemorando la proclamación de Francisco Franco como Jefe de Estado en 1936, una fecha entonces denominada «el Día del Caudillo». Durante la Transición se renombró el establecimiento aludiendo al día 12 del mismo mes –«Día de la Hispanidad y de la Raza»–, una fecha que prueba la herencia franquista ya inaugurado el nuevo ciclo político.

<sup>30</sup> *Ibid.*, pp. 115 y 134.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 122.

<sup>32</sup> Una fuente muy elocuente al respecto, pero que por motivos de espacio no puedo abordar en el marco de la tesis, es la de Antonio Perpiñá Rodríguez, *La época de lo social y el Instituto Nacional de Previsión*, conferencia pronunciada en Sevilla con ocasión del LII aniversario de la Ley fundacional del INP, Hijos de E. Minuesa, Madrid, 1958.

<sup>33</sup> Camprubí, *op. cit.*, p. 107.

<sup>34</sup> Aurora G. Morcillo, *The Seduction of Modern Spain. The Female body and the Francoist Body Politic*, Bucknell University Press, Cranbury, 2010, p. 23 y 29.

importante inversión que supuso la construcción de La Paz y la forma concreta que tomó en ella el edificio maternal ilustran la continuidad del programa conservador del franquismo en lo que se refiere a su visión exaltada de la maternidad a través de la era desarrollista.

### *Ciencia y sociedad en la construcción del estado franquista*

La historia de la arquitectura sanitaria española constituye así una ventana desde la que observar el lugar que ocupó la promoción de la maternidad por parte del estado franquista. Otras disciplinas completan este enfoque y permiten considerar la gestión que el régimen hizo de gran variedad de asuntos sociales, y de la cuestión reproductiva en particular, prestando atención a ciertos sesgos historiográficos: la supuesta neutralidad ideológica de la tecnocracia franquista sería uno de ellos, y la idea de un atraso científico generalizado, motivado por los mecanismos represivos y de censura que el régimen instauró en distintas ramas del conocimiento y la educación, sería otro. Estos estudios no excluyen del todo lo que Michel Foucault denominó la «hipótesis represiva», de la que él mismo se distanciaba tras el primer tomo de *La historia de la sexualidad*<sup>35</sup>, pero sí ponen el foco en los aspectos productivos de la interacción entre formas de saber y formas de gobierno, ya sea para el estudio de los procesos de subjetivación, como decíamos más arriba, o para examinar el desarrollo complejo de las disciplinas científicas en su diálogo permanente con las estructuras de poder y las epistemologías populares.

Desde el ámbito de la historia y los estudios de las ciencias y las técnicas, por ejemplo, se ha cuestionado la distinción ya clásica entre autarquía y desarrollismo, o más bien el tránsito repentino de la una al otro. En sus investigaciones sobre el proceso de estandarización de la construcción en la España del primer franquismo, Camprubí plantea que el cambio de paradigma debe entenderse, a la luz del desarrollo de la ingeniería, como una curva continua iniciada en los años 1950<sup>36</sup>. A pesar del aislamiento político que perduró, al menos oficialmente, hasta el Plan de Estabilización y la entrada de España en la OCE, las ideas de gobernanza tecnocrática ya habían penetrado en las instituciones y en los colectivos profesionales, fomentando una vía europeísta y permitiendo el desarrollo económico y tecnológico de ciertos sectores del país<sup>37</sup>. Contra la concepción de que el régimen franquista constituyó una «losa

---

<sup>35</sup> Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Gallimard, París, 2009.

<sup>36</sup> Camprubí, *op. cit.*, p. 107.

<sup>37</sup> El Plan de Estabilización se aprobó en 1959 y marca el tránsito de una economía autárquica de posguerra a una economía de mercado como la que preponderaba en la mayoría de potencias occidentales. En 1958 España se integró a la OCE (Organización Europea para la Cooperación Económica), un organismo internacional cuyo cometido era la gestión de las ayudas norteamericanas para la reconstrucción de la Europa occidental tras la Segunda Guerra Mundial.

monolítica» que sofocaba los avances científico-técnicos, Camprubí sostiene que «más que trabajar bajo tal losa, científicos e ingenieros intentaban conformarla a su gusto»<sup>38</sup>.

El análisis es también aplicable a otras ramas científicas, como la del caso concreto que nos ocupa, la obstetricia y ginecología. Ortiz-Gómez, Ignaciuk y Rodríguez-Ocaña señalan por ejemplo que los actores locales de esta disciplina médica estaban al día respecto a los avances internacionales en materia de contracepción oral, siguiéndolos en la prensa especializada y publicando en ella sus propias investigaciones<sup>39</sup>.

La prensa general también tuvo durante la dictadura un papel relevante en la difusión y circulación de las ideas científicas, así como en la producción de debates sociales en torno a temas controvertidos. El sensacionalismo que suscitó la llegada de la anticoncepción oral a España, incluso cuando aun estaba prohibida legalmente, constituye un ejemplo bien estudiado de cómo los medios de comunicación sirvieron de plataforma para desafiar las políticas reproductivas del régimen autoritario<sup>40</sup>. Otro ejemplo similar es el de las controversias acaecidas en la prensa española durante la segunda mitad de los años 1950 sobre el *Oreopithecus*, un caso de la paleantropología que enfrentaba el finalismo evolucionista con el neodarwinismo de corte materialista y que evidenciaba las tensiones surgidas en materia de políticas científicas entre distintas facciones del régimen<sup>41</sup>. En todos estos casos, los expertos intervenían en los debates dialogando entre sí y con la ciudadanía, y esta negociación permanente forma parte de lo que Clara Florensa interpreta como la contribución del pensamiento científico español a la construcción del proyecto cultural del régimen franquista<sup>42</sup>. La historiografía reciente se inclina pues por pensar el periodo dictatorial como un momento fructífero de interacción entre las esferas políticas y científica, y pone el foco sobre las redes de influencia compartidas, la construcción de los espacios profesionales emergentes, las estrategias de propaganda y las luchas por la visibilidad pública de unos y otros, y en suma sobre los mecanismos complejos que permitieron legitimar, renovar y mantener los fundamentos ideológicos del régimen mediante discursos y prácticas científicas.

---

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 106.

<sup>39</sup> Agata Ignaciuk, Teresa Ortiz-Gómez y Esteban Rodríguez-Ocaña, «Doctors, Women and the Circulation of Knowledge of Oral Contraceptives in Spain (1960s-1970s)», en Teresa Ortiz-Gómez, y M<sup>a</sup> Jesús Santesmases, *Gendered Drugs and Medicine. Historical and Socio-Cultural Perspectives*, Ashgate, Surrey, 2014, p. 134 y en Ignaciuk, Ortiz-Gómez y Rodríguez-Ocaña, «Ovulostáticos y anticonceptivos», *op. cit.*, pp. 474-475.

<sup>40</sup> Ignaciuk y Ortiz-Gómez, «*Pregnancy and labour*», *op. cit.*

<sup>41</sup> Clara Florensa Rodríguez, «Prensa y construcción del conocimiento científico», en Jon Arrizabalaga y Alfons Zarzoso (eds.), *Al servicio de la salud humana: La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, Actas del XVII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Sant Feliu de Guíxols, junio de 2017, pp. 291-296.

<sup>42</sup> Clara Florensa Rodríguez, *Els discursos científics sobre l'evolució en el franquisme (1939-1967). La Generació del 98 i «La evolució sin problema»*, tesis presentada en la Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2017, p. 446.



Con todo, la historia de la preparación al parto se inscribe en un contexto en el que lentas transformaciones demográficas empiezan a otorgar a la maternidad una dimensión más excepcional, y menos seriada, como experiencia vital de las mujeres. Ello se debe en gran parte a la profesionalización de la medicina moderna, pues sus adelantos permiten alargar la esperanza de vida de las poblaciones mejorando también su eficiencia reproductiva, y en el ámbito de la obstetricia este proceso coincide con la institucionalización del parto en la esfera hospitalaria. Al adquirir ese carácter relativamente excepcional y salir del marco de privacidad en el que acontecían antaño los partos, estos devienen sucesos muy disputados desde el punto de vista político.

Las implicaciones de este proceso son muchas, pero aquí nos interesan en esencia dos. Primero, si las mujeres reducen considerablemente el número de hijos que tienen respecto a generaciones anteriores, disponen entonces de más tiempo y recursos – físicos, pero también mentales–, para dedicarle a ese periodo de sus vidas. Como experiencia de la vida adulta que nos pone en contacto con el entorno, el embarazo y el parto se convierten así en un momento lleno de posibilidades en el que acaban cuajando las mismas lógicas de distinción social que operan, en un sentido bourdieusano del término, en otros ámbitos como la cultura, el arte o los estilos de vida<sup>43</sup>. Si el parto sin dolor estuvo subordinado a mecanismos de distinción política en contextos como Francia o la URSS, en España esta práctica novedosa estuvo más bien condicionada a una distinción de clase en la que, como sucede con el acceso a las tecnologías contraceptivas en este periodo<sup>44</sup>, fueron las mujeres urbanas y de clase media-alta quienes abanderaron las nuevas normas sobre el mejor modo de traer hijos al mundo.

En segundo lugar, y como he señalado antes, las autoridades franquistas estaban ancladas en un modelo tradicional de familia que se remonta al menos hasta la Restauración<sup>45</sup>, de modo que la preparación al parto podía funcionar, y de hecho funcionó, como una plataforma desde la que lanzar al público el mensaje que más les convenía, intentando con ello no solo estimular la natalidad, sino contener en la medida de lo posible la evolución de los roles de género propia de la nueva era demográfica y social. Y esta tarea de moralización de la maternidad se hizo en colaboración con la clase médica, que lejos de limitarse a asumir las exigencias ideológicas del régimen, contribuyó activamente a cimentarlas mediante teorías y prácticas científicas.

## II. Marcos teóricos y justificación

---

<sup>43</sup> Pierre Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Les Éditions de Minuit, París, 1979.

<sup>44</sup> Ignaciuk, Ortiz-Gómez y Rodríguez-Ocaña, «*Doctors, Women and the Circulation of Knowledge*», *op. cit.*, p. 142.

<sup>45</sup> Vázquez de Prada, *op. cit.*, p. 127.

Una de las protagonistas de la presente tesis escribe:

«El médico y la matrona son al parto lo que el técnico a una lavadora. Ninguna lavadora sale de la fábrica sin que el técnico compruebe que funciona bien. Igualmente, ninguna mujer debería llegar al parto sin que se compruebe que está en condiciones de parir con toda normalidad»<sup>46</sup>.

Para comprender esta frase no solo es preciso situarla en su contexto –una matrona que recomienda las visitas regulares al tocólogo como una medida higiénica más dentro de un sistema completo de preparación al parto–, sino que requiere sobrevolar rápidamente la literatura académica que ha estudiado tanto las condiciones en las que emerge este tipo de afirmación como sus notables consecuencias. Sin pretender hacer un resumen exhaustivo de toda la tinta derramada sobre la relación entre la medicina, el cuerpo y la reproducción, y procediendo de lo general a lo particular, a continuación expongo algunas de las contribuciones que inspiran y enmarcan mi objeto de estudio, que es la historia de la preparación al parto en la España de la segunda mitad del siglo XX.

### *Situación general*

Esta tesis se inscribe en una vía, ya clásica, de trabajos que interrogan la dimensión histórica, política, social y cultural del cuerpo femenino en sus diversas manifestaciones, y en especial en lo que concierne a la maternidad. La investigación parte pues de la intuición, compartida con autoras que han tratado el mismo contexto geográfico y temporal, de que «alguna conceptualización sobre la corporalidad [*embodiment*] es crucial para estructurar un análisis histórico y feminista del franquismo»<sup>47</sup>.

Desde hace más de cuarenta años, el pensamiento feminista viene afirmando, en las aulas y en las calles, que el cuerpo y la maternidad son hechos sociales cuya representación científica está estrechamente relacionada con dinámicas de control político y con la preservación de estructuras patriarcales en la sociedad. En un dossier elaborado hace ya más de diez años, Teresa Ortiz-Gómez y Montserrat Cabré i Pairet señalaban que la mayor contribución de la historiografía feminista de la ciencia había sido, hasta el momento, analizar la construcción del cuerpo femenino por la medicina, demostrando cómo sus distintas teorías proyectan una imagen pasiva y pesimista del cuerpo de las mujeres mediante la cual se concede apariencia de naturalidad a las relaciones sociales entre los sexos<sup>48</sup>. En todo caso, esta corriente puede situarse en un

---

<sup>46</sup> Consuelo Ruiz Vélez-Frías, *Cartilla para aprender a dar a luz*, Talasa, Madrid, 1998, p. 12.

<sup>47</sup> La cita aquí es de Morcillo, *The Seduction*, *op. cit.*, p. 15.

<sup>48</sup> Montserrat Cabré i Pairet y Teresa Ortiz-Gómez, «Significados científicos del cuerpo de mujer», *Asclepio*, LX (1), 2008, p. 10.

proceso de más larga andadura, que se inició a finales del siglo XIX con las perspectivas contributivas de la historia de las mujeres, sobre todo en relación al ámbito sanitario, y que desemboca ya en los años 2000 en una auténtica historia de la medicina con perspectiva de género, que atiende tanto a los discursos como a los contextos en los que se produce el conocimiento científico<sup>49</sup>. Tal y como apunta Teresa Ortiz-Gómez, además, el feminismo académico y los estudios sociales de las ciencias y las técnicas aunaron sus fuerzas a partir de los años 1980 para cuestionar la estabilidad de las categorías científicas, así como la propia idea de objetividad o neutralidad de la ciencia.

Más recientemente, nuevas aportaciones se suman a las sendas ya abiertas matizando el alcance de los discursos médicos sobre la experiencia de los grupos o los individuos, poniendo el foco sobre discursos periféricos o alternativos, y destacando los fenómenos de negociación, resistencia o insurgencia que distintos colectivos oponen a las prácticas normalizadoras teorizadas por la ciencia, así como las lógicas de significación y autoridad presentes en estas contraculturas profanas<sup>50</sup>. Metodológicamente hablando, estos desarrollos han permitido introducir, dentro de una gran variedad de disciplinas, algunas categorías de análisis procedentes del feminismo académico, en particular el concepto vertebrador de género, pero también la perspectiva sociológica de las relaciones entre los sexos, la división sexual del trabajo o la conceptualización de la maternidad como trabajo reproductivo<sup>51</sup>.

Una de las críticas más recurrentes que el feminismo ha producido en torno a la cuestión procreativa ha sido la de la equivalencia constante entre el cuerpo femenino y el cuerpo maternal o materno. En un reciente dossier sobre las distintas aproximaciones al tema, Coline Cardi y Clara Quagliariello subrayan el papel que ha desempeñado la antropología en describir la dimensión cultural de las representaciones que cada sociedad elabora sobre las mujeres a partir del rasgo común de su capacidad de engendrar<sup>52</sup>. Para Françoise Héritier, por ejemplo, esta asimilación madre/mujer radica en la necesidad demográfica de cada comunidad de garantizar su propia reproducción en el tiempo, un hecho que según la antropóloga explica la discriminación de género que sufren las mujeres y que merece ser repensado a la luz de la teoría de la revolución reproductiva mencionada más arriba<sup>53</sup>. En todo caso, y como apuntaban Faye Ginsburg y Rayna Rapp en una revisión de la literatura antropológica de la reproducción, el análisis transfronterizo de las ideas y las prácticas sobre la

---

<sup>49</sup> Para una periodización detallada de la evolución de la historiografía feminista de la ciencia y un resumen de sus aportaciones principales, véase Teresa Ortiz-Gómez, «Interacciones entre salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica», *Diálogo Filosófico*, 59 (2004), pp. 229-244.

<sup>50</sup> *Ibid.*, pp. 234-236.

<sup>51</sup> Montserrat Cabré i Pairet y Teresa Ortiz-Gómez, «Mujeres y salud: prácticas y saberes. Presentación», *Dynamis*, 19, 1999, p. 21.

<sup>52</sup> Coline Cardi y Clara Quagliariello, «Corps maternel», en Juliette Rennes, *Encyclopédie critique du genre, La Découverte*, París, 2016, p. 172.

<sup>53</sup> Françoise Héritier, *Masculin-Féminin. La pensée de la différence*, Odile Jacob, París, 1996.

maternidad, el cuidado de los niños y la fertilidad, entre otros, ha puesto de relieve las dinámicas globales de poder que estructuran las relaciones reproductivas a nivel local, siendo uno de los efectos más relevantes de esta corriente crítica el desafiar la estabilidad de la maternidad como categoría biológica<sup>54</sup>.

Según Ortiz-Gómez y Cabré i Pairet, la tradición médica occidental también se caracteriza por usar el cuerpo reproductivo como metáfora del cuerpo femenino en general, un sesgo epistemológico que sin embargo constituye una de sus premisas mejor asentadas<sup>55</sup>. Este hecho ha motivado que, dentro de la historia de la medicina propiamente dicha, los trabajos dedicados a la medicalización del parto y del embarazo sean muy abundantes y variados. La mayoría de estos estudios usan implícita o explícitamente la definición comprensiva que Peter Conrad dio de la idea de medicalización a principios de los años 1990, según la cual esta consistiría en enmarcar (o sea pensar, explicar, definir o tratar) un problema de cualquier índole en términos médicos. Esta interpretación, según Conrad, conlleva a menudo una postura crítica por parte de los estudios sociales de la ciencia, los cuales enfatizan la faceta de control inherente al fenómeno de la medicalización, describiéndolo como un proceso que transforma problemas sociales en problemas médicos al tratarlos en términos de patologías, enfermedades o trastornos<sup>56</sup>.

En lo que se refiere a la medicalización del parto y del embarazo, y siguiendo todavía el planteamiento de Conrad, muchas de estas historias críticas han tomado como punto de partida para el análisis el proceso de configuración de las disciplinas y las profesiones sanitarias. Este ha sido un campo muy prolífico en las últimas décadas y ha abordado la medicalización del nacimiento desde el ángulo de las luchas profesionales entre parteras o matronas tituladas y una clase ginecológica predominantemente masculina<sup>57</sup>. Destacan entre dichas contribuciones aquellas que recuperan los saberes y prácticas profanas sobre el parto, explicando para distintos contextos y lugares su colisión con o su absorción por la ciencia médica institucionalizada a partir del siglo XVIII<sup>58</sup>. Desde

---

<sup>54</sup> Faye Ginsburg y Rayna Rapp, «The Politics of Reproduction», *Annual Review of Anthropology*, vol. 20, 1991, pp. 312-313.

<sup>55</sup> Cabré y Ortiz-Gómez, «Significados científicos», *op. cit.*, p. 17.

<sup>56</sup> Peter Conrad, «Medicalization and Social Control», *Annual Review of Sociology*, vol. 18, 1992, p. 211.

<sup>57</sup> El proceso de masculinización de la asistencia al parto y los conflictos que ello originó con los colectivos de mujeres que tradicionalmente ocupaban dicho espacio (parteras o matronas diplomadas, sin descartar tensiones entre estos dos grupos también) ha sido tratado desde múltiples ángulos y en múltiples contextos geográficos. Terea Ortiz-Gómez ha trabajado sobre este proceso en «Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del Siglo XIX», *Arenal*, 6 (1), 1999, pp. 55-79. Para una aproximación al marco europeo, véanse por ejemplo las contribuciones de Ann Oakley, *The Captured Womb. A History of The Medical Care of Pregnant Women*, Basil Blackwell, Oxford-New York, 1984, o centrada en la tradición obstétrica francesa, Francesca Arena, «La médicalisation de l'accouchement: approche historique du genre», *Bruxelles Laïque ECHOS*, 78, 2012, pp. 43-46.

<sup>58</sup> Además de algunos textos citados en la nota anterior también pueden consultarse, reunidos en una misma publicación, los trabajos de Patricia Suárez Álvarez, «El arte de partear: parteras y parturientas a lo largo de la Edad Moderna», Sonia García Galán, «Las prácticas tradicionales y la medicalización del parto: una convivencia tensa en la sociedad contemporánea» y García, «Parir para la patria», *op. cit.*, en pp. 39-49, 109-128 y 129-148 respectivamente, en Galán, Quintana y Suárez, *op. cit.* Véase a este respecto también

una aproximación decididamente original, Javier Moscoso ha considerado la profesionalización de la obstetricia como un proceso que transformó la evaluación de la experiencia del dolor de parto, confiada ahora a los signos fisiológicos inscritos en el cuerpo materno y no a la expresión subjetiva de la parturienta<sup>59</sup>.

Otras vías se han centrado en el carácter político-ideológico de la medicalización, o más bien la patologización del cuerpo femenino, cuya equivalencia con el cuerpo reproductor ha conducido en ciertas coyunturas históricas a identificar la nación o la patria con la figura materna, un proceso estudiado por autoras como Aurora G. Morcillo para el caso español, y Elsa Dorlin para el francés<sup>60</sup>. De estos y otros estudios similares se deriva una conclusión fundamental, a saber, que los cuerpos de las mujeres «han sido configurados como espacios de interés político», tal y como apuntan Ortiz-Gómez, Ignaciuk y Rodríguez-Ocaña<sup>61</sup>. En el caso de la dictadura franquista, Morcillo concibe esta configuración como un proceso de doble sentido: en contextos donde la nación, el género y la sexualidad se cruzan, el cuerpo se convierte en símbolo o expresión de la identidad política, y a la inversa la condición política de las mujeres es definida en tales contextos por su destino biológico, la maternidad<sup>62</sup>.

Desde una perspectiva socio-histórica, por otro lado, el trabajo fundacional de Ann Oakley despunta con un análisis de la emergencia de los cuidados prenatales como asunto de salud pública en la Inglaterra de finales del XIX en adelante<sup>63</sup>. Su libro *The Captured Womb* integra así el conjunto de estudios que, influenciados por la obra foucaultiana, analizan la medicalización como un proceso de control social basado en la vigilancia médica: según la definición de Conrad, esta se da cuando cierto comportamiento o condición pasa a ser percibido a través de una mirada médica, provocando que el colectivo médico reivindique su autoridad en todos los aspectos relacionados con el hecho en

---

Dolores Ruiz-Berdún, «The Competences of Midwives in Spain Over Time», en *Maternity Care in Different Countries. Midwife's Contribution*, Consell de Col·legis d'Infermers i Infermers de Catalunya, Barcelona, 2016, pp. 19-25. Algunas de las contribuciones editadas por Ortiz-Gómez y Cabré en un dossier sobre historia de las prácticas de salud femeninas ya abrían esta línea de investigación, destacando entre ellas la del caso mexicano, Ana María Carrillo, «Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México», e inglés, Maxine Rhodes, «You worked on your own, making your own decisions and copying on your own: Midwifery knowledge, practice and independence in the workplace in Britain, 1936 to the early 1950s», ambas en *Dynamis*, 19, 1999, pp. 167-190 y 191-214 para una y otra. Más recientemente, otro dossier abunda en este tipo de análisis mediante una mirada a la partería en contextos como Japón, Finlandia, Oriente Medio o Egipto: Anna Andreeva, M. Érica Couto-Ferreira y Susanne Töpfer (eds.), «Childbirth and women's healthcare across cultures», *Dynamis*, 34 (2), 2014, pp. 279-401.

<sup>59</sup> Javier Moscoso, «History of Labor Pain Relief», en Giorgio Capogna (ed.), *Epidural Labor Analgesia. Childbirth Without Pain*, Springer International Publishing, 2015, pp. 49-61.

<sup>60</sup> Morcillo, *The Seduction*, op. cit., p. 142 y Elsa Dorlin, *La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, La Découverte, París, 2006.

<sup>61</sup> Ignaciuk, Ortiz-Gómez y Rodríguez-Ocaña, «Doctors, Women and the Circulation of Knowledge», op. cit., p. 134.

<sup>62</sup> Morcillo, *The Seduction*, op. cit, pp. 16 y 87.

<sup>63</sup> Oakley, op. cit.

cuestión y se otorgue la potestad de penetrar en la esfera íntima de las vidas individuales<sup>64</sup>.

Situándose a sí misma en continuidad con esta tendencia, Emily Martin propone con *The Woman in the Body* un estudio socio-histórico de los efectos de la medicalización obstétrico-ginecológica en el contexto norteamericano. La originalidad de su aportación reside en considerar este proceso desde el punto de vista de las metáforas lingüísticas con las que la medicina explica fenómenos de la biología reproductiva como la menstruación, el parto o la menopausia<sup>65</sup>. Estas metáforas transversales a toda la medicina occidental conforman modelos de significación y actúan según Martin como «estructuras de poder» que las pacientes, y las mujeres en general, interiorizan o rechazan en distintos grados y registros<sup>66</sup>. El análisis de esta autora posee por tanto el valor de abordar la medicalización desde su faceta primaria o conceptual para mostrar después la conexión del nivel discursivo de la medicina con su dimensión propiamente interactiva, en la que profesionales y pacientes se relacionan, ejerciendo ciertos tipos de dominación o resistiendo a las categorías que tratan de definirlos tanto a unos como a otros.

Más en concreto, Martin desgrana la forma en que la medicina explica la biología reproductiva en términos de producción industrial. Si para la menstruación la idea dominante es la de materiales de desecho, y en la menopausia la de colapso o avería del sistema, en el caso del parto la analogía lleva a concebir la labor del útero como la actividad de una máquina independiente de la madre, sometida a una lógica mecánica y a una exigencia de regularidad. O más bien: la parturienta es en sí misma otra especie de aparato, o incluso de factoría, en la que el útero cumple con su función mecánicamente; cuando hace falta, el obstetra –instituido así en técnico y perito– acude a repararla<sup>67</sup>.

Como vemos, la frase que encabeza el presente apartado de la *Introducción* se enmarca de lleno en esta interpretación mecánica del nacimiento, cuya emergencia tiene que ver con el desarrollo de un modelo de producción industrial. En efecto, Martin vincula la aparición de estas metáforas científicas con el desarrollo de modelos económicos y productivos coetáneos, siendo así que las nuevas redes comerciales globales, interconectadas y fluctuantes pueden abrir la vía a cambios radicales de perspectiva en ámbitos como la genética, la inmunología o incluso la obstetricia<sup>68</sup>.

---

<sup>64</sup> Conrad, *op. cit.*, p. 216.

<sup>65</sup> Emily Martin, *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Beacon Press, Boston, 2001.

<sup>66</sup> *Ibid.* Introducción a la edición de 1992.

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 54.

<sup>68</sup> *Ibid.* Prefacio a la edición de 2001. Prueba de la intuición de la autora son las recientes críticas de la OMS a las rutinas estandarizadas de atención obstétrica, en particular aquella que avala el intervencionismo cuando la dilatación del cuello uterino no progresa a un ritmo de 1cm/hora. Según el documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud: «Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica», y el apartado añade que este ritmo de progresión tampoco debe servir para catalogar un parto como normal o como patológico.

Uno de los aspectos más relevantes del libro de Martin para el análisis que plantea este trabajo de investigación es la idea de que los usos lingüísticos de la medicina imponen jerarquías abstractas sobre todos los elementos que intervienen en un parto (somáticos, psicológicos, relacionales, etc.). Dichas jerarquías se traducen en una ordenación normativa del trabajo médico y, por encima de eso, en un sentido hegemónico de la vida y la condición humana. Esta idea tiene resonancia con el trabajo de las sociólogas Madeleine Akrich y Bernike Pasveer, que entienden los «dispositivos de parto» como configuraciones semiótico-materiales en las que cobran forma y sentido las distintas visiones del nacimiento, los modos de organización del trabajo, el papel de las profesiones médicas y los recursos técnicos o instrumentales empleados<sup>69</sup>. En todo caso, aunque la segunda mitad de *The Woman in the Body* está destinada a comprobar si las representaciones médicas del cuerpo femenino realmente dominan la percepción que las mujeres tienen de sus propios cuerpos, la autora indica que las formulaciones médicas, con su visión más o menos denigratoria de la biología reproductiva femenina, sí prevalecen en muchas de sus entrevistadas y se plasman también en las estadísticas de maniobras obstétricas<sup>70</sup>. Para deconstruir estos procesos de significación, Martin dice atenerse a la «gramática» de los discursos médicos sin entrar a valorar la práctica de profesionales concretos. Esta categoría de análisis, extraída de la lingüística, abunda en la afirmación de filósofas posestructuralistas como Judith Butler de que el cuerpo no puede aprehenderse o pensarse –y diríamos, tampoco ejercerse– con independencia del lenguaje que lo designa<sup>71</sup>.

Junto al *Sexual Visions* de Ludmilla Jordanova y los trabajos de Evelyn Fox Keller sobre las metáforas de la biología molecular, la aproximación de Martin conforma un nuevo nicho de la historiografía feminista de la ciencia al que se han ido sumando otros ensayos similares<sup>72</sup>. En España, algunas contribuciones recientes también se sitúan en la línea abierta por Martin, ya sea desde una

---

Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, 2018, p. 4. Esta crítica se realiza así bajo el supuesto de que cierta irregularidad en el proceso no constituye necesariamente un indicio patológico, sino una respuesta adaptativa del organismo materno al trabajo del útero.

<sup>69</sup> Madeleine Akrich y Bernike Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes: les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Synthélabo, París, 1996, p. 88. Para designar la forma en que un objeto o una técnica determinada se inscribe en relaciones sociales y configuraciones discursivas preexistentes, Akrich usa la noción de «dispositivo semiótico-material» de Donna Haraway, y lo explica en Madeleine Akrich y Farinaz Fassa, «Un parcours en contre point entre les sciences et les techniques, le féminisme et le genre: Entretien avec Madeleine Akrich», *Nouvelles Questions Féministes*, 24 (1), 2005, p. 102.

<sup>70</sup> Martin, *op. cit.*, p. 14.

<sup>71</sup> Judith Butler, *Bodies that matter: on the discursive limits of «sex»*, Routledge, New York-London, 1993.

<sup>72</sup> Ludmilla Jordanova, *Sexual Visions: Images of Gender in Science and Medicine Between the Eighteenth and Twentieth Centuries*, Harvester Wheatsheaf, London, 1989, y Evelyn Fox Keller, *Refiguring Life: Metaphors of Twentieth-Century Biology*, Columbia University Press, New York, 1995. Otra autora que ha trabajado sobre los sesgos de género en el ámbito de la biología es Anne Fausto-Sterling, con obras como *Myths of Gender: Biological Theories of Women and Men*, New York, Basic Books, 1985, o más recientemente, *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, Basic Books, New York, 2000. Véase, también en los 1990, el ensayo de Nelly Oudshoorn sobre la endocrinología reproductiva: *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*, Routledge, London, 1994.

perspectiva de análisis de los discursos médicos, o desde un foco únicamente centrado en la metáfora visual o lingüística como recurso interpretativo<sup>73</sup>. Estos estudios concluyen, en concordancia con los análisis de Morcillo citados más arriba, que desde el siglo XIX y hasta el periodo comprendido en esta tesis, la medicina española ha desarrollado una serie de dispositivos discursivos (metonímicos, metafóricos, sinonímicos, etc.) sobre los que se asienta la idea de que la identidad de las mujeres es una identidad anclada al cuerpo, y que el estudio de este cuerpo femenino viene condicionado por ideas culturales sobre el rol de hombres y mujeres en la sociedad.

Desde el ámbito de la filosofía de la ciencia también se ha prestado atención al papel de las metáforas científicas para reforzar determinadas visiones del mundo, la naturaleza, y la propia investigación científica. Según el filósofo argentino Héctor Palma, la metáfora como procedimiento retórico sufre de un «estigma fundacional» que la ha relegado a un papel secundario en el estudio de la epistemología científica<sup>74</sup>. En efecto, la metáfora opera, a nivel semántico, mediante un fenómeno que Palma llama «bisociación», una intersección o solapamiento de planos de sentido que produce un cambio radical en la percepción de los hechos<sup>75</sup>. Esta capacidad referencial de las metáforas –rasgo que comparten las de tipo literario con las empleadas en la ciencia– entra en colisión con la supuesta literalidad del lenguaje científico, cosa que suscita dos críticas básicas: desde posturas positivistas, se reconoce el potencial sugerente de la metáfora como recurso heurístico, estético, psicológico o incluso didáctico, que camina paralelo al verdadero discursar de la explicación científica; desde posiciones más posmodernas, en cambio, la presencia de lenguajes figurados en la ciencia sirve para equiparar esta práctica con cualquier otro discurso humano, cargado de subjetividad y connotaciones culturales.

Palma trasciende estos marcos de análisis reivindicando el valor cognoscitivo de la metáfora tanto en el ámbito de la divulgación como en la elaboración de los conocimientos científicos. En defensa de esta opinión, Palma sostiene que las metáforas son ubicuas en casi todos los ámbitos de producción científica, forman parte del vocabulario técnico de las diferentes disciplinas y tienen resonancia en, o son coherentes con, un corpus teórico determinado<sup>76</sup>. Ahora bien, más allá de esta ubicuidad, lexicalización y coherencia conceptual y semántica de las metáforas con ciertos sistemas teóricos, Palma llama la atención sobre un asunto de gran interés: los mecanismos que permiten distinguir una metáfora de una expresión literal en un momento dado son de orden pragmático

---

<sup>73</sup> Dolores Sánchez, «El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea», *Asclepio*, LX (1), 2008, pp. 63-82, y Mónica García Fernández, «Gender Metaphors in Representations of the Biological Body: An Analysis of Popular Medical Literature Published in Franco's Spain», *Cultural History*, 6 (2), 2017, pp. 209-226.

<sup>74</sup> Héctor A. Palma, *Ciencia y metáforas. Crítica de una razón incestuosa*, Prometeo, Buenos Aires, 2016, Introducción.

<sup>75</sup> Héctor A. Palma, «Metaphors in Science: A Change of Perspective», en Jeremy Horne (ed.), *Philosophical Perceptions on Logic and Order*, IGI Global, Hershey, 2017, p. 244.

<sup>76</sup> *Ibid.*, p. 243.



o contextual, lo cual lleva a la pregunta fundamental de cuáles son las condiciones que permiten en cada situación que unas metáforas se instalen con éxito, y otras no<sup>77</sup>.

Como veremos, este propósito atraviesa la presente investigación porque resulta muy útil para entender la evolución de nuestro objeto de estudio en el tiempo: además de implicar el desarrollo de un movimiento profesional atravesado por factores sociológicos e ideológicos, la historia de la preparación al parto es ante todo una historia de concurrencia entre metáforas científicas. Pasemos pues primero a comentar qué aportaciones existen sobre este segmento de la obstetricia y cuál es la utilidad de extender el estudio al ámbito español, para concluir después sobre cómo se resuelven estas y otras interrogaciones en la estructura de la tesis y en la metodología empleada.

### *El parto sin dolor en perspectiva transnacional*

En comparación con otros aspectos de la medicalización de los partos en los países occidentales, la historia del parto sin dolor ha recibido una atención más limitada, y en España el estudio de este movimiento obstétrico es de hecho casi inexistente<sup>78</sup>. Por otro lado, el tema ha suscitado en más de una ocasión posicionamientos laudatorios o de condena por parte de algunas autoras, quienes han llegado a la conclusión de que el parto sin dolor contribuyó a la emancipación obstétrica de las mujeres en un momento en que esta se veía impedida por la progresiva tendencia a la medicalización, o a la inversa que los métodos de preparación al parto encarnaron los ideales paternalistas de la clase médica, tutelando a la mujeres como a seres sin iniciativa propia al tiempo que les negaban la posibilidad de liberarse verdaderamente del dolor del parto mediante el acceso a la epidural. Esta polarización de opiniones es especialmente candente en el contexto francófono, y encontramos ejemplos de ello incluso en la obra de una misma autora<sup>79</sup>.

---

<sup>77</sup> *Ibid.*, p. 244.

<sup>78</sup> Mónica García alude fugazmente a la psicoprofilaxis en un artículo donde examina las normas de higiene prenatal, las consignas pro-natalistas y los debates acerca del dolor del parto durante la posguerra, en García, «*Parir para la patria*», *op. cit.*, p. 137. La investigadora Laura García Carrascosa también menciona los orígenes del parto sin dolor en España en unos apuntes sobre el miedo al dolor del parto que elaboró para la Universidad Autónoma de Madrid, aunque el análisis traduce un enfoque más filosófico y militante que verdaderamente historiográfico. Laura García Carrascosa, *El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural*, Séptima Edición, octubre de 2010. Consultable en: <https://studylib.es/doc/5116241/el-miedo-al-dolor-en-el-parto-y-como-afecta-a-su-desarrollo>

<sup>79</sup> Entre quienes exhiben una postura favorable hacia la psicoprofilaxis parisina destaca la contribución de Marianne Caron-Leulliez y Jocelyne George, *L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée*, Éditions l'Atelier, París, 2004, o también la de Caroline Gutman, *Le testament du Docteur Lamaze: médecin accoucheur*, J. C. Lattès, París, 1999. Para referencias críticas con la psicoprofilaxis, véase Marie-José Jaubert, *Les Bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur*, Balland, París, 1979, o Gisèle Tichané, *Accouche et tais-toi: des femmes parlent*, Le Centurion, París, 1980. En cuanto a la postura contradictoria en la obra de una misma autora, Marilène Vuille cita en su tesis doctoral dos fragmentos de Yvonne Knibiehler, separados por un lapso de una década, en los cuales la historiadora francesa oscila del rechazo y la denuncia

Sin negar el valor historiográfico de estas contribuciones, pues de alguna manera sacan a la palestra un tema complejo que se extiende hasta la actualidad –la gestión del dolor obstétrico por parte del personal y por las propias pacientes–, abordándolo desde una perspectiva feminista y suscitando un debate necesario y sano, otras aproximaciones han profundizado en la génesis y desarrollo del parto sin dolor y conforman en este sentido las grandes referencias de esta tesis doctoral.

La historiadora norteamericana Paula A. Michaels y la socio-antropóloga suiza Marilène Vuille han abordado la historia del parto sin dolor a pequeña y gran escala, esto es tanto en aspectos particulares de esta práctica como a través de un marco comparado y una cronología larga que incluye toda la segunda mitad del siglo pasado. Puesto que a lo largo de la tesis menciono y comento muchas de sus observaciones concretas por su pertinencia para interpretar el caso español, resumiré a continuación a grandes rasgos los distintos enfoques que ambas han aplicado al estudio del parto sin dolor.

En primer lugar, Vuille y Michaels han prestado gran atención a la configuración política de los métodos de educación prenatal. Un artículo pionero del investigador John D. Bell afirmaba ya a principios de los años 1980 que la promoción de la psicoprofilaxis soviética obedeció a lógicas de legitimación interna del régimen estalinista, pues este método derivado de la hipnosis y teorizado en base a postulados pavlovianos permitía promocionar la ciencia autóctona frente a la occidental, de tal modo que el apoyo institucional que recibió la iniciativa en la URSS durante algunos años cayó inmediatamente después de la muerte del dictador. A la inversa, los fundadores del método también habrían aprovechado la coyuntura histórica, según Bell, adaptando sus primeros trabajos al marco reflexológico para sumarse a la fiesta chauvinista<sup>80</sup>. Más tarde Michaels matizaría la tesis de Bell sobre el oportunismo político de los promotores de la psicoprofilaxis, a los que Bell tildaba de neo-pavlovianos, mostrando que estos habían recurrido a las teorías pavlovianas para fundamentar un método analgésico desde sus primeras investigaciones con técnicas hipno-sugestivas en los años 1930<sup>81</sup>. En esta primera publicación sobre el tema, Michaels exploraba los métodos de alivio farmacológico del dolor obstétrico que precedieron a la generalización de la psicoprofilaxis en la URSS, indagando a su vez en las razones –la escasez de anestésicos y de personal calificado, principalmente– que favorecieron a este último sobre los otros en el contexto de reconstrucción posbélica.

---

a la admiración por el método psicoprofiláctico. Véase Marilène Vuille, *Médecine, femmes et politique: histoire de doctrines et de pratiques transnationales (XX<sup>e</sup> siècle)*, tesis presentada en la Université de Genève, n.º 58, Ginebra, 2017, pp. 176-177.

<sup>80</sup> John D. Bell, «Giving Birth to the New Soviet Man: Politics and Obstetrics in the USSR», *Slavic Review*, 40 (1), 1981, pp. 1-16.

<sup>81</sup> Paula A. Michaels, «Childbirth Pain Relief and the Soviet Origins of the Lamaze Method», *NCEEER Working Paper*, 2007, pp. 24-25.

En otros trabajos, principalmente su libro *Lamaze* y el artículo *Comrades in the Labor Room*, cuyo título habla por sí solo, la historiadora norteamericana ha tratado el fenómeno de importación de la psicoprofilaxis a Francia y las intrigas partidistas y sindicales que subyacieron a la implantación y difusión del método por instituciones comunistas, así como el rol que desempeñaron en ello algunas asociaciones de mujeres militantes del Partido Comunista Francés (PCF)<sup>82</sup>. Marilène Vuille había abordado esta última cuestión en 2005, insistiendo por su parte en las dinámicas de género que limitaron la autonomía del activismo femenino a favor de la psicoprofilaxis, sometido en todo momento a la supervisión paternalista de los médicos y subordinado a los intereses de un PCF por aquel entonces alineado con la derecha en la causa pro-natalista<sup>83</sup>. La autora problematizaba de este modo los distintos niveles de apropiación ideológica que enmarcaron la campaña por la psicoprofilaxis en Francia, y concluía que estos derroteros impedían considerar el movimiento en su época temprana como un profeminismo reivindicativo.

Más recientemente, Marilène Vuille ha retomado en detalle la implantación del método en Francia. En su artículo «L'obstétrique sous influence» la autora describe los mecanismos institucionales y narrativos que permitieron crear una «leyenda» en torno a la psicoprofilaxis<sup>84</sup>. Vuille sugiere que la campaña publicitaria por el *accouchement sans douleur* empezó antes incluso de su experimentación clínica, una adhesión automática a la iniciativa soviética por parte de profesionales de izquierdas y medios satélites del PCF que evidencia la trama ideológica subyacente. Por otro lado, Vuille también sitúa la retórica belicista y paranoica del colectivo que dio forma a la psicoprofilaxis parisina –el cual tomaba cualquier comentario médico como una grave afrenta política–, dentro del clima de la guerra fría y de la instrumentalización que los comunistas hicieron del método. Asimismo, el artículo compara este esquema con el de la llegada del método a Suiza, confirmando que también esta se hizo por canales mediáticos y políticos más que científicos. Por último, Vuille concluye diciendo que si la psicoprofilaxis fue aceptada sin mayor problema por la opinión pública y la comunidad médica no comunista en ambos países, ello se debe al mensaje maternalista que el método encarnaba sintonizando con los ideales transversales de la época. Otra autora que ha llegado a conclusiones muy similares en su tesis doctoral es Frédérique Liotard-Schneider<sup>85</sup>.

---

<sup>82</sup> Paula A. Michaels, *Lamaze: An International History*, Oxford University Press, New York, 2014, y «Comrades in the Labor Room: The Lamaze Method of Childbirth Preparation and France's Cold War Front, 1951-1957», *American Historical Review*, 115(4), 2010, pp. 1031-1060.

<sup>83</sup> Marilène Vuille, «Le militantisme en faveur de l'Accouchement sans douleur», *Nouvelles questions féministes*, 4(3), 2005, pp. 50-67. Otra autora que ha tratado este asunto desde una perspectiva similar es Sandrine García, *Mères sous influence, de la cause des mères à la cause des enfants*, La Découverte, París, 2011, pp. 51-55.

<sup>84</sup> Marilène Vuille, «L'obstétrique sous influence: émergence de l'accouchement sans douleur en France et en Suisse dans les années 1950», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 64(1), 2017, p. 132.

<sup>85</sup> Frédérique Liotard-Schneider, *Les experts de l'intime et les femmes, démographes et médecins en France de 1945 à 1975*, tesis presentada en la Université de Paris Ouest-Nanterre La Défense, París, 2010, p. 142.

La investigadora Ema Hrešanová también ha publicado un revelador artículo sobre la historia de la psicoprofilaxis soviética en Checoslovaquia<sup>86</sup>. En él la autora describe las fluctuaciones que el método experimentó durante más de tres décadas, muchas de las cuales estaban directamente relacionadas con la situación política que atravesaba el país. Hrešanová demuestra que la implantación del método psicoprofiláctico checo no vino motivada por la escasez de métodos anestésicos como en el contexto soviético, sino que obedeció en un primer momento a la voluntad de los dirigentes de servirse de la novedad obstétrica como medio de propaganda ideológica. Ello determinó, durante los años 1950, un apoyo institucional traducido en la creación de centros especializados de investigación, la promoción profesional de los actores concernidos por la psicoprofilaxis, la dotación de fondos para formación de profesionales y la creación de protocolos para una práctica generalizada. Con el periodo de apertura política que rodeó la primavera de Praga, el interés por el método cayó sustantivamente e incluso uno de sus promotores principales fue apartado de los cargos directivos que ocupaba. Tras caer en la invisibilidad por algún tiempo, la psicoprofilaxis volvió a renacer en los años 1980, cuando algunos profesionales aislados –entre los cuales destacan dos mujeres– reformularon sus principios y abogaron por una concepción más individualizada de la aplicación del método, anticipando así el giro hacia la privatización de la asistencia sanitaria que el país vivió en los años siguientes.

Estas autoras han abordado otros aspectos específicos de la historia de la psicoprofilaxis y de otros métodos de educación prenatal bajo un enfoque que se aleja del análisis político mencionado antes, aunque sin abandonarlo nunca del todo. Estos puntos han sido desarrollados por ellas en sus distintas publicaciones y muestran la variedad de acercamientos metodológicos que suscita el tema del parto sin dolor, pues los procedimientos usados para examinarlo van desde la historia de las ideas a la sociología de la práctica obstétrica pasando por la etnografía del nacimiento y los *visual studies*.

Uno de los ejes temáticos principales es en este sentido la conceptualización del dolor del parto así como la confrontación teórica que ello suscita con el método de parto natural promulgado por el médico británico Grantly Dick-Read. Michaels ha dedicado varios pasajes de sus publicaciones a describir dicho método y a reconstruir su historia tanto al nivel de sus primeros vaivenes en Gran Bretaña como en lo que se refiere a la acogida que recibió la propuesta por el público norteamericano<sup>87</sup>. La autora se detiene en explicar la naturaleza de los enfrentamientos entre Dick-Read y los psicoprofilácticos, recordando que esta colisión no es tan solo de orden conceptual sino también

---

<sup>86</sup> Ema Hrešanová, «The Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth in Socialist Czechoslovakia: from State Propaganda to Activism of Enthusiasts», *Medical History*, 60 (4), 2016, pp. 534-556.

<sup>87</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, especialmente en los capítulos 1, 4, 5 y 6; *Comrades, op. cit.*, o «Pain and Blame: Psychological Approaches to Obstetric Pain, 1950-1980», en Esther Cohen, Leona Toker, Manuela Consonni y Otniel Dror (eds.), *Knowledge and Pain*, Rodopi, Amsterdam, 2012, pp. 233-235 y 241.

ideológica y, diríamos, comercial. Marilène Vuille, por su parte, también ha contrastado los métodos readiano y psicoprofiláctico en múltiples ocasiones<sup>88</sup>. En lo que se refiere a la conceptualización del dolor, la autora apunta en una publicación reciente hacia el uso de metáforas en el aparato discursivo de la psicoprofilaxis: en concreto, y como desarrollaré en la tesis, este método recurrió a la idea de la electricidad para explicar la génesis del dolor obstétrico y sugerir procedimientos preventivos<sup>89</sup>.

Otro de los aspectos que mayor interés ha generado es el de las relaciones médico-paciente y el papel que las mujeres desempeñaron en el control de sus partos bajo los distintos métodos y en diferentes contextos históricos. Para ello, autoras como Michaels se han basado principalmente en el análisis de fuentes escritas, esto es de testimonios de parto publicados por los equipo médicos o editados incluso en formato libro, mientras que Vuille se ha acercado al tema en algunas entrevistas realizadas tanto a pacientes como a profesionales de la medicina en su primera publicación<sup>90</sup>. En un artículo reciente, Michaels se apoya en un estudio comparado del material fílmico (de ficción o divulgativo) en torno al parto natural para abordar nuevamente asuntos como el de la autoridad médica, las relaciones de género en la pareja o el lugar que cada método dejó para la experimentación con el placer y el dolor en sus distintas configuraciones<sup>91</sup>. Por otro lado, y como prueba de que ninguna de estas cuestiones es del todo dissociable del trasfondo político que enmarcaba cada método, Hrešanová indica que en el contexto de socialización del sistema de salud en Checoslovaquia la voz de las mujeres fue deliberadamente ignorada, pues atender a las demandas de las usuarias y las presiones «desde abajo» equivalía, en el marco simbólico de la guerra fría, a plegarse en cierto modo al principio mercantilista de la ley de la oferta y la demanda<sup>92</sup>.

---

<sup>88</sup> Por ejemplo en su libro *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Antipodes, Lausanne, 1998, pp. 53-54 y 62, o por ejemplo en sus artículos «La naissance de l' "accouchement sans douleur"», *Revue médicale de la Suisse Romande*, 120, 2000, pp. 991-998; «L'expérience des femmes dans l' "Accouchement sans douleur" (ASD): une expérience collective?», en Marguerite Bos, Bettina Vincenz y Tanja Wirz (Hg.), *Erfahrung: Alles nur Diskurs? Zur Verwendung des Erfahrungsbegriffes in der Geschlechtergeschichte*, Chronos Verlag, Zürich, 2004, p. 360.

<sup>89</sup> Marilène Vuille, «L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980», *Travail, genre et sociétés*, 34, 2015, p. 42.

<sup>90</sup> Para el análisis de los testimonios de mujeres publicados por los propios médicos, véase Paula A. Michaels, «A Chapter From Lamaze History: Birth Narratives and Authoritative Knowledge in France, 1952-1957», *The Journal of Perinatal Education*, 19(2), 2010, pp. 35-43; «Pain and Blame», *op. cit.*, pp. 231-255 y *Lamaze, op. cit.*, pp. 104-105. En esta misma obra, Michaels analiza el libro laudatorio escrito por Marjorie Kermel, una norteamericana afincada en París que se entrenó en psicoprofilaxis y cuyo testimonio obró como un potente mecanismo profano de difusión del método en EEUU; asimismo, la autora indaga en la experiencia de algunas mujeres a partir de entrevistas, entre las que destaca la de una ex paciente neoyorkina, en *Lamaze, op. cit.*, pp. 94-97 y 103-104 respectivamente. En cuanto al análisis sociológico de Vuille, no todos los testigos habían seguido un curso de preparación al parto, pero la mayoría de las entrevistas giraban en torno a los interrogantes principales que plantea el discurso del parto sin dolor. Véase Vuille, *Accouchement et douleur, op. cit.*

<sup>91</sup> Paula A. Michaels, «The Sounds and Sights of Natural Childbirth: Films and Records in Antenatal Preparation Classes, 1950s-1980s», *Social History of Medicine*, 31 (1), 2018, pp. 24-40.

<sup>92</sup> Hrešanová, *op. cit.*, p. 545.

En todo caso, estos análisis trascienden un marco interpretativo dualista que deduciría la *esencia* del movimiento por la preparación al parto de los efectos –de opresión o emancipación, de acatamiento u oposición– causados sobre ciertos colectivos de mujeres. Al contrario, el planteamiento de estas autoras muestra que las condiciones locales de recepción de las nuevas ideas sobre el parto influyeron en la creación de distintas corrientes, a favor, en contra o matizadas, de modo que lo que cada generación de mujeres tomó por un modelo aceptable de experiencia obstétrica fue variable y dependió de un cúmulo de factores coyunturales. Como recuerda Javier Moscoso en relación a los debates en torno a la anestesia obstétrica, que vendría a ser el correlato de los métodos psicológicos de preparación al parto, las reacciones de resistencia o acomodación a los avances médicos no siguen ni obedecen a una sola tendencia política o social: el alivio del dolor del parto forma parte de la historia de las reivindicaciones feministas aunque de hecho este movimiento también ha exhibido en ocasiones la aceptación del dolor como medio de protesta contra la medicalización de los partos<sup>93</sup>.

Otra de las dimensiones más estudiadas, aunque en mi opinión no del todo explotada, es la de la metodología terapéutica de cada método de parto sin dolor. La historia de las diferentes técnicas de educación, entrenamiento y atención de las embarazadas no ha sido objeto de una publicación entera, a excepción del artículo *L'invention de l'accouchement sans douleur* de Vuille, donde esta aborda los puntos capitales de la terapia psicoprofiláctica. De forma novedosa, Vuille se apoya en el análisis de algunas fuentes audiovisuales para describir ciertas técnicas de dirección de la parturienta que no fueron teorizadas en el corpus psicoprofiláctico, y que sin embargo estaban muy extendidas en la práctica de este método: gestos manuales para regular la cadencia respiratoria de la mujer o para ordenarle agarrar las correas durante la expulsión, indicaciones a mantener el contacto visual, maniobras del personal médico para ayudarla a corregir su postura o la existencia de distintas culturas de acompañamiento vocal de la expulsión<sup>94</sup>.

El estudio de las políticas farmacológicas de cada método sí ha gozado de una mirada más sistemática, especialmente por parte de Michaels para los casos soviético y norteamericano y por parte de Vuille para el francés<sup>95</sup>. Por lo demás, tanto Michaels como Hrešanová ofrecen un panorama general de los sistemas prácticos de preparación al parto, a menudo ubicando este compendio de reglas dentro de la discusión general sobre los choques entre las propuestas readiana y psicoprofiláctica, pero sin evaluar en profundidad el grado de correspondencia entre las consignas terapéuticas y los principios teóricos de

---

<sup>93</sup> Moscoso, «*History of Labor Pain Relief*», *op. cit.*, p. 59.

<sup>94</sup> Vuille, «*L'invention*», *op. cit.*, pp. 45-49.

<sup>95</sup> Michaels, «*Childbirth Pain Relief*», *op. cit.* y Lamaze, *op. cit.*, pp. 107-111; Vuille, *Médecine, femmes et politique*, *op. cit.*, capítulo 5, especialmente pp. 119-133.

cada método, ni los debates más generales sobre la relación entre sensibilidad y conciencia que dichos acercamientos motivaron.

Para terminar este rápido resumen, la mayor contribución de la literatura existente ha sido sin duda la de situar el objeto de estudio en una perspectiva diacrónica que da cuenta de la evolución de la preparación al parto en distintos escenarios. Las autoras arriba mencionadas han aplicado el mismo rigor al examen de las condiciones de partida que determinaron la acogida y la implantación del método en cada enclave que al estudio de las circunstancias particulares que propiciaron después sus distintas transformaciones. Ello las lleva a definir la preparación al parto como un objeto «fluido» o «maleable», un «artefacto de su tiempo» a la vez que un proceso en permanente «reinención»<sup>96</sup>.

No obstante, un hilo recorre de forma transversal este proceso, y es el del parto como un lugar sobre el que sedimentan visiones culturales cambiantes de la naturaleza, la feminidad y el papel social de la ciencia. Como señala la investigadora Irène Maffi, desde el periodo ilustrado la sociedad occidental viene usando la idea de naturaleza como una «categoría de reto», un desafío epistemológico a un orden social considerado defectuoso, perjudicial o incorrecto<sup>97</sup>. El movimiento por la preparación al parto se sirvió de esta estrategia –ya fuera invocando directamente el «parto natural» o términos equivalentes como «parto normal», «eutócico» o «fisiológico»– para posicionarse en el proceso de medicalización galopante del nacimiento en sus distintas fases. Las feministas de la segunda ola hicieron lo mismo para denunciar los abusos del intervencionismo y del paternalismo obstétricos, cuestionando también de paso muchas de las enseñanzas que integraban el corpus teórico de los métodos de educación prenatal, y todavía hoy la idea sigue vigente en las reivindicaciones por un parto «humanizado» o «respetado», esto es (según la definición actual) espontáneo y exento de violencia.

Pues bien, las autoras aquí reseñadas han demostrado la historicidad de estas convenciones sobre la naturaleza, poniéndolas además en relación con otros planteamientos también contingentes sobre la condición femenina y los roles que desempeñan hombres y mujeres, médicos y legos, en la reproducción humana. Y lo han hecho prestando atención al parto sin dolor como una práctica viva, cuyos objetivos inmediatos se redefinieron al albur de mutaciones conceptuales de fondo, como fue la transición de un modelo psiconeurológico a otro psicosomático de comprensión del dolor obstétrico en su relación con la personalidad de la mujer<sup>98</sup>. La historia del parto sin dolor, de sus desarrollos y sus peripecias, plantea así un escenario perfecto para observar los supuestos

---

<sup>96</sup> Hrešanová, *op. cit.*, p. 556; Marilène Vuille, «Paula A. Michaels. *Lamaze. An International History*», *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 42, 2015, p. 314 y Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 4.

<sup>97</sup> Irène Maffi, «Can caesarean section be “natural”? The hybrid nature of the nature-culture dichotomy in mainstream obstetric culture», *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 10 (19), 2013, p. 1.

<sup>98</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 111, y Vuille, *Médecine, femmes et politique, op. cit.*, pp. 126-129.

culturales que subyacen tras las visiones científicas del cuerpo, la vida y la sociedad. Como «producto de su tiempo», parece que es hora de situar este objeto cambiante en su tiempo español. Adelantándome pues al siguiente apartado de esta introducción, el primer argumento para defender la pertinencia de esta tesis es precisamente que en España no existe aún ningún estudio sobre el tema.

### *Pertinencia de la investigación*

En plena polémica sobre los métodos del parto sin dolor, un comentarista narraba las ventajas principales del nuevo planteamiento. Mediante una preparación adecuada, y entre otros mecanismos en juego:

«se condiciona el reflejo de actitud *pasiva* de la mujer (que se traduce por: “siento en mí unos fenómenos que han de alumbrar a mi hijo”) y se condiciona un reflejo de actitud *activa* (que se traduce por: “yo realizo un trabajo que ha de proporcionarme la maternidad”)»<sup>99</sup>.

Esta mágica descripción pone de manifiesto la tensión inherente a la conceptualización mecánica del parto, que como decía Emily Martin procura una fragmentación del sí con el cuerpo, y ofrece en su lugar una visión alternativa, un recurso que promete a la futura madre la integridad de su experiencia<sup>100</sup>. Y es cierto que, al menos en lo que a los discursos se refiere, la justificación de la preparación al parto se hizo en base a nuevas metáforas sobre la relación que la mujer mantiene con su cuerpo en labor, imágenes que permitían reorganizar el papel que jugaban factores como la inteligencia, la voluntad y la afectividad –en palabras del comentarista–, durante el nacimiento<sup>101</sup>. Tras el esfuerzo teórico de la preparación al parto hay, en cierto modo, una precoz mirada etnográfica, es decir una pregunta sobre las determinaciones culturales que median la experiencia de las parturientas, consideradas entonces como ahora, y sobre todo en lo que se refiere a la mecanización del proceso, como fundamentalmente alienantes<sup>102</sup>.

Mediante una inventiva lingüística y visual sin precedentes, los defensores del parto sin dolor buscaron una solución mejor adaptada, pero su curioso lugar en la historia de la obstetricia contemporánea impidió que sus propuestas trascendieran. Como observa Marilène Vuille, el movimiento por la preparación al parto fue heterogéneo e influyente, pues sí consiguió normalizar la

---

<sup>99</sup> Luis Montobbio Jover, «Informe sobre el parto sin dolor», *El Ciervo: revista mensual de pensamiento y cultura*, año 5, n.º 42, El Ciervo 96 S. A., Barcelona, 1956.

<sup>100</sup> Martin, *op. cit.*, p. 79.

<sup>101</sup> Montobbio Jover, *op. cit.* En realidad, Jover parafraseaba aquí al Pío XII en su discurso sobre el parto sin dolor. Véase *Genealogía*, 1. 2.

<sup>102</sup> Para algunos ejemplos concretos véase, de la obra anterior, pp. 19, 58-59 o 84-86.



preparación misma mediante fondos y apoyo institucionales, pero a su vez fue una corriente minoritaria cuya labor independiente no tuvo repercusión ni sobre el desarrollo de la profesión obstétrica, ni sobre las rutinas hospitalarias, ni a fin de cuentas sobre los discursos preexistentes en torno a la mujer y la reproducción<sup>103</sup>. ¿De qué sirve pues retomar este episodio, si en definitiva no cambió el curso de la medicalización de los cuidados prenatales? Pues sirve, precisamente, para no sucumbir a la propia inercia retórica de la medicalización, y poder explicar mediante argumentos históricos y culturales por qué el parto y el embarazo, antaño inscritos en la normalidad de la vida, están a día de hoy tan medicalizados. Como plantea Ann Oakley, «decir que el embarazo es una actividad médica porque es un fenómeno biológico es cometer el error de “escribir una historia del pasado en términos del presente”»<sup>104</sup>. Asimismo, valorar las consecuencias de la constitución de un campo de saber médico en torno al parto y el embarazo es una ventaja asociada a esta perspectiva histórica. Veamos pues concretamente qué aporta el caso del parto sin dolor a la comprensión del proceso más amplio de la medicalización obstétrica.

Como hemos apuntado, el parto y el embarazo constituyen un ejemplo clásico del proceso de medicalización. El control médico de ambos fenómenos, según Conrad, adquiere una intensidad máxima, equivalente al grado en que se medicaliza la propia muerte, pues dicho control opera en todos los planos posibles: conceptual, institucional y terapéutico<sup>105</sup>. Sin embargo, Conrad señala que la medicalización es un asunto *ante todo* definicional, ya que el nivel conceptual precede al control social que pueda ejercer la medicina: en efecto, la legitimidad de esta ciencia para incidir en la vida de las personas deriva de su autoridad para definir comportamientos, cosas o incluso a esas mismas personas, creando un hondo consenso en torno a la pertinencia de tales interpretaciones<sup>106</sup>. Desde este punto de vista, y si la influencia de la mirada mecanicista ha tenido algo que ver en el desplazamiento irreversible de la reproducción humana hacia la esfera médica, como sostiene Martin, la historia del parto sin dolor constituye un capítulo especial en dicho proceso, precisamente porque en ella se ponen las definiciones al descubierto. La insistencia de los métodos de preparación al parto sobre el origen psicogénico del dolor no es más que el intento –fallido– de aportar explicaciones racionales, eficientes y alternativas a la metáfora productivista de la reproducción, en la que la mujer es definida como una superficie, su cuerpo como una máquina, y su hijo como un producto, fruto de un proceso mecánico potencialmente destructor. El comentario que abre esta sección ilustra con exactitud la grieta abierta en esta

---

<sup>103</sup> Vuille, *Médecine, femmes et politique*, op. cit., pp. 121-122.

<sup>104</sup> Oakley, op. cit., p. 1. La cita interna es de Michel Foucault en *Surveiller et punir. Naissance de la prison* (1975).

<sup>105</sup> Conrad, op. cit., p. 220. Conrad se refiere al caso estadounidense, pero el análisis es también válido para el resto de países occidentales.

<sup>106</sup> *Ibid.*, p. 216.

concepción tradicional del parto como un proceso ajeno a la voluntad y la implicación de la paciente.

Las consecuencias de la visión tradicional del parto son múltiples y muy variadas. La más general de todas ellas, la que sigue espontáneamente, es la necesidad de la propia medicalización. La historia de la medicina ha producido una cantidad ingente de trabajos al respecto, con o sin perspectiva de género: el dominio médico del parto lo equipara a un evento patológico<sup>107</sup>. Y como he sugerido más arriba, la obra de Martin ofrece un vínculo directo entre la idea de patología y el imaginario industrial que domina el pensamiento médico sobre la reproducción: las metáforas de gasto, producción fallida, decaimiento, colapso o avería abundan en la literatura, creando una gran sensación de riesgo e ineficiencia<sup>108</sup>. Así, entre otras razones de índole social, política o material, la comprensión mecánica del parto actúa como una causa importante para su medicalización. Dicho de otro modo: la medicalización obstétrica obedeció en sus comienzos a una razón epistémica, que no fue otra sino la visión del parto como un hecho natural, cuyas leyes eran predecibles y sobre el cual se podía (se debía) intervenir.

Habiendo admitido la reconfiguración conceptual que motivó un proceso social extenso como la medicalización de los partos, y una vez puesta esta a funcionar, otras consecuencias son reseñables. Una de ellas, también de orden general y en torno a la que hay un gran consenso, es que la medicalización de la salud reproductiva de la mujer ha contribuido a interpretar la discriminación social de las mujeres en términos de inferioridad biológica<sup>109</sup>. Otras consecuencias atañen a la experiencia de las pacientes obstétricas y también pertenecen, como escribe Conrad, al «lado oscuro» de la medicalización<sup>110</sup>. Antes he insinuado alguna de ellas: principalmente, la fragmentación entre el cuerpo de la embarazada y su intervención voluntaria en el proceso de parto, lo cual tiende a producir vivencias más bien decepcionantes. Esto ocurre, señala Martin lúcidamente, cuando la medicina trata una actividad no estrictamente material, como es la reproducción humana, con los criterios que rigen el trabajo de producción de bienes materiales: las otras dimensiones del nacimiento (psicológicas, culturales, afectivas, sociales) quedan escindidas de la atención obstétrica, o su importancia es al menos considerablemente reducida por parte de los profesionales<sup>111</sup>. Correlativamente, la aspiración a aumentar la «productividad» obstétrica justifica las intervenciones (amniotomía, oxitocina, etc.)<sup>112</sup>. Puede que estas derivas no comprometan en absoluto la eficacia de los

---

<sup>107</sup> Oakley, *op. cit.*, p. 2.

<sup>108</sup> Martin, *op. cit.*, 197.

<sup>109</sup> Marilène Vuille y otros, «La santé est politique», *Nouvelles Questions Féministes*, 25 (2), 2006, p. 11.

<sup>110</sup> Conrad, *op. cit.*, p. 223.

<sup>111</sup> Martin, *op. cit.*, p. 67.

<sup>112</sup> *Ibid.*, p. 59. La amniotomía designa la rotura artificial de la bolsa de aguas que contiene el feto con el fin de acelerar la marcha del parto. La oxitocina es una hormona que se inyecta comúnmente para controlar y estimular el ritmo de las contracciones uterinas durante el parto.

expertos, pero desde luego complican la experiencia de la paciente. De este modo, lo que hoy se denomina «violencia obstétrica» tiene mucho que ver con la aplicación de un esquema mecanicista a la gestión del nacimiento<sup>113</sup>.

Más recientemente, la sofisticación que han aportado las nuevas tecnologías de diagnóstico, monitorización y visualización fetal incrementa el interés por el feto en detrimento de la visibilidad de la madre, cuya superficie corporal deviene translúcida ante los nuevos artefactos. Las autoras que han trabajado sobre el tema afirman que si el uso de estas tecnologías coincide a gran escala con el aumento de intervenciones instrumentales como la cesárea, no es solo porque la técnica actual lo permita, según quiere el argumento internalista, sino porque el feto emerge progresivamente como nuevo objetivo de la obstetricia contemporánea, al que esta debe preservar del probable descarrío de la máquina, esto es del potencial destructivo del cuerpo gestante y en labor<sup>114</sup>.

Pero ni la medicalización en sí ni la mirada mecanicista que la sustenta tienen siempre efectos negativos. No me refiero solo a las victorias innegables, como la disminución drástica de la mortalidad perinatal, sino a efectos positivos y a pequeña escala en la experiencia obstétrica de las pacientes. En su artículo «Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth», Bonnie Fox y Diana Worts argumentaban que las condiciones sociales que rodean el parto y la crianza temprana, como la existencia de redes de apoyo para la madre, están relacionadas con el resultado subjetivo de la vivencia del parto en mayor grado que los factores relativos de medicalización y uso de tecnologías. De este modo, las críticas académicas a la medicalización de los cuidados obstétricos tendían a minusvalorar, según las autoras, las distintas modalidades a través de las cuales mujeres en diferentes contextos pueden ejercer cierto control sobre el proceso, pues una de estas estrategias es muy a menudo acoger de buen grado el rol del paciente, optar por no sufrir, y dejarse

---

<sup>113</sup> Algunos países, como Argentina o Venezuela, recogen en sus leyes el término «violencia obstétrica» como un caso particular dentro de la violencia de género. Para un análisis detallado del concepto véase Eva Margarita García García, *La Violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*, tesis presentada en la Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 2018. Según esta autora, la violencia obstétrica «hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el periodo del embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física –uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto por los ritmos naturales del parto– como psicológica –infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones.» Esta definición se encuentra en la p. 42. Para algunas autoras la violencia obstétrica, en su grado más extremo de cosificación de los cuerpos implicados, tuvo su punto culminante en España con el caso de los bebés robados, cuyo alcance está aún por confirmar. Véase por ejemplo Dolores Ruiz-Berdún e Ibone Olza Fernández, «The Past and Present of Obstetric Violence in Spain», en Ana Leonor Pereira y João Rui Pita (eds.), *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*, Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX, Coimbra, 2016, p. 101.

<sup>114</sup> Martin, *op. cit.*, p. 64. En la línea de los análisis de Barbara Duden, la investigadora M<sup>a</sup> Jesús Santesmases ha tratado este tema en diversas publicaciones. Véanse, por ejemplo, M<sup>a</sup> Jesús Santesmases, «Hacia descendencias saludables: algunos orígenes del diagnóstico prenatal en España», *Asclepio*, 60 (1), 2008, pp. 129-150, y «Tecnorituales del embarazo: cuerpos de mujer en el origen de la genética médica», *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, 6, 2017, pp. 55-66. Akrich y Pasveer reflexionan sobre este punto a propósito de los dispositivos de vigilancia médica del embarazo y del parto, en Akrich y Pasveer, *op. cit.*, p. 45.

conducir por los expertos<sup>115</sup>. La propia Martin admite, de hecho, haberse focalizado en un tipo de experiencias, ignorando el valor de otros modos de relacionarse con la práctica médica<sup>116</sup>.

Con todo, y como cualquier otra investigación histórica, esta también tiene la ventaja de ayudarnos a reflexionar sobre el presente. En concreto, hacer el recorrido histórico del parto sin dolor proporciona una valiosa herramienta analítica: como la preparación al parto conllevó en sus orígenes una disputa por la definición más acertada de la fisiología del dolor obstétrico, este debate desveló sin remedio el carácter construido del conocimiento médico sobre el tema. Ello ilumina retrospectivamente el proceso más amplio de medicalización del cuidado prenatal como una cuestión también narrativa, en el sentido de que el relato mecánico del parto da vida, continuidad y coherencia a las prácticas biomédicas de la obstetricia contemporánea.

Al mismo tiempo, las versiones alternativas sobre cómo funciona un parto y cómo hay que hacerse cargo de las pacientes tampoco estuvieron –ni están– exentas de tensiones y contradicciones, tanto internas como en lo que se refiere a su relación con la trama dominante del mecanicismo y la medicalización obstétricas. Historiar los límites del movimiento por la preparación al parto permite así sembrar la duda sobre cualquier planteamiento que se pretenda holístico, respetuoso, humanizado o integrador del parto y su cuidado. Dicho en positivo: la historia de la preparación al parto permite valorar las distintas aproximaciones al nacimiento como propuestas provisionales, relativas y no vinculantes, sobre la relación entre las mujeres, la ciencia y el conjunto social. Y esa distancia es necesaria para pensar con detenimiento las virtudes y problemas del sistema de salud reproductiva en la actualidad.

### III. Estructura, desarrollo y fuentes

Esta tesis se divide en cuatro partes, cada una de ellas centrada en un aspecto concreto de la historia de la preparación al parto en España: su implantación y desarrollo, su singularidad conceptual, y sus propuestas prácticas, las cuales se dividen, a su vez, en una formación teórica y en una instrucción física de la mujer que espera un hijo. Para tratar cada uno de estos temas, la tesis abarca en cada ocasión un periodo de varias décadas, con una insistencia especial en aquellos momentos en los que los debates sobre la naturaleza del dolor obstétrico fueron más intensos, entre finales de los años

---

<sup>115</sup> Bonnie Fox y Diana Worts, «Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth», *Gender and Society*, 13(3), 1999, pp. 326-346.

<sup>116</sup> Martin, *op. cit.*, Introducción a la edición de 1992.

1950 y principios de los 1960, o en aquellos otros en los que la práctica de alguno de los actores del relato sufrió algún cambio o mutación, como sucede por ejemplo con la introducción de la sofrología en el sistema de preparación al parto de Álvaro Aguirre de Cárcer, a lo largo de los años 1960, o la inclusión de la haptonomía, ya en la década de los 1980. Asimismo, el texto se mueve en un vaivén constante entre las historias de los actores españoles, sin duda los protagonistas, y las ideas y contribuciones de sus referentes extranjeros, en particular la escuela parisina de psicoprofilaxis obstétrica y la red más difusa de profesionales congregados, aquí y allá, en torno a la figura de Grantly Dick-Read y su método de parto natural o sin temor. La progresión del texto, pues, no es ni lineal ni estática, sino deliberadamente dinámica.

Antes de resumir los contenidos de la tesis conviene precisar un punto respecto al manejo de algunas fuentes escritas. Los protagonistas de esta historia se interesan a menudo por la historia de la asistencia al parto, las distintas formas de cuidados que la componen y los colectivos que la protagonizan. Sus contribuciones a la historia de la medicina se cuelan la mayoría de las veces en sus intervenciones, sin que ello constituya su objetivo principal; otras veces el ejercicio se enmarca dentro de publicaciones médicas especializadas, como sucede con numerosos artículos de revista o alguna tesis doctoral; y solo en muy pocas ocasiones tienen cabida dentro de una iniciativa editorial de índole historiográfica<sup>117</sup>. En todo caso, dicha situación justifica que sus escritos aparezcan citados en la trama por su participación en la historia de la preparación al parto en calidad de fuentes primarias, pero que también me apoye en ellos, puntualmente, como fuentes secundarias tan válidas como el resto.

La primera parte (*Genealogía*) reconstruye los orígenes de la preparación al parto en España a partir de las historias de tres de sus promotores principales: el obstetra Ángel Hernández Jiménez, la matrona Consuelo Ruiz Vélez-Frías y el médico Álvaro Aguirre de Cárcer. Esta parte se sirve de una miscelánea de fuentes, pero acude especialmente a escritos autobiográficos, una correspondencia privada y algunos documentos inéditos del fondo personal de Aguirre de Cárcer. El análisis presta especial atención a la forma en que cada uno de estos personajes narró sus propias peripecias, desvelando el rasgo común de los tres mitos fundacionales, a saber, la revelación ante el descubrimiento del parto sin dolor tras una peregrinación en el extranjero. El texto también señala la

---

<sup>117</sup> Ejemplos de estas tres modalidades serían el libro de Manuel Usandizaga Soraluze, *La ataraxia en el parto*, Instituto Ibys, Madrid, 1960; la tesis de Claudio Becerro de Bengoa Callau, *Educación Maternal y Beta Endorfinas en plasma materno durante el parto*, tesis presentada en la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1993; y la publicación de Consuelo Ruiz Vélez-Frías, *Las matronas. Una profesión ancestral basada en el amor*, Gráficas 82 S. A., Madrid, 1987.

particularidad de cada uno de estos relatos: la politización del parto sin dolor como criterio que define la progresión de esta práctica en España, primero, la subordinación de las mujeres y las matronas a la medicina franquista como obstáculo para la apropiación del método por estas últimas, segundo, y finalmente la idea de predestinación con la que Aguirre de Cárcer dio cuenta de su propio éxito.

Más en detalle, el capítulo 1 sitúa la entrada de la psicoprofilaxis obstétrica en España de la mano del Dr. Hernández Jiménez, para lo cual el texto empieza caracterizando la filiación ideológica de este médico madrileño, así como la de su ambiente cercano. La parte central del capítulo aborda la comparecencia papal sobre el tema del parto sin dolor en 1956 como evento que desbloqueó la divulgación del método en España, practicado en los primeros momentos por Hernández Jiménez en un prudente segundo plano. Tras esto, el capítulo termina analizando la iniciativa asociacionista que siguió al discurso del Papa, poniendo de relevancia los lazos que los actores españoles mantuvieron con sus mentores franceses. El capítulo 2 atiende a la trayectoria profesional de Consuelo Ruiz Vélez-Frías tomando primero en consideración dos de los factores que se cruzan en su identidad: la condición de mujer y de matrona. El capítulo abre con un breve análisis de los discursos médicos, políticos o teológicos que imperaban entonces sobre la mujer y a continuación reconstruye la situación de las matronas desde los años 1950 hasta los 1980, casi tres décadas de inestabilidad profesional que influyeron sin duda en la ausencia generalizada de este colectivo en la promoción del parto sin dolor. Por último, el capítulo se centra en la vida de Consuelo Ruiz, marcada por la marginación y la clandestinidad, y analiza el potencial político de su propuesta, así como sus limitaciones desde una perspectiva de género. Finalmente, el capítulo 3 contrapone al discurso de la predestinación de Aguirre de Cácer un análisis de su posición socioeconómica, en el primer apartado, de sus recursos y maniobras empresariales, en el segundo, y del cariz ideológico que proporcionó a su empresa seguridad y aceptación generalizadas, en el tercer y último apartado.

La segunda parte de la tesis (*Etiología*) abandona el estilo de crónica histórica y se adentra en las explicaciones causales del dolor del parto, aglomeradas principalmente en tres grupos. Para identificar estas configuraciones abstractas en torno al dolor obstétrico he recurrido al término de «modelo» científico entendido como una «metáfora sostenida y sistemática» según la definición de Héctor Palma<sup>118</sup>. Como hemos visto más arriba, Palma reivindica el rol de las metáforas, aquí sistematizadas en modelos, como instrumentos especulativos capaces de desplazar el foco de atención hacia nuevos elementos y hacer aflorar nuevas vinculaciones. Esta caracterización

---

<sup>118</sup> Héctor A. Palma, *Metáforas y modelos científicos. El lenguaje en la enseñanza de las ciencias*, Ediciones el Zorzal, Buenos Aires, 2008, p. 13. La frase de Palma es a su vez una cita del filósofo Max Black en su libro *Models and Metaphors* (1962).

permite captar muy bien las innovaciones conceptuales sobre el dolor del parto que se produjeron en la segunda mitad del siglo XX, ya que estas innovaciones no se *apoyaban* en el uso de metáforas, a mi modo de ver, sino que se construyeron *a partir de* ellas. Esta parte toma pues en consideración las imágenes que los médicos utilizan para pensar tanto el dolor obstétrico como el funcionamiento de la propia fisiología reproductiva, los razonamientos causales que caracterizan cada modelo (indisociables como decimos de las metáforas visuales que los acompañan), y las implicaciones que estos modelos abstractos tienen sobre la ética del cuidado de la parturienta.

Por otro lado, y puesto que las novedades teóricas sobre dolor del parto proceden de fuentes foráneas, el texto está en gran parte centrado en estas fuentes. No obstante, las fuentes españolas también se tienen en cuenta tanto para describir el modelo etiológico que precede a los métodos de parto sin dolor, a principios del siglo XX, como para referir las reacciones, adhesiones y discrepancias que las ideas extranjeras producen en suelo local.

El capítulo 4 describe el pensamiento mecanicista del parto y del embarazo, en el que el dolor se asocia a la contracción uterina y se piensa como una adición de estímulos sensoriales localizados. El capítulo reflexiona también sobre el hecho de que este modelo ignora el papel de la mente en la percepción lesiva, pero no a la inversa: el dolor obstétrico repercute en el estado anímico de la paciente, causando un doble perjuicio sobre su persona. El capítulo 5 presenta el aparato teórico de la psicoprofilaxis obstétrica como una propuesta innovadora y radical que desplaza el centro de atención de los mecanismos de producción de estímulos para situarla sobre su interpretación cerebral. El capítulo atiende en primer lugar a la caracterización que la psicoprofilaxis hace de la corteza cerebral como órgano rector del proceso de parto teniendo en cuenta la relación de alternancia que esta mantiene con el resto de componentes cerebrales. A continuación el texto se detiene sobre la explicación del dolor obstétrico como un reflejo condicionado negativo causado por el lenguaje en virtud de una serie de fenómenos descritos en el corpus pavloviano. Tras considerar las críticas que ciertos puntos de esta argumentación causan entre algunos médicos españoles, el capítulo cierra con una valoración del entusiasmo que produce el nuevo marco interpretativo por sus grandes posibilidades en el ámbito clínico, y plantea la hipótesis de que la simbología propia de este modelo refleja las aspiraciones políticas de sus creadores. El capítulo 6, por último, recupera la visión causal sintética presente en el modelo promovido por el médico británico Grantly Dick-Read. El primer apartado examina tanto la imagen definitoria del modelo como su desarrollo argumental, pues el dolor se piensa a partir de la imagen del resorte (en el sentido de muelle, reacción elástica), y se despliega según un esquema de resortes (planos o elementos necesarios dentro de un desarrollo secuencial). El segundo apartado analiza la capacidad de la teoría readiana para aglomerar a distintos tipos de actores en torno a sí, creando un gran consenso sobre sus ideas a pesar de su difusión fragmentaria en la literatura española. El capítulo sopesa

finalmente la evolución de la teoría readiana y su adaptación a otras propuestas de la obstetricia psicosomática.

La tercera y cuarta partes de esta tesis empezaron siendo una reflexión única sobre los procedimientos terapéuticos de los métodos de parto sin dolor, pero dada la extensión que el texto iba tomando decidí separarlas en dos: *(Psico)terapia* y *(Fisio)terapia*. Estas partes exploran la correspondencia entre los principios teóricos de cada método y sus reglas prácticas de conducta, ya sea en lo que respecta a la propia actuación de los profesionales o en lo que concierne a la educación y entrenamiento de la embarazada. Aunque creo demostrar la existencia de dicha correspondencia, el análisis también destaca la variedad de aproximaciones prácticas a la preparación al parto, que fue ante todo plural y metamórfica.

Dicho esto, también conviene precisar que el enfoque empleado sigue siendo, como en la parte anterior, un análisis de los discursos médicos, en este caso sobre la formación de futuras madres, y no un análisis de las prácticas mismas de preparación y atención al parto. Para acceder a esa dimensión de los hechos habría necesitado apoyarme en fuentes de muy distinta índole, como son las entrevistas, los archivos audiovisuales, los testimonios escritos de pacientes y profesionales o documentos que recogiesen, de algún modo, las proezas de dichos actores en acción. Aunque eventualmente me sirvo de alguno de estos materiales en las dos últimas partes de la tesis, el foco sigue estando en la historia de las ideas sobre la preparación al parto, y no en la historia de la experiencia derivada de esta práctica específica de la obstetricia contemporánea. Al final de este apartado detallaré una de las razones que me llevó a tomar la decisión de atenerme tan solo a los discursos de los especialistas, pero adelanto por ahora otro motivo para ello: al toparme con un tema inexplorado anteriormente, como la historia del parto sin dolor en España, el volumen de material por recopilar, interpretar y sintetizar en una tesis desbordaba de sobra los límites de páginas de este tipo de ejercicio académico. De tal modo que –si no quería traicionar la sutileza de las explicaciones ni la complejidad de los posicionamientos en torno al dolor del parto y la preparación de las embarazadas–, entendí que era mejor acotar el ámbito de estudio, centrándome en los discursos y confiando en que, más tarde, alguien completase esta investigación desde la perspectiva de la historia de la experiencia.

*(Psico)terapia* se centra en los aspectos psíquicos y discursivos de la preparación al parto y describe el tránsito, coherente con lo expuesto en la parte anterior, de explicaciones psiconeurológicas a concepciones psicosomáticas de los fenómenos relacionados con la maternidad, y por tanto también de los remedios que los expertos confeccionaron para aliviar el sufrimiento atribuido al parto. Por aspectos psíquicos y discursivos entiendo todo aquello que tiene que ver con la formación teórica de las mujeres, con su atención psicológica durante



la preparación o su evaluación tras ella, pues esta última práctica pretendía medir su experiencia mental del parto y a su vez constituía un potente mecanismo discursivo para la difusión del método.

El capítulo 7 aborda en primer lugar las reglas que rigen la comunicación con las pacientes y la transmisión de las enseñanzas teóricas, haciendo hincapié en la sutil diferencia de criterios que distingue la tradición pavloviana de la psicósomática: mientras unos se preocuparon por el potencial del lenguaje en la producción de reflejos para el parto, los otros prestaron mayor atención al efecto pernicioso de un exceso de información sobre la sensibilidad de las pacientes. El segundo apartado explora la dimensión relacional de la preparación al parto, es decir cómo se teoriza el cuidado anímico de la embarazada y las posibilidades que alberga la relación médico-paciente en cada modelo educativo. El capítulo 8 se concentra en las innovaciones conceptuales y metodológicas introducidas en el sistema de preparación al parto de Aguirre de Cárcer cuando este penetró en los campos del psicoanálisis y la sofrología. De forma significativa, la influencia de estas corrientes de pensamiento supuso una reestructuración de prioridades en la educación prenatal, destacando especialmente su teorización como una psicoterapia global más que como una forma de aprendizaje, y también la revalorización del papel del preparador y de su influencia sobre la gestante. De forma transversal, los capítulos 7 y 8 se preguntan por la compatibilidad de las distintas aproximaciones prácticas con los métodos de trabajo en las maternidades contemporáneas.

El capítulo 9 examina un aspecto hasta ahora poco estudiado: el de las reglas para la medición y valoración de resultados y su correspondencia con los modelos causales sobre el dolor que sigue cada escuela. El capítulo atiende en primer lugar al carácter estratégico de esta dimensión evaluativa, expone a continuación las críticas de algunos profesionales al respecto y se detiene después sobre un documento de la psicoprofilaxis parisina que pone de relieve la fidelidad del equipo francés a la letra pavloviana. Basándose en la idea de que el condicionamiento influye en la conciencia –individual y colectiva– que se tiene del parto antes y después de que este suceda, la escuela parisina integró la práctica evaluativa postparto dentro su aparato terapéutico-preventivo. Por último, el capítulo da cuenta de los intentos locales por homologar los procedimientos de valoración de resultados con un marco pavloviano de interpretación del dolor obstétrico, y describe finalmente el abandono de esta perspectiva en beneficio de enfoques más centrados en el impacto anímico y conductual de la preparación sobre las parturientas.

*(Fisio)terapia* descompone la instrucción práctica de la embarazada en sus distintos ejercicios: respiración, relajación y gimnasia. No obstante, puesto que el límite que distingue una clase y otra de ejercicio no está siempre consensuado entre los profesionales, y puesto que los argumentos sobre la utilidad de cultivar tales destrezas también difieren de unos a otros, esta parte de la tesis se centra de nuevo en los debates que suscitan estos gestos por su capacidad para articular

en lo específico las mutaciones teóricas de base que vivió la preparación al parto durante el periodo estudiado.

El capítulo 10 analiza las técnicas respiratorias propuestas por los distintos métodos, así como la evolución de estas en el tiempo: el abandono de la respiración emblemática de la psicoprofilaxis –la respiración entrecortada o jadeante– traduce a pequeña escala el declive de esta escuela en el panorama general de la preparación al parto. El capítulo pasa después a comentar el sistema de relajación fisiológica de Edmund Jacobson como fuente de inspiración para otros ejercicios corporales de la preparación, y termina analizando cómo interpretaron los actores locales su idea de eficiencia energética en función del filtro conceptual que cada uno aplicaba. El capítulo 11 discute la importancia de otra exigencia de inspiración jacobsoniana –la presencia mental durante los ejercicios– en las justificaciones de la gimnasia en primer lugar, y en los debates en torno a la relajación de las pacientes en segundo lugar. El objetivo es mostrar que dichos debates traslucen las divergencias teóricas entre los distintos métodos en lo que se refiere a la naturaleza del dolor, pero que todos comparten la voluntad de desmarcar su práctica de procedimientos entonces mal vistos como la sugestión o la hipnosis. En un tercer apartado, el capítulo describe las innovaciones técnicas que Álvaro Aguirre de Cárcer introdujo en la relajación por influencia de la sofrología, y posteriormente de la haptonomía, para deliberar sobre el impacto de estas prácticas en los cimientos mismos de la preparación al parto: en concreto, el tema de la conciencia sensible que la mujer tenía de su parto dejó de relacionarse con la moralidad de su experiencia, y la preparación carceriana pasó a convertirse en una metodología accesoria que garantizaba la adaptabilidad anímica de la embarazada a la situación de parto, con o sin apoyo farmacológico.

En forma de epílogo, el último capítulo de la tesis termina con una reflexión sobre las estrategias de legitimación y los logros discursivos de los métodos de preparación al parto en oposición al mercado de terapias anestésicas que los precedía y a la oferta creciente de procedimientos de manejo activo del parto que los acompañó.

\*

Para concluir diré un par de cosas más sobre qué es y qué no es esta tesis. Como he indicado más arriba, esta tesis se enmarca en la historia intelectual del dolor del parto y de los procedimientos para remediarlo agrupados en sistemas de preparación prenatal. El estudio no alcanza las vivencias de las mujeres que se prepararon con dichos métodos y que dieron a luz bajo sus diversas técnicas. En mi opinión, esta dimensión tan importante y compleja habría merecido una investigación entera a parte. No solo por una cuestión de extensión y tiempo invertido, sino evidentemente por una cuestión de método, enfoque y justicia.

Contar con la palabra de las mujeres habría sin duda producido una tesis completamente distinta a esta.

La perspectiva de las pacientes entraba dentro de mis objetivos cuando empecé la investigación, y a tal efecto me puse en contacto con cuantos sujetos e instituciones pudieran facilitarme entrevistar a mujeres que se hubieran preparado para el parto de alguno de sus hijos, especialmente en los años 1950 y 1960. Al residir fuera de España, esta tarea fue laboriosa y finalmente conseguí entrevistar a una veintena de mujeres en Madrid, de las cuales solo una siguió un curso de preparación y no recordaba con detalle ese episodio de su vida. Si pude extraer algo de esta y del resto de entrevistas, no obstante, es que para ellas la maternidad se inscribía en la cotidianidad de la experiencia. A pesar de que algunas habían tenido 9 y hasta 11 hijos, o precisamente por eso, el parto y el embarazo no supusieron, según me contaron, ninguna modificación sustancial en el curso de sus vidas. La gestación no era un motivo para acudir al médico –a veces tampoco lo era el propio parto–, y ni uno ni otro motivaron un cambio en la relación que estas mujeres mantuvieron con sus cuerpos, con su entorno familiar o con su contexto social.

Aún maravillada por los relatos de precariedad, sacrificio y alegría que compartieron estas mujeres conmigo, me pregunto ahora si el rasgo que tienen en común es el de encarnar la subjetividad maternal como forma hegemónica de feminidad durante el periodo franquista. La preparación al parto pudo contribuir, tal vez, a dar forma a otra subjetividad emergente, aquella que más arriba he calificado de eficiente, en la que la maternidad menguaba en frecuencia pero ganaba en importancia, fusionándose con otros elementos de identidades polifacéticas y cambiantes. La tesis mostrará que la preparación al parto también sirvió para que profesionales e instituciones recordaran a las mujeres españolas, en pleno franquismo, que sobre todo no dejaran de reproducirse. Pero si el parto sin dolor contribuyó, a pesar de estas iniciativas, a hacer de la maternidad un mecanismo de distinción social, una experiencia iniciática o un proceso más o menos liberador, eso deberían decirlo aquellas que lo vivieron en sus carnes. En todo caso, agradezco enormemente a las mujeres que hablaron conmigo el haberme transportado hacia sus pasados llenos de partos y de niños, quizás no tan distantes al mío.

Por último, la politización de la maternidad durante el franquismo es un tema perfectamente estudiado por la historiografía académica. No obstante, todavía se ha dicho poco sobre las repercusiones de esta instrumentalización en la configuración de la asistencia al parto, más allá de aquellos hechos motivados por la evolución de las especialidades sanitarias y de la propia medicalización entendida como traslado progresivo de los partos al hospital. Esta tesis permite observar, a través del caso concreto de los métodos de preparación al parto, la porosidad de la obstetricia a los valores e ideales del contexto en que se desarrolla, haciendo del parto un espacio vivo de debate social.

## I. Genealogía



## *I. Genealogía*

*P.P.O. S. L.*

Galina y Fyodor son una joven pareja miembros de las juventudes del Partido Comunista de la Unión Soviética. Ella fue una universitaria brillante y una militante fiel, él es ahora el delegado del Partido en una factoría eléctrica. El hijo de ambos nacerá en 1966.

En la maternidad mugrienta donde Galina se dispone a dar a luz, una matrona malhumorada inicia el ritual de ingreso sobre su paciente: ducha, edema, afeitado del vello púbico y desinfección de la zona, tacto vaginal. El ascensor no funciona y, subiendo las escaleras hacia su planta, Galina cree oír ecos lejanos de gaviotas, pero comprende enseguida que son cacofonías de mujeres desesperadas retorciéndose en los recovecos del hospital. Una ginecóloga soñolienta la examina y antes de marcharse recuerda a Galina que practique sus ejercicios de psicoprofilaxis cuando las contracciones apremien. Galina la frena: ¿ejercicios de qué?

Un folleto debería haberle llegado a casa. La joven alega que el papel hablaba de cuidados del bebé y que no asistió a las reuniones por falta de tiempo. «Ha tenido usted nueve meses. Lo siento, pero me temo que en este momento yo tampoco tengo tiempo», sentencia la doctora, y tras esto la abandona. Pero Galina no se rinde y ruega a la matrona enfurruñada que la ayude, que le explique en qué consiste esa extraña palabra. «Ahora», accede la mujer, «presta atención. Cuando sientas una contracción, respira profundamente. Inspira por la nariz y expira por la boca. Si necesitas más ayuda, masajea la piel de tu vientre con movimientos circulares. Usa el reloj para contar las contracciones. Sabrás que estás alcanzando la segunda fase cuando su frecuencia sea igual o menor a un minuto. Cuánto duela dependerá de cómo de bien te conduzcas». Eso es todo.

Afortunadamente, en la sala hay otras parturientas, y una de ellas trata de tranquilizar a Galina. Ella sí ha asistido a los cursillos y le confiesa que no se ha perdido nada. Los instructores insistieron sobre todo en dar muchos paseos durante el embarazo y en consejos para preparar la comida para el bebé, aunque al final sí hubo «cinco minutos sobre cómo el dolor del parto era una ilusión promovida por doctores capitalistas y que en realidad solo son mensajes del subcortex del cerebro que tú puedes apagar estimulando la corteza. O quizá a la inversa», añade la mujer, dubitativa. «No entiendo lo que esto significa», replica Gallina, a lo que su compañera responde, ya del todo resignada: «Yo tampoco». Otra de las presentes interviene: «Yo sí». La recia adolescente parece muy segura de sí misma, y entre la burla y el enfado concluye: «Significa que no nos van a dar ningún analgésico».

El trabajo de Galina avanza, y lo único que hace Inna Olegovna –la partera gruñona– es mojar bruscamente la frente de las pacientes de la habitación, como alguien fregando mesas. En la transición hacia el periodo expulsivo Galina ruega a su matrona un calmante, una inyección, lo que sea, porque se siente desfallecer de dolor. «No tenemos nada de eso», responde la matrona. «Va contra el reglamento. No estás enferma, ¿sabes?» Pero «no puedo, no puedo, no puedo», suplica Galina, y rompe a llorar. «Bien, pues debes», contesta la matrona: «No tienes elección. No te estás ayudando a ti misma con este tipo de actitud, ¿sabes? Todo está en cómo lo pienses. Así que recomparte y respira correctamente, o matarás al bebé».

Algo en Galina parece despertar: «Ajá, ella se sabía este juego. Durante toda su vida había sido la panacea. *Haz como si el mundo fuera mejor*. Si lloras, finge que sonríes. Si te sientes confusa, finge que estás convencida. Si tienes hambre, finge que estás saciada. Si ves caos, finge que hay un plan. Si hoy apesta, finge que es mañana. Si duele –psicoprofilaxis».

Al comprender la trama oculta de la situación, Galina puede al fin adueñarse del destino. Amenaza a la matrona diciéndole que su marido tiene contactos en el Partido y el Gobierno, algunos de los cuales supervisan hospitales, e Inna Olegovna corre obediente a por una inyección<sup>119</sup>.

\*

Esta historia es obviamente una ficción, pero toda diferencia con la realidad es pura coincidencia. El parto de Galina, narrado por Francis Spufford en su novela *Abundancia roja*, refleja acertadamente las deficiencias en la implantación del método psicoprofiláctico en el sistema sanitario soviético. El método había nacido como un artificio ideológico-sanitario para promocionar la ciencia autóctona y paliar la escasez de medios farmacológicos en las maternidades del país tras la Segunda Guerra Mundial. Una medida que, a pesar de su austeridad, escondía una visión revolucionaria del orden social y causó las delicias de un cierto sector del comunismo francés. De la capital francesa el método se difundió por el resto del globo, sufriendo retoques y metamorfosis diversas. Esta tesis se focaliza en las transformaciones que el método acusó en su traslado a España: implantes y amputaciones, cosmética superficial, cirugía estética e incluso mutaciones de ADN.

---

<sup>119</sup> He traducido libremente la anécdota del parto de Galina de la novela *Red Plenty*, del escritor británico Francis Spufford, situada en la URSS post-estalinista. Combinando la ficción con un estilo más ensayístico, el autor aborda el tema de la política económica de los años 1960, un periodo en el que a pesar de tímidas reformas y de la promesa de Nikita S. Jruschov (también escrito Kruschev) de llevar al país a la «plenitud roja» para el año 1980, la URSS selló su estancamiento y posterior declive. Francis Spufford, *Red Plenty. Inside the Fifties' Soviet Dream*, Faber and Faber, Londres, 2010. Todas las citas provienen del capítulo *Psychoprophylaxis*, 1966, pp. 302-318.

La evolución de la psicoprofilaxis obstétrica, y su fusión con otros métodos de educación prenatal, hizo que mientras las verdaderas Galinas de la URSS padecían la imposición de una técnica inoperante, las españolas de los años 1960 empezasen a plantearse la preparación al parto como un aprendizaje necesario para forjarse como (buenas) madres. Acudir a cursillos de «educación maternal» era en nuestro país un signo distintivo de clase y estatus cultural. En ellos las embarazadas no solo asimilaban los mecanismos principales del condicionamiento pavloviano y algunas nociones de obstetricia básica, sino que también se ejercitaban en las técnicas de relajación más punteras y aprendían a construir un relato de su propia experiencia gestacional en términos psicoanalíticos. Así, las molestias del embarazo se debían a la angustia de lo desconocido, los cambios de humor a conflictos infantiles y a la regresión emocional típica de este periodo, y el dolor del parto era fundamentalmente el efecto de una tensión causada por el rechazo inconsciente a la maternidad y, por ende, a su propia condición femenina. Claro que la retórica *psí* no estuvo presente desde el principio. Desde que la psicoprofilaxis se implantara en los años 1950 hasta mediados de los 1960 (por situarnos en la fecha ficticia del parto de Galina, en 1966), la preparación al parto en España pasó muy rápido de ser una práctica marginal a ser una práctica marginal y esnob.

En el caso español, el carácter minoritario del método en los primeros tiempos estuvo marcado por su bagaje materialista, así como por la aparente confrontación doctrinal que el método planteaba con las Escrituras, donde Dios había condenado a Eva y sus descendientes a alumbrar para siempre con dolor<sup>120</sup>. Sin embargo, en 1956 el Papa Pío XII se pronunció favorablemente sobre el controvertido «parto sin dolor», hecho que sin duda confirió gran visibilidad al movimiento incipiente por la preparación al parto en países como España y abrió la veda para ampliar las aproximaciones teórico-prácticas al problema del sufrimiento obstétrico.

Algunos profesionales, como el médico madrileño Álvaro Aguirre de Cárcer, supieron aprovechar esta apertura para apostar fuerte en el ámbito de la educación prenatal y su propuesta, que fusionaba la psicoprofilaxis y el parto natural readiano con el psicoanálisis y la sofrología, se consolidó en poco tiempo como el modelo hegemónico de preparación al parto en territorio español. Pero Aguirre de Cárcer, a diferencia de otros personajes también pioneros como el tocólogo Ángel Hernández Jiménez y la matrona Consuelo Ruiz Vélez-Frías, disfrutaba de una solvencia económica y de un respaldo del gremio que influyeron de forma considerable en su proyección.

---

<sup>120</sup> *Génesis*, 3, 16. La Biblia alude no obstante al tema en otros fragmentos –*Is.*, 26, 17; *Jer.*, 4, 31; *Io.*, 16, 21– aunque no queda muy claro si estos atestiguan tan solo el carácter espontáneamente doloroso del parto o si más bien buscan reiterar la idea de la maldición divina sobre la mujer. Pío XII citó estas alusiones en su discurso sobre el parto sin dolor en 1956. Véase Luis Alonso Muñoz, *Código de deontología médica*, Ediciones Fax, Madrid, 1956, p. 324.



Reflexionando a vista de pájaro, es evidente que el cambio primordial que sufrió la preparación al parto en España, y al que contribuiría fundamentalmente la escuela de Aguirre de Cárcer, fue el de transformar una técnica específica para aliviar el dolor asociado al trabajo de parto en una psicoterapia global de la mujer y la maternidad. En realidad, este deslizamiento en el significado y el propósito de la preparación al parto afectó también a otros países de la órbita occidental, y la historiadora Paula A. Michaels lo ha descrito como el paso de una propuesta analgésica a la defensa más general de toda una filosofía de vida<sup>121</sup>. En términos foucaultianos, la historia de la preparación al parto nos cuenta cómo la disciplina de un acto (el de parir) pasó a convertirse en una biopolítica del ser (maternal).

Como decimos, el resultado de esta evolución fue bastante homogéneo en los países occidentales y a finales del siglo pasado la educación prenatal implicaba ya para las europeas y norteamericanas, más que un acto convencional de aprendizaje, todo un rito de identidad. No obstante, los senderos que la preparación al parto hubo de recorrer para llegar a este punto variaron según las condiciones de partida que planteaba cada escenario y las respuestas locales que fueron dándose con el tiempo, pues el público reaccionó distintamente a esta práctica obstétrica tan cargada de connotaciones ético-políticas.

Por tanto, y aunque sea tan solo de forma somera, conviene tener presentes los distintos modelos de implantación de la preparación al parto en sus respectivos lugares de nacimiento. Gracias a ese enfoque comparado captaremos mejor la dimensión socio-histórica de un asunto médico como el del dolor obstétrico y lograremos también destacar qué matices aportó la coyuntura española a la historia de los métodos de preparación al parto.

A partir de los años 1910, matronas escandinavas introdujeron por vez primera ejercicios de gimnasia como parte de los programas vigentes de higiene del embarazo, y la iniciativa se replicó casi al mismo tiempo en Reino Unido de la mano de enfermeras fisioterapeutas como Minnie Randell y Helen Heardman, la doctora Kathleen Vaughan y el médico generalista Grantly Dick-Read<sup>122</sup>.

Este último fue el primero en plantear una educación de las gestantes propiamente dicha y su método, conocido como parto sin temor o parto natural, fue un fenómeno bastante minoritario durante más de dos décadas. Grantly Dick-Read publicó su primer libro en 1933 y ejerció su método de forma independiente, siendo a menudo espoleado por sus compañeros de profesión, aunque sí suscitó el interés de algunos obstetras procedentes de distintas partes

---

<sup>121</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 146.

<sup>122</sup> Para un análisis detallado de los orígenes de concepciones alternativas del embarazo y del parto en Reino Unido, véase Ornella Moscucci, «Holistic Obstetrics: The Origins of «Natural Childbirth» in Britain», *Postgraduate Medical Journal*, 79, 2003, pp. 168-173, o Jean Rankin, *Effects of Antenatal Exercise on Psychological Well-being, Pregnancy and Birth Outcome*, Whurr Publishers, Londres, 2002, pp. 27-31.

del globo: en España, por ejemplo, el ginecólogo Antonio Clavero Núñez se sumaba a algunas de las ideas readianas en una obra publicada en 1952<sup>123</sup>.

Con la llegada a Europa de un método mellizo –la psicoprofilaxis del dolor del parto concebida en la URSS–, la obra de Dick-Read adquirió mayor resonancia, entre otras cosas porque muchos profesionales (y sus pacientes) confundían los preceptos de cada propuesta y el denominativo de «parto sin dolor» sirvió a menudo para calificarlos a ambos. Por otro lado, el pronunciamiento público de Pío XII en 1956 sobre la licitud de ambos métodos favoreció la propagación del nombre del británico en contextos católicos.

Por último, los antagonismos que surgieron entre Dick-Read y los que él consideraba unos usurpadores, es decir los médicos que se alinearon con la psicoprofilaxis rusa, también contribuyeron a proyectar la doctrina del parto natural más allá de su limitado alcance inicial. Esta rivalidad, analizada brillantemente por Paula A. Michaels, seguía en pie a la muerte del británico en 1957, pero su legado pervivió en el trabajo de muchos profesionales de la obstetricia que reivindicaron el modelo de Dick-Read frente al adusto método pavloviano de condicionamiento del parto.

El parto natural o sin temor empezó pues como una praxis autónoma, en el sentido de constituir la obra particular de un individuo libre de ataduras institucionales, diseminada primeramente según un esquema aleatorio. La dinámica parasitaria que se estableció entre ambos métodos en la década de los 1950 fue, curiosamente, la que dotó de cierta sistematicidad al método readiano, pues con el auge de la medicina psicosomática en la segunda mitad del siglo muchos de quienes llegaron a la preparación al parto a través de la psicoprofilaxis acogieron progresivamente parte de las explicaciones, las técnicas y los ejercicios del sistema inglés.

En cuanto al origen de la psicoprofilaxis obstétrica, su diseño estructural dista mucho del carácter casi privado que marcó al método readiano en la primera fase de su existencia. La psicoprofilaxis fue una obra colectiva planificada para satisfacer los intereses de instancias supra-médicas, es decir gubernamentales o partidistas, tanto en su primera versión soviética como en su ahijada francesa. De algún modo, puede afirmarse que en ambos lugares el método del parto sin dolor aspiró a convertirse en un movimiento de masas. Dicho esto, conviene esclarecer que las mujeres –sujetos putativos de dicho movimiento de masas– no desempeñaron un papel comparable en ambos enclaves, y que aun cuando cumplieron con cierto rol proselitista, en el caso francés, su acción fue tutelada en todo momento por diversas instancias que ejercían sobre ellas una fuerte jerarquía de género<sup>124</sup>. Más que de un movimiento de masas, pues, se trató de movimientos concebidos *para* las masas.

---

<sup>123</sup> Antonio Clavero Núñez, *Aspectos humanos del parto normal. La ayuda médica a la parturienta*, Tipografía Moderna, Valencia, 1952, pp. 46-55.

<sup>124</sup> Vuille, «*Le militantisme*», *op. cit.*

En la URSS las pacientes no contribuyeron de ningún modo a la difusión del método; fue la Orden n.º 142 del Ministro de Salud Pública Yefim I. Smirnov, en 1951, la que hizo obligatoria su implantación en todas las maternidades soviéticas<sup>125</sup>. De la noche a la mañana, y al viejo modo del despotismo ilustrado, las mujeres rusas tendrían la oportunidad de «parir sin dolor», con todo lo que ello implicaba en el contexto sanitario soviético y que la historia del parto de Galina permite atisbar.

En lo que se refiere a la cuna europea de la psicoprofilaxis –París–, cuyo modelo fue el primero en practicarse en tierras castellanas, las condiciones locales creaban un escenario de acogida del método diametralmente opuesto al que ofrecía España. Si en esta el régimen de Franco era reacio a cualquier iniciativa con efluvios socialistas, la izquierda francesa adoptó con entusiasmo la ocurrencia de sus camaradas soviéticos Ilia Zakharevich Velvovskii y Anatoly Petrovich Nikolaev<sup>126</sup>. En particular, el PCF, la CGT y su sindicato de trabajadores de la metalurgia (USTM) se encargaron primeramente de poner en marcha la maquinaria institucional, mediática y asociativa.

Con la Maternité des Métallurgistes puesta patas arriba tras la llegada del método en 1951, estos organismos de izquierda delegaron parte de las tareas de propaganda en la asociación de mujeres obreras *Union des Femmes Françaises*, la cual propició la publicación de numerosos reportajes y casos de parto sin dolor en el semanal *Femmes Françaises* y el mensual *Heures Claires des Femmes Françaises*, entonces revistas femeninas militantes de gran alcance social<sup>127</sup>. A finales de los 1950, sin embargo, el *accouchement sans douleur* ya gozaba de ubicuidad en la prensa escrita y en 1956, sólo cuatro años después del primer parto psicoprofiláctico en París, 1.200 profesionales de 45 países diferentes ya habían pasado por «la Maternité Pierre Rouquès-Les Bluets» para formarse con Fernand Lamaze y Pierre Vellay<sup>128</sup>.

Por otro lado, la dinámica igualitarista de «Bluets», gestionada por el sindicato USTM, favoreció la aparición de testimonios escritos sobre el parto sin dolor tanto en la prensa escrita como en documentos que circulaban en ámbitos estrictamente sanitarios. Paula A. Michaels ha analizado algunas de estas crónicas, generalmente muy favorables, y ha mostrado cómo el equipo de Bluets las utilizaba simultáneamente como herramienta para la persuasión de las masas y como prueba de la eficacia del método. Y aunque la autora estadounidense

---

<sup>125</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 43.

<sup>126</sup> Anatoly Petrovich Nikolaev fue un obstetra y ginecólogo ucraniano implicado en el desarrollo y promoción del método psicoprofiláctico en la URSS. Además de ostentar diversos cargos directivos en algunas maternidades punteras del país, Nikolaev mantuvo un vínculo estrecho con Fernand Lamaze, promotor del método en Francia, y en 1952 recibió una condecoración estatal por su labor profesional en la protección de la maternidad. No he podido acceder a datos biográficos de Ilia Zakharevich Velvovskii.

<sup>127</sup> *Ibid.*, p. 64.

<sup>128</sup> *Ibid.*, p. 66. Lamaze tomó posesión de la dirección de la Maternidad en 1947 a petición de su amigo Pierre Rouquès, con el que había luchado en la resistencia durante la Segunda Guerra Mundial. Rouquès fue un médico comunista, ministro de salud y consejero municipal de París tras la guerra. La maternidad donde se desarrolló la psicoprofilaxis llevaba informalmente anexo el nombre de la calle donde estaba situada, la “rue des Bluets”.

cuestiona la capacidad de estos relatos de salirse del molde establecido por las relaciones médico-paciente de la época, en las que las embarazadas gozaban de poca o nula autoridad, Michaels apunta que lo transgresor de la empresa fue el intento de imbuir de valor científico las palabras de los legos. En cualquier caso, el gesto de interpelar a las pacientes sobre sus experiencias en la clínica concordaba con el funcionamiento particular de Bluets, donde el personal también era libre de opinar y expresarse independientemente de su rango o antigüedad en la institución. Todavía en los años 1980 algún obstetra confundido y que sin duda ignoraba la tradición izquierdista de Bluets se quejaba de haber recibido órdenes por parte de las matronas de la plantilla. ¡Por parte de las matronas<sup>129</sup>!

Así, factores políticos e ideológicos propiciaron en Francia la popularización del método a gran escala. No obstante, otras razones de índole cultural, demográfica o sanitaria coadyuvaban a hacer del país galo tierra fértil para la semilla psicoprofiláctica. Paula A. Michaels ha descrito en detalle esta coyuntura, cuyas características más destacadas fueron la resistencia de la sociedad francesa a la americanización de su cultura, el consenso social sobre la necesidad de políticas natalistas, la insatisfacción generalizada del público ante el abuso de fármacos y procedimientos invasivos en los paritorios, la larga tradición de medicina psicosomática y la familiaridad con las teorías de I. Pavlov a través de la psiquiatría comunista, hechos que facilitaron la rápida asimilación del método en el país<sup>130</sup>.

Los casos soviético y francés permiten trazar un nexo de unión entre la historia de las ideas médicas y la de los movimientos políticos. Si bien Lamaze no militaba, de facto, en el PCF, siempre fue simpatizante de la medicina social y frecuentaba círculos comunistas<sup>131</sup>. Igualmente, Velvovskii y Nikolaev no formaban parte del aparato estalinista pero, en calidad de distinguidos científicos de la Unión Soviética, aprovecharon la coyuntura ideológica para promocionar su nuevo método. Michaels sugiere que se inspiraron honestamente en la teoría de los reflejos condicionados de Pavlov, y que el lanzamiento del método en 1949 –año en que la URSS festejaba el centenario del nacimiento del fisiólogo ruso– supuso una coincidencia «fortuita», pero casi podría interpretarse como providencial<sup>132</sup>. Así, los pioneros de la psicoprofilaxis

---

<sup>129</sup> Testimonio de Michel Rami, «Il régnait une ambiance rare», en Monique Houssin, *Autoportraits des Bluets, une autre naissance*, Le Temps des Cerises, Pantin, 2007, p. 195.

<sup>130</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, pp. 46-50.

<sup>131</sup> Marilène Vuille lo define como un «compañero de ruta» del Partido: Lamaze no tenía carnet de militante pero contribuía, mediante el prestigio que ostentaba en el campo médico, a mejorar la imagen de la institución apoyando en este caso la causa del parto sin dolor. Vuille, *Médecine, femmes et politique, op. cit.*, p. 100.

<sup>132</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 39.

no dudaron en resaltar la fundamentación pavloviana del método como gesto de celebración de la ciencia nativa<sup>133</sup>.

La instrumentalización del método con fines políticos funcionó también en el sentido inverso. Tanto el Kremlin como el PCF, la CGT y la USTM francesas elaboraron una campaña política sin parangón alrededor del método psicoprofiláctico y sus supuestos beneficios para la humanidad: frente al carácter confesional e individualista del método de Grantly Dick-Read, principal concurrente de la psicoprofilaxis, el método franco-soviético proponía una «respuesta colectiva» al problema del dolor del parto, liberaba a las mujeres del yugo de la religión y les ofrecía la posibilidad de, entre empujón y empujón, alcanzar la «dignidad» en su misión de madres<sup>134</sup>. En plena Guerra Fría, tales proclamas iban evidentemente destinadas a ensalzar el carácter protector y humanitario del régimen soviético frente a una medicina occidental que atomizaba y pervertía a la sociedad<sup>135</sup>.

En el caso español, esta genealogía política es menos transparente. Ya hemos dicho que a diferencia de las versiones soviética y francesa, el parto sin dolor a la española no fue, al menos en sus inicios, un movimiento de masas ni para las masas. De hecho, puede afirmarse que como escuela de profesionales y como fenómeno social, la psicoprofilaxis española fue una corriente harto compleja. Importada en la semi-clandestinidad y repudiada por gran parte de la comunidad médica y religiosa en un primer momento, la psicoprofilaxis fue posteriormente aceptada sin trabas tras el discurso del Papa en 1956. Con la instauración de la Seguridad Social a partir de 1963, el Instituto Nacional de Previsión llegó incluso a promocionar la preparación al parto en aras de una renovación integral de la imagen hosca y caduca que el régimen aún proyectaba a principios de los 1970. En la década ulterior, la generalización de la psicoprofilaxis en las instituciones hospitalarias de todo el país marcó una incipiente democratización, a la par que crecía un extenso mercado privado de métodos de preparación al parto y educación a la maternidad.

*Genealogía* presenta la labor de tres de las figuras más destacadas en la historia de la preparación al parto española. Aunque el texto parece a veces un anecdotario, cada caso plantea un aspecto concreto del proceso de implantación y generalización de la preparación al parto en la España de la dictadura... y un poquito más allá.

En el primer caso, la historia de un médico comunista nos habla del tiempo de asimilación del parto sin dolor, un tiempo determinado por la crítica política y la censura eclesiástica. En el segundo, las dificultades que atravesó una matrona para promocionar la preparación al parto sirven para comprender la

---

<sup>133</sup> Bell, *op. cit.*, p. 8.

<sup>134</sup> Vuille, *Médecine, femmes et politique*, *op. cit.*, p. 105.

<sup>135</sup> *Ibid.*, p. 100.

situación de precariedad general que soportaron las mujeres españolas bajo el yugo de la medicina y la moral nacionalsindicalista. El tercer caso trata de la evolución de sentido que experimentó la preparación al parto con la propuesta de su más célebre representante, así como de las circunstancias precisas que hicieron de él un personaje tan influyente.

Cada capítulo describe, también, el modo en que se gestaron (o no) redes profesionales en torno al método del parto sin dolor. Cuándo y cómo apareció este método en España, cómo maduró y por qué lo hizo de esa manera y no de otra son, pues, las preguntas a las que responde esta primera parte de la tesis.



## 1. Origen

Era un día cualquiera de 1953, pero un joven matrimonio estaba a punto de marcar un antes y un después en el modo en que las mujeres españolas traerían a sus hijos al mundo. El tocólogo Ángel Hernández Jiménez y su esposa y ayudante Colette Malye habían convencido a una embarazada para intentar llevar a cabo un parto sin dolor. La prepararon «sobre la marcha» con técnicas sencillas de relajación y respiración, la acompañaron durante todo el trabajo de parto y la mujer alumbró a la criatura en la dicha y la serenidad más sorprendentes<sup>136</sup>. Emocionada, Colette Malye escribiría años más tarde a sus hijos: «fue un momento mágico»<sup>137</sup>.

También el ilustre ginecólogo Vital Aza<sup>138</sup>, tío político de Hernández Jiménez y propietario de la clínica donde tuvo lugar el suceso, daba cuenta de su asombro en una entrevista sobre el método psicoprofiláctico:

«La primera vez que mi sobrino utilizó este método fue en una muchacha que había nacido en mis manos. No hubo tiempo para preparación y, sin embargo, la muchacha no sufrió dolor alguno. Cuando yo entré y la vi en el trance, le pregunté a mi sobrino qué anestésico le había administrado»<sup>139</sup>.

Era el 14 de septiembre de 1953 y, paradójicamente, este primer parto psicoprofiláctico en España tuvo poco de «metódico» y mucho de improvisado<sup>140</sup>.

El primer capítulo de la tesis pretende contextualizar la entrada del método psicoprofiláctico en la España franquista. Para ello, el capítulo comienza describiendo la relación que Hernández Jiménez mantuvo con la resistencia clandestina, así como los obstáculos y cortapisas que el método hubo de afrontar como consecuencia de esta procedencia política. Después, el análisis se centra en el giro repentino que corrió la suerte de la psicoprofilaxis cuando Pío XII se pronunció sobre la cuestión y cuando un caso acaecido en la práctica privada de

---

<sup>136</sup> *El parto sin dolor*, Correspondencia privada de Colette Malye y Ángel Hernández Jiménez, dactilografiada por Colette Malye para sus descendientes, p. 2 (introducción de Malye). El propio Hernández Jiménez relata el suceso en «El parto normal es una función natural y, por tanto, debe producirse sin dolor», entrevista al doctor Hernández Jiménez, *Teresa*, n.º 26, vol. III, febrero de 1956, p. 10.

<sup>137</sup> *El parto sin dolor* [Correspondencia], *op. cit.*, p. 2.

<sup>138</sup> Vital Aza Díaz era tío político de Ángel Hernández Jiménez por parte de su familia materna. Era propietario, junto a su mujer, Fernanda Jiménez Athy, de la Clínica Santa Alicia.

<sup>139</sup> Entrevista al doctor Vital Aza, *Dígame*, sección «Tres minutos», 17 de enero de 1956.

<sup>140</sup> Ángel Hernández Jiménez precisa la fecha de este acontecimiento en una entrevista junto a Pierre Vellay, realizada por Sofía Ímber y Carlos Rangel en Radio Caracas, el 18 de octubre de 1976. Fuente disponible en: [http://cic1.ucab.edu.ve/cic/php/buscar\\_1reg.php?Opcion=leerregistro&Formato=w&base=imber&cipar=i mber.par&Mfn=1983&Expresion=\\_\(!BHern%E1ndez\\_Jim%E9nez,\\_%C1ngel](http://cic1.ucab.edu.ve/cic/php/buscar_1reg.php?Opcion=leerregistro&Formato=w&base=imber&cipar=i mber.par&Mfn=1983&Expresion=_(!BHern%E1ndez_Jim%E9nez,_%C1ngel)



los Hernández-Malye consolidó a esta pareja en su defensa del método en España. Por último, el capítulo describe el relativo apogeo que siguió a este punto de inflexión, atendiendo a las reacciones de la prensa y las publicaciones especializadas, así como al espíritu asociacionista que embargó a los defensores de la psicoprofilaxis, un método que sacaba ahora pecho frente a la proliferación de concurrentes.

### 1. 1. Ángel Hernández Jiménez, por Jorge Semprún

Frente a las tramas de poder y las ínfulas revolucionarias que motivaron la implantación de la psicoprofilaxis en la URSS y en Francia, los españoles protagonizamos nuestra particular versión del film de espionaje ruso, con destellos propios de un guión de Berlanga. Para empezar, el primer converso a la psicoprofilaxis, el Dr. Ángel Hernández Jiménez, mantuvo una relación ambigua con la resistencia comunista. El médico madrileño, conocido por los suyos como «José Antonio», conservó escasa documentación al respecto, pero su amigo el escritor, militante y periodista Jorge Semprún sí dejó constancia de la vinculación de Hernández Jiménez con el Partido Comunista Español (PCE en adelante).

Las líneas que siguen realizan una presentación general de Ángel Hernández Jiménez a través de la palabra de varios de sus allegados y del testimonio de Semprún, recogido por el investigador Felipe Nieto en su tesis doctoral<sup>141</sup>. El objetivo es mostrar cómo, al entrar de manos de este modesto médico de izquierdas, y a diferencia del caso francés, el método psicoprofiláctico debutó en España sin grandes posibilidades de proyección.

Ángel Hernández Jiménez –«José Antonio»– fue, más que un militante de carnet, un aspirante a comunista, un simpatizante voluntario o *bénévole* al que nunca se reconoció, a pesar de sus intentos, como miembro real del partido. Discreto y austero, Hernández Jiménez era un médico progresista, un poco al estilo de médicos como Fernand Lamaze o Pierre Vellay, de los que fue además íntimo amigo. Más allá de la preparación al parto, Hernández Jiménez se interesaba por el tratamiento de la esterilidad, la recuperación post-parto y el consejo sexual. Tras el auge de la contracepción oral, introducida en España en la

---

<sup>141</sup> Felipe Nieto, *Jorge Semprún: militancia y oposición en el franquismo*, tesis presentada en la Universidad Nacional de Educación a Distancia, España, 2007.

década de los 1950<sup>142</sup>, Hernández Jiménez no dudaba en prescribir e incluso facilitar la píldora anticonceptiva a algunas de sus pacientes cuando las farmacias se negaban a venderla<sup>143</sup>. Asimismo, el médico madrileño no practicaba abortos pero sí llegó a indicarlos en algún caso.

Según recuerda Colette Malye, en el «ambiente franquista» de la época Hernández Jiménez «era el diablo», y al método lo tacharon rápidamente de «comunista»<sup>144</sup>. En efecto, de cara a ciertos estratos sociales, y en particular ante la clase médica española de la dictadura, capitaneada por figuras muy próximas al régimen como los Botella y los Clavero (dinastías de toco-ginecólogos cercanos a la Falange) o los Usandizaga (próximos al Opus Dei), Hernández Jiménez representaba un elemento marginal y, de algún modo, contracorriente. Sin embargo, cuando el PCE tomó contacto con Ángel Hernández Jiménez a través de Jorge Semprún, este encontró al médico, «como sucedía con otros inconformistas de ese momento», sumido en una «situación de pasividad y aislamiento inoperantes»<sup>145</sup>.

Jorge Semprún conoció a Ángel Hernández Jiménez en 1953 a través de Emilio García Montón, un contacto común del Colegio de España de la Ciudad Universitaria de París. El «Colegio» congregaba por aquel entonces a figuras intelectuales de izquierdas como Carmen Martín Gaité, Manuel Ballesteros o Agustín García Calvo, y Hernández Jiménez estuvo alojado en sus locales durante el verano en que descubriría la psicoprofilaxis obstétrica de la mano de Lamaze.

Por su parte, Semprún había viajado a España con un cometido muy concreto: en el escaso plazo de tres semanas debía establecer contacto con grupos o intelectuales aislados, sin relación orgánica con el PCE, en algunas de las principales ciudades españolas. Aquel viaje iniciático proporcionaría a Semprún el estatuto de «instructor del partido», tarea que realizó en colaboración con su amigo el filósofo Eloy Terrón. En la misión de «pastorear a los intelectuales españoles», uno de los puntos estratégicos más importantes era el de controlar los medios profesionales, de los cuales el gremio médico constituía un auténtico desafío<sup>146</sup>. El parto sin dolor era una excelente oportunidad para ganar terreno en este ámbito y Semprún reivindicaba el asunto como prueba de la expansión de la cultura antifranquista en España, en 1955<sup>147</sup>. A decir verdad, este no fue el único intento de la resistencia clandestina de

---

<sup>142</sup> Para una cronología de los saberes y prácticas entorno a la contracepción oral en España, véase Ignaciuk, Ortiz-Gómez y Rodríguez-Ocaña, «Ovulostáticos y anticonceptivos», *op. cit.*, y de los mismos autores, «Doctors, Women and the Circulation of Knowledge», *op. cit.*

<sup>143</sup> Así lo comenta él mismo en la mesa redonda de un congreso de psicoprofilaxis. Véase *II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978*, Imprenta Mijares, León, 1979, p. 95-96. (CM-HJ).

<sup>144</sup> Entrevista a Colette Malye el 5 de abril de 2017, Madrid.

<sup>145</sup> Citado en Nieto Blanco, *op. cit.*, p. 300.

<sup>146</sup> *Ibid.*, p. 330.

<sup>147</sup> «Intervenciones de intelectuales en el V Congreso» (intervención de Federico Sánchez), *Cuadernos de Cultura*, 18, Partido Comunista de España, Madrid, 1955, pp. 7-12.

atribuirse –sin demasiado éxito– el logro del parto sin dolor. Desde México D. F., la publicación *Mujeres Españolas* se hizo eco del decreto soviético para instaurar la psicoprofilaxis tan pronto como en 1951, y posteriormente un semanal editado en París también recogía la llegada del método a España como una conquista de la ciencia soviética frente a la dictadura franquista<sup>148</sup>.

Del modo que fuese, Semprún encontró en Ángel Hernández Jiménez un aliado además de un noble amigo. En su premiada *Autobiografía de Federico Sánchez*, Semprún describe con nostalgia y agradecimiento cómo el domicilio de Hernández Jiménez y Colette Malye se convirtió en «refugio frecuente» de activistas clandestinos<sup>149</sup>:

«En Madrid, José Antonio y Colette me abrieron las puertas de su casa, las de su amistad. No eran muchas, en 1953, las puertas abiertas, las amistades fieles, las casa protectoras. Se contaban con los dedos de una mano. La casa de José Antonio y Colette Hernández, en Ramón de la Cruz, fue uno de los dedos de esa mano. Constará para siempre en mi memoria»<sup>150</sup>.

Pero el compromiso de Hernández Jiménez con el PCE no se reducía simplemente a alojar gratuitamente, en un ambiente «sumamente acogedor y generoso», a militantes del partido en su paso por la capital<sup>151</sup>. Junto al pintor José Ortega y al director de cine Juan Antonio Bardem, Ángel Hernández Jiménez estuvo encargado de penetrar en el Ateneo de Madrid, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y en otras agrupaciones académicas y culturales de la misma índole. La misión de este «primer núcleo de partido» era iniciar la difusión de ideas marxistas y establecer una red incipiente de colaboradores, en un embrión de lo que posteriormente constituyó el *Comité de Intelectuales comunistas de Madrid*<sup>152</sup>.

El joven Hernández Jiménez actuaba al abrigo de su tío y maestro, el médico asturiano Vital Aza, toco-ginecólogo de renombre represaliado en los primeros años de la dictadura. Vital Aza ejercía, con su sobrino, en el Sanatorio Quirúrgico de Santa Alicia, fundado en Madrid en 1919 y situado en la encrucijada de las calles Don Ramón de la Cruz y Montesa.

Vital Aza provenía de una buena familia, pues su padre había sido un conocido periodista y dramaturgo en el cambio de siglo. Pero a pesar de su prestigio como ginecólogo, sus actividades extra-científicas supusieron serios

---

<sup>148</sup> Las publicaciones aludidas son, respectivamente: «Un sueño que se hace realidad. Parto sin dolor», *Mujeres Españolas*, sección «¿Qué quieres saber?», año 1, n.º 2 y 3, Unión de Mujeres Españolas, México D.F., septiembre-octubre de 1951, p. 10, y «El parto sin dolor en España», *España*, n.º 136, París, 1 de marzo de 1956, p. 4.

<sup>149</sup> Nieto Blanco, *op. cit.*, p. 300.

<sup>150</sup> Jorge Semprún, *Autobiografía de Federico Sánchez*, Planeta-De Agostini, 1997, Barcelona, p. 57.

<sup>151</sup> Nieto Blanco, *op. cit.*, p. 331.

<sup>152</sup> *Ibid.*, p. 311.

obstáculos a su carrera. Entre otras cosas, su cargo de presidente del Rotary Club en Madrid<sup>153</sup> le acarreó problemas con el régimen, el cual lo persiguió por masonería, suspendió la orden que lo nombraba catedrático de su especialidad<sup>154</sup> y le retiró la condecoración de la Real Academia Nacional de Medicina<sup>155</sup>.

Colette Malye lo describe como un hombre políticamente conservador, «de derechas», que sin embargo profesó «generosas ideas de izquierda»: por ejemplo, tenía por costumbre traer a su consulta madrileña a pacientes asturianas que debían ser operadas y que no tenían medios para viajar, asumiendo él mismo los costes del desplazamiento y la asistencia<sup>156</sup>.

Asimismo, Vital Aza regentaba una tertulia política disidente a la que asistía Hernández Jiménez. A ojos de Semprún, el perfil de los participantes era poco radical y, en una ocasión, quiso dar un «golpe de efecto» en la tertulia. Semprún envió desde Madrid una misiva con falso sello de la URSS para mostrar a los asistentes, y especialmente a Vital Aza, el alcance y la influencia del aparato comunista en el mundo, ante lo cual quedaron todos considerablemente impresionados<sup>157</sup>. Según Semprún, ni Ángel Hernández Jiménez ni Vital Aza eran pues partidarios de ninguna «solución sangrienta», pero la familia le brindó apoyo y le facilitó relaciones e información valiosa sobre la situación política y cultural de España, que él reflejaba después en sus informes<sup>158</sup>.

En calidad de «instructor», Semprún introdujo personalmente a Hernández Jiménez en lecciones de teoría política como la lucha de clases, la historia del PCE y de la revolución de octubre en la URSS, o la centralidad de España para la revolución obrera<sup>159</sup>. Pero el aislamiento en que se encontraba Hernández Jiménez, así como su falta de tiempo para dedicarse a la militancia, no hacían de él el alumno más brillante en cuestiones de materialismo histórico, ni el agente secreto más eficaz. Aunque Semprún acompañó un proceso de

---

<sup>153</sup> El Rotary Club es una organización filantrópica burguesa de inspiración ilustrada y de moral liberal y laica. Esta asociación internacional fue fundada en 1905 en Chicago por hombres de negocios, industriales y miembros de profesiones liberales. El «Club Rotario» fue ilegalizado durante el franquismo, situación que perduró hasta 1976. Vital Aza fue presidente del Club rotario español en el año 1934-1935. Para más información sobre las razones específicas de la condena franquista de los rotarios, más allá de su parentesco con la francmasonería, véase: «La política anti-rotaria del franquismo», publicado el 20/5/2007 por Javier Otaola en el blog *Colectanea masonica*: <http://colectaneamasonica.blogspot.com.es/2007/05/la-polrtica-anti-rotaria-del-franquismo.html>

<sup>154</sup> Fernando Pérez Peña, *Exilio y depuración política (en la Facultad de Medicina de San Carlos)*, Visión Libros, Madrid, 2009, p. 257.

<sup>155</sup> Entrevista a Malye (5/4/17). En su relato, Malye insiste en la supuesta persecución de Vital Aza por las autoridades franquistas. En lo referente a la retirada de la medalla de académico numerario, la página web de la Real Academia Nacional de Medicina no menciona esta circunstancia. Vital Aza tomó posesión de la Medalla n.º 2 de la Real Academia Nacional de Medicina el 13 de febrero de 1934.

<sup>156</sup> El historiador Ernesto Burgos confirma el relato de Colette Malye sobre la solidaridad del Dr. Vital Aza en su artículo «Un médico para un pueblo», en el periódico regional *La Nueva España*, 21 de mayo de 2013.

<sup>157</sup> La anécdota y la reacción de Vital Aza son referidas en Nieto Blanco, *op. cit.*, p. 339: «¡Qué barbaridad!, dijeron, cómo están organizados los comunistas. Mira que una carta escrita en la URSS nos llega tranquilamente desde Madrid. Vital Aza se ha apresurado a responder a la misiva.»

<sup>158</sup> *Ibid.*

<sup>159</sup> *Ibid.*, p. 301.

radicalización transitoria de Ángel Hernández Jiménez, quien solicitó integrarse al partido en 1954, estas circunstancias determinaron quizá una ausencia de respuesta por parte de la organización central: pese a los intentos de Hernández Jiménez de involucrarse más directamente en el PCE, el médico madrileño nunca obtuvo un reconocimiento oficial por parte del partido<sup>160</sup>.

En el ámbito profesional, la mayor fechoría del Dr. Hernández Jiménez consistió sin duda en encapricharse con aquel método novedoso importado a Francia desde la URSS. Ángel Hernández Jiménez visitó la Maternité des Bluets en verano de 1953 por consejo del «tío Vital», quien había leído sobre el parto sin dolor en una revista y mandó al sobrino a averiguar qué se cocía en los paritorios parisinos<sup>161</sup>. En la sede sanitaria de la CGT, Hernández Jiménez presenció junto a su esposa un parto en el que la mujer realizaba la respiración jadeante, conversaba con el personal y sonreía durante la expulsión.

A su vuelta a la capital española, el matrimonio aplicó la técnica observada sobre aquella mujer pionera, todo ello en una emulación improvisada cuyo positivo resultado sorprendió a Vital Aza y afianzó el interés de Ángel Hernández Jiménez por el método: ambos decidieron comenzar a preparar a algunas gestantes en Santa Alicia. Las pacientes eran en su mayor parte esposas de arquitectos, ingenieros, profesionales liberales u otros representantes de la alta sociedad. Sin embargo alguna vez asistían, también, a «gente sin dinero alguno»<sup>162</sup>. Según uno de sus discípulos, Hernández Jiménez era un hombre «muy modesto» a pesar de su clientela mayormente adinerada, y vivía concentrado en extender la preparación al parto más allá de nomenclaturas concurrentes y discrepancias teóricas<sup>163</sup>. Esta actitud respondía, probablemente, al consejo que Lamaze dio a Ángel Hernández al inicio de su formación en psicoprofilaxis, sugiriéndole que para la difusión del parto sin dolor más valía practicar que platicar<sup>164</sup>.

Pasados los primeros meses de práctica del método en el Sanatorio de Santa Alicia, la voz ya se había corrido por toda la capital. Hernández Jiménez fue convocado por el Colegio de Médicos de Madrid, en una sesión a puerta cerrada

---

<sup>160</sup> *Ibid.*, p. 322.

<sup>161</sup> Entrevista a Malye (5/4/17).

<sup>162</sup> De nuevo en la misma entrevista.

<sup>163</sup> Entrevista al Dr. Carlos J. de la Cal Álvarez, el 9 de diciembre de 2015, Madrid. El Dr. De la Cal hablaba de Ángel Hernández Jiménez como «un hombre muy honesto que no reclamó nunca haber sido pionero. No era fetichista y por eso no ha dejado documentos».

<sup>164</sup> Entrevista a Colette Malye el 16 de mayo de 2017 en Melun, Francia: «le Dr. Lamaze a dit à mon mari au début : «Il ne faut pas essayer d'expliquer, ça ne sert à rien, les gents ne t'écouteront pas, simplement fais des accouchements, et tu le prouveras comme ça. Ça sera le bouche à oreille, ils se raconteront, c'est qu'il faut faire, il ne faut pas essayer de le théoriser». En un homenaje a Lamaze con ocasión de la inauguración del 4º Congreso del Parto Sin Dolor en París, Vellay confirma que Lamaze solía profetizar «L'accouchement sans douleur est une réalité [...]. Ils ne pourront la détruire [...]. L'important c'était d'en accoucher le plus possible. Faites-leur confiance, elles sauront l'imposer», en Pierre Vellay, *Hommage à Monsieur le Docteur Lamaze*, p. 5. (IHSM).

que tenía «claros fines disciplinarios», según comenta el discípulo de Ángel Hernández Jiménez el doctor madrileño Carlos Álvarez de la Cal<sup>165</sup>. Dos familiares de Hernández Jiménez también aludían al encuentro como «procedimiento disciplinario» o «sesión inquisitorial»<sup>166</sup>. Sin embargo, no queda claro, a raíz de la reseña publicada por la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, cuán represiva fue dicha reunión. En ella, dos asistentes expusieron sus dudas sobre la eficacia del método y la posibilidad de su generalización, pero ninguno opuso argumentos morales, políticos o religiosos a la exposición de Hernández Jiménez<sup>167</sup>.

Dos décadas después de la entrada del método en España, en una emisión radiofónica sobre al parto sin dolor realizada por la cadena venezolana Radio Caracas, el propio Ángel Hernández Jiménez reconocía que la sesión en el Colegio de Médicos «prácticamente no tuvo una respuesta adversa». Asimismo, el madrileño admitía no haber protagonizado antagonismos dramáticos en torno al método, pues él siempre ejerció en el ámbito particular y porque, además, esa batalla ya la habían librado sus mentores franceses. Con su habitual humildad, Hernández Jiménez homenajeaba «al Dr. Belé [sic] y más todavía a su maestro y mío también, el Dr. Lamas [sic]» por haber allanado el camino en la lucha por el parto sin dolor, puesto que «los que hemos ido detrás», decía el madrileño, «no hemos tenido prácticamente que sufrir esa gran lucha»<sup>168</sup>.

De manera significativa, Hernández Jiménez establecía en aquella entrevista una doble periodización para el caso español: una prehistoria del método, minoritaria y discreta, y una fase de aceptación, normalización y difusión tras el discurso del Papa en 1956. En su afán de restarse importancia, Hernández Jiménez llegaba incluso a situar la entrada del método en España tras el beneplácito vaticano<sup>169</sup>.

Tal vez los años borraron el recuerdo de la adversidad, pues la viuda del madrileño mantenía firmemente en su relato que la implantación del método, al principio, «no fue fácil, la obstrucción en España era total»<sup>170</sup>. Una publicación española en el exilio aludía por ejemplo a las «trabas y barreras» que el régimen interpuso en la difusión del método<sup>171</sup>. El texto mencionaba concretamente la

---

<sup>165</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15).

<sup>166</sup> Entrevista telefónica al sobrino de Ángel Hernández Jiménez, Carlos Hernández Martínez-Campello, el 25 de enero de 2016, y entrevista a Malye (5/4/17).

<sup>167</sup> Ángel Hernández Jiménez, «Reseña de Reuniones Científicas. Tema: Algunos casos de parto sin dolor con el método psicoprofiláctico», sesión científica del 1 de diciembre de 1954, presidencia del Dr. Luque, *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, vol. 82, julio-agosto de 1955, pp. 246-249. (CM-HJ).

<sup>168</sup> *Entrevista a Ángel Hernández Jiménez y Pierre Vellay* [entrevista radiofónica], *op. cit.*

<sup>169</sup> En la entrevista, Hernández Jiménez decía: «En España el método se introdujo fundamentalmente cuando en 1956, el Papa Pío XII, que no era sospechoso de ser anti-conciliar, habló del parto sin dolor diciendo que le parecía muy bien, que le parecía un método muy importante, y que además podía practicarse, en España que entonces era un lugar sumamente católico como lo sigue siendo, y además absolutamente pendiente de El Vaticano.»

<sup>170</sup> *El parto sin dolor* [Correspondencia], *op. cit.*, p. 2.

<sup>171</sup> «*El parto sin dolor en España*», *op. cit.*, p. 4.

prohibición inicial a la prensa de publicar las experiencias de Hernández Jiménez y otros pioneros porque estas albergaban ideas avanzadas en contradicción con las políticas del régimen, supuestamente más interesado en invertir el presupuesto nacional en «obras de muerte» que en «fomentar y desarrollar obras para la vida»<sup>172</sup>.

Según Malye, la Iglesia también resultó un obstáculo enojoso. Como ejemplo, la viuda de Hernández Jiménez citaba la ocasión en que invitaron a su marido a una conferencia que un obispo daba *in partibus* sobre el parto sin dolor<sup>173</sup>. Lo que allí se dijo, comenta Malye, fue «de horror», y cuando Hernández Jiménez pidió la palabra tras la conferencia, sus organizadores se la negaron. El joven tocólogo replicó que «creía haber venido a una sesión científica, donde siempre se puede discutir», pero la mesa reconoció sin inmutarse que aquello no pretendía, de ninguna manera, ser una sesión científica. Indignado, Hernández Jiménez estuvo de acuerdo en esto y dirigiéndose a las embarazadas que tras la conferencia ya se marchaban desanimadas, proclamó a viva voz que en efecto aquella charla no tenía nada de científico<sup>174</sup>.

En sintonía con el testimonio de Malye, el psiquiatra Antonio Colodrón comentaba, en su crónica sobre la importación del pavlovismo a la España de la dictadura, que el parto sin dolor «fue tolerado con silencio sepulcral por colisionar con la maldición bíblica»<sup>175</sup>. Seguramente, este «silencio sepulcral» ilustra bien la resistencia pasiva, el marco hostil pero no explícitamente belicoso con que la psicoprofilaxis se topó durante su corta infancia en España. Como lo calificó Hernández Jiménez, se trató precisamente de una oposición al estilo «guerra fría»<sup>176</sup>. Posteriormente, el discurso papal hizo de bisagra entre esa primera fase de práctica latente o sofocada del método y un periodo de aperturismo, de proyección sin ambages de la psicoprofilaxis, así como del parto sin temor de Grantly Dick-Read y de versiones híbridas de ambos.

## 1. 2. El parto de Monique y la comparecencia de Pío XII

En poco tiempo, Ángel Hernández Jiménez dejó de ser el único actor implicado en la trama psicoprofiláctica. Otros profesionales de la capital, Barcelona y otras ciudades de España viajaron a París para formarse con el equipo de Lamaze y volvieron entregados a su labor divulgativa. Mientras tanto,

---

<sup>172</sup> *Ibid.*

<sup>173</sup> *El parto sin dolor* [Correspondencia], *op. cit.*, p. 2. «In partibus», del latín *in partibus infidelium*, significa literalmente «en países infieles». Según el DRAE, se dice de una persona condecorada con un título de un cargo que realmente no ejerce, y Colette Malye usa aquí la expresión para significar que el obispo no era, obviamente, competente en la materia.

<sup>174</sup> *Ibid.*

<sup>175</sup> Antonio Colodrón, «Mi deuda con Pavlov. Memoria vivida en tiempo de silencio», *Revista de Historia de la Psicología*, 2003, 24 (2), p. 294.

<sup>176</sup> *Entrevista a Ángel Hernández Jiménez y Pierre Vellay* [entrevista radiofónica], *op. cit.*

la prensa española se hacía eco tímidamente de la novedad obstétrica, pero la confrontación entre psicofilácticos y readianos crecía en suelo europeo.

El Papa, asesorado por el ginecólogo milanés Piero Malcovati, iba a pronunciarse sobre la cuestión el 8 de enero de 1956, zanjando algunas de estas polémicas y asesorando a la comunidad cristiana sobre cómo actuar respecto a los nuevos métodos. Como señala Stefania Bernini, la intervención papal se enmarcaba dentro de la campaña vaticana para definir la posición de la Iglesia en asuntos de moral sexual y conyugal, y en general sobre el rol de la familia contemporánea<sup>177</sup>. Las charlas, dirigidas a asociaciones profesionales y a la joven comunidad cristiana en general, fueron un signo distintivo del pontificado de Pacelli, quien hablaría esta vez para una audiencia multitudinaria venida de todos los rincones del globo: la Agrupación Internacional de Médicos Católicos logró congregarse a unos setecientos profesionales de más de una decena de nacionalidades<sup>178</sup>.

Manejando los hilos desde la sombra, Vital Aza había decidido costear el viaje de su sobrino a Roma. La Hermandad de San Cosme y San Damián, asociación adherida a Acción Católica, se encargó de organizar un viaje en grupo para el encuentro. En la comitiva española, la más numerosa tras la italiana, figuraban médicos de renombre como el ginecólogo César López-Dóriga (uno de sus miembros más influyentes)<sup>179</sup>, Francisco Bonilla Martí, Víctor Cónill Montobbio, Josep Maria Dexeus i Trías de Bes, Manuel Cusí i Ramón, José Antonio Cuéllar Rodríguez, Anicet Altès i Pineda, Francisco Carreras Verdaguer, Vicens Marqués i Bertran y su hijo Leonard Marquès i Giraut, Martí Garriga i Roca, Luis Puig i Roig, Ángel Sopena Ibáñez y Santiago Lorén Esteban, entre otros. La expectación ante la palabra papal era considerable. Como si Pío XII fuese a pronunciar una sentencia condenatoria o al contrario a exculpar definitivamente a la psicofilaxis, Colette Malye escribía a su marido: «Espero que el Papa diga sí»<sup>180</sup>.

El objetivo de este epígrafe es narrar dos acontecimientos que marcaron el punto de inflexión en la práctica de la psicofilaxis española: un nuevo caso de parto sin dolor improvisado que la familia Hernández-Malye usó como prueba fehaciente de la validez del método, por un lado, y la comparecencia papal, por el otro. El papel que desempeñan los protagonistas en ambos casos muestra toda vez la posición de inferioridad en que se encontraban frente a las jerarquías y las prácticas consensuadas de la obstetricia franquista.

---

<sup>177</sup> Stefania Bernini, «Natural Mothers: Teaching Morals and Parent-craft in Italy, 1945-60», *Modern Italy*, 9 (1), 2004, p. 23.

<sup>178</sup> «Alocución de su Santidad Pío XII ante setecientos ginecólogos de once países», *La Vanguardia*, 10 de enero de 1956.

<sup>179</sup> César López-Dóriga y de Vial ostentó, entre otros muchos cargos y honores, las presidencias de la Sociedad Ginecológica Española y de la Academia de Deontología Médica.

<sup>180</sup> *El parto sin dolor* [Correspondencia], *op. cit.*, p. 5.



Mientras Hernández Jiménez se instalaba en Roma y seguían los preparativos para la conferencia papal, Colette Malye se vio envuelta en un suceso que, junto al discurso del sumo pontífice, marcó el curso del método psicoprofiláctico en España. En la madrugada del 7 de enero de 1956, a tan solo día y medio de la comparecencia de Pío XII, Malye dirigía a su marido una carta en la que mostraba cierta coquetería:

«Dirás que hago una vida de «patachon» (juerguista). Me acuesto a deshora, pero tengo excelentes razones. Monique ha parido una niña: un parto sin dolor modelo, éxito total. Carlos la ha asistido muy bien, muy atento, dejándome hacerlo todo a mi manera y todo ha salido perfecto»<sup>181</sup>.

Monique era una amiga francesa del matrimonio que había seguido algún tipo de preparación, probablemente con Hernández Jiménez, aunque Malye no confirma este detalle en sus cartas. Al ponerse de parto en plena peregrinación de Hernández Jiménez, Malye y su primo político, el joven tocólogo Carlos Peláez, se encargaron de asistir a Monique en la madrileña Clínica Fleming, regentada por personal religioso y por supuesto ajena a los avances obstétricos procedentes del bloque comunista. Este no era, por tanto, el escenario más propicio para transgredir ciertos protocolos. Ahora bien, ducha en los ejercicios propios de la psicoprofilaxis, Monique entró en el establecimiento jadeando en cada contracción, muy concentrada, causando perplejidad a su paso: «Cara del sereno al verla respirar deprisa,» escribía guasona Malye, «del chófer de taxi, de las enfermeras de la clínica: «¿tiene fatiga... a ratos?» En fin, te das cuenta...»<sup>182</sup>.

Sin duda, para los legos en psicoprofilaxis la escena debió de resultar pintoresca. Pero la incredulidad del personal no terminó ahí. Según el relato del parto que Malye hizo a su marido:

«A la 1h llegó Carlos: dilatación completa. Sala de partos. Se instalan unas correas para hacer los esfuerzos. Carlos tuvo que borrar el cuello y eso le dolió un poco cosa de un minuto o dos. Los esfuerzos estupendos. En media hora había nacido la pequeña, sin desgarró. La nena se parece a la Tía Pepa, ¿sabes? Una cara de bulldog, es muy graciosa, redonda, 3 kg 600. En fin puedes estar contento. Las enfermeras *en étaient sur le derrière* como diría Minou, estaban estupefactas»<sup>183</sup>.

En efecto, Ángel Hernández Jiménez se regocijó al conocer el alegre desenlace de este vuelco del destino. En su respuesta desde Roma, el tocólogo madrileño decía sentirse muy orgulloso y felicitaba cariñosamente a su mujer por haber sido «capaz de conseguir lo que no estaba seguro de hacer yo mismo: el parto sin dolor en la Clínica Fleming». «No sé si te das cuenta», proseguía con

---

<sup>181</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>182</sup> *Ibid.*

<sup>183</sup> *Ibid.*, p. 5. La expresión francesa puede también traducirse por «no daban crédito».

júbilo Hernández Jiménez, «que eso va a poner una fecha esencial para nuestra lucha y que serás tú la que lo ha conseguido. ¡Bravo!»<sup>184</sup>.

Este hecho, que en la lengua familiar se consolidó como «el parto de Monique», tuvo la virtud de propulsar la práctica del método en la Clínica de Santa Alicia. Su carácter algo precipitado, como aquel otro parto de 1953, y el hecho de que el suceso pillara a sus protagonistas a contrapié surtió un efecto de legitimación que de otro modo habría sido más difícil conseguir. Además, «el parto de Monique ha llegado en el momento oportuno», celebraba Malye en otra carta escrita la víspera de la comparecencia papal<sup>185</sup>. La feliz noticia había llegado a oídos de «la Tía Fernanda», regenta de la Clínica junto a su marido, Vital Aza, y esta se sentía contenta y «cada vez más dispuesta a practicar el método pronto y bien en Santa Alicia»<sup>186</sup>.

El propio domingo 8 de enero la familia se reunió para comer mientras estaban «todos pendientes de la radio: “¿que sí?”, “¿que no?”». Ya en la mesa, el parto de Monique monopolizaba la conversación, a lo que la Tía Fernanda aprovechó para sugerir «con una voz muy dulce» que podrían ofrecer las lecciones teóricas de la preparación en la sala de metabolismo de la Clínica, y hacía cábalas sobre cuántas mujeres convendría preparar en cada grupo. «Colette se pondrá una bata blanca y podrá participar en todo eso. Yo soy demasiado vieja para aprender algo nuevo», proseguía la Tía Fernanda de buen ánimo y ante el asentimiento satisfecho de Vital Aza<sup>187</sup>.

En paralelo a estos acontecimientos, el Papa compareció en la Santa Sede la fresca mañana del 8 de enero. Eugenio Pacelli, Pío XII, subió al púlpito «a brincos, con la soltura de un joven y con voz firme y perfecto francés» proclamó un discurso comedido y bien fundado en el que abordaba la cuestión del parto sin dolor bajo tres enfoques distintos: el de su fundamento científico, el de su licitud moral y el de su validez teológica<sup>188</sup>. Para júbilo de muchos, el Papa dio el beneplácito a la práctica de la psicoprofilaxis, método que condensaba el interés de la comparecencia, aunque también aludía de pasada al parto natural de Grantly Dick-Read como teoría y técnica «análogas» a la soviética, pero exenta del materialismo de la primera<sup>189</sup>.

En términos generales, Pío XII declinaba la responsabilidad de posicionarse sobre la veracidad o falsedad de las teorías del dolor obstétrico en

---

<sup>184</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>185</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>186</sup> *Ibid.*, pp. 5-6.

<sup>187</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>188</sup> La descripción de la actuación papal aparece en Víctor Cónill Montobbio, «S.S. Papa Pío XII ante el problema del parto sin dolor. Aspecto científico y técnico. Metrón to Beltiston», conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Barcelona el 7 de febrero de 1956, *Anales de Medicina y Cirugía*, 36 (131-132), mayo-junio de 1956, p. 184.

<sup>189</sup> Varias obras reprodujeron íntegramente la intervención papal. Véase aquí por ejemplo Antonio Díez Blanco y Jesús H. Álvarez, *El parto sin temor (comentarios a un discurso de Su Santidad Pío XII)*, Studium, Madrid, 1956, p. 18.

el origen de la psicoprofilaxis. Las esferas de la ciencia y de la fe, alertaba, eran formas de episteme diferentes, y por tanto era ilegítimo deducir el valor de un descubrimiento por el credo de su ideólogo. Por ateos y materialistas que pudieran ser los promotores de la psicoprofilaxis obstétrica, decía, ello no desvirtuaba los aciertos de la teoría pavloviana sobre el fisiologismo cerebral.

No obstante, el Papa hacía gala de un cierto escepticismo alegando que los postulados del método soviético contradecían la evidencia antropológica recogida por varios pasajes de la Biblia, y que la demostración en clave reflexológica del carácter naturalmente indoloro del parto estaba aún por confirmar<sup>190</sup>. Por este motivo, el Papa dejaba bien claro que la psicoprofilaxis no era más, por el momento, que una «hipótesis» científica, aunque una hipótesis inofensiva ciertamente<sup>191</sup>. Nada había de reprehensible en un método que movilizaba «las fuerzas naturales» de la madre, y especialmente sus potencias psíquicas, que el Papa entendía como la inteligencia, la voluntad y la afectividad, para acometer el noble mandato de la procreación<sup>192</sup>.

En el plano teológico, por último, Pío XII negaba la aparente contradicción entre el famoso versículo del Génesis y la idea de base de la psicoprofilaxis, a saber, que el parto debería ser un hecho naturalmente indoloro. En primer lugar, la sentencia bíblica no refería tan solo el dolor orgánico del alumbramiento, sino que aludía por medio de una metáfora a esa otra condición, más profunda y duradera, del sufrimiento inherente a la maternidad<sup>193</sup>. En segundo lugar, además, la Escritura no prohibía la búsqueda de un remedio para aliviar los males que afligían a la humanidad: los descendientes de Adán y Eva podían pues aligerar, mediante el ingenio y la cultura, tanto las penurias del trabajo como las molestias propias del paso a la maternidad<sup>194</sup>.

Bajo estas premisas, el Papa daría un empujoncito a los defensores de la psicoprofilaxis que lidiaban en países de tradición católica con el recelo de un sector significativo de la población. Ángel Hernández Jiménez se encontraba entre este grupo de profesionales, más o menos censurados en sus respectivos países, que aguardaban con impaciencia la decisión del Papa.

«Mañana terminará mi silencio pues es el gran día. Estoy aquí por eso», escribía el joven tocólogo horas antes del pronunciamiento pontificio sobre la psicoprofilaxis<sup>195</sup>. Hernández Jiménez llevaba varios días haciendo turismo en solitario, del mismo modo que llevaba más de dos años preparando a unas pocas mujeres sin infraestructura y casi en la clandestinidad. Estaba acostumbrado. De hecho, su anonimato destacaba especialmente en aquel señalado evento, donde

---

<sup>190</sup> *Ibid.*, pp. 11-12.

<sup>191</sup> *Ibid.*, p. 22.

<sup>192</sup> *Ibid.*, pp. 7 y 8-9.

<sup>193</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>194</sup> Muñoyerro, *op. cit.*, p. 333.

<sup>195</sup> *El parto sin dolor* [Correspondencia], *op. cit.*, p. 6.

ginecólogos de prestigio le darían la mano «con aire distraído» y la comitiva española olvidaría acreditarlo para acceder al recinto vaticano<sup>196</sup>.

Pero dicen que quien ríe el último ríe mejor. Tras la alocución papal, médicos de distinta procedencia acudieron a una sesión científica que el Instituto de Genética Mendel había organizado sobre el tema de actualidad y de cuya celebración los españoles, siempre a la cola, se enteraron casi en el último momento. Atónito, Hernández Jiménez asistió a ponencias que confundían el parto natural readiano con la psicoprofilaxis, a otras que tildaban a Fernand Lamaze de propagandista o, como en el caso de la intervención del médico católico Armand Notter, que llegaban incluso a llamarlo «su enemigo» y defendían la imposibilidad del parto sin dolor. Según Hernández Jiménez, el médico lionés pretendía demostrar sus calumnias Biblia en mano, pero el discurso favorable de Pío XII lo obligó a renunciar a esa línea argumental. Harto de tanta animadversión e ignorancia, Hernández Jiménez decidió tomar cartas en el asunto. «¡Entonces la bomba!», escribía el madrileño a su mujer inmediatamente después del encuentro en el Instituto Mendel:

«¡Me he levantado y he pedido la palabra! He hablado en francés para decir que estaba extrañado de que tanta gente hablara contra Lamaze pero que nadie seguía su método y que lo practicábamos en Madrid con éxito y que nadie enseñaba a las mujeres la respiración jadeante que consideraba esencial. Estaba extrañado de oír y de ver en el público unas palabras y unos gestos que reforzaban mis afirmaciones. Terminé diciendo que era una pena oír hablar a unos médicos de «enemigos» y de intentar hacer política para combatir un método»<sup>197</sup>.

Tras «el gesto de salir y hablar en francés», que él mismo admitía como «verdaderamente teatral», Hernández Jiménez tuvo al fin su revancha. Al terminar su intervención, al tocólogo se le reventó la americana del traje azul que vestía y quiso refugiarse de prisa en un rincón, pero los asistentes no se lo permitieron. Los aplausos fueron generosos, varios médicos españoles lo rodearon en un «verdadero asalto» y un periodista especializado en medicina le hizo una entrevista in situ<sup>198</sup>. También se mostró agradecido cierto sector del público francés de la conferencia, haciéndole saber que se sentían perfectamente representados por sus palabras: «*vous nous avez coupé l'herbe sous le pied*»<sup>199</sup>. Ni siquiera el remate al estilo opereta italiana pudo desvirtuar la épica de ese «momento histórico» para el joven médico<sup>200</sup>. Pero la fama es una virtud efímera, como demuestra el resto de esta historia.

---

<sup>196</sup> *Ibid.*, p. 7. En su carta a Colette Malye, Hernández Jiménez se refiere al catedrático Jesús García Orcoyen y a uno de los hermanos Dexeus (Santiago o Josep Maria), sin especificar cuál.

<sup>197</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>198</sup> *Ibid.*, pp. 7-8.

<sup>199</sup> *Ibid.*, p. 7. En el texto, la propia Colette traduce para sus hijos la expresión entre paréntesis como «(nos ha tomado la delantera, usted ha dicho exactamente lo que queríamos decir)».

<sup>200</sup> *Ibid.*, p. 8.

Junto al parto de Monique, que convenció a los gerentes de Santa Alicia –y en particular a la recelosa Tía Fernanda– de apostar seriamente por la psicoprofilaxis, el discurso papal desbloqueó muchas conciencias e inauguró una época de cierto desenfreno en la práctica del parto sin dolor en sus distintas versiones. El discurso se reprodujo íntegramente en gran número de cotidianos y otras fuentes periodísticas, tanto españolas como extranjeras, que proclamaban con cierta grandilocuencia que «La Iglesia Católica acepta el nuevo método para el alumbramiento sin dolor»<sup>201</sup>.

A su vuelta a Madrid, el Colegio de Médicos volvió a convocar a Hernández Jiménez pero en una sesión abierta que adquirió, esta vez, un formato más académico que jurídico<sup>202</sup>. Asimismo, la revista femenina *Teresa* publicó una larga entrevista al matrimonio Hernández-Malye en la que ambos relataban sus andanzas como precursores del método en España<sup>203</sup>.

Por su parte, profesionales como Álvaro Aguirre de Cárcer o Consuelo Ruiz Vélez-Frías, que venían practicando la psicoprofilaxis desde hacía tiempo, empezaron a impartir charlas y publicitar holgadamente sus escritos. Apenas un mes después de la conferencia de Pío XII, el ginecólogo y catedrático de la Universidad de Barcelona Víctor Cónill Montobbio recordaba en su posicionamiento público sobre el tema que la llegada del método a suelo Europeo había levantado una «gran polvareda» y que por tanto el Papa había escogido el momento óptimo para intervenir «en el pleito», pues «la atmósfera estaba demasiado cargada»<sup>204</sup>. De este modo, aquellos obstáculos que ralentizaron durante años la difusión de la psicoprofilaxis en España cayeron finalmente en pocas –pero perentorias– horas de enero de 1956.

### 1. 3. Reacciones y alianzas

Tras el pronunciamiento de Pío XII llegó un periodo de normalización de la psicoprofilaxis en particular y de la preparación al parto en general. Como su nombre indica, la última sección del capítulo analiza la repercusión que tuvo el asentimiento papal en la divulgación médica de la psicoprofilaxis y en su cobertura mediática, primeramente, así como en la percepción que el público se hizo del fenómeno y que algunos autores trataron de corregir, en segundo término. Por último, el texto describe cómo, aprovechando la permisividad suscitada por la palabra vaticana y la vigencia general del tema, algunos actores

---

<sup>201</sup> «La Iglesia Católica acepta el nuevo método para el alumbramiento sin dolor», *ABC*, 10 de enero de 1956, p. 27.

<sup>202</sup> La alusión al ámbito jurídico, en contraposición al evento académico, la extraigo de la entrevista a De la Cal (9/12/15).

<sup>203</sup> «*El parto normal*» [entrevista al dr. Hernández Jiménez], *op. cit.*, pp. 10-11.

<sup>204</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, pp. 183 y 185.

españoles participaron en iniciativas de agrupación y homologación de la psicoprofilaxis a nivel internacional.

En el año que siguió al discurso del Papa los acontecimientos parecían haberse acelerado y muchos de los que practicaban en la más recatada discreción empezaban ahora a pronunciar conferencias sobre el parto sin dolor. Sin ir más lejos, el obstetra catalán Francisco Carreras Verdaguer presentaba en la Real Academia de Medicina de Barcelona un interesante estudio comparativo de los modelos británico y francés de preparación al parto que él mismo había podido observar en la católica maternidad parisina de Saint-Antoine y en la cegetista de los obreros de la metalurgia, respectivamente<sup>205</sup>. El médico Anicet Altès i Pineda, quien se había formado con Lamaze en 1955 y preparaba a mujeres en su clínica de Vic desde esa fecha, resumió la conferencia papal en el primer artículo publicado en catalán sobre el parto sin dolor<sup>206</sup>. Otros, como el médico comunista Ángel Sopeña Ibáñez, pudieron incluso dirigirse a audiencias religiosas con fines divulgativos ahora que el Papa había despejado las dudas sobre la inmoralidad del método<sup>207</sup>.

Asimismo, el asunto adquirió mayor visibilidad en la prensa. Noticias como la que recogía la revista *Teresa* sobre el alumbramiento sin dolor de la actriz italiana Gina Lollobrigida fueron recurrentes en las publicaciones dirigidas a las mujeres<sup>208</sup>. Al parecer, y según recordaba el catedrático Botella Llusíá, adelantos de la toco-ginecología como el parto sin dolor –o como la píldora anticonceptiva un par de años más tarde– se convertían fácilmente en blancos de un cierto sensacionalismo periodístico que incitaba la curiosidad de la clientela femenina y sometía a los médicos a un asedio social antes incluso de que la ciencia hubiera resuelto su postura sobre la cuestión<sup>209</sup>. Por victimista que esta afirmación pudiera resultar, lo cierto es que la cobertura mediática en torno al parto sin dolor se disparó con motivo de la comparecencia papal.

---

<sup>205</sup> Francisco Carreras i Verdaguer, «Dos escuelas de psicoprofilaxis del parto en París», conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Barcelona el 20 de marzo de 1956, *Anales de Medicina y Cirugía*, XXXVI, 133-134, julio-agosto de 1956, pp. 263-272.

<sup>206</sup> Anicet Altès i Pineda, «El part sense dolor», *Ausa*, 2 (15), 1956, pp. 226-228. Este artículo era, además, el primer artículo en catalán que apareció en *Ausa*, una revista interdisciplinaria publicada por el Patronat d'Estudis Osonencs desde 1952.

<sup>207</sup> «Conferencia del Dr. Sopeña», *ABC*, domingo 18 de marzo de 1956, p. 79. Esta charla sobre el parto sin dolor tuvo lugar ante la Congregación de Matrimonios de la Asunción de Nuestra Señora y San Ignacio. Ángel Sopeña fue director de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Jefe del Servicio de Endocrinología Femenina de la Facultad de Medicina de Madrid y profesor adjunto de esa facultad, Secretario de la Sociedad Española para el Estudio de la Esterilidad y médico de la cárcel de Yeserías. Militante clandestino en el PCE, Sopeña mantuvo una postura liberal en cuestiones como la anticoncepción hormonal, y a lo largo de su carrera sufrió detenciones y multas por denunciar los abusos del régimen. «Fallece el ginecólogo Ángel Sopeña, un defensor de la liberación de las españolas», *El País*, 30 de mayo de 1991.

<sup>208</sup> «Mamá Gina ha seguido el método del parto sin dolor», *Teresa*, n.º 45, vol. IV, septiembre de 1957, p. 45.

<sup>209</sup> José Botella Llusíá, «Los nuevos gestágenos y la esterilización hormonal», Sesión inaugural del curso académico 1958-1959, Sociedad Ginecológica Española, Madrid, 1959, pp. 11-12. Citado por Ignaciuk, Ortiz-Gómez y Rodríguez-Ocaña, «Ovulostáticos y anticonceptivos», *op. cit.*, pp. 479-480.

Desde que el método comenzara a practicarse en Santa Alicia en 1953, el tema estuvo ausente en la prensa de larga tirada hasta las semanas previas al encuentro vaticano<sup>210</sup>. Sin embargo, entre diciembre de 1955 y hasta diciembre del año siguiente, periódicos como el *ABC* y *La Vanguardia* recogieron 18 y 28 menciones al asunto, respetivamente, con artículos sobre el parto sin dolor y la posición de la Iglesia, noticias de libros<sup>211</sup> y conferencias y hasta anuncios como el del «Instituto Sueco de Gimnasia», en octubre de 1956, ofertando «gimnasia preparatoria para el parto sin dolor» en Barcelona<sup>212</sup>.

Pero no todo eran serpentinas y confetis. Intervenciones como la de Ramón Sarró i Burbano, catedrático de psiquiatría en la Universidad de Barcelona y discípulo directo de Freud, hacían de contrapeso político al fenómeno del parto sin dolor. Según Sarró, era «inadmisible» reducir el problema del dolor obstétrico a la teoría reflexológica pavloviana, y recordaba que la cultura occidental llevaba «enorme ventaja sobre la soviética» en pensar la psicogénesis del dolor mediante las aportaciones de la Psicología Médica, la Psicósomática y la Antropología Cultural<sup>213</sup>.

Por otro lado, titulares como el de la *Hoja del Lunes* coruñesa, según el cual «Dios no ha impedido a las madres utilizar los medios apropiados para hacer el parto más fácil y menos doloroso»<sup>214</sup>, provocaron rechazo en ciertos sectores de la comunidad religiosa. El médico y el teólogo dominicos Antonio Díez Blanco y Jesús H. Álvarez, respectivamente, publicaron un opúsculo con comentarios al «tan traído y llevado discurso del Papa», un texto mediante el cual pretendían corregir la «interpretación torcida del pensamiento del Sumo Pontífice»<sup>215</sup>. En efecto, las palabras de Pío XII resonaron tanto en los círculos científicos y teológicos como en «las tertulias de café, en el seno del hogar y hasta en las peluquerías de señoras»<sup>216</sup>. Entre las deducciones «abusivas» que surgían de estos impíos lugares, los autores destacaban la que consistía en dar por válidos

---

<sup>210</sup> Sí hubo, por supuesto, alusiones en la prensa al fenómeno del «parto sin dolor» medicamentoso en los años previos a la implantación de la preparación al parto en España. Un anuncio entre otros decía así: «Señora: usted puede vencer el trance más importante de su vida sin enterarse. Lea «El parto sin dolor», por el Dr. Bedoya. Imprescindible para médicos». «Parto sin dolor», *ABC*, 1 de marzo de 1947, p. 9. Asimismo, la prensa se hizo eco de anteriores comparecencias del Papa, donde este disertaba sobre el uso de la anestesia en el parto normal y otros métodos farmacológicos de gestión del parto, como la realizada con motivo del IV Congreso Internacional de Médicos Católicos, en septiembre de 1949. Véase, por ejemplo, el informe de Julián Cortés Cavanillas para el *ABC*: «El domingo fue clausurado el congreso de los jóvenes de acción católica. *ABC* en Roma: La Iglesia y el parto sin dolor», *ABC*, 27 de septiembre de 1949, p. 15.

<sup>211</sup> Entre los libros que se publicaron en esta época figuran *El parto sin dolor (sistema psico-profiláctico)*, de Álvaro Aguirre de Cárcer, el *Parto sin dolor*, de Consuelo Ruiz Vélez-Frías, el *Maternidad sin dolor* de Frederick W. Goodrich, o el *Maternidad feliz*, de Fernande Harlin.

<sup>212</sup> Anuncio «Instituto Sueco de Gimnasia» en la sección «Vida de Barcelona», *La Vanguardia*, 3 de octubre de 1956, p. 17.

<sup>213</sup> «El profesor Sarró en el paraninfo de la Facultad de Medicina», *La Vanguardia*, 10 de marzo de 1956, p. 16. En el artículo se resume la conferencia de Sarró. No hemos dado con el texto oficial de la intervención de Sarró.

<sup>214</sup> *Hoja del Lunes*, Asociación de la Prensa de La Coruña, 9 de enero de 1956.

<sup>215</sup> Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, pp. 32 y 5.

<sup>216</sup> *Ibid.*, p. 35.

los métodos farmacológicos de anestesia obstétrica porque el Papa, si bien no los mencionaba, tampoco los había condenado explícitamente en esta ocasión<sup>217</sup>.

La nieta del fundador del ABC, Esperanza Luca de Tena, señalaba al respecto en la revista *Senda* que no existía nada semejante a «la inyección del Papa», tal y como al parecer había exigido a gritos una parturienta en una maternidad madrileña tras el discurso del pontífice<sup>218</sup>. Por su parte, Díez Blanco y H. Álvarez también recordaban que el uso del cloroformo era reprobable desde el punto de vista moral porque implicaba un riesgo elevado para la madre y el feto y en teoría obstaculizaba el correcto establecimiento del amor materno al producir la inconsciencia de la mujer durante el parto<sup>219</sup>.

Además de otras reservas en cuanto al fundamento y alcance de la teoría psicoprofiláctica, Díez Blanco y H. Álvarez lamentaban en general que el auge de la medicina psicosomática eclipsase el viejo concepto cristiano de la unidad del cuerpo y el alma<sup>220</sup>, y condenaban también a quienes usaban el método psicoprofiláctico para ridiculizar la fe cristiana<sup>221</sup>. Finalmente, los autores dedicaban el último capítulo a demostrar la «excelsitud del dolor» y sus propiedades santificadoras, aconsejando a las lectoras más fieles no esquivar el dolor del parto mediante argucias que desvirtuasen el mérito de «someterse a la voluntad divina»<sup>222</sup>.

Ginecólogos de corte conservador, como Manuel Usandizaga o el valenciano Ignacio Martí Álvarez-Ossorio, replicarían años más tarde esta misma opinión, según la cual la buena cristiana podía y debía ofrecerse al suplicio obstétrico en actitud de oblación<sup>223</sup>. No obstante, estas serían posturas progresivamente marginales ya que la propia Iglesia Católica llevaba años aceptando actitudes más laxas ante el dolor del parto, tal y como demuestran los escritos del médico deontólogo Francisco Luque Beltrán<sup>224</sup>.

---

<sup>217</sup> *Ibid.*, pp. 35 y 37.

<sup>218</sup> Esperanza Luca de Tena, «El parto sin dolor», *Senda: órgano nacional de la Rama de Mujeres de Acción Católica de España*, n.º 154, Madrid, abril de 1956.

<sup>219</sup> Estos argumentos se encuentran dispersos en Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, pp. 37 y 80-87. Los autores defendían esta postura para el caso del parto normal, alegando que en caso de complicaciones no solo era lícito el empleo de anestésicos sino también necesario.

<sup>220</sup> *Ibid.*, pp. 60-67.

<sup>221</sup> *Ibid.*, pp. 89-91.

<sup>222</sup> *Ibid.*, pp. 103-110. La expresión «excelsitud del dolor» aparece en la p. 87. Conclusiones idénticas podían leerse en un revista especializada: «Palabras del Doctor Sirvent, Director del Hospital Español de Tánger, a su vuelta de Roma», *¡Firmes!*, IV, 14, 1956, Madrid, pp. 5-7.

<sup>223</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, pp. 29-30 e Ignacio Martí Álvarez-Ossorio, *Realidad y significación del dolor de parto*, discurso de recepción del académico electo Dr. Ignacio Martí Álvarez-Ossorio y discurso de contestación del académico numerario el Ilmo. Sr. Dr. D. José Martí Mateu, Real Academia de Medicina de Valencia, Valencia, 1960, pp. 56-59. La misma idea aparece también en la contestación que ofrece su hermano, José Martí Mateu, en las pp. 72-74.

<sup>224</sup> Francisco Luque Beltrán, «Deontología del parto sin dolor», *Publicaciones Al Servicio del España y del Niño español*, 162, Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1951. Para un resumen condensado de las tesis expuestas en esta obra, véase la tribuna del mismo autor tras la comparecencia papal: «Voluntad y necesidad del parto sin dolor», *Semana*, 17 de enero de 1956. (CM-HJ).



Fuese como fuere, el parto sin dolor había salido del armario y el deseo de formar escuela era casi tangible entre los afines a la psicoprofilaxis. El Papa había saneado el ambiente neutralizando posibles objeciones morales al método soviético, pero la batalla no había terminado aún: desmarcarse del parto natural readiano seguía siendo una tarea pendiente dentro de la agenda de la psicoprofilaxis y, para médicos como Ángel Hernández Jiménez, este instinto delimitador constituyó casi una suerte de obsesión. Algunos profesionales, como Álvaro Aguirre de Cárcer o Consuelo Ruiz Vélez-Frías, introducían en sus planteamientos nociones o técnicas propias del método inglés y, a pesar de esta falta de escrúpulos que irritaba a Hernández Jiménez, iban ganando terreno en el ámbito de la publicitación del parto sin dolor<sup>225</sup>.

Era pues el momento propicio para establecer contactos, unir fuerzas y tejer una red que permitiese salir de una vez por todas del aislamiento en que practicaban muchos profesionales, proporcionándoles pautas de acción y un marco de legitimidad transfronterizo. Con esa voluntad sindical e internacionalista, los portavoces españoles de la psicoprofilaxis participaron en dos iniciativas encaminadas a robustecer el método a finales de los 1950.

En junio de 1957, y con motivo del VI Congreso Luso-Español de Obstetricia y Ginecología celebrado en Coímbra, Ángel Hernández Jiménez, el catalán Leopoldo Rodés de Sisternes y el obstetra portugués Pedro Monjardino se reunieron en un ambiente informal de cordialidad y «camaradería»<sup>226</sup>. Afligidos, los tres discípulos de Lamaze comentaban cómo en sus respectivos países muchos tocólogos practicaban el método del «parto sin dolor» sin aplicar rigurosamente los principios de la escuela francesa. La proliferación de «métodos híbridos o totalmente empíricos» producía, según ellos, un «gran confusionismo» tanto entre médicos no tocólogos como entre el público en general y, lo que era aún peor, la psicoprofilaxis estaba ganando fama de ineficaz a cuenta de los fracasos reiterados de los métodos impostores.

Respondiendo a «tal estado de desorientación» y atendiendo al «anhelo común de prestigiar el método»<sup>227</sup>, los asistentes decidieron crear una coalición extraoficial que bautizaron «Grupo Ibérico del método psico-profiláctico». Además de reforzar los lazos interpersonales entre sus miembros, el Grupo Ibérico debía servir como espacio de reflexión y trabajo conjunto.

En diciembre del mismo año, tras la celebración en Málaga de la II Reunión de Ginecólogos Españoles, los fundadores del «Grupo» hicieron partícipe al Dr. Pierre Vellay de su decisión e invitaron a los Dres. Manuel

---

<sup>225</sup> De hecho, Hernández Jiménez y Aguirre de Cárcer protagonizaron un debate encendido a propósito de las técnicas fisioterápicas usadas por cada uno. Análisis en detalle dicha polémica en *(Fisio)terapia*, 11. 1.

<sup>226</sup> «Rapport» de las conversaciones sobre el Método Psicoprofiláctico entre los Drs. Pedro Monjardino (Lisboa), A. Hernández (Madrid) y L. Rodés de Sisternes (Barcelona), Luso (Portugal), junio de 1957, p. 1. (CM-HJ).

<sup>227</sup> Grupo Luso-Español de tocólogos miembros de la Sociedad Internacional de Psico-Profílaxia Obstétrica, febrero de 1958, pp. 4 y 3 respectivamente. (CM-HJ).

Roncalés Cativiela y Gabriel Boada, de Zaragoza y Barcelona respectivamente, a unirse a la cuadrilla. Un tercer encuentro tuvo lugar en París, tras la jornada en que se constituiría la Sociedad Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, en febrero de 1958. Aunque en las actas de dicho encuentro se estipulaba que solo serían miembros del Grupo Ibérico, o Grupo Luso-Español como se lo denominaba a veces, aquellos tocólogos que fueran ya miembros de la Sociedad Internacional, los firmantes mantuvieron el espíritu inicial de agrupación libre, no asociativa, carente de reglamento u obligaciones y en la que los acuerdos tomados fueran «completamente voluntarios»<sup>228</sup>.

En esencia, el Grupo se daba como finalidad aumentar la repercusión del método y defenderlo del intrusismo profesional, pues desde que el Papa diera el visto bueno sobre la cuestión, un número creciente de profesionales, desde matronas a practicantes pasando por fisioterapeutas, psicólogos, entrenadores deportivos e incluso asesores de estética trataba de hacerse un hueco en el mercado incipiente de preparación a la maternidad<sup>229</sup>. Concretamente, los acuerdos recogían la necesidad de definir con precisión las bases teóricas y prácticas de la psicoprofilaxis, señalar sus diferencias respecto de otros sistemas de parto sin dolor, publicitar a aquellos profesionales que lo practicasen «correctamente», unificar los criterios en las técnicas de aplicación, en la valoración de sus resultados y en la terminología empleada y, por último, elaborar un programa de investigaciones conjuntas<sup>230</sup>.

El documento también valoraba la colaboración con el gremio psiquiátrico y nombraba al pro-soviético Seabra Diniz, en Portugal, y al Dr. Dídac Parellada i Feliu, en España, como especialistas de referencia. En todo caso, la influencia del *modus operandi* parisino era palpable en la forma en que los integrantes del Grupo Ibérico planteaban cuestiones como esta u otras también relevantes para la supervivencia y el desarrollo del método, tales como la deontología farmacológica de la psicoprofilaxis o el uso de material fílmico para su difusión<sup>231</sup>.

Del mismo modo que el giro papal había logrado activar alianzas peninsulares, también surgieron iniciativas a nivel internacional. En realidad, desde que el primer bebé nacido por psicoprofilaxis obstétrica en Europa viera la luz en el hospital metalurgista en febrero de 1952<sup>232</sup>, el equipo parisino se dedicó con fruición a practicar y difundir los preceptos del nuevo método.

---

<sup>228</sup> *Ibid.* p. 1.

<sup>229</sup> *Ibid.* p. 4.

<sup>230</sup> *Ibid.*

<sup>231</sup> Estas cuestiones se abordan en el mismo documento, p. 6. También en *Memoria de las conversaciones sobre el método psico-profiláctico*, celebradas el día 10 de diciembre de 1957, en Málaga, entre los Dres. que a continuación se citan: Dr. Pierre Vellay (París), Dr. Hernández Jiménez (Madrid), Dr. Manuel Roncalés (Zaragoza), Dr. Gabriel Boada (Barcelona), Dr. L. Rodés de Sisternes (Barcelona), por el Dr. Hernández. pp. 1-3, y en «*Rapport*» de las conversaciones, *op. cit.*, p. 8, respectivamente. (CM-HJ). Dídac Parellada i Feliu fue el director del Departamento de Mujeres del Manicomio de San Baudillo de Llobregat.

<sup>232</sup> Michaels, «*Comrades*», *op. cit.*, p. 1042.

Muchos profesionales europeos acudieron a sus cursos de formación y tomaron progresivamente el relevo de los franceses dando a conocer el método en sus respectivos países. Pero estos esfuerzos coordinados carecían de una estructura representativa y los defensores del método actuaban como arañas sin red.

Tras el desbloqueo que supuso la aquiescencia de la Iglesia en general, y en las regiones de tradición católica en particular, urgía cristalizar los flujos y las colaboraciones ya existentes en un ente centralizado. La idea de constituir un órgano asociativo se originó durante un congreso en Turín, en junio de 1957, donde obstetras de todas las esquinas del globo (incluyendo lugares como Túnez, Brasil, EEUU y Argentina) confirmaban el deseo general de dar forma a tan extenso grupo de profesionales<sup>233</sup>. Pero la estocada final la dieron los miembros del Grupo Ibérico, quienes azuzaron a Vellay para la fundación de la sociedad<sup>234</sup>.

En febrero de 1958, una comitiva internacional se congregó en el suntuoso Hotel Pont-Royal, en París, para iniciar una nueva etapa. Apenas hacía un año de la muerte inesperada de Lamaze y la capital francesa seguía siendo el centro neurálgico de la actividad psicoprofiláctica mundial. Presidieron la sesión el ginecólogo ginebrino Dr. Watteville y el que había sido asesor obstétrico de Pío XII un par de años antes, Piero Malcovati. Procedentes de España, asistieron a la reunión los barceloneses Gabriel Boada y Leopoldo Rodés de Sisternes, el vicense Anicet Altès, el zaragozano Manuel Roncalés y por supuesto Ángel Hernández Jiménez. Francisco Carreras no pudo acudir al encuentro, pero Vellay, que ejercía de alférez de la sesión, lo nombró «asistente de hecho» como agradecimiento por su labor en pro de la psicoprofilaxis<sup>235</sup>.

La sociedad, bautizada Société Internationale de Psycho-prophylaxie Obstétricale (SIPPO), compartía con el Grupo Ibérico los objetivos de difusión y unificación teórico-práctica de las bases del método, nexos entre profesionales, publicaciones conjuntas y circulación interna de materiales didácticos. Además, la sociedad regularía la ordenación de la enseñanza en los distintos países y se comprometía a adaptar sus mensajes a las particularidades culturales de cada población, así como a «las diversas razas»<sup>236</sup>. El acceso a la sociedad se hacía por un sistema de apadrinamiento interno que hacía de ella un órgano hasta cierto punto endogámico, y además Vellay se reservaba el cargo –la Secretaría General– que permitía controlar la publicación del Boletín Internacional y redactar el reglamento y los estatutos de la sociedad. De este modo, el equipo parisino aseguraba la continuidad de su rol ascendente sobre la heterogénea y aún balbuciente sociedad.

---

<sup>233</sup> Notas sobre la creación de la Sociedad Internacional de Psico-Profílaxis Obstétrica, París, 1958, p. 1. (CM-HJ).

<sup>234</sup> «Rapport» de las conversaciones, *op. cit.*, p. 5.

<sup>235</sup> Grupo Luso-Español, *op. cit.*, p. 3.

<sup>236</sup> Las actas de la reunión o las notas del Dr. Hernández evitan especificar por qué vías se realizaría dicha adaptación a los distintos «niveles culturales» y a las diversas «razas».

Una de las cuestiones más relevantes que los miembros de la SIPPO debatieron en esta ocasión fue la nomenclatura. Una vez decidida la designación oficial de la sociedad, había que resolver aún si esta mantenía su nombre asociado al término «parto sin dolor». La mayoría abogaban por abandonar dicho «slogan» porque, entre otras razones, se prestaba en demasía «a confusión con otros métodos». Sin embargo, los asistentes acordaron mantener informalmente la expresión por la importancia que esta adquiriría de cara al «público femenino»<sup>237</sup> y por considerar que uno de los objetivos del método seguía siendo el de la «indolorización» del parto<sup>238</sup>.

Esta postura refleja bien la dimensión socio-histórica que atraviesa la preparación al parto como práctica científico-médica. Paula A. Michaels ha desvelado el carácter instrumental de la terminología en la traducción estadounidense de la psicoprofilaxis, que acabó llamándose *Lamaze Method* no tanto como tributo al francés sino sobre todo como tapadera de los orígenes socialistas del método, cuyo nombre original era *psicoprofilaxia del dolor del parto*<sup>239</sup>. Inversamente, tanto en la SIPPO como en el Grupo Ibérico los socios fundadores insistieron en mantener la expresión «psicoprofilaxis» para desmarcarse de falsos seguidores y métodos híbridos. En el contexto de la Europa occidental, donde las ansiedades de la Guerra Fría se hicieron sentir sin tanto clamor como en los bloques enfrentados, los promotores de la psicoprofilaxis podían permitirse convocar el legado soviético del método con el objetivo de definir una práctica profesional original y auténtica, en contraposición al resto de versiones.

En lo relativo a la «indolorización», la reunión del 58 confirmaba que el entusiasmo inicial por el carácter analgésico del método pasó rápidamente a convertirse en una actitud más moderada que contemplaba la ventaja de ofrecer partos menos dolorosos tan solo como uno más entre otros «muchos objetivos de la psicoprofilaxis»<sup>240</sup>. Destronada de su posición dominante en los escritos fundacionales, pues, la expresión «parto sin dolor» devenía una mera herramienta comercial destinada a atraer a la clientela femenina, perdiendo así su carácter de principio constituyente.

En las décadas siguientes, los miembros de la SIPPO y del Grupo Ibérico siguieron trabajando para difundir los preceptos de la psicoprofilaxis, aunque con el tiempo algunos de ellos se alejarían del marco pavloviano como explicación convincente y tratamiento eficaz del dolor del parto. En España, la Asociación Española de Psicoprofilaxis Obstétrica (AEPO) se fundó en 1978 y,

---

<sup>237</sup> Réunion de constitution de la Société Internationale de Psycho-Prophylaxie Obstétricale, Hôtel Pont-Royal, Paris, 2 de febrero de 1958 a las 16h, p. 3. (CM-HJ).

<sup>238</sup> *Notas sobre la creación, op. cit.*, p. 2.

<sup>239</sup> Asimismo, Michaels indica que en la propia URSS el método mudó de nombre en 1954 por el menos ambicioso «preparación psicoprofiláctica para gestantes», resaltando así sus objetivos didácticos y conductuales por encima de su finalidad analgésica. Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 190, nota 88.

<sup>240</sup> *Notas sobre la creación, op. cit.*, p. 2.

aunque el nombre aludía al método franco-soviético y la sede de la asociación se encontraba en el domicilio de Ángel Hernández Jiménez y Colette Malye, muchos de sus integrantes se inclinarían por las ideas que profesaba Álvaro Aguirre de Cárcer sobre lo que debía significar la preparación al parto para la profesión médica y la vida de la mujer. Aguirre de Cárcer, que no era estrictamente un psicoprofiláctico, se consolidó como el exponente más visible de la preparación al parto en España, también llamada Educación Maternal por el nombre dado a su propia escuela, cuyo nacimiento y desarrollo analizo en el último capítulo de *Genealogía*.

Antes, no obstante, queda por indagar cuál fue el impacto de la llegada de la psicoprofilaxis en el colectivo más directamente implicado de cuidar de la mujer en trance de ser madre. Como veremos a continuación, la historia de las matronas no solo permite pensar las aportaciones de este grupo profesional a la preparación al parto: también ayuda a comprender el encaje que esta práctica tuvo en el sistema sanitario español en sus distintas fases, así como las razones paracientíficas –que poco tenían que ver con las teorías sobre el dolor obstétrico ni con sus más sofisticados remedios– de tal acoplamiento. En otras palabras, la lucha de las matronas por conservar su autonomía profesional y consolidar su autoridad en la preparación al parto nos habla de la coyuntura material cambiante que vive la España de la segunda mitad del siglo XX y de la evolución de las relaciones de dependencia entre Estado y ciudadanía durante este periodo, aunque también pone de manifiesto la continuidad de ciertos elementos ideológicos de etapas anteriores sobre el papel de la mujer, la medicina y el orden social.

## 2. Destino

En una barriada pobre del este londinense, una mujer se dispone a dar a luz a su vigesimoquinto hijo. Lo hará en su casa acompañada por su marido Len, su cuantiosa prole y la matrona y enfermera Jenny Lee. La situación, no obstante, es delicada, pues se trata de un nacimiento prematuro: mientras tendía la colada, la mujer ha sufrido una caída y el golpe ha desencadenado las contracciones. Tras el parto, la puérpera sufre una hemorragia y el frágil bebé se encuentra a las puertas de la muerte. Jenny Lee propone un traslado urgente al hospital, no hay tiempo que perder. El médico de guardia acude y confirma el veredicto: ella necesita una transfusión, pero puede quedarse en casa; el recién nacido, sin embargo, ha de ser ingresado de inmediato. Len y los hijos mayores tratan de persuadir a la mujer, pero ella se niega en rotundo a separarse del hijo. Con el diminuto cuerpo del bebé entre los brazos, la madre afirma: «yo soy su hospital, y él es mi sangre».

Esta es la escena que cierra el primer episodio de la teleserie británica *Call the Midwife*, situada en el Londres obrero de finales de los años 1950<sup>241</sup>. El personaje que resiste a la hospitalización, propia y del hijo, es una emigrante española llamada Conchita. La elección de esta identidad para su personaje no es casual, pues España fue de las últimas naciones occidentales en conseguir el traslado definitivo de los partos al hospital –el *grand déménagement*, como lo ha denominado la historiadora francesa Yvonne Knibiehler<sup>242</sup>. Conchita simboliza por tanto la persistencia de la tradición en un mundo cambiante. Para algunos de los protagonistas de dichos cambios, como la matrona Jenny Lee, la tradición conjuraba una pizca de ceguera con otra de sabiduría: Conchita consigue un final feliz a base de dar amor y calor al niño, y en parte también gracias a la ayuda de la providencia. En efecto, la hospitalización de los nacimientos conllevó el derrumbe de las relaciones asistenciales que se daban en el modelo precedente, pero la reducción drástica de la mortalidad materno-infantil y de otros problemas asociados a la calidad de la asistencia durante el parto era un hecho incuestionable que acabó imponiéndose fuese cual fuese el arraigo, la convicción y los deseos de las matronas y sus pacientes. La España de la época estaba llena de Conchitas y Jennys Lee.

---

<sup>241</sup> *Call the Midwife*, dirigida por Heidi Thomas y producida por la empresa Neil Street Productions, ambienta la acción en el año 1957. La teleserie está basada en las memorias de la matrona Jennifer Worth y se estrenó en Reino Unido en enero de 2012. Cuenta con 7 temporadas y 60 episodios.

<sup>242</sup> Yvonne Knibiehler, *La révolution maternelle depuis 1945. Femmes, maternité, citoyenneté*, Perrin, París, 1997, p. 59.

La emergencia de la preparación al parto y ese *grand déménagement* del nacimiento al hospital fueron fenómenos coetáneos en el tiempo y compartieron a las matronas y a sus pacientes como actrices destacadas del proceso. Además, ambos fenómenos mantuvieron entre ellos una relación simbiótica, pues el modelo más común de educación prenatal solía depender de una institución clínica u hospitalaria y la divulgación sanitaria que se efectuaba a través de dicha preparación era beneficiosa para acostumbrar a las mujeres a los preceptos y rutinas de los nuevos centros asistenciales. Solo en algún caso aislado, como veremos a continuación, la preparación al parto se alineó con una defensa del parto tradicional, en casa o en su defecto poco medicalizado.

Para Consuelo Ruiz Vélez-Frías, pionera en la práctica de la psicoprofilaxis en España, la preparación al parto era un alegato contra la hospitalización y la medicalización desenfrenada que, como matrona, le tocó vivir. En algunos puntos su visión contestó el discurso subyacente a la nueva medicina hospitalaria sobre la maternidad y sus cuidados más propicios, aunque en otros Consuelo Ruiz sí tradujo los estereotipos imperantes sobre la mujer, la fe, y las carencias de la sociedad española de la época.

Pero antes de presentar la trayectoria de tan singular personaje conviene repasar, aunque sea someramente, cuál fue la situación general que vivieron las actrices del nacimiento durante la posguerra y los primeros años del aperturismo. En el caso de las mujeres, cabe preguntarse qué marcos discursivos fomentaron la esclavitud hogareña y el deber procreativo como único horizonte posible para las españolas, y qué instituciones materializaron tales doctrinas en su labor sanitaria. En particular, este periodo experimentó un recrudescimiento del control patriarcal que distintos flancos de la sociedad como la Iglesia, la ciencia o el Estado ejercían sobre el cuerpo femenino. Según el historiador Jordi Roca Girona, la dictadura franquista, aunada al catolicismo más conservador, sometió a las mujeres a «una realidad hipernormativizada» que confirió a la maternidad una dimensión espiritual y, podríamos añadir, explícitamente política<sup>243</sup>. Como ha señalado por su parte María Teresa Gallego Méndez, por no citar una entre un sinnúmero de investigaciones afines, la maternidad y la puericultura se conceptualizaron como la contribución esencial de las mujeres a la grandeza de la patria, es decir, como un deber ciudadano en toda regla<sup>244</sup>.

En cuanto a las matronas, los incidentes varios que atravesaron en el desarrollo de su profesión se insertan en el contexto más amplio de reconfiguración de las prácticas asistenciales motivado por el traslado masivo del quehacer médico a la Residencia Sanitaria, la clínica privada o el hospital. Según el discurso oficial sobre la evolución de las profesiones auxiliares de la medicina, la adscripción de estas a las Facultades de Medicina en los años 1950 revalorizaba sus estudios y las elevaba al rango universitario, dignificando así

---

<sup>243</sup> Jordi Roca i Girona, *De la pureza a la maternidad: la construcción del género femenino en la postguerra española*, Ministerio de Educación y Cultura, Madrid, 1996, p. 337.

<sup>244</sup> M<sup>a</sup> Teresa Gallego Méndez, *Mujer, Falange y Franquismo*, Taurus, Madrid, 1983, p. 84.

una profesión intermediaria que, en su rama secular, derivaba históricamente de la tradición de barberos, dentistas, cirujanos y comadres<sup>245</sup>. No obstante, algunos elementos permiten plantearse si las reformas legales que sufrieron estas profesiones, y especialmente la partería, obedecían verdaderamente a la voluntad de ennoblecer el ejercicio o más bien a la de confeccionar mano de obra sumisa y a medida de la jerarquía hospitalaria<sup>246</sup>. Como decía un manual todavía en los años 1960, «el saludo siempre del inferior al superior»<sup>247</sup>.

El ideario de género franquista definía la subjetividad femenina como el efecto natural de la capacidad reproductiva de la mujer –inscrita en la carne, pero prescrita por Dios. La estrechez y el carácter irrefutable de esta tesis, junto a la regulación disciplinaria del cuerpo de matronas, hizo que unas y otras contaran con escaso margen para apropiarse una práctica dominada por hombres como fue la preparación al parto en sus orígenes. Desde una perspectiva interseccional, Consuelo Ruiz Vélez-Frías representa un perfil subalterno por su doble condición de matrona y mujer<sup>248</sup>. Ello explica en gran medida las dificultades que la matrona experimentó para consagrarse en la práctica de la psicoprofilaxis, aunque sus propias ideas sobre el parto confirmaran a la postre la equivalencia entre la mujer y la madre.

El presente capítulo inscribe la práctica de la psicoprofilaxis por Consuelo Ruiz Vélez-Frías dentro de la doble coyuntura ideológico-profesional que definió durante el primer franquismo el rol de las mujeres en la sociedad y el de las matronas en el hospital. Si la primera sección abre sobre los discursos morales, presentes en publicaciones de distinta índole, en torno a la condición femenina, la segunda se apoya en fuentes periodísticas, testimonios orales o escritos y las aportaciones de la literatura secundaria sobre la historia de la partería para

---

<sup>245</sup> VV.AA., *Ayudantes técnicos sanitarios (unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera). Primer curso*, Universidad de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid, 1965, p. 43.

<sup>246</sup> La entrada en vigor de nuevos requisitos de acceso a estos programas filtraba al alumnado más humilde. En particular, los aspirantes debían haber aprobado la asignatura de Ciencias Naturales en lo que corresponde a la fisiología e higiene, además de los tres primeros cursos de Bachillerato y el examen específico de ingreso, cuyo programa puede consultarse en VV.AA., *Compendio de materias para el examen de ingreso en la Facultad de Medicina. Carrera de Auxiliar Sanitario (Practicante y Matrona)*, Publicaciones de la Academia Murga, Madrid, 1953. Por otro lado, las precauciones de algunos formadores contra «los límites del compañerismo» reflejan el recelo de la clase médica ante la solidaridad profesional y de clase: «VV.AA., *Ayudantes técnicos sanitarios*» [1965], *op. cit.*, p. 44. Por último, la insistencia en la faceta vocacional y mística de la profesión permiten dudar de la equiparación de estas disciplinas con otros estudios universitarios del ámbito científico. Para una idea del peso de los contenidos religiosos en las publicaciones para auxiliares sanitarios véase, por ejemplo, Manuel Gutiérrez Alonso, *Normas y orientaciones de carácter religioso para las enfermeras al servicio de la Seguridad Social*, Ministerio de Trabajo, Madrid, 1966, o «*Ayudantes técnicos sanitarios*» [1965], *op. cit.*, con 44 páginas dedicadas a religión y moral profesional, 60 en el Segundo curso de esta misma publicación (1966) y 90 en el Tercero (1966).

<sup>247</sup> *Ibid.*, p. 41.

<sup>248</sup> La teoría de la interseccionalidad propone pensar la opresión social como un sistema complejo que resulta de la intersección en cada individuo de formas distintas de discriminación vinculadas a categorías como el género, la clase, la raza, la religión, la sexualidad, etc. El origen de esta teoría se remonta a las críticas que el movimiento feminista negro realizó a finales de los años 1980 hacia el concepto monolítico de mujer –blanca y heterosexual– propio del feminismo académico. En la actualidad, dicha teoría se ha incorporado a múltiples perspectivas académicas dentro y fuera del feminismo como la sociología, la politología y la filosofía.



tratar la odisea del colectivo de matronas por conservar sus funciones ante la redistribución de las disciplinas sanitarias. A partir fundamentalmente del contenido autobiográfico de los escritos de Consuelo Ruiz, el último apartado recoge las vivencias de la matrona en su lucha por hacer de la psicoprofilaxis a la par una estrategia de consolidación profesional y un arma para la liberación de la mujer respecto al yugo masculino de la ciencia.

## 2. 1. Ser mujer en tiempos de Franco

«Hablarle a la mujer de sí misma es una empresa que no resulta lo fácil que, a simple vista, es de imaginar. Por lo que si el tema del libro que tenga tal finalidad es un problema, se debe especialmente a que, a su vez, lo es también la mujer. Ya que esta, según está científicamente comprobado, es un ser instintivo que vive más de reacciones de tipo primario que de explicables motivos».

Así empieza el prólogo de un volumen de enciclopedia, llamado *Vida íntima de la mujer*, impreso en 1961<sup>249</sup>. En contraste con esta visión, otra obra análoga escribía en su introducción, apenas cuatro años después: «Las notas que se exponen a continuación van dirigidas a completar una serie de conocimientos que la mujer ya posee a través de sus estudios, de conversaciones más o menos doctas y, especialmente, a través de su propia observación»<sup>250</sup>. Frente al «ser instintivo» y la ausencia de reacciones atribuibles a «explicables motivos», el perfil que delinea el manual *Vida sexual de la mujer y parto sin dolor* parece el antónimo del primero: los autores sobreentienden que toda mujer tiene estudios, interacciones relativamente intelectuales con el resto de personas y, por si fuera poco, hasta capacidad de observación.

Pero no nos apresuremos. El libro de Rafael Domeque y José Antonio Rodríguez Soriano se inicia con dos preguntas: «¿por qué soy mujer?» y «¿qué es ser mujer?». Si a la primera pregunta los autores responden con una definición genética y sus implicaciones a nivel morfológico, con la segunda intentan eludir el reduccionismo que se derivaría de esta primera respuesta. En paralelo a esta «comprensión genética y genital», pues, los autores señalan la «diferenciación psíquica» como el elemento que hace a la persona de sexo femenino una mujer<sup>251</sup>. Además, subrayan, la mujer no es un ente estático, sino un ser dinámico que sufre intensas modificaciones al albur de las distintas fases de su «transcurrir biológico»<sup>252</sup>. Estas fases o periodos –que no son otra cosa sino los

---

<sup>249</sup> M<sup>a</sup> del Pilar Bueno y Antonio P. Ureta, *Vida íntima de la mujer*, Editorial de Gassó Hnos, Barcelona, 1961, p. 5.

<sup>250</sup> Rafael Domeque y José Antonio Rodríguez Soriano, *Vida sexual de la mujer y parto sin dolor*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1965, p. 5.

<sup>251</sup> *Ibid.*, p. 14.

<sup>252</sup> *Ibid.*, p. 15.

ciclos sexuales en los que la ginecología divide tradicionalmente la vida de la mujer<sup>253</sup>-, vienen asociados a ciertos cuadros médicos y los definen «estados anímicos» concretos<sup>254</sup>. A pesar de las buenas intenciones de Domeque y Rodríguez Soriano, la contingencia de las disposiciones psíquicas, morales o emocionales de la mujer es, según esta perspectiva, casi nula: todo en ella gira en torno al mecanismo definitorio de la vida sexual, constituida por una trama genética y un sustrato anatómico precisos. Los autores sugieren, por tanto, que la diferencia sexual y su correlato funcional –la maternidad– fijan por adelantado la constelación de rasgos y actitudes de la mujer. En otras palabras, ser mujer es la correspondencia entre las acciones del alma y el dictamen del cuerpo (femenino).

Estas apreciaciones, extraídas de manuales al azar, no eran puntuales ni novedosas. Aunque para entender el origen de estos razonamientos sobre la mujer habría que remontarse muy lejos en el tiempo, sí es posible identificar sus antecedentes inmediatos en la sociedad española. Y ese es el objetivo de la presente sección.

La literatura secundaria que ha estudiado las diferentes manifestaciones de la ideología de género durante el régimen franquista es prolífica y variada. Una de sus conclusiones más frecuentes consiste en señalar el doble enclaustramiento al que se sometió a la mujer tras la Guerra Civil: un encierro literal a la par que figurado, pues la mujer quedó atrapada en el hogar y se le atribuyó la maternidad como único destino social. A vuelapluma, esta construcción de la femineidad (indisociable por tanto de la maternidad) anclaba sus raíces en la concepción cristiana de la vida y en ciertas teorías médicas sobre el cuerpo, la raza y el orden social. A su vez, dichas aproximaciones tuvieron su traducción institucional en la maternología, un ámbito científico y un dispositivo sanitario que garantizaba el cumplimiento de las directrices del nuevo Estado en lo referente al cuidado y el adoctrinamiento de la mujer. Apoyándome en publicaciones de varios géneros y en lo que los estudiosos del periodo ya han dicho sobre la cuestión, las líneas que siguen pretenden trazar brevemente un nexo de unión entre las teorías cristianas del alma, el programa de depuración racial de Antonio Vallejo-Nájera y el proyecto político-sanitario de la maternología como medios específicos de dominación sexual<sup>255</sup>.

Para contextualizar el proceso de medicalización en general, y la medicalización del parto y del embarazo en particular, es preciso comprender la

---

<sup>253</sup> Según el libro de Domeque y Soriano, estas fases comprenden la infancia, la pubertad y la adolescencia, la madurez sexual, el climaterio o menopausia y la edad postmenopáusica.

<sup>254</sup> *Ibid.*

<sup>255</sup> Para un estudio exhaustivo de las ideas eugenésicas en este periodo y de las políticas a que dieron lugar véase Antonio Polo Blanco, *Gobierno de las poblaciones en el primer franquismo (1939-1945)*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, 2006.

influencia que a mediados de siglo ejercía el pensamiento cristiano sobre la ciencia hipocrática. Obras como el *Código de deontología médica* de Luis Alonso Muñozerro, publicado en 1934 y reeditado en 1942, 1950 y 1956, condensan los preceptos de la medicina cristiana e indican las tensiones que empezaban a surgir a consecuencia de cambios sociales como la mercantilización progresiva de las relaciones asistenciales frente al modelo de la beneficencia y la caridad cristianas. En efecto, Muñozerro condenaba la especulación monetaria e intelectual en el ejercicio médico y reivindicaba, al igual que lo hacían figuras como Alfonso de la Fuente Chaos, pensar dicha práctica no como una simple profesión, sino como una misión social<sup>256</sup>. La misión del médico consistía, de este modo, en curar el cuerpo y también en conducir las almas.

Esta idea se basaba en la doctrina cristiana de la unidad sustancial del ser humano, compuesto de «materia y de espíritu» y atravesado por una suerte de finalidad inmanente diseñada por Dios<sup>257</sup>. Bajo esta premisa el ser humano no es el propietario de su cuerpo, sino simplemente su usufructuario, y solo el médico cristiano poseía, según Muñozerro, la facultad de escrutar los designios divinos sobre la materia humana. Para el deontólogo, pues, las funciones orgánicas que componen y regulan la vida eran indicios de la voluntad divina depositada sobre los seres humanos, y garantizar su correcta resolución equivalía a honrar la palabra de Dios en la Tierra<sup>258</sup>. Es decir que –y aquí reside el nexo entre la tradición cristiana, las teorías médicas modernas y la ideología de género como forma de sujeción de las mujeres–, el papel del médico cristiano era el de propiciar y vigilar el cumplimiento harmónico de las funciones sagradas de los individuos, de entre las cuales la reproductiva destacaba sobre las demás en todo lo relativo a la mujer. En este sentido, la maternidad era supuestamente el signo indefectible del proyecto místico que Dios había concebido para el sexo femenino.

Como ha recordado el historiador Claude-Olivier Doron, el concepto de función está en la base del reordenamiento que las ciencias operaron, desde Cuvier, al hacer pivotar la clasificación de los seres vivos en torno al eje invisible de la vida, un movimiento por el cual los criterios morfológicos y estructurales se subordinaban a este nuevo principio taxonómico<sup>259</sup>. Así pues, la idea de función posibilitaba la organización de los caracteres visibles de los seres en subgrupos como los de orden, género y especie, todos ellos desplegados en estratos sucesivos de esa causalidad profunda o propósito vital. Por supuesto, esta trama epistemológica subyace en la visión científico-religiosa que, como vimos más

---

<sup>256</sup> La denuncia del mercantilismo en medicina se encuentra desparramada en varios fragmentos del texto de Muñozerro. La formulación específica de la medicina como misión social aparece en Alfonso de la Fuente Chaos, *El nacionalsindicalismo y la Medicina Legal*, Ediciones de la Vicesecretaría de Educación Popular, Madrid, 1942, p. 10. Alfonso de la Fuente Chaos fue un médico cirujano, Consejero Nacional y Procurador de las Cortes franquistas. Fue el creador, junto a José Antonio Girón de Velasco, del SOE en 1942.

<sup>257</sup> Muñozerro, *op. cit.*, p. 26.

<sup>258</sup> *Ibid.*, pp. 25-28.

<sup>259</sup> Claude-Olivier Doron, «Vie, discontinuité et mort dans l'œuvre de Michel Foucault», intervención en el coloquio internacional *Vie, vivant, vital : vitalisme*, Universidad de Montpellier, 2009.

arriba, postula la función maternal como causa explicativa de la anatomía sexual femenina y como criterio que vertebra, por mediación de dicha fisiología sexual, tanto los supuestos atributos psicológicos de la mujer como sus conductas de facto en el transcurso de la vida.

Las teorías del psiquiatra Antonio Vallejo-Nájera son otro ejemplo de la vigencia del determinismo funcionalista en la posguerra. Como Muñoyerro, Vallejo-Nájera consideraba que la misión social (que el primero llamaría «espiritual») de la mujer deriva de su función biológica, a saber la procreación, a la cual corresponde también determinada morfología<sup>260</sup>. Y el respeto escrupuloso de estas correlaciones anatomo-socio-metafísicas era, para el psiquiatra, la salvaguarda contra la degeneración social. Por ejemplo, los casos del matriarcado, la poliandria o las amazonas demostraban que la confusión de los roles de género conlleva de manera espontánea la disolución de la sociedad, decía el psiquiatra sugiriendo que estos tres colectivos no eran formas legítimas de organización social, sino configuraciones aberrantes de barbarie animal<sup>261</sup>.

Por otro lado, los escritos de Vallejo-Nájera también fueron paradigmáticos de la obsesión generalizada por la cuestión racial entre los propulsores del nacionalsindicalismo. Según el *Código* de Muñoyerro, la Iglesia Católica condenaba a priori toda forma de eugenesia negativa, es decir, la búsqueda de la depuración racial mediante la selección y eliminación de los genes defectuosos de la población, un procedimiento que se materializó históricamente en la castración o esterilización de los individuos, así como en las formas de exterminio masivo propias del Holocausto<sup>262</sup>. Como es bien sabido, la hegemonía de la moral católica en el régimen franquista impedía tomar partido por esta deriva totalitaria e hizo menester teorizaciones alternativas del problema de la degeneración.

En consonancia con las teorías ambientalistas de Jean-Baptiste Lamarck y de T. D. Lysenko, Vallejo-Nájera elaboró un programa eugenésico basado en la idea de que ciertos caracteres adquiridos podían plasmarse en el material genético, heredándose de generación en generación y reforzando o debilitando la formación de las razas a largo plazo<sup>263</sup>. El objetivo de la higiene racial era pues «obtener genotipos perfectos a fuerza de crear fenotipos ideales», cosa que se lograba, según el palentino, sometiendo al individuo «a gran tensión ética» y a una «atmósfera sobresaturada de moralidad»<sup>264</sup>. A su vez, la eugenesia positiva de Vallejo-Nájera estaba en concordancia con su visión culturalista de la raza

---

<sup>260</sup> Antonio Vallejo-Nájera, *Psicología de los sexos*, conferencia pronunciada en el Círculo «Medina» de Madrid, Ediciones de conferencias y ensayos, Bilbao, 1944, pp. 36-37.

<sup>261</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>262</sup> Muñoyerro, *op. cit.*, pp. 212-213. El propio Vallejo-Nájera exponía la diferencia entre eugenesia positiva y negativa y se decantaba por la primera en *Antes que te cases*, Editorial Plus Ultra, Madrid, 1946, p. 71.

<sup>263</sup> Vallejo-Nájera formula esta hipótesis en muchas de sus obras, pero véase, en la obra anterior, pp. 38-39 o 48, o *Eugenesia de la Hispanidad y Regeneración de la Raza*, Editorial Española, Burgos, 1937, p. 40.

<sup>264</sup> *Ibid.*, p. 86.

española, cuya esencia no solo dependía «de las características biológicas que pueden transmitirse a través del plasma germinal, sino [de] aquellas que son luz del espíritu, como el pensamiento y el idioma»<sup>265</sup>. El recurso al consejo prenupcial –este sí permitido por la Iglesia<sup>266</sup>–, así como a la educación y moralización intensiva de la población española o al control policíaco de sus conductas sexuales y de sus roles de género constituían, por tanto, técnicas legítimas con las que estimular la vitalidad de la raza y, poco a poco, mejorar su calidad genética. En este sentido, la «Eugamia» najeriana prestaba una solución tan *eu-genésica* como la de la eugenesia negativa, salvo que en este caso la acción sobre el gen no constituía el medio directo para conseguir la depuración racial, sino tan solo la meta final de dicha higiene conductista de los pueblos.

En la España de posguerra, devastada por el conflicto bélico y carcomida por la miseria y la enfermedad, la preocupación por la degeneración racial recorría de un extremo a otro todas las formas de divulgación sanitaria, y las instituciones franquistas se sirvieron de esta forma de discurso para alimentar el odio contra cualquier signo resiliente de identidad republicana<sup>267</sup>. En lo relativo a la maternidad, un manual religioso para mujeres comenzaba la sección «Esperando el nacimiento del hijo» con la siguiente frase: «Dijo Nuestro Señor: *El buen árbol produce buenos frutos, y el mal árbol produce malos frutos*», en alusión a un versículo del Evangelio de Mateo <sup>268</sup>. El objetivo del capítulo, que paradójicamente omitía hablar del parto en sí, era fomentar en la futura madre hábitos prudentes y «un género de vida propio para legar a sus descendientes una perfecta salud»<sup>269</sup>. Incluso en obrillas religiosas como esta, por tanto, la higiene del embarazo revestía una función profiláctica y demográfica, pues por su intermediación no solo se perseguía mejorar la salud de la madre, sino controlar las variables vitales de la población en su conjunto.

---

<sup>265</sup> *Ibid.*, p. 108. Como señala el historiador Antonio Polo Blanco, el psiquiatra llegó incluso a identificar la idea de raza con el concepto mismo de Hispanidad. Polo Blanco, *op. cit.*, p. 192.

<sup>266</sup> Muñozerro, *op. cit.*, pp. 35, 94 y 110-111. Vallejo-Nájera expone su postura sobre el consejo prenupcial como recurso preventivo de la degeneración racial en Vallejo-Nájera, *Antes que te cases*, *op. cit.*, p. 103 y *Eugenesia*, *op. cit.*, pp. 57-58. El ginecólogo Francisco Cañellas Domènech también era partidario de dicha práctica. Véase Francisco Cañellas Domènech, «Significado sanitario-social del dispensario de maternología», *Publicaciones Al Servicio del España y del Niño español*, 156, Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1951, pp. 14-15. Para un repaso rápido del consejo médico, la posición de la Iglesia y la opinión de los distintos actores véase Ricardo Campos, «Autoritarismo y eugenesia punitiva: higiene racial y nacionalcatolicismo en el franquismo, 1936-1945», *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23, 1, 2016, pp. 142-144.

<sup>267</sup> Según Ricardo Campos, la eugenesia nacional-católica propia del franquismo se desmarcó de las vías negativas de la eugenesia nazi o italiana, pero inventó esquemas alternativos de represión mediante un discurso que incidía en «la producción violenta de la otredad» tanto en lo simbólico como en diversas formas penales de coerción del enemigo político. Este discurso sobre la inferioridad del enemigo estuvo en la base, entre otras cosas, de la creación del Gabinete de Investigaciones Psicológicas donde Vallejo-Nájera se propuso demostrar, estudiando a prisioneros de guerra del bando vencido, que el marxismo era una patología mental. *Ibid.*, pp. 137 y 139-140. Salvador Cayuela también ha estudiado esta cuestión dentro de los mecanismos biopolíticos de los sistemas totalitarios en «¿Biopolítica o Tanatopolítica?», *op. cit.*

<sup>268</sup> *Mateo*, VII, 17. Citado en Javier Schlitter, *Guía de la mujer cristiana*, Luis Gili Editor, Barcelona, 1943, p. 154.

<sup>269</sup> *Ibid.*

Por otro lado, y en el ámbito de las políticas sanitarias propiamente dichas, la maternología asumió la tarea de inocular los preceptos higiénicos entre la población femenina, apoyar las medidas natalistas del régimen y luchar contra la mortalidad infantil<sup>270</sup>. La finalidad de la disciplina, por tanto, era velar «por la inalterabilidad de las facultades generadoras de la mujer», así como «combatir los factores demográficos negativos más nefandos», decía el maternólogo Francisco Cañellas, ya fuera «atenuando sus efectos, [...] destruyéndolos en sus mismos albores o, mejor aún, impidiendo su aparición»<sup>271</sup>.

Esta frase, casi idéntica a aquella otra de Vallejo-Nájera –«La Eugenesia aumenta la dureza de la piedra, suprime la gota que la socava o disminuye su fuerza rebajando la altura a la que obra»<sup>272</sup>– explicita la intención de la maternología no solo de contribuir al repoblamiento del país sino de mejorar la calidad de la población mediante el ya aludido consejo prenupcial y la llamada puericultura preconcepcional e intrauterina<sup>273</sup>. Como han señalado diversos investigadores, la insistencia de la maternología en la puericultura prenatal confirma que durante el periodo de posguerra se intensificó la conceptualización de los cuerpos de las mujeres embarazadas «como soportes de salud, malformación o enfermedad» y que la salud materna importó especialmente en la medida en que «de ella dependía la salud del niño»<sup>274</sup>.

A domicilio y en dispensarios primero, y a través del entramado de seguros previsto por el SOE después, las matronas españolas de este periodo cumplían con buena parte de las medidas de atención, divulgación, prevención y encuadramiento moral de la ciudadanía femenina del país<sup>275</sup>. Sin embargo, cuando la preparación al parto emergió, a principios de la década de los 1950, las matronas se encontraban peleando por su propia supervivencia en un mercado laboral muy concurrido.

En cierto modo, la educación prenatal podría haberse inscrito en continuidad con las funciones ejercidas por las matronas hasta la fecha. En primer lugar, los cursillos para el parto sin dolor tenían algo de la vieja higiene prenatal, pues fomentaban un control médico más frecuente y sistemático y un estilo de vida saludable por parte de la gestante. En segundo lugar, dichas

---

<sup>270</sup> Algunos de los preceptos específicos de la maternología aparecían publicados en una colección de divulgación sanitaria especializada en la rama materno-infantil. Para un análisis exhaustivo de dicha publicación véase Modesta Salazar Agulló, *Asistencia materno-infantil y cuestiones de género en el programa «Al Servicio de España y del Niño Español» (1938-1963)*, tesis presentada en la Universidad de Alicante, 2009, y para un resumen de sus puntos principales véase Modesta Salazar Agulló y otros, «Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo. La colección “Al Servicio de España y del Niño Español”», *Matronas Profesión*, 2008, 9 (4), pp. 28-33.

<sup>271</sup> Francisco Cañellas Domènech, «Realidad y perspectiva de la maternología», *Publicaciones Al Servicio del España y del Niño español*, 145, Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1950, pp. 6 y 27 respectivamente.

<sup>272</sup> Vallejo-Nájera, *Antes que te cases*, op. cit., p. 49.

<sup>273</sup> Polo Blanco, op. cit., p. 27.

<sup>274</sup> M<sup>a</sup> Jesús Santesmases, «Hacia descendencias saludables», op. cit., p. 130, y Salazar y otros, op. cit., p. 28.

<sup>275</sup> Para una revisión histórica del rol de las matronas españolas véase M<sup>a</sup> José Alemany Anchel, *De mujeres y partos. Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX*, Publicacions Universitat de València, Valencia, 2016.

lecciones cumplían también con cierto grado de adoctrinamiento, ya que la idea misma de la preparación al parto surgía de actitudes más bien reverenciales hacia la procreación como prerrogativa y deber supremos de la mujer en el mundo. Hecho pues a medida del oficio de matrona, el terreno de la preparación al parto estuvo sin embargo vedado a estas profesionales durante algún tiempo. Como veremos a continuación, razones de índole socio-jurídica como el ninguneo y la irrelevancia profesional que sufrió el gremio en esta época determinaron en gran parte su anonimato en la implantación de la preparación al parto en España.

## 2. 2. Eficiente de noche y obediente de día: la autonomía precaria de la profesión de matrona

El método psicoprofiláctico aterrizó en suelo español apenas dos meses antes de que una Orden Ministerial unificara los estudios de matrona con los de enfermera y practicante. De dicha unificación surgía la nueva figura del ayudante técnico sanitario (ATS) y la especialidad de matrona se reducía a un año de duración<sup>276</sup>. El año 1953 supuso por tanto el arranque de una serie de conflictos profesionales que asfixiaron al colectivo de matronas en las décadas siguientes y cuyo punto álgido fue la expulsión del grupo español del XVII Congreso de la Confederación Internacional de Matronas celebrado en 1978 en Jerusalén<sup>277</sup>. A priori, la unificación decretada en 1953 no suponía un menoscabo irreversible de las competencias de cada una de las tres profesiones –enfermera, practicante y matrona–, que quedaban bien delimitadas en el Reglamento y en los Estatutos del Colegio Nacional y de los Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios, respectivamente, aprobados en el transcurso del año 1954<sup>278</sup>.

Sin embargo, aquél era el primer peldaño de un periodo de reformas legales que dificultarían los ya de por sí complicados entresijos de la profesión

---

<sup>276</sup> Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. BOE del 29 de diciembre de 1953, n.º 363. Para un análisis con perspectiva de género sobre las críticas que esta medida suscitó en el colectivo de enfermería, así como sobre el conflicto entre este colectivo y el de los practicantes, véase Rosa Ballester Añón, Josep Bernabeu-Mestre y M<sup>a</sup> Eugenia Galiana-Sánchez, «Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea», *AREAS, Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 33, 2014, pp. 128-129.

<sup>277</sup> «Las matronas españolas, expulsadas de la Confederación Internacional», *El País*, 28 de septiembre de 1978. El motivo de la expulsión era que el grupo español no poseía colegio propio, lo cual era requisito indispensable para participar en el evento. En efecto, poco antes las matronas habían perdido su independencia profesional con la disolución de su colegio oficial en el de los ATS tras la *Orden Ministerial de 1 de abril de 1977*. BOE del 2 de abril de 1977, n.º 79.

<sup>278</sup> José M<sup>a</sup> Souviron Morenilla, *La configuración jurídica de las profesiones tituladas, en España y en la Comunidad Económica Europea*, Consejo de Universidades, Madrid, 1988, p. 108. Además de mantener su sección propia dentro del Consejo General de Auxiliares Sanitarios tras el Decreto de 1953, las matronas conservaron una «conciencia diferenciada de su profesión», tal y como hicieron patente durante algunos encuentros nacionales de profesionales sanitarios analizados por Dolores Ruiz-Berdún y Alberto Gomis, en «La problemática laboral de las matronas en las Reuniones Nacionales de Sanitarios Españoles (1947-1959)», *Temperamentvm, Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero*, 24, 2016.

de matrona. En paralelo a la lenta instauración de la preparación al parto en España, pues, las matronas lucharon por defender su trabajo y adaptarse a la medicina hospitalaria, quedando prácticamente al margen de la historia fundacional del parto sin dolor, una práctica con rostro masculino y credenciales casi siempre médicas o tocológicas.

El segundo apartado del capítulo resume los aprietos que padecieron las matronas durante unas tres décadas, con un énfasis especial en la situación de precariedad laboral y la lucha por la supervivencia de los años 1950. El objetivo de esta mirada fugaz sobre el arduo proceso de consolidación profesional del gremio matronil es mostrar cómo a pesar de la idoneidad del colectivo para encargarse de la preparación de las gestantes, su posición subordinada en la escala sanitaria dificultó dicha atribución y permitió que las élites toco-ginecológicas acapararan dicha práctica científica mientras esta pudo conferirles algún éxito o prestigio.

Resulta obvio que las matronas españolas desempeñaron un rol capital en la España de la posguerra y los años del baby-boom, pero su labor quedó muy lejos de obtener el reconocimiento social del que gozaban otras profesiones médicas con mayor prestigio y autonomía profesional<sup>279</sup>. Durante los años 1950, las condiciones de ejercicio de las matronas fueron penosas y desfavorables. Independientes para asistir partos normales en ausencia del especialista, las matronas trabajaban por norma general bajo las directrices de un médico o superior. Desde la unificación, además, debían competir con enfermeras y practicantes para desempeñar su labor de intermediarias entre el tocólogo y las pacientes.

A ello había que añadir el problema de la obsolescencia del conocimiento de muchas matronas activas, sobre todo en el medio rural. A menudo, las matronas deploraban esta situación en revistas especializadas y eventos profesionales, donde solicitaban con urgencia cursillos de actualización de los estudios y se quejaban de la baja remuneración que obtenían por sus servicios<sup>280</sup>. Una de las múltiples sociedades de seguros médicos que existían en aquel entonces en Madrid pagaba, por ejemplo, «la exigua cantidad de 66 pesetas» por la asistencia al parto y una semana de visitas diarias en periodo

---

<sup>279</sup> Además de la falta de reconocimiento general, la formación de matrona estuvo regida hasta 1980 por un criterio de género que prohibía el acceso a esta especialidad a los ATS varones. Sobre la discriminación docente y colegial por sexos en la configuración de las carreras auxiliares de la medicina véase Alemany Anhel, *De mujeres y partos, op. cit.*, y Ballester, Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez, *op. cit.*, pp. 128-129.

<sup>280</sup> Para un repaso detallado de las reivindicaciones laborales concretas que las matronas llevaron a cabo en la década de los 1950 véase Ruiz-Berdún y Gomis, *op. cit.*, y Manuel Linares Abad, Inés Moral Gutiérrez y Carmen Álvarez Nieto, «El discurso de las matronas sobre la profesión a mediados del siglo XX», *Seminario Médico*, 60 (2), 2008, pp. 54-76.



puerperal<sup>281</sup>. Por otro lado, la población civil tendía a culpabilizar a las matronas cuando surgían complicaciones<sup>282</sup>.

A esta situación se sumaban las pésimas condiciones de salubridad en las que las matronas debían trabajar durante la década de los 1950 y parte de los 1960, antes de que el parto hospitalario se extendiera a todas las capas de la población. Consuelo Ruiz Vélez-Frías, quien cubría el área madrileña que unía las Ventas con el antiguo pueblo de Canillejas, prestaba sus servicios ahora en «tugurios» y «chabolas»<sup>283</sup>, ahora «entre tejares, huertas y basureros», o en «casuchas pobrísimas, sin agua, sin retrete, algunas hasta sin luz eléctrica»<sup>284</sup>. Por prudencia, la modesta matrona llevaba consigo «la loción antipijos» que empleaba tras los partos en sitios de dudosa limpieza<sup>285</sup>.

En el campo español la situación era aún más delicada. Durante el Primer Congreso Nacional de Matronas, celebrado en Madrid en 1955<sup>286</sup>, varias dirigentes provinciales denunciaban la falta de reconocimiento legal, económico y social que sufrían las matronas de las zonas rurales. Estas, además de cobrar salarios más bajos que sus compañeras urbanas, no disponían de prestaciones sociales básicas como cobertura sanitaria, derecho a descanso vacacional o pensión de jubilación. Tampoco mejoraba las cosas el intrusismo profesional que sufrían, tanto por parte de practicantes y enfermeras sin formación obstétrica como de vecinas oficiosas de las que, a menudo, se acompañaban los tocólogos en la asistencia particular. Las ponencias del Congreso solicitaban a las autoridades sanitarias tomar medidas contra estos obstáculos al buen desenvolvimiento de las matronas rurales, además de solucionar sus problemas de vivienda y de escasez de material técnico para trabajar<sup>287</sup>.

Asimismo, las matronas reunidas en el encuentro criticaron la reciente proliferación de seguros libres, lo cual producía una disminución drástica de su clientela. Por un lado, el sistema de seguros fragmentaba la clientela en conjuntos artificiales de beneficiarias cuya asistencia exigía ahora la afiliación previa de la matrona al seguro correspondiente. Por el otro, el éxodo de

---

<sup>281</sup> Consuelo Ruiz Vélez-Frías, *Parir sin miedo. El legado de Consuelo Ruiz*, Ob Stare, Tenerife, 2012, p. 175. La mencionada sociedad era el «Patronato Municipal» y prestaba asistencia sanitaria a obreros y empleados del Ayuntamiento local.

<sup>282</sup> Carmen Díaz y Mariana Gómez Morillas, «La matrona en el medio rural», *Publicaciones Al Servicio de España y del Niño Español*, XVIII, 210, Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1955, pp. 8 y 11. Véanse también al respecto algunos de los escritos de la matrona Arimatea de Santiago para la revista *Súrgere: órgano oficial de la Sección de Matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios*. En sus escritos, la matrona describe en tono humorístico y cierto victimismo la incomprensión y la interferencias que sufren las matronas por parte de la ciudadanía.

<sup>283</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo, op. cit.*, p. 176.

<sup>284</sup> *Ibid.*, p. 182.

<sup>285</sup> *Ibid.*, p. 181. Una publicación que recoge testimonios sobre la precariedad laboral de las matronas andaluzas en la misma época es la de Manuel Linares Abad, «Fuentes y bibliografía para el estudio de las Matronas y la Cultura del nacimiento», *Elucidario*, 5, 2008, pp. 263-275.

<sup>286</sup> Aunque en 1929 se celebró un Primer Congreso de Matronas, el evento de 1955 recibe la misma denominación por considerarse el primer congreso del «régimen político imperante» y porque en él se reconoció, por vez primera y de manera oficial, a las matronas como «colectivo profesional». Abad, Gutiérrez y Nieto, *op. cit.*, p. 54.

<sup>287</sup> Díaz y Morillas, *op. cit.*

pacientes del ámbito particular al de los nuevos seguros marcaba irreversiblemente la desliberalización de la profesión<sup>288</sup>.

En una reflexión más filosófica sobre el devenir de su labor, las matronas comentaban otros problemas de gran calado. Según ellas, la creciente moda de la asistencia por tocólogos en clínicas especializadas y/o dependientes del SOE conllevaba que las matronas fueran gradualmente desbancadas por enfermeras, lo cual contribuía a su vez a la patologización del parto, al tiempo que se acrecentaba la despersonalización de la asistencia y se perdía el componente meritocrático –propio de los sistemas liberales de asistencia–, según ellas necesario al buen desarrollo de la profesión<sup>289</sup>.

Ante el progresivo arrinconamiento de la figura social de la matrona, las voces del Congreso no dudaban en apelar a una clara conciencia de clase<sup>290</sup> o a recurrir a argumentos de corte biopolítico para demostrar la relevancia de la patería como «medio de defensa y progreso nacional»<sup>291</sup>. En una clara defensa de los principios de la maternología, algunas matronas reivindicaban su rol de «vigías y guardianes del porvenir biológico de la raza», o su capacidad para «traer ciudadanos perfectos, en los que un cuerpo robusto pueda ser el instrumento de voluntades e inteligencias capaces de llevar a la máxima prosperidad a una nación»<sup>292</sup>. A pesar de estas pretensiones y de que el método psicoprofiláctico se presentó al colectivo por vez primera durante el Congreso, las matronas no conseguirían, en lo sucesivo, ni afianzar su legitimidad en este nuevo ámbito ni tan siquiera mantener el precario estatuto jurídico que las definía hasta entonces.

En las décadas posteriores el colectivo asistió a la disolución definitiva de su colegio profesional y hubo de luchar por obtener una titulación específica y homologada según los criterios europeos<sup>293</sup>. Con la entrada en vigor de la Ley

---

<sup>288</sup> Juliana Bueno y Julia Soler Sáez, «La matrona ante los seguros sociales», *Publicaciones Al Servicio de España y del Niño Español*, XVIII, 211, Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1955, p. 5.

<sup>289</sup> *Ibid.*

<sup>290</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>291</sup> Rosario Rodríguez Encinas y Agustina Hernández, «Moral profesional y labor social de la matrona», *Publicaciones Al Servicio de España y del Niño Español*, XVIII, 209, Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1955, p. 17.

<sup>292</sup> *Ibid.*, p. 17. De manera análoga, otras matronas afirmaban que su deber profesional no se limitaba a salvar las vidas de la madre y del feto, sino que consistía «también en dejarlas en condiciones óptimas para que no sean un peso para la sociedad al quedar una madre enferma a consecuencia de un parto, o su hijo tarado al nacer», así como «procurar una asistencia perfecta y aconsejar e instruir a las madres en los primeros momentos para que el nuevo ser llegue a un perfecto desarrollo, procurando para España hijos sanos», en Bueno y Sáez, *op. cit.*, pp. 10 y 11 respectivamente.

<sup>293</sup> Para un un repaso histórico de la colegiación de las matronas desde el siglo XIX y un análisis detallado de la desaparición definitiva del Colegio Oficial de Matronas con la Orden Ministerial de 1977 véase Dolores Ruiz-Berdún, «El reconocimiento de la colegiación de las matronas», en *El Asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de Historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012)*, Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 2013, pp. 231-252. En cuanto a la titulación de matrona, cabe destacar que España, que integró la CEE en 1986, contrajo un gran retraso en efectuar esta «homologación» europea, lo cual le costó un recurso formulado, a modo de amonestación, por el Consejo de las Comunidades Europeas en octubre de 1989. Finalmente, el Estado actualizó la modalidad formativa del

General de Sanidad de 1986 las matronas pudieron dedicarse a la atención integral de la mujer en las nuevas estructuras de atención primaria, lo cual supuso una mejora notable de su autonomía y una ampliación considerable de sus funciones<sup>294</sup>. Pero la escasez de incentivos, la injerencia profesional y las duras condiciones de trabajo en general persistieron, y ello se manifestó en un aumento del déficit de efectivos, especialmente gravante en las zonas rurales<sup>295</sup>.

Tal inestabilidad influyó sin duda en la manera en que se prodigaron los cuidados a las embarazadas tanto a domicilio como en los hospitales. Ciertamente, la novedosa «psicoprofilaxis obstétrica» definía una serie de cometidos potencialmente asumibles por las matronas. Tal y como reivindicaban ellas mismas en los años 1950, nadie mejor que ellas para realizar la labor de acompañamiento y pedagogía de las mujeres. Sin embargo, y a pesar de los intentos de algunas matronas, su delicada posición en el sistema de profesiones sanitarias impidió que aprovecharan la coyuntura para ganar en relevancia y afirmar su autoridad en el cuidado materno.

En efecto, las trabas institucionales al ejercicio profesional de las matronas evidenciaban un sentir común según el cual la partería o la profesión de matrona eran, de algún modo, prescindibles<sup>296</sup>. La literatura feminista de la historia de la ciencia no se ha cansado de señalar que la medicalización de los cuidados obstétricos fue siempre paralela a un proceso de subordinación de las matronas, comadres o parteras, a la autoridad médica masculina. Históricamente, las mujeres que asistían partos –fueran o no matronas diplomadas– desempeñaban un amplio abanico de funciones: entre ellas, la vigilancia ginecológica de las mujeres en todas las etapas de la vida, el consejo genético y anticoncepcional, las prácticas abortivas, el bautizo y otras funciones religiosas relacionadas con el nacimiento, y la enseñanza de los pares, es decir, la transmisión de conocimientos entre mujeres<sup>297</sup>.

Esta primacía de la partera o matrona sobre la salud reproductiva de la mujer quedó cortocircuitada con la institucionalización de la obstetricia moderna, la creación de escuelas oficiales de matronas y la hospitalización masiva de los partos. Y aunque el proceso no fue lineal ni homogéneo en todos

---

título de Enfermera Obstétrico-Ginecológica en 1991, con el *Decreto de 28 de junio de 1991*. BOE del 29 de junio de 1991, n.º 155.

<sup>294</sup> M<sup>a</sup> José Alemany Anchel, *Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos*, tesis presentada en la Universidad de Valencia, 2014, p. 189. La atención integral a la mujer incluía tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, y suponía que las matronas pudieran atender a las mujeres a lo largo de todos sus ciclos sexuales.

<sup>295</sup> «De cinco mil matronas que ejercen la profesión en España, más del ochenta por ciento están adscritas a maternidades y otros centros hospitalarios». *ABC*, 17 de diciembre de 1969, p. 69. M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén, ex presidenta de la Asociación Española de Matronas, reiteraba la gravedad de la situación en una entrevista realizada en 1994: «El bajo número de matronas es preocupante», *La verdad*, 19 de junio de 1994, p. 8.

<sup>296</sup> Por estos motivos, y tras muchos años de desacuerdos, insatisfacción y desgaste, la presidenta de la Asociación Nacional de Matronas a finales de los 1990 desconfiaba de «promesas de despachos» y «proyectos de orden ministerial», y afirmaba que las matronas «sólo creemos en el BOE», frase que de hecho titulaba la entrevista entera: «Sólo creemos en el BOE», *Diario Ya*, 13 de febrero de 1992, p. 28.

<sup>297</sup> Algunas sugerencias bibliográficas a este respecto se encuentran en la *Introducción*, «Marcos teóricos».

los rincones del globo, sí queda bien reflejado en el desprestigio profesional que sufrieron las matronas españolas durante la segunda mitad del siglo XX. El conjunto de medidas legales que se tomaron en este periodo acerca de la colegiación, titulación y actividad profesional de las matronas tuvo como resultado directo que estas dejaran de concurrir con toco-ginecólogos por el control de los cuidados obstétricos para entregarse a una lucha enconada entre las profesiones «auxiliares» de la medicina. En los albores de la segunda mitad del siglo este proceso se había consolidado definitivamente. Por ejemplo, las recomendaciones a matronas de «delegar» en el tocólogo se hicieron cada vez más innecesarias en el tiempo, puesto que el colectivo matronal acabó por interiorizar su naturaleza subalterna<sup>298</sup>.

Como recuerda María Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta emérita de la Asociación Española de Matronas, las matronas de esta época sufrieron, por un lado, la sumisión y la dependencia hacia el gremio enfermero y, por el otro, el «cinismo del médico». «Eficiente de noche y obediente de día», comenta Rozalén, era un viejo dicho, común en hospitales y clínicas, que recogía las expectativas de los ginecólogos hacia sus subordinadas: por ejemplo, aunque las matronas tenían prohibido prescribir medicamentos, durante las guardias nocturnas se levantaba sin embargo el veto con el fin de aligerar la carga del facultativo en cuestión<sup>299</sup>. Sometidas a tales grados de instrumentalización e hipocresía, las matronas españolas tuvieron poco margen para reclamar un papel preponderante en la preparación y la asistencia al parto.

Con todo, la relación de las matronas con la preparación al parto no deja de ser paradójica. Por un lado, y el caso de Consuelo Ruiz Vélez-Frías lo demuestra a continuación, las matronas de este periodo recurrieron a menudo, para afirmarse como únicas intermediarias legítimas entre el experto y las pacientes, a aquellos argumentos que explicaban su propia subordinación. El sesgo de género y de clase, así como el carácter relativamente *artesanal* de la profesión de matrona, sirvieron simultáneamente para justificar la insignificancia de estas trabajadoras en la jerarquía médica y para reivindicar su lugar insustituible junto al cabecero de la parturienta.

---

<sup>298</sup>En sus tesis doctoral, Modesta Salazar ofrece algunos ejemplos de consejos paternalistas a matronas, durante la década de los 1940, tendentes a reducir su capacidad de acción y decisión en un contexto de cuidados. Salazar, *op. cit.*, pp. 191-192. Sobre estas cuestiones véase también Ruiz-Berdún, «*The Competences*», *op. cit.*, p. 23.

<sup>299</sup>Entrevista a M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén, entonces presidenta de la Asociación Española de Matronas, el 11 de enero de 2014, Madrid. La infantilización –moral e intelectual– de los profesionales auxiliares de la medicina por parte de sus superiores es un hecho corriente y profusamente señalado en la literatura sobre la historia de estas profesiones. Para un ejemplo concreto de ello véase Manuel Usandizaga, *Manual de la enfermera*, Aldus Librería Internacional, San Sebastián, 1934, p. 5, donde el tocólogo manifiesta que la función de auxiliar sanitario requiere de grandes dotes de modestia y sumisión ante el trato a veces injusto de los médicos; o José Álvarez-Sierra y Manchón, *Historia de la profesión (enfermera-practicante-matrona): adaptada al programa de ayudante técnico sanitario (segundo curso)*, Publicaciones de la Academia Murga, Madrid, 1955, donde el autor propone conseguir ayudantes sanitarios «poco sabios, pero en cambio hábiles y precisos en el ejercicio de su profesión», p. 62.

Por otra parte, conseguir la hegemonía en el terreno de la preparación al parto suponía sin duda para el colectivo una promoción muy deseada, pero esta no tuvo lugar hasta los años 1980, con la consolidación del sistema de atención integral a la mujer, es decir, un marco asistencial que garantizaba la presencia de las matronas a lo largo de todas las etapas de la vida sexual de sus pacientes<sup>300</sup>. Sin embargo, Michaels señala que la cesión de la preparación al parto al colectivo matronil fue, en casos como el soviético, un claro signo del declive de la psicoprofilaxis, ya que el traspaso denotaba la falta de voluntad de líderes médicos y administradores públicos de invertir recursos en la materia, y a menudo la sobrecarga laboral de las matronas empeoraba los resultados y dañaba a largo plazo la imagen del método<sup>301</sup>.

En España, la que fue líder del movimiento de matronas durante más de tres lustros recordaba que mientras que sus iguales abrazaron la educación prenatal con entusiasmo, los médicos de su entorno reaccionaban a menudo con cierto prurito distinguido: «Menuda tontería, menuda tontería es esa», comentaban esos médicos, según Rozalén, ante la sola mención de la psicoprofilaxis u otros métodos de preparación al parto<sup>302</sup>. La anécdota indica que en España, tras el auge del parto sin dolor a finales de los 1950, dicha práctica también fue perdiendo interés para la mayor parte de la clase médica. Curiosamente, pues, el elitismo que denostaba la actividad laboral de las matronas, permitiendo el monopolio médico de la preparación al parto en sus inicios, fue el mismo elitismo que les encomendó más tarde dicha función cuando esta dejó de ser relevante a nivel científico.

### 2. 3. Consuelo Ruiz Vélez-Frías

Si la psicoprofilaxis tuvo una madre, esa fue Consuelo Ruiz. Muy popular entre las matronas pero ignorada por la clase médica, Consuelo Ruiz Vélez-Frías fue una ferviente defensora del parto sin dolor. De hecho, según cuenta ella misma en una de sus últimas publicaciones, muchos la llamaban «con rechifla», allá por los años 1950, «la matrona del parto sin dolor». Dada su militancia paralela por la causa de las matronas, Consuelo Ruiz también cosechó el desdeñoso calificativo de «Consuelito, la matrona de los congresos»<sup>303</sup>. Mujer rebelde, autodidacta, gran oradora, solidaria y librepensadora impenitente, Consuelo Ruiz Vélez-Frías fue una trabajadora humilde cuyo empeño en la

---

<sup>300</sup> En los años 1970, las matronas todavía no tenían la exclusividad de la preparación prenatal, pues otras figuras profesionales (monitoras, ATS, fisioterapeutas, etc.) concurrían con ellas en este ámbito: véase Milagros Heredero, «Las primeras 60 monitoras de preparación psicoprofiláctica de España (Zaragoza)», *Súrgere*, XIV, 161, julio 1972, pp. 6-8.

<sup>301</sup> Michaels, *Lamaze*, op. cit., p. 79.

<sup>302</sup> Entrevista a Rozalén (11/1/14).

<sup>303</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, op. cit., p. 22.

preparación al parto apenas cedió ante innumerables dificultades. En concreto, y como ya hemos apuntado, su doble condición social –de matrona y mujer– la relegó a un papel secundario, casi fantasmagórico, en la lucha por la instauración de la psicoprofilaxis en España<sup>304</sup>.

El análisis que cierra el capítulo traza en primer lugar el perfil de Consuelo Ruiz Vélez-Frías, desde sus andanzas políticas de juventud hasta su posterior implicación en la difusión de la preparación al parto y el ostracismo que ello le acarrió. A continuación examino la argumentación política que subyace a esta trayectoria marcada por la marginalidad y la confrontación: para la matrona, el parto sin dolor era un arma humanitaria capaz de subvertir la desigualdad social que afectaba tanto a los cuidados que recibían las pacientes como al rol de dependencia y sumisión que se reservaba a las matronas en las instituciones maternales. En concreto, para Consuelo Ruiz el parto psicoprofiláctico encarnaba las virtudes de un tipo de asistencia obstétrica en extinción y conllevaba también la consecución de un ideal femenino atravesado por la finalidad mística. Si el esencialismo de esta última premisa encajaba en las teorizaciones sobre la construcción del género sexual de la época, como hemos visto, su inscripción en un marco sindicalista de defensa de las matronas condenaron al fracaso la propuesta de la matrona madrileña. Como explicaba sarcástica Rodríguez Rozalén a propósito del proyecto de Consuelo Ruiz: «pero claro, vamos a ver, no era médico, era matrona; dónde va una matrona, [...] quiero decirte, no teníamos el cachet, no teníamos el cachet, entonces, como para vender algo. Esa es la cuestión»<sup>305</sup>.

La frustración que Vélez-Frías fue acumulando a lo largo de su carrera se refleja, fulminante, en las primeras líneas de su autobiografía póstuma:

«Me voy a morir con la sensación de haber fracasado, de haber desperdiciado mi vida, de no haber sido comprendida por mis contemporáneos. Me he esforzado en explicar lo que creo y pienso de la forma más clara y sencilla posible, pero ha sido como si hablase otra lengua, como si perteneciese a un mundo distinto»<sup>306</sup>.

Desde luego, su personalidad tenaz y optimista, pero «con puntas y ribetes de quijotismo», no despertaba simpatía por doquier<sup>307</sup>. En particular, Consuelo Ruiz Vélez-Frías trabajó casi siempre de modo independiente, y no estableció contacto estable con los miembros de la AEPO a pesar de que, durante muchos años, Vélez-Frías trabajó en el Equipo Tocoginecológico Municipal de

---

<sup>304</sup> Solo muy recientemente algunas asociaciones han reconocido su labor. Consuelo Ruiz Vélez-Frías fue Presidenta de Honor de la Asociación *Nacer en Casa*, y un referente para organizaciones como *El parto es nuestro*, la *Asociación Española de Matronas* y la Plataforma Pro Derechos del Nacimiento.

<sup>305</sup> Entrevista a Rozalén (11/1/14).

<sup>306</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, op. cit., p. 33.

<sup>307</sup> *Ibid.*, p. 174.

Urgencia n.º 1, donde obtuvo plaza fija como matrona de la Beneficencia Municipal, situado en el mismo edificio que albergaba la clínica Santa Alicia, dirigida por Vital Aza en la intersección de las calles Montesa y Don Ramón de la Cruz. Esta proximidad «colindante» con el médico asturiano y especialmente con su sobrino, Ángel Hernández Jiménez, no trajo consigo un trato más cercano entre los interesados; sorprendentemente, ni el uno ni la otra se mencionarían en sus respectivos escritos<sup>308</sup>. De forma significativa, Consuelo Ruiz nunca reconoció la labor pionera de Hernández Jiménez –ya fuera por descuido deliberado o por desconocerla hasta muy tarde–, y prefirió centrar sus críticas en la figura de Aguirre de Cárcer, el cual ostentaba mayor relevancia en la difusión de la psicoprofilaxis, posteriormente transformada en la escuela española de Educación Maternal.

En cualquier caso, la trayectoria tortuosa de Consuelo Ruiz Vélez-Frías explica, tal vez, por qué esta matrona tan «poquita cosa» desarrolló un estilo profesional impetuoso, intransigente, y riguroso<sup>309</sup>. La vida de Consuelo Ruiz escondía un misterio o, si se quiere, una doble identidad que ella llevó con discreción hasta la senectud.

Con tan solo quince años, la jovencísima Consuelo Ruiz Vélez-Frías se afilió a la Unión de Juventudes Comunistas de España. Su ingreso en la entonces conocida como *Juventud Comunista* venía motivado por el triste fusilamiento de Fermín Galán Rodríguez y Ángel García Hernández, militares sublevados el 14 de diciembre de 1930 contra la monarquía de Alfonso XIII, apenas cuatro meses antes de la proclamación de la Segunda República<sup>310</sup>. Dos años después la futura matrona debutaba en un mitin por el sufragio femenino junto a personajes de la talla de Dolores Ibárruri, Margarita Nelken y Clara Campoamor, en el Cinema Europa de Madrid<sup>311</sup>. Para no contrariar a su padre ni despertar sospechas sobre su minoría de edad, Consuelo Ruiz adoptó para la ocasión el sobrenombre de Elisa Risco, pseudónimo que en adelante la acompañaría en su carrera de militante comunista<sup>312</sup>. Las dotes oratorias de la futura matrona debieron de ser excepcionales, pues en un acto de homenaje a Valle-Inclán, en el Teatro de la Zarzuela de Madrid, el discurso enardecido de Consuelo Ruiz Vélez-Frías, alias

---

<sup>308</sup> Consuelo Ruiz sí menciona a Vital Aza en un artículo que escribe para *ABC* con motivo del cierre de la maternidad de Montesa: «Adiós a Montesa», *ABC*, 13 de julio de 1997, p. 26.

<sup>309</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, op. cit., p. 164. A lo largo del libro, Consuelo Ruiz insiste en que el físico ideal de la matrona, según el criterio de la época, era el de una mujer grande y fuerte. Su aspecto esmirriado y pobretón, comenta ella, no ayudó a la matrona a labrarse una buena reputación.

<sup>310</sup> José Manuel Fraile Gil, «La sublevación de Jaca vive aún en la memoria madrileña. (Diciembre 1930-Diciembre 2000)», *Revista de Folklore*, 240, Obra Social y Cultural de Caja España, Valladolid, 2000, p. 202.

<sup>311</sup> Juan Indio, «Elisa Risco», *Tribuna*, Madrid, julio de 2000. El documento está publicado en anexo a la edición digital del primer libro de Consuelo Ruiz. El semanario *Tribuna* desapareció tras la publicación de este último número.

<sup>312</sup> Una fuente que confirma la identidad de Consuelo Ruiz Vélez-Frías como Elisa Risco es el correo electrónico enviado por uno de sus discípulos a una lista de distribución de profesionales de la obstetricia para anunciar su fallecimiento en noviembre de 2005. Fuente consultable en: <https://fr.scribd.com/document/510892/clubdelateta-REF-234-El-Parto-sin-dolor-1-0>

«Elisa», lograba entusiasmar a los auditores, entre los cuales se encontraban Rafael Alberti, Federico García Lorca o María Teresa León<sup>313</sup>.

Durante este periodo de militancia activa, Vélez-Frías conoció a Luis Zapirain Aguinaga, con quien contrajo matrimonio en 1934. Zapirain era, además de periodista y uno de los fundadores del Partido Comunista en Euskadi, el secretario de la organización asistencial el «Socorro Rojo» de España<sup>314</sup>. Al estallar la Guerra Civil, Consuelo Ruiz prestó servicio en el Socorro Rojo, primero en Barcelona y posteriormente en el frente granadino de Baza. Tras reincidir, en un teatro local, en sus pillerías retóricas contra el fascismo, fue detenida y encarcelada, y más tarde enviada a Madrid<sup>315</sup>. Consuelo Ruiz Vélez-Frías, entonces aún Elisa, logró escapar del convoy que la trasladaba al juzgado y a prisión, instalándose de nuevo en su ciudad natal al final de la guerra.

Fue precisamente en este momento cuando se produjo un momento de inflexión en la trayectoria de Consuelo Ruiz Vélez-Frías. Aunque las fuentes son demasiado opacas, cabe suponer que el inicio de la dictadura militar, la desaparición de Luis Zapirain y de todos los vínculos que Consuelo Ruiz mantenía con su pasado, salvo la hija común del matrimonio, sirvieran de acicate para abandonar y ocultar su identidad de militante comprometida. Elisa Risco desapareció tan repentinamente como había surgido, hecho solamente comprensible dentro de un marco de vidas seccionadas, identidades clandestinas y familias disgregadas como el que producen las guerras de tal magnitud.

Como tantos otros en el Madrid de posguerra, Consuelo Ruiz Vélez-Frías hubo de inclinarse ante el único mandato de la supervivencia. En su autobiografía, la matrona afirma que llegó al parto sin dolor por predestinación, aunque yo interpreto que fue más bien por necesidad<sup>316</sup>. Y esto en un doble sentido. Al enfermar su hija de tuberculosis en 1945, Vélez-Frías aprendió de forma autodidacta a administrarle las inyecciones que proporcionaba el Instituto Antituberculoso. La futura matrona puso gran empeño en conseguir que este gesto asistencial básico se produjera de forma «casi indolora», alegando ante los niños de su barrio que ponía las inyecciones con jeringa, pero sin aguja. Poco a

---

<sup>313</sup> Aun sin identificar a la conferenciante, el ABC recoge la reacción del auditorio como sigue: «Hasta una niña intervino –cuyo nombre no nos fue posible conocer– en representación de las bibliotecas populares, que dio al homenaje caracteres de mitin. La precoz oradora hizo vibrar al auditorio durante unos minutos incorporándole a ese ambiente político que hubo de frustrarse por la ausencia tan comentada del personaje en cuestión [Azaña]». «Homenaje a Don Ramón del Valle Inclán», *ABC*, 15 de febrero de 1936, pp. 47-48. La identidad de Consuelo Ruiz aparece confirmada en varias fuentes. Entre ellas, véase Hilario Jiménez Gómez, *Alberti y García Lorca, la difícil compañía*, Renacimiento, Sevilla, 2009, p. 240, y Dru Dougherty, *Palimpsestos al cubo: prácticas discursivas de Valle-Inclán*, Fundamentos, Madrid, 2003, p. 215. Consuelo Ruiz representaba, en este acto en homenaje a Valle Inclán, a la Biblioteca Popular de Chamberí.

<sup>314</sup> El Socorro Rojo de España fue la sección nacional del Socorro Rojo Internacional, creado por la Internacional Comunista en 1922 como equivalente no confesional de la Cruz Roja. El Socorro Rojo se introdujo clandestinamente en España en 1923, pero no adquirió mayor visibilidad hasta 1934, durante la Revolución de Asturias. Durante la Guerra Civil, el Socorro Rojo se opuso activamente al fascismo y prestó asistencia al bando militar republicano, así como a la población civil.

<sup>315</sup> Laura Branciforte, «Legitimando la solidaridad femenina internacional: el Socorro Rojo», *Arenal*, 16 (1), 2009, p. 52.

<sup>316</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, op. cit., p. 64.



poco, los imperceptibles –y gratuitos– pinchazos de Consuelo Ruiz cobraron fama por todo el vecindario, y el practicante oficial de la zona la amenazó con denunciarla por intrusismo. Así es como Vélez-Frías resolvió sacarse el título de Practicante en Medicina y Cirugía, pues carecía de los recursos necesarios para costearse los servicios del profesional correspondiente.

Consuelo Ruiz Vélez-Frías realizó las prácticas para la obtención del título de practicante en la vetusta Maternidad Provincial de Madrid, situada en la calle Mesón de Paredes, donde en esos momentos el ginecólogo José María Bedoya ensayaba su método de anestesia caudal continua bajo la tutela del catedrático José Botella Llusía. Pero la futura matrona no sentía ninguna veneración por el intervencionismo obstétrico y las condiciones humanas de aquella institución le parecían dejar mucho que desear. A la vista del «sufrimiento de las pobres mujerucas que parían allí», y ante un parto en que parturienta y matrona se chillaban la una a la otra fuera de sí, Consuelo Ruiz decidió formarse en la especialidad de matrona<sup>317</sup>.

Ella, a quien su madre había entrenado en la pericia de arreglar cosas y de resolver problemas, dice en su autobiografía, inició un intenso periodo de estudio con el fin de tratar de «arreglar» el parto<sup>318</sup>. En concreto, a Consuelo Ruiz Vélez-Frías le preocupaba «descubrir qué era el parto, si un don o un castigo», y se empecinó en entender las causas del dolor<sup>319</sup>. Por este motivo, cuando la ya diplomada matrona leyó, en la revista femenina *Elle*, un artículo sobre el novedoso método del parto sin dolor, no tardó en zarpar hacia la capital francesa para formarse con Lamaze en la maternidad de los metalurgistas y también en la católica Maternité de Saint-Antoine, donde se hacía una variante del método readiano. Era el año 1955.

Según su versión de los hechos, Consuelo Ruiz pudo quedarse trabajando en Francia, pero tenía «un gran empeño en que la mujer española se aprovechase del magnífico descubrimiento de la intervención cortical en el parto»<sup>320</sup>. Volvió pues sobre sus pasos, y en octubre de ese año expuso por vez primera las bases del sistema psicoprofiláctico ante sus compañeras del Primer Congreso Nacional de Matronas, celebrado en la Ciudad Universitaria de Madrid. A partir de aquella fecha, Vélez-Frías buscó la forma de convertir la potencia en acto, y visitó todas las maternidades de Madrid y todos los colegios provinciales de matronas ofertando su preparación para el parto sin dolor. Solo el ginecólogo Juan Sánchez Harguindey, Director de la Maternidad de Santa Cristina, la autorizó a iniciar sus andanzas como preparadora.

Durante unos meses, Consuelo Ruiz Vélez-Frías dio clases de preparación al parto en la Escuela de Matronas de Santa Cristina. A las lecciones acudieron

---

<sup>317</sup> *Ibid.*, p. 47.

<sup>318</sup> *Ibid.*, p. 229.

<sup>319</sup> *Ibid.*, p. 232.

<sup>320</sup> *Ibid.*, 234.

muchas mujeres, pero matronas o alumnas «¡ni una!», rememoraba Vélez-Frías en las últimas líneas de su autobiografía<sup>321</sup>. Este periodo de remanso profesional fue bastante fugaz, pues tras la aprobación oficial del parto sin dolor por parte de Pío XII, como ya hemos visto, la concurrencia se multiplicó exponencialmente.

Si en el caso de Ángel Hernández Jiménez la intervención papal hizo de bisagra hacia una época de mayor proyección profesional, Consuelo Ruiz interpretó el impacto de este suceso en su vida de forma diametralmente opuesta: contra todo pronóstico, el beneplácito vaticano no la favoreció, sino que la señalaba como precursora ilegítima del método, causando la envidia de sus colegas y motivando auténticas tramas de complot. Los nuevos preparadores, cuyos nombres Consuelo Ruiz nunca especificó, rechazaban además la idea de ofrecer una preparación inteligente a la embarazada, «unos por odio a todo lo ruso y otros por estar convencidos de que la mujer es un escalón entre el hombre y el animal»<sup>322</sup>. Sustituyeron las lecciones teóricas por la gimnasia, dando con lo que Vélez-Frías llamaba «la preparación del parto nacional-sindicalista», de la que el nombre de «Educación Maternal», decía la matrona delatando esta vez indirectamente a Aguirre de Cárcer, no era más que una tapadera<sup>323</sup>.

Tras el auge de otras figuras de la preparación al parto, Consuelo Ruiz Vélez-Frías declaraba haber sido literalmente forzada a emigrar. Varios despidos más o menos simultáneos, y el hecho de que en una de las instituciones para las que trabajaba le dejaran el último mes de sueldo a deber, eran para la matrona las pruebas tangibles del boicot perpetrado contra su labor. Tales desmanes tuvieron cabida, según Consuelo Ruiz, porque entonces «el poder del tocólogo era semejante al de un señor feudal»<sup>324</sup>. Su plaza en la Beneficencia Municipal quedó como única fuente de sustento y este no le alcanzaba para sobrevivir dignamente.

Vélez-Frías partió a América Latina, trabajó en Colombia como secretaria y reportera y posteriormente se instaló en Italia, donde retomó su profesión sanitaria en la clínica romana Bastianelli. Aunque corrían ya los años 1960, Consuelo Ruiz solo se atrevió a preparar a mujeres en la clandestinidad, temerosa de toparse con nuevas formas de censura. Un tiempo después, una amiga española la llamó pidiéndole que volviera a casa, pues supuestamente las cosas habían cambiado. «Pero habían cambiado a peor», sentenciaba Vélez-Frías, siempre crítica en la crónica de sus peripecias. Al parecer, la matrona seguía en la «lista negra», y al volver se le expresó claramente que nunca ejercería de nuevo como matrona, pero conservó su plaza en la Beneficencia «por cabezonería», y se negó a hacer nunca de enfermera<sup>325</sup>. En adelante Vélez-Frías

---

<sup>321</sup> *Ibid.*

<sup>322</sup> *Ibid.*, pp. 234-235.

<sup>323</sup> *Ibid.*, p. 235. Véase el desarrollo de esta idea en *(Fisio)terapia*, 11. 1.

<sup>324</sup> *Ibid.*, pp. 235-236.

<sup>325</sup> *Ibid.*, p. 236.

combinó trabajos de subsistencia con la preparación al parto que daba a pequeños grupos en su domicilio del distrito madrileño de Moratalaz. El presentador Pepe Navarro la entrevistó en un programa televisivo en 1996, y esta aparición pública le atrajo a matrimonios de clase media-alta y con cierto bagaje cultural, ávidos de una aproximación genuina al nacimiento. Consuelo Ruiz les explicaría el parto «como si fuera un teorema»<sup>326</sup>.

O este es al menos el relato oficial. Como ya hemos señalado, Consuelo Ruiz Vélez-Frías conceptualizaba su incursión en la preparación al parto en clave de llamada vocacional. Salpicado de un ideario religioso, su relato recoge términos como «predestinación» o «mandato urgente» para señalar el carácter teleológico de su dedicación psicoprofiláctica<sup>327</sup>. Correlativamente, la exclusión laboral que la matrona padeció evidenciaba a sus ojos una «persecución» y un auténtico «martirio»<sup>328</sup>. No obstante, quizá sean posibles explicaciones más prosaicas, y también más políticas, de su trayectoria profesional.

Para empezar, aunque Consuelo Ruiz Vélez-Frías se había estrenado en el ámbito asistencial en el Socorro Rojo durante la guerra, su formación oficial de practicante, y posteriormente de matrona, vino motivada por una cuestión «fáctica» de supervivencia, en este caso atender a su hija Amaya. Además, la forzada desaparición de Elisa Risco, alter ego político de Consuelo Ruiz, debió de dejar un vacío inmenso en esta mujer de gran sensibilidad social. Con la dictadura, sus posibilidades de participación política quedaron, como las de cualquier otra mujer, aplastadas. La militancia por el sufragio femenino y contra el fascismo del régimen se convirtió, con los años, en un activismo sin precedentes contra la hospitalización del parto, la jerarquía médica y el sometimiento de mujeres y matronas a esta última.

En efecto, para Vélez-Frías la medicalización del parto y la política anti-matronal de la dictadura eran una cuestión de clase, y la práctica del parto sin dolor desafiaba ambas. Como ex comunista clandestina, por ejemplo, la joven aspirante a matrona quedó impresionada al comprobar que a las mujeres pudientes de la época se les administraban fármacos anestésicos como el Trilene mientras que las obreras parían a palo seco la mayoría de las veces<sup>329</sup>. En paralelo, pocos años de ejercicio bastaron para que Consuelo Ruiz probara en sus carnes las desventajas de su condición profesional: a la mínima desavenencia con el criterio médico –en principio a causa de la psicoprofilaxis–, la matrona empezó a tener problemas y pronto perdió el trabajo. Esta fragilidad laboral explica,

---

<sup>326</sup> *Ibid.*, p. 98.

<sup>327</sup> *Ibid.*, pp. 48 y 33.

<sup>328</sup> *Ibid.*, p. 65.

<sup>329</sup> El Trilene es un anestésico general derivado del tricloroetileno y administrado por vía inhalatoria. El uso de mascarillas de Trilene para finalizar el periodo expulsivo se popularizó en la década de los 1950 en España. Para una síntesis breve de la anestesiología obstétrica en España véase Javier González de Zárate Apiñaniz, Bienvenido Fernández Rodrigo y José Ignacio Gómez Herreras, «Historia del alivio del dolor del parto en España», *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 52, 2015, pp. 71-84.

según ella, la forma en que médicos e instituciones denominaban entonces a las matronas como ella: «interinas sin derechos»<sup>330</sup>.

Su militancia por la causa de la psicoprofilaxis articula por tanto una doble mirada social. Cuando Vélez-Frías observó en Francia partos preparados que sobrepasaban, decía, «todo cuanto yo pudiera pensar», la matrona regresó decidida a subvertir la «larga cadena de trabajos y privaciones» que caracterizaba la vida de muchas mujeres y se afaná en la escritura de su libro *El parto sin dolor*, vendiendo sus ejemplares a muy bajo precio para que la doctrina llegase «a manos de la última matrona del último pueblo»<sup>331</sup>. Según escribía en una revista oficial, su intención era formar «a cientos, miles de madres», dando en consecuencia trabajo a otras tantas matronas en un proceso que ella concebía como una gran obra o proyecto caritativo. Además de pedir un local prestado y de solicitar medios adecuados de propaganda, Consuelo Ruiz sugería que la preparación debía ser gratuita para las pobres y contributiva con fines benéficos para las demás, cerrando así la espiral de solidaridad femenina: «Ya lo estoy viendo», decía casi extasiada la matrona, «muchas mujeres, futuras madres, muchas caras sonrientes, muchas limosnas, mucha felicidad y alegría y, por encima de todo, la bendición del Señor sobre todas nosotras»<sup>332</sup>.

Más allá de esta utopía compasiva, Consuelo Ruiz Vélez-Frías tenía motivos concretos para pensar que las matronas eran las profesionales adecuadas para llevar a cabo el parto sin dolor. Y estas razones eran, más generalmente, las mismas que servían para reivindicar la idoneidad de la partería en el cuidado de las madres: la formación específica en materia de partos, pero también la empatía con las pacientes derivada de una misma pertenencia sexual, eran claves para ofrecer un acompañamiento adecuado al nacimiento. Según Consuelo Ruiz, la matrona era «otra mujer con las mismas reacciones y sentimientos que las futuras madres», y por tanto la persona indicada para realizar la preparación<sup>333</sup>. Vélez-Frías esgrimió esta postura en distintas ocasiones, y ello le valió alguna polémica con representantes masculinos de la reciente rama de ATS.

Relacionada o más bien atravesada por esta idea de la complicidad de género, también había un argumento disciplinar. Históricamente, una de las diferencias canónicas entre la formación que recibían parteras y comadronas y la más masculinizada formación en toco-ginecología era precisamente el desarrollo de habilidades perceptivas y manuales para la asistencia al parto entre las primeras, y la adquisición de una pericia operatoria para su conducción en los segundos<sup>334</sup>. En este sentido, Consuelo Ruiz era un ejemplo vivo de la conducción

---

<sup>330</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, op. cit., p. 236.

<sup>331</sup> «Entrevista con una matrona. La señorita Consuelo Ruiz Vélez-Trías, que acaba de publicar un libro sobre tema de tanta actualidad como «EL PARTO SIN DOLOR», *¡Firmes!*, IV, 14, 1956, p. 21.

<sup>332</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>333</sup> *Ibid.*

<sup>334</sup> A mediados de los 1960 solo un 22% de los ginecólogos-obstetras eran mujeres. En España la feminización de la medicina se produjo lentamente en comparación al resto de Europa, aunque en la década

expectante del parto, consistente según ella misma en diagnosticar el estado de progresión del trabajo uterino y esperar su desenlace amenizando las horas<sup>335</sup>. En su versión estricta de la asistencia tradicional, Vélez-Frías rechazaba cualquier clase de intervención en partos eutócicos: entre otras cosas, la matrona evitaba realizar tactos vaginales para vaticinar la inmediatez del periodo expulsivo tan solo observando el abombamiento progresivo del periné, y se negaba incluso a utilizar «el platito de aceite» que algunas familias pobres le proporcionaban «para reblandecer la naturaleza y dilatarla manualmente»<sup>336</sup>.

Conocida en el barrio como «la matrona que no hace nada», Consuelo Ruiz integró fácilmente esta perspectiva en su visión de la psicoprofilaxis: al considerar el alumbramiento como un fenómeno natural alterado por la cultura humana, la preparación al parto contribuía eficazmente a mantener este tipo de asistencia expectante que las matronas encarnaban mejor que nadie. Para Vélez-Frías, de este modo, preparar y asistir a una mujer que pariría sin anestesia era una labor especialmente diseñada para profesionales pacientes, solícitos, y sin necesidad de grandes dotes técnicas como eran justamente las matronas.

Tras estas consideraciones sobre la maternidad y sus cuidados, Consuelo Ruiz profesaba una visión funcionalista y católica de la vida y el cuerpo humano. La capacidad reproductiva era para ella un «don» con el que Dios honraba a las mujeres y que ni estas ni la sociedad tenían derecho a transgredir: como dice el refrán, «nacimiento y mortaja, del cielo baja»<sup>337</sup>. Esta premisa motivaba posiciones conservadoras hacia temáticas como el aborto o el trabajo femenino<sup>338</sup>, que sin embargo ella articulaba con un discurso cuasi marxista sobre la discriminación de clase que sufrían sus compañeras y con un ideario feminista que defendía la dignidad de las mujeres en general. No obstante, el suyo fue un caso paradigmático de feminismo de la diferencia, es decir, un feminismo que cifra la valía de la mujer en su especificidad biológica<sup>339</sup>. La posibilidad de engendrar, por tanto, era desde su perspectiva tanto el eje que

---

siguiente el proceso se aceleró. Para más detalles véase Ana Delgado y otros, «Female professional identities and Spanish women doctors in late Francoism (1965-1978)», en M<sup>a</sup> Luisa Rodríguez-Sala y Judith Zubieta García, *Mujeres en la ciencia y la tecnología: Hispanoamérica y Europa*, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2005, pp. 122-123. Sobre la feminización de la práctica médica véase también Teresa Ortiz-Gómez, «Fuentes orales e identidades Profesionales: Las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX», *Asclepio*, LVII (I), 2005, pp. 75-97, así como Ignaciuk, Ortiz-Gómez y Rodríguez-Ocaña, «Doctors, Women and the Circulation of Knowledge», *op. cit.*, p. 146, y de los mismos autores, «Ovulostáticos y anticonceptivos», *op. cit.*, p. 473. Por otro lado, algunas autoras han analizado el lugar que ocupan las destrezas perceptivas de las matronas dentro de las prácticas biomédicas contemporáneas en contextos como Francia y los Países Bajos. Véase por ejemplo Akrich y Pasveer, *op. cit.*, y Patricia Perrenoud, «Naissance et évolution des pratiques : entre Evidence-Based Medicine, expérience et intuition», en Claudine Burton-Jeangros y otros, *Accompagner la naissance*, BSN Press, 2014, pp. 133-154.

<sup>335</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, *op. cit.*, p. 156.

<sup>336</sup> *Ibid.*, pp. 111 y 157 para el primer y el segundo ejemplos, respectivamente.

<sup>337</sup> *Ibid.*, p. 113. La matrona repite la idea en pp. 128 y 173.

<sup>338</sup> Por ejemplo sobre el trabajo femenino en la misma publicación, pp. 56-57 y 68 y sobre el aborto en pp. 142 y 179, así como en Vélez-Frías, *Cartilla*, *op. cit.*, p. 5.

<sup>339</sup> Para ejemplos concretos véase Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, *op. cit.*, p. 33, *Cartilla*, *op. cit.*, p. 5 y *Preparación psicoprofiláctica del parto*, Gráficas Valencia, Madrid, 1975, p. 5.

estructuraba el cuerpo femenino a nivel morfológico como el sentido inherente de la vida fisiológica y espiritual de las mujeres.

Como harían más tarde sus seguidores, Vélez-Frías pensaba que el parto no era una enfermedad y que había que dejarlo progresar sin interferencias, pues la racionalidad mística que animaba el cuerpo humano hacía de él «una máquina perfecta»<sup>340</sup>. La preparación al parto solo suplía el «instinto perdido» por una gestión inteligente del proceso<sup>341</sup>. La hipótesis civilizatoria, según la cual la modernidad arrebató a la mujer esa especie de programación interna que le permitía parir con espontaneidad y soltura en las comunidades primitivas o indígenas, era un rasgo común de los teóricos del parto sin dolor, pero en Vélez-Frías la idea estaba exacerbada por su desconfianza hacia la tecnología y su influencia sobre la reproducción<sup>342</sup>.

Cuando en 1976 se generalizó una nueva técnica de parto dirigido, la matrona madrileña vislumbró su derrota como el signo inminente del *tecnocalipsis*<sup>343</sup>. Pues suprimir el parto natural, escribía la matrona poco antes de su muerte, era acabar con la feminidad, y con ella se iban por la alcantarilla un modelo concreto de mujer, y también una profesión entera. Su lucha por instaurar la psicoprofilaxis en España sirvió pues para contestar el modelo emergente de hospitalización de los partos, con su discriminación institucional hacia la matrona y su supuesta arrogancia contra la mujer<sup>344</sup>.

La labor de Consuelo Ruiz fue casi del todo infructuosa. En España, la preparación al parto creció como un brazo más de la actividad hospitalaria, impulsado por una clase médica, pudiente y masculina.

---

<sup>340</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, *op. cit.*, pp. 27 y 91 para la idea sobre el carácter fisiológico del parto, y *Preparación psicoprofiláctica*, *op. cit.*, p. 6, para la cita.

<sup>341</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, *op. cit.*, p. 34. En concreto, Consuelo Ruiz pensaba que la única razón para mantener a la mujer en su ignorancia del parto era «garantizar su inferioridad». *Ibid.*, p. 82.

<sup>342</sup> El naturalismo y la tecnofobia de la matrona también se repiten en sus escritos. Véase, por ejemplo, pp. 95, 107, 118 o 159 del mismo texto. En España, la mayoría de autores repiten dichos razonamientos, y sería imposible referirlos aquí a todos.

<sup>343</sup> *Ibid.*, pp. 74-75. En ese año el ginecólogo Adelardo Caballero Gordo expuso su método de conducción activa del parto en el Cursillo de actualización obstétrica para matronas, en la Maternidad Provincial de Madrid.

<sup>344</sup> *Ibid.*, p. 39. Muchas de las ideas referidas en esta parte final de la sección se encuentran también desperdigadas en su blog : [consueloruizvelezfrías.blogspot.com.es](http://consueloruizvelezfrías.blogspot.com.es)



### 3. Sentido

Nació en Alejandría (Egipto) en el seno de una familia de alta alcurnia. Su abuelo paterno, General de la Armada y escritor, fue hasta su muerte el secretario particular del rey Alfonso XIII. Su padre fue diplomático y Presidente de la Sala del Tribunal Supremo en Alejandría, Gentilhombre de Cámara de Alfonso XIII, Gran Cruz de la Orden del Mérito Civil en 1946, Comendador con placa de Isabel la Católica y Gran Oficial de la Orden del Nilo. Su tío político fue Mayordomo de Semana del monarca exiliado, consejero del Banco de España, Conde de Limpias y Alcalde de Madrid durante la Restauración. Su tío paterno fue Cónsul General en Tánger, embajador en Bélgica e Italia durante la 2ª República y en Francia durante la dictadura. Su hermano mayor heredó el título familiar, consagrándose como Conde de Andino. El siguiente de sus hermanos fue Coronel del Regimiento de Trasmisiones al final de la dictadura, cuando dicho mando tenía aún su sede en el Palacio del Pardo. Otro de sus hermanos, considerado el padre de la diplomacia española, estudió en el madrileño Colegio del Pilar, codeándose con familias como los Luca de Tena o los Fernández-Shaw, y fue embajador en Washington, La Santa Sede, Bélgica y Finlandia. Él mismo cursó sus estudios en los Hermanos Maristas de Mataró y en el Instituto Balmes de Barcelona, centros frecuentados por la alta burguesía catalana, y contrajo matrimonio con la hija primogénita de una familia adinerada. Sus libros serían prologados por figuras relevantes de la medicina española, algunas de las cuales –así como los accionistas de su Fundación o incluso algunos miembros de su familia– mantuvieron estrechos lazos con el aparato franquista, la Falange o el Opus Dei<sup>345</sup>.

Este fue Álvaro Aguirre de Cárcer y López de Sagredo.

---

<sup>345</sup> En la bibliografía se refieren las fuentes escritas y online en las que es posible consultar información sobre las personas aludidas en este epígrafe. Por orden de aparición, estas son: Patricio Aguirre de Tejada y O'Neil-Eulate (abuelo); Alfonso Aguirre de Cárcer y Tejada (padre); Ramón del Rivero y Miranda (tío político); Manuel Aguirre de Cárcer y Tejada (tío paterno); Jaime Aguirre de Cárcer y López de Sagredo (hermano mayor); Ignacio Aguirre de Cárcer y López de Sagredo (segundo hermano mayor); Nuño Aguirre de Cárcer y López de Sagredo (hermano inmediatamente menor); y M<sup>a</sup> Concepción Escolano Martínez (esposa). Su libro *El parto sin dolor. Sistema psico-profiláctico* (reeditado posteriormente como *Preparación al parto y Preparación a la maternidad*) fue prologado en 1959 por Juan José López-Ibor, en 1969 por Juan Rof Carballo y en 1989 por José Antonio Usandizaga, todos ellos personajes de perfil conservador y católico, próximos al régimen franquista. En cuanto a los vínculos con el Opus Dei, múltiples fuentes –orales y escritas– permiten deducir que parte de su familia y entorno cercano pertenecía a dicha institución, pero ninguna lo prueba explícitamente. Sí hay evidencias de que su suegra, M<sup>a</sup> Concepción Martínez Pérez, era miembro supernumerario del Opus y de que militó durante cierto tiempo en Falange.



Si Ángel Hernández Jiménez y Consuelo Ruiz Vélez-Frías representaron la faceta antisistema del método psicoprofiláctico, uno por su fidelidad hacia el modelo franco-soviético originario y otra por su condición de subalterna y su ímpetu feminista, la historia de Álvaro Aguirre de Cárcer refleja al contrario el fulgor de los mecanismos de poder en la sociedad franquista. Una ojeada a las biografías de sus allegados basta para confirmar que Aguirre de Cárcer nació blindado para el éxito: en su familia y entorno profesional no se dejaba caer a nadie. Y ello influyó, sin duda y de múltiples maneras, en su consolidación como el preparador español de mayor renombre en la segunda mitad del siglo pasado. No obstante, la causa del parto sin dolor se prestaba a una cierta épica, y Aguirre de Cárcer también tuvo su propio relato de aventuras.

El capítulo pretende enmarcar la actividad profesional de Aguirre de Cárcer en el contexto sociopolítico del franquismo y posteriormente la transición. Para ello, y frente a la versión del propio Aguirre, el primer apartado vincula el despegue profesional del madrileño con la relación de cercanía y complicidad que este mantuvo con las élites políticas y científicas del régimen. El segundo apartado considera los mecanismos de crecimiento y expansión de la empresa carceriana como productos de un saber-hacer propio de la condición social del empresario, y el último analiza el proceso de resignificación de la educación prenatal que emprendió Aguirre de Cárcer como parte de un programa conservador que respondía, entre otras cosas, a la emergencia del feminismo en España.

### 3. 1. Vida y obra de Álvaro Aguirre de Cárcer

El 13 de mayo de 1955 Álvaro Aguirre de Cárcer presenció el nacimiento de su cuarto hijo, asistido por su mentor y el que también fue el ginecólogo de los Franco, el doctor Jesús García Orcoyen, en Madrid. De Cárcer quedó impactado por el sufrimiento que padeció su mujer durante el trance, y cuando unos días después leyó en la revista *Paris Match* un artículo sobre el parto sin dolor el médico madrileño experimentó una suerte de movimiento tectónico en su identidad profesional. Observando «extasiado» la faz sonriente de la embarazada fotografiada en el artículo, Aguirre de Cárcer tuvo de pronto una idea diáfana: si el dolor fisiológico, como signo o señal de un proceso virulento, era aceptable y comprensible, el padecimiento hondo y bruto ligado al parto era inexcusable<sup>346</sup>.

«En ese instante me di cuenta», contaba él mismo años más tarde, «de que algo había cambiado en mi vida»<sup>347</sup>. Esta gozaba ahora de un nuevo propósito –

---

<sup>346</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, «Recordando el pasado», 1ª parte, *Mujer y vida*, 1984, p. 22.

<sup>347</sup> *Ibid.*

«lograr que la mujer diera a luz por sí misma y sin sufrimiento»-, el cual hacía de su labor profesional un desafío, una auténtica vocación. De igual forma que Consuelo Ruiz leyó un reportaje en la revista *Elle* o Hernández Jiménez presenció un parto en directo *chez* los metalurgistas, el relato de Aguirre de Cárcer también jugaba con la lógica del destino y la revelación para probar la singularidad, la hidalguía y la trascendencia de su empresa.

La presente sección del capítulo delinea, como en los dos anteriores, el camino que recorrió nuestro protagonista al hacer de la preparación al parto una vocación. Tomando como hilo narrativo los escritos del madrileño que permiten trazar su biografía, el objetivo es explicar la rápida promoción de Aguirre de Cárcer mediante factores de orden sociológico, tales como la capacidad económica y patrimonial del joven médico y su posición aventajada al estar rodeado por una comunidad de personas influyentes en la España de la dictadura.

Como es de esperar en este tipo de narraciones, el viaje o la peregrinación –unidos siempre a un proceso de aprendizaje–, también constituyen elementos clave en la trayectoria de los protagonistas. Tras chocar con el escepticismo de aquellos a quienes comentó su descubrimiento en el magazine francés, Aguirre de Cárcer emprendió rumbo a Francia para formarse con una beca que le otorgó el gobierno galo. Pero antes de llegar a la capital, Aguirre de Cárcer pasó por Burdeos, donde tuvo su primer contacto con el parto sin dolor al lado de la «doctora Rocher», quien practicaba un modelo de preparación cuyo énfasis en la gimnasia lo hacía más cercano al parto natural que a la psicoprofilaxis parisina<sup>348</sup>. Dada su especialización en el ámbito de la medicina reeducativa, de Cárcer sintonizó rápidamente con la bordelesa y la consideró siempre su «primera maestra»<sup>349</sup>.

En París, de Cárcer acudió a la meca de la psicoprofilaxis, sita en la calle de Bluets, para realizar un curso que le pareció «de un materialismo aterrador» y presenció, el 14 de agosto de 1955, el parto de una joven llamada Ilsette<sup>350</sup>. Cuando de Cárcer preguntó a la chica qué opinaba ella de su parto, esperando una confirmación de su carácter indoloro, Ilsette habló tan solo de su buena conducta, de la que se sentía muy orgullosa, dejando al margen la cuestión del dolor. Esta respuesta, como aquella que obtuvo Dick-Read en su propio mito fundacional<sup>351</sup>, determinó la primera enseñanza del joven médico: más que

---

<sup>348</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>349</sup> *Ibid.*

<sup>350</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, «Recordando el pasado», 2ª parte, *Mujer y vida*, 1984, p. 21.

<sup>351</sup> El viraje conceptual que dio Grantly Dick-Read respecto al dolor obstétrico se desencadenó supuestamente cuando asistía a una joven humilde en Whitechapel Road (Londres). La anécdota, muy popular entre todos los que se interesaron por el parto sin dolor, se relata en *Etiología*, cap. 6.

influir sobre el dolor, la preparación al parto era el antídoto contra comportamientos inadecuados.

La interpretación que Aguirre de Cárcer hizo del parto de Ilsette desentonaba ligeramente con la visión imperante entre los metalurgistas, para quienes la psicoprofilaxis encapsulaba todavía un fuerte valor analgésico. Distante pues del marco teórico del equipo de Lamaze y reacio también al marco político que circundaba el método en la maternidad regentada por la CGT, Aguirre de Cárcer acudió a otros hospitales y servicios, tanto franceses como británicos, belgas, italianos y suizos, donde los conceptos y las técnicas «eran bastante distintos»<sup>352</sup>. Su verano europeo resultó ser además una experiencia modernizadora para el joven de Cárcer, quien se inició en la práctica del yoga, descubrió la osteopatía y probó artilugios entonces desconocidos en España como las lentillas o las camas de tracción vertebral<sup>353</sup>.

Esta inquietud y apertura de espíritu lo llevaría años más tarde a formarse en otras disciplinas, como la sofrología, la haptonomía o el psicoanálisis, cuyas aportaciones moldearon sustancialmente su sistema de preparación al parto. Como dijo María Ángeles Rodríguez Rozalén, de Cárcer «tocó muchos palillos»<sup>354</sup>, cosa que para cierto sector de la clase médica española significaba una falta de rigor profesional. Por ejemplo, de Cárcer nunca obtuvo el título oficial de obstetra a pesar de que en algún momento de su carrera inició unas prácticas de especialización y de que consagró su vida entera a este ámbito de la salud, y a pesar también de que colegas como Ángel Hernández Jiménez le insistían a menudo en que se acreditara para que además de preparar a mujeres pudiera también asistir las<sup>355</sup>. El ginecólogo Carlos Álvarez de la Cal, discípulo tanto de Aguirre de Cárcer como de Hernández Jiménez, reconocía en una entrevista que el primero «siempre fue un gran misterio, nunca nadie supo aclarar si era médico o psicólogo o qué»<sup>356</sup>.

Ahora bien, si la identidad polifacética y poco academicista de Aguirre de Cárcer pudo crearle mala fama entre los miembros de la élite ginecológica española, no parece que dicho rasgo constituyera algo semejante a un talón de Aquiles. Al contrario, su eclecticismo, unido a los múltiples contactos y apoyos de los que de Cárcer disponía, lo catapultaron a la gloria tanto en España como en el extranjero. Solo era cuestión de tiempo.

En la crónica de sus peripecias, Aguirre de Cárcer relataba con dramatismo su regreso a España, donde chocó «con los más sutiles enemigos,

---

<sup>352</sup> *Ibid.* Véase también Álvaro Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia en la preparación al parto*, conferencias pronunciadas en la Sociedad Ginecológica de Madrid, los días 18 y 25 de junio de 1957, Tipografía Flórez, Madrid, 1957, p. 4.

<sup>353</sup> Aguirre de Cárcer, «Recordando» [2ª], *op. cit.*, p. 19.

<sup>354</sup> Entrevista a Rozalén (11/1/14).

<sup>355</sup> Entrevista a Malye (5/4/17).

<sup>356</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15).

tales como la rutina, la desidia, la envidia, la incomprensión, los intereses creados y hasta la maledicencia y la calumnia»<sup>357</sup>. Asimismo, de Cárcer afirmaba haber vivido una existencia muy precaria en su peregrinación a París, identificándose en gran medida con los jóvenes alojados como él en el Colegio de España de la Ciudad Universitaria, la mayoría de los cuales eran artistas que sobrevivían en la urbe francesa gracias a trabajos mal remunerados y la prostitución esporádica. Aguirre de Cárcer comentaba que de igual modo que muchos de aquellos jóvenes habían pasado hambre para alcanzar la notoriedad, él también había padecido el hambre de la insignificancia. «Quién me iba a decir a mí», exclamaba de Cárcer en varios puntos del texto, que tras un mes de anonimato y estudio en Francia y varios años de arduo trabajo en España iba finalmente a codearse con la *crème de la crème* francesa, invitado por sus colegas galos a los restaurantes, museos y salas más chics, elogiado por los críticos más prestigiosos del país, publicado masivamente por sus editoriales y presente en la vida académica francesa casi tanto más que en la española<sup>358</sup>.

En resumen, de Cárcer recurría aquí al giro narrativo propio del sueño americano: la vieja historia del inmigrante que friega platos en un bar y acaba siendo dueño de un emporio comercial de primer orden. Sin afán de echar por tierra tan ilusionante versión de los hechos, tal vez sea preciso matizar el relato meritocrático de Aguirre de Cárcer con algunos datos que hablan de su posición social en la España del régimen franquista.

En primer lugar, y aunque de Cárcer no lo señala en su escrito, es bastante probable que el hecho de que su tío paterno fuera el embajador español en Francia entre 1951 y 1952 influyera en la concesión de la beca de ampliación de estudios que le permitió formarse en psicoprofilaxis poco después. También la influencia de Manuel Aguirre de Cárcer pudo tener que ver con el alojamiento que se ofreció al joven médico en el Colegio de España de la Ciudad Universitaria parisina, pues su tío paterno fue quien «rescató» y revitalizó esta institución tras el embargo nazi desde su nombramiento como delegado del Gobierno español en Francia en 1947<sup>359</sup>.

En segundo lugar, de Cárcer contaba con recursos más que suficientes para darse a conocer a su regreso a España. Poco después de la alocución de Su Santidad a principios de 1956, de Cárcer congregó a «un grupo de eminentes tocólogos madrileños» en una de sus (varias) clínicas privadas de la capital<sup>360</sup>. El médico reeducador expuso su particular sistema de preparación al parto, que fusionaba muchas de las técnicas que había observado en su periplo europeo, y mostró a los asistentes las instalaciones de la clínica, ofreciéndoles preparar a

---

<sup>357</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, «Recordando el pasado», 3ª parte, *Mujer y vida*, 1985, p. 20.

<sup>358</sup> Aguirre de Cárcer, «Recordando» [2ª], *op. cit.*, p. 20 y [1ª], *op. cit.*, p. 25.

<sup>359</sup> «Ha fallecido Don Manuel Aguirre de Cárcer, Embajador de España», *ABC*, 19 de diciembre de 1969, p. 32.

<sup>360</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, p. 5.

sus pacientes para partos más gratificantes y llevaderos. Aunque algunos de aquellos «tocólogos prestigiosos», cuyos nombres de Cárcer se reserva, desconfiaban de la eficacia del método, finalmente le acordaron un «margen de confianza» sin el cual de Cárcer no habría logrado preparar, siquiera dos años después de su inmersión en la aventura del parto sin dolor, a 250 mujeres<sup>361</sup>.

A partir de ahí, el negocio pudo seguir creciendo y en 1959 Aguirre de Cárcer abrió la Clínica Maternal Nuevo Parque, seguramente una de las instituciones privadas más lujosas del país para dar a luz a finales de los años 1950. En realidad, la clínica se proyectó sobre las reformas de ampliación que de Cárcer había iniciado en su hotel particular de la Avenida de la Moncloa para transformarlo en un centro de recuperación funcional: un par de retoques bastaron para convertir el palacete en una clínica exclusiva donde atender a madres y retoños de la burguesía madrileña<sup>362</sup>.

Habiendo así ampliado las fronteras materiales de su práctica, de Cárcer pudo dedicarse a seguir ensanchando sus fundamentos teóricos. En el transcurso de los años 1960, de Cárcer se formó en hipnosis en los Laboratorios Carlo Erba y Pfizer e incorporó las enseñanzas de Alfonso Caycedo, un psiquiatra colombiano afincado en Madrid y conocido como el creador de la sofrología. Como veremos más adelante, la sofrología es una disciplina dedicada a estudiar los estados de conciencia y cuyas técnicas, derivadas de la hipnosis y de ciertas prácticas orientales, se usan aún hoy en muchos ámbitos de la medicina con fines anestésicos. De Cárcer y Caycedo reestructuraron el método de preparación al parto que el primero venía practicando desde hacía tiempo y le dieron el nombre de «Educación Maternal por Sofropedagogía Obstétrica», aunque en la literatura el método suele aparecer abreviado como Educación Maternal (EM).

Además, el preparador madrileño se licenció en psicología, finalizó un psicoanálisis y durante siete años se formó en medicina psicosomática en un «Grupo Balint»<sup>363</sup> con Juan Rof Carballo, el fundador de la disciplina en España<sup>364</sup>. Bajo estas nuevas perspectivas, de Cárcer abandonó progresivamente el término «psicoprofilaxis» para denominar su propio sistema, asumiendo que la preparación debía servir, esencialmente, para ayudar a la mujer a alcanzar su madurez sexual, reconciliarla con su pasado y con su feminidad, y prevenir la

---

<sup>361</sup> *Ibid.*

<sup>362</sup> Los planos del hotel antes y después de la reforma se encuentran en *Proyecto por adaptación a Clínica de Maternidad*. Exp. 520/57/20368. (sec-50-173-16), Archivo de la Villa, Madrid. Una de las publicaciones del médico contiene fotografías del interior: Álvaro Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto*, Tipografía Flórez, Madrid, 1959, opúsculo «Modelo de clínica para gestantes preparadas», entre las pp. 88-89.

<sup>363</sup> Los Grupos Balint son encuentros de profesionales sanitarios coordinados por un psicoterapeuta o psicoanalista que instruye a los participantes sobre la importancia de las dimensiones afectiva y comunicacional en las relaciones médico-paciente. En particular, los grupos exploran las reacciones subjetivas del médico ante su labor diaria –lo que en términos psicoanalíticos se denomina contratransferencia– con el fin de mejorar la terapia específica del paciente. Los grupos Balint surgieron como iniciativa del psicoanalista y bioquímico inglés de origen húngaro Michael Balint a mediados del siglo XX.

<sup>364</sup> «Méritos Profesionales», 1984, y «Currículum», 1984. (EEEM)

influencia nefasta que las madres desequilibradas podían ejercer sobre sus hijos recién nacidos y, con ellos, sobre la nación entera.

Rof Carballo ya sostenía esta tesis en los años 1950, y su continuidad con las exigencias de la maternología es fácilmente apreciable. La idea de «la madre como destino» y de la medicina psicosomática, la maternología o la preparación al parto como agentes de una profilaxis social eran más vigentes que nunca en la España del reformismo sanitario de los años 1960<sup>365</sup>. Prueba de ello fue la construcción de la maternidad de la Ciudad Sanitaria La Paz, en Madrid, cuyo imponente diseño, como vimos, imitaba la Torre Balilla italiana y pretendía dar la imagen de un régimen preocupado por la justicia social, de la que la madre y el hijo eran sus símbolos más emblemáticos<sup>366</sup>.

La mutación conceptual que operó de Cárcer en esta época, alegando preparar a las mujeres no ya solo para el parto, sino para toda su maternidad, resultó ser tan providencial como sus contactos: de algún modo que ninguna fuente específica, de Cárcer consiguió ser designado jefe de Servicio de Educación Maternal en la maternidad de La Paz desde su inauguración en 1965, consagrándose por tanto como el primer preparador activo en un centro financiado por la Seguridad Social, y el más grande de España. Como dijo José Antonio Usandizaga, director de la maternidad durante varias décadas, de Cárcer era un profesional diferente pero sin duda estaba bien apadrinado, pues «lo pusieron en La Paz, entonces símbolo»<sup>367</sup>. Cabe preguntarse si el «lo pusieron» lo implica también a él, pues Usandizaga, actualmente salpicado por el escándalo de los bebés robados, formaba parte del Opus Dei como algunas personas cercanas a de Cárcer y también como, casualmente, el entonces delegado general del Instituto Nacional de Previsión, José María Guerra Zunzunegui, encargado de surtir el nuevo centro asistencial de personal cualificado.

Aunque resulta imposible demostrar que Zunzunegui concediera un trato de favor a Álvaro Aguirre de Cárcer nombrándolo preparador en La Paz, los Guerra Zunzunegui y los Aguirre de Cárcer estaban en todo caso vinculados vía los Luca de Tena, formando quizá un triángulo de virtuoso nepotismo: el hermano del delegado general del INP, Juan Carlos Guerra Zunzunegui, estaba casado con una nieta de Torcuato Luca de Tena, fundador del diario ABC. La prima de esta, Esperanza Luca de Tena y Brunet, ya había escrito en 1956 un artículo sobre el parto sin dolor<sup>368</sup> y conocía probablemente la preparación

---

<sup>365</sup> Véase la breve entrevista a Rof Carballo, «La mujer juega un papel decisivo en la medicina psicosomática», *Teresa*, n.º 4, vol. I, abril de 1954. En la entrevista, Carballo sostenía que «si se pudiese enseñar a las futuras madres a adoptar una actitud más justa para con sus hijos se crearía una humanidad más feliz». El médico español tomaba prestada la expresión «la madre como destino» de la obra *Die Große Mutter (La gran madre)* del psicoterapeuta germano-israelí Erich Neumann (1954). Para una contextualización histórica de la obra del médico gallego véase Consuelo Martínez Priego, *Neurociencia y afectividad. La psicología de Juan Rof Carballo*, Erasmus, Barcelona, 2012.

<sup>366</sup> Véase *Introducción*, «Contextualización histórica».

<sup>367</sup> Entrevista a José Antonio Usandizaga, diciembre de 2015, Madrid.

<sup>368</sup> Véase *Genealogía*, 1. 3. Esperanza Luca de Tena y Brunet era nieta de Torcuato por vía paterna (siendo hija de Juan Ignacio Luca de Tena y García de Torres), mientras que su prima, también llamada Esperanza,

ofertada por Aguirre de Cárcer, tanto más cuanto su hermano el escritor y periodista Torcuato Luca de Tena y Brunet había sido compañero de promoción del hermano menor de Aguirre de Cárcer, el diplomático Nuño Aguirre de Cárcer, en el Colegio del Pilar<sup>369</sup>. En esta red de personajes de la burguesía y la aristocracia católica madrileñas, la información, los consejos y los contactos – cuando no los favores– circulaban, plausiblemente, con discreción y eficacia.

Fuese como fuere, Aguirre de Cárcer monopolizaba, tras la designación en La Paz, buena parte del mercado madrileño de preparación al parto. Además de preparar gratuitamente a las gestantes de la Seguridad Social, con una gran afluencia, de Cárcer mantuvo sus clínicas en la Avenida de la Moncloa y las calles Modesto Lafuente y Ríos Rosas. En 1974 realizó sus tesis doctoral bajo la supervisión de José Antonio Usandizaga, un estudio completo sobre la influencia de la personalidad en el desarrollo del parto<sup>370</sup>. Ya en los años 1980, de Cárcer lanzó también la moda de la haptonomía en obstetricia, afianzándose como el precursor de esta técnica en España. Además de acumular gran cantidad de méritos a lo largo de su carrera<sup>371</sup>, de Cárcer fue un personaje muy mediático, aparecía a menudo en prensa y televisión y realizó varias giras por el mundo para difundir su programa de Educación Maternal (EM en adelante)<sup>372</sup>.

Tan solo dos años después de iniciarse como preparador obstétrico, Aguirre de Cárcer pronunciaba en la Sociedad Ginecológica de Madrid un discurso en el que se describía a sí mismo, retrospectivamente, como un ser predestinado a triunfar en la empresa del parto sin dolor: tenía una buena base en obstetricia, dominaba la relajación y la gimnasia respiratoria gracias a su especialidad en rehabilitación, poseía conocimientos y dotes como psicólogo y

---

de apellido Fagalde y Luca de Tena, lo era por vía materna (siendo hija de M<sup>a</sup> del Pilar Luca de Tena y García de Torres).

<sup>369</sup> Torcuato y Nuño fueron compañeros de la promoción 1930-1941. Puede consultarse a través del perfil de Nuño en el proyecto sociohistórico online *Quién Manda*: <https://quienmanda.es/people/nuno-aguirre-de-carcer-y-lopez-de-sagredo>

<sup>370</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, *Estudio de la personalidad de la gestante: su repercusión sobre el comportamiento y la sensación dolorosa en el parto*, tesis presentada en la Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1974.

<sup>371</sup> Además de participar en una lista interminable de eventos, ser prolífico en publicaciones y haber patentado todas sus películas, Aguirre de Cárcer sacó cuatro plazas por oposición, una para la Marina Civil, otra como Director de Balnearios, una en la Beneficencia Municipal y otra en la Asistencia Pública Domiciliaria. Además, de Cárcer ejerció de Profesor Honorario en los cursos para postgraduados de la cátedra del Dr. Botella Llusía y fue profesor de psicopatología en la Universidad Complutense de Madrid. Igualmente, de Cárcer fue miembro del Instituto de Estudios Psicosomáticos y de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, Subdirector de la Escuela Internacional de Sofrología, y Vicepresidente de la Sociedad Internacional de Sofrología, así como fundador del Instituto Francés de Sofropedagogía Obstétrica y de la *Revista Española de Educación Maternal*, posteriormente denominada *Mujer y vida*. «Méritos Profesionales», *op. cit.*

<sup>372</sup> El fondo privado de Aguirre de Cárcer conserva gran cantidad de reportajes periodísticos sobre el preparador y grabaciones de todos los programas televisivos en los que hizo demostraciones sobre sofrología o haptonomía para embarazadas o en los que se le entrevistó a propósito de temas como el dolor, el feminismo, la tecnología médica o la familia. En cuanto a su proyección internacional, además del reconocimiento que obtuvo en Francia, de Cárcer visitó otros muchos países, especialmente de América Latina, para promocionar su método. Véase por ejemplo el resumen de una de sus giras a mediados de los 1970 en «Dos médicos españoles recorren países en pro técnica de Educación Maternal», *El Mundo*, 24 de agosto de 1974.

además, por ser egipcio de nacimiento, hablaba perfectamente el francés, herramienta esencial para estudiar las aportaciones francófonas a la psicoprofilaxis<sup>373</sup>. Esta seguridad y confianza en sí mismo, junto a su facilidad para seguir las últimas tendencias en lo que al cuerpo y la salud se refiere sin desestabilizar las ideas dominantes en la época sobre la mujer, la reproducción o el orden social, aseguraron a de Cárcer una acogida sin conflictos. Su posición social privilegiada, por otro lado, apuntaló esta inercia favorable y le permitió conducirse como un auténtico emprendedor de la preparación al parto en España.

### 3. 2. Redes clientelares

La difusión del parto sin dolor fue, para Álvaro Aguirre de Cárcer como para sus contemporáneos, una misión más que una cruzada. No hubo grandes enfrentamientos ni conversiones forzadas, sino la obstinación de convencer a un pueblo engañado, de modificar su relación con una esfera trascendente de la vida humana –el nacimiento– y de dirigir sus costumbres por la senda de una cierta moralidad. Por eso no es de extrañar que la labor de figuras como Aguirre de Cárcer refleje, independientemente de su vinculación de facto con el Opus Dei, uno de los principios básicos que asumen sus fieles, que es:

«la santificación del propio trabajo profesional ordinario, al que con el ejemplo y las palabras ponen mucho empeño en convertir en instrumento de apostolado, alcanzando cada uno la propia esfera de acción, en la medida que reclaman su propia cultura y aptitud, y sabiendo que él debe ser como el fermento oculto en la masa de la sociedad humana; del mismo modo, que también se santifiquen ellos mismos, fieles de Cristo, en el perfecto cumplimiento de este trabajo, realizado por entero en constante unión con Dios; y que, además, por el mismo trabajo, santifiquen a otros»<sup>374</sup>.

En efecto, el tipo de preparación al parto promulgado por Aguirre de Cárcer adquirió el tono de una gran obra maternal, y ello tanto por sus proporciones considerables como por sus elevadas miras. La EM pretendía –de nuevo como se exige a cualquier acólito del Opus– «tutelar la dignidad de la persona humana»<sup>375</sup>, cosa que ninguna mujer podía alcanzar sin antes pasar por un cursillo al precio de 4.000 pesetas<sup>376</sup>. Y la EM también buscaba contribuir al

---

<sup>373</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, op. cit., pp. 3-4.

<sup>374</sup> Matilde Rovira Soler (trad.), *Los estatutos secretos del Opus Dei*, Tiempo, Madrid, 1986, p. 9.

<sup>375</sup> *Ibid.*, p. 59.

<sup>376</sup> En un documento sin fecha de la Escuela Española de EM se estipula que el precio del curso para primíparas era de 4.000 pesetas con lecciones de puericultura incluidas, y de 3.500 pesetas para multíparas (sin incluir la puericultura). «Información curso». (EEEM).



«progreso de la sociedad»<sup>377</sup>, pues su fundador suponía que las mujeres contemporáneas, dejadas a su libre albedrío, declararían una huelga reproductiva arriesgando la continuación de la especie y la paz familiar.

Ahora bien, más allá de profesar esta ideología de la dedicación profesional, de Cárcer entendía que la preparación al parto conformaba un nuevo nicho asistencial y, como tal, requería de una buena administración financiera y de campañas publicitarias contundentes. De este modo, la gestión que hizo de la EM, encaminada a difundir sus preceptos, supuso en poco tiempo privatizarlos. En muchos aspectos, de hecho, la expansión de la EM carceriana se asemeja al proceso de consolidación de la sofrología que llevó a cabo su mentor, Alfonso Caycedo, y para el cual este necesitó valerse, como observa Ángel González de Pablo, de campañas divulgativas, redes institucionales de apoyo y cierta «mercadotecnia»<sup>378</sup>.

Este apartado del capítulo pone el foco en las diversas estrategias que Aguirre de Cárcer desplegó para la consolidación y el manejo de su grupo profesional. En cierta medida el análisis prosigue alguna de las hipótesis planteadas en la sección anterior, como la de la ventaja comparativa que implicaban –respecto a otros profesionales de la preparación al parto– los recursos económicos del noble madrileño. El texto también esboza una cronología simple del desarrollo institucional de la EM carceriana, desde su rápida declaración de independencia hasta su reconocimiento como asignatura universitaria, planteando algunos de los movimientos que hicieron posible conseguir dicha expansión.

Aguirre de Cárcer comenzó a emplear el término de «Educación Maternal» ya en los años 1960, cuando introdujo en su sistema ejercicios de relajación y terminología propia de la escuela sofrológica de Caycedo, pero el joven médico llevaba gestando la idea de que su método era único –ni psicoprofilaxis ni parto natural– desde finales de la década anterior. En su intervención ante la Sociedad Ginecológica de Madrid en 1957, de Cárcer confesaba con pretendida modestia no haber querido, al principio, «caer en el error» de considerar su forma de trabajar como un sistema propio, a pesar de las ligeras modificaciones que su preparación conllevaba respecto a la psicoprofilaxis francesa<sup>379</sup>. Sin embargo, admitía el ponente, a medida que su experiencia iba siendo cada vez mayor el método evidenciaba características cada vez más definidas. En un claro argumento de autoridad, de Cárcer acusaba a otro –«un tocólogo muy conocido

---

<sup>377</sup> Rovira Soler, *Los estatutos secretos*, op. cit., p. 59.

<sup>378</sup> Ángel González de Pablo, «Las nuevas ciencias del espíritu del siglo XX: la aparición de la sofrología en España a inicios del segundo franquismo», *Culturales Psi*, 6, 2016, p. 113. Para un análisis detallado de cómo Alfonso Caycedo llevó a cabo la difusión de la sofrología, especialmente con la ayuda de sus seguidores odontólogos, véanse las pp. 107-113 del artículo.

<sup>379</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, op. cit., p. 5.

de Madrid»– de haber sido el primero en reconocer la madurez de su sistema en una crítica a la segunda edición de su manual<sup>380</sup>. Es decir: ¡en 1956! Un año apenas había bastado para que el pollito volara del nido y, en su presentación, de Cárcer ya afirmaba sin pudor estar en proceso de conseguir «un criterio unificado» para la práctica de la preparación al parto en España<sup>381</sup>.

La rapidez con la que de Cárcer se declaraba formalmente emancipado de sus múltiples maestros, así como su autorretrato de candidato ideal para liderar la preparación al parto en España, revelan una visión teleológica de los acontecimientos que, además de reafirmar al propio de Cárcer en el valor de su empeño, permitía captar fácilmente el interés del público en general. Consuelo Ruiz Vélez-Frías, en particular, también había recurrido a (o había sido presa de) la idea de la predestinación como elemento narrativo, pero a diferencia de esta, de Cárcer disponía de los medios necesarios para hacerla realidad.

Para empezar, la solvencia de los Aguirre de Cárcer permitió al joven médico contar no solo con –al menos– tres centros asistenciales propios, como hemos señalado antes, sino también con recursos para autoeditar sus libros, películas y *cassettes* e incluso con capital para invertir en distintas instituciones. Así por ejemplo, el Instituto Obstétrico de Medicina Reeducativa, del que él era el principal accionista, tenía sede en su domicilio personal y poseía en 1960 un capital de 7 millones de pesetas<sup>382</sup>. Asimismo, entre finales de los años 1960 y principios de los 1980 de Cárcer creó una fundación a su nombre, destinada a «promover y desarrollar el estudio y la difusión de las técnicas y la enseñanza de la Educación Maternal» y a la cual el célebre preparador inyectó un capital inicial de un millón de pesetas<sup>383</sup>.

En segundo lugar, Aguirre de Cárcer también mostró gran capacidad para activar y mantener un engranaje burocrático que certificara su crecimiento. Lo que empezó como un voto de confianza de la élite médica madrileña, la cual cedió parte de su clientela a de Cárcer casi a modo de experimento, pronto constituyó un sistema reglado de adhesión a la escuela carceriana de EM. Al principio, los tocólogos y matronas que se formaron con él desde 1957 habían comenzado a difundir la preparación psico-física de Aguirre de Cárcer de forma espontánea. No obstante, cuando el médico preparador patentó su sistema como «método Aguirre de Cárcer» o EM, en un momento indefinido a principios de los años 1960, la difusión pasó de operar solo entre particulares a realizarse también a través de centros e instituciones sanitarias varias.

Los archivos privados del preparador conservan centenares de contratos de adhesión que implican tanto a profesionales particulares como a centros

---

<sup>380</sup> *Ibid.*

<sup>381</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>382</sup> «Accionistas Instituto Obstétrico de Medicina Reeducativa», 1970. (EEEM). El tocólogo Ángel Sopena también figura como accionista del Instituto, que quedó disuelto en el año 1970.

<sup>383</sup> «La Fundación Doctor Aguirre de Cárcer». (EEEM).

sanitarios procedentes de casi todas las provincias de España. Mediante dichos contratos, el centro o profesional adherido se comprometía a aceptar «sugerencias e indicaciones» por parte de la dirección de la Escuela, así como a cumplir con «la estricta aplicación del método Aguirre de Cárcer», en cuyo defecto el preparador podía romper el contrato, retirar el material entregado y emprender «las acciones legales pertinentes»<sup>384</sup>.

La expansión exponencial que conoció en la primera década la empresa carceriana queda reflejada en algunas cifras: si en 1956, por ejemplo, de Cárcer preparó a 220 clientas de 25 tocólogos distintos, en 1967 ya eran 1.432 las mujeres procedentes de 132 especialistas<sup>385</sup>. El crecimiento de su actividad se refiere aquí tan solo a su negocio privado. En La Paz y sus centros adjuntos de Cárcer preparó a 5.398 gestantes entre los años 1965 y 1970<sup>386</sup>. Durante el lustro siguiente, de Cárcer preparó a 36.300 alumnas, lo cual constituye un aumento de más del 600%<sup>387</sup>. Más adelante, y entre los centros públicos y otras instituciones adheridas a su escuela, de Cárcer afirmaba que unas 100.000 mujeres se prepararon con su método en el año 1985<sup>388</sup>.

A mediados de la década de los 1970, la escuela española de EM empezó una batalla por la oficialidad. Siguiendo la estela de un texto escrito antes de incorporarse a La Paz, donde de Cárcer exponía las razones por las que el Estado debía considerar una gestión pública de la preparación al parto, el preparador argumentaba ahora en un informe dirigido a la Seguridad Social que su Servicio de Educación Maternal exigía una reestructuración urgente. Los locales en los que el servicio se dividía eran inadecuados e insuficientes, y de Cárcer alegaba una saturación de la demanda que obligaba a muchas mujeres a desistir de realizar los cursos por falta de plazas<sup>389</sup>. El preparador solicitaba convertir la sede de La Paz en escuela de formación homologada, crear un nuevo centro y ampliar las funciones de los existentes, pudiendo preparar a gestantes que dieran a luz en localidades del Madrid periférico o en instituciones distintas a La Paz.

Ni corto ni perezoso, de Cárcer aducía ante las autoridades que la preparación al parto suponía un ahorro en las partidas de gasto relativas a la asistencia obstétrica, y adelantaba también un argumento para sacar rédito político de dicha inversión. «A nadie escapa la trascendencia política que supone

---

<sup>384</sup> «Contrato de adhesión». (EEEM).

<sup>385</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto*, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1969, pp. 172 y 289-290.

<sup>386</sup> José Antonio Usandizaga (dir.), *Maternidad. Memoria de Actividades (1965-1970)*, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, Ciudad Sanitaria La Paz, Hijos de E. Minuesa, Madrid, p. 159. Los centros adjuntos eran los ambulatorios Hermanos Aznar y García Noblejas, y para el año 1966 la Maternidad utilizó también provisionalmente las instalaciones del Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología de Madrid.

<sup>387</sup> José Antonio Usandizaga y José María Escalante (dirs.), *Maternidad. Memoria de Actividades (1971-1975)*, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Instituto Nacional de Previsión, Ciudad Sanitaria La Paz, Madrid, p. 193.

<sup>388</sup> «La labor de la escuela», p. 1. (EEEM).

<sup>389</sup> «Informe presentado a la Subdirección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social», p. 8. (EEEM).

la formación y educación del pueblo –en este caso de la mujer española– y por ende de las futuras generaciones», disertaba de Cárcer, «así como la repercusión internacional que significa la organización a nivel estatal de un programa de enseñanza sanitaria»<sup>390</sup>. De hecho, «numerosos médicos extranjeros» visitaban cada año el servicio de EM de La Paz, comentaba el preparador insinuando que dicha proyección internacional ya estaba en ciernes<sup>391</sup>. Por ello, sugería de Cárcer, «una de las contribuciones de la Seguridad Social Española al Año Internacional de la Mujer podría ser la Inauguración de este nuevo centro que se propone»<sup>392</sup>.

Durante la década siguiente, la escuela de EM empezó a lograr su objetivo. En 1981 la EM se constituía como especialidad en la Universidad de Medicina de Valencia bajo la cátedra del profesor Fernando María Bonilla-Musoles. Junto a la Universidad de Granada, la de Valencia era pionera en integrar la EM en el currículo, iniciando así el proceso de consolidación de la EM como disciplina universitaria<sup>393</sup>.

A pesar de ello, en una reunión de la asociación vinculada a la Fundación Aguirre de Cárcer, el preparador y presidente se mostraba preocupado porque la administración parecía decidida «a difundir la Educación Maternal de una forma masiva, lo que indudablemente supone un gran riesgo para su seriedad y eficacia»<sup>394</sup>. Según de Cárcer, esta decisión política iba aparejada a la creación de un sistema para la atención integral de la mujer y la subsiguiente reordenación del trabajo de las matronas, que en adelante deberían desempeñar tareas asistenciales y divulgativas en ámbitos como el domiciliario, el ambulatorio y el hospitalario.

Ya que el trabajo multitarea solo era realizable por «superdotadas» o, en su caso, seres polifacéticos y talentosos como él mismo, de Cárcer se reunió con el Subdirector de Asistencia Primaria de la Seguridad Social con la intención de evitar la previsible chapuza<sup>395</sup>. El preparador planteó entonces una solución pintoresca que el técnico del Estado ignoró completamente<sup>396</sup>, con lo que los miembros de la asociación reunidos en asamblea decidieron una segunda oferta: la Escuela de EM prestaría sus servicios solo a cambio de la oficialidad, del reconocimiento de «su carácter de utilidad pública» y de su consideración como

---

<sup>390</sup> *Ibid.*, p. 10.

<sup>391</sup> *Ibid.*

<sup>392</sup> *Ibid.* La Asamblea General de Naciones Unidas declaró el año 1975 Año Internacional de la Mujer.

<sup>393</sup> *Diario de Valencia*, 1981, 03/07/1981, p. 25.

<sup>394</sup> «Asistentes Asociación 23 y 24 de febrero 1985». (EEEM).

<sup>395</sup> *Ibid.*

<sup>396</sup> Según el acta de la reunión, de Cárcer propuso al funcionario dividir a las matronas según sus aptitudes y en base a tres funciones distintas: la de educadoras de las embarazadas, la de monitoras que ayudan en los partos y posteriormente supervisan la gimnasia de las púerperas, y por último la de vigilancia clínica de la madre y del niño durante el puerperio. En esta configuración, sorprendentemente, de Cárcer no aludía a la labor que ejercen las matronas en el seguimiento ginecológico de toda mujer ni a su capacidad para asistir partos.

«enseñanza experimental de formación profesional», o de lo contrario ningún centro estatal recibiría su material<sup>397</sup>.

Con o sin oficialidad de por medio, el servicio de EM de La Paz ya servía a mediados de los 1980 de «centro piloto» para la formación de profesionales y de «modelo» para los nuevos centros de EM de la Seguridad Social española<sup>398</sup>. Como reconocía de Cárcer en un resumen de la actividad de la escuela, quienes salían de La Paz cubrían la casi totalidad de las plazas de Jefes de Sección o de Médicos Adjuntos de EM de la Seguridad Social, así como de las plazas de dicha especialidad de centros que no pertenecían a la Seguridad Social pero tenían conciertos con ella. Asimismo, tan solo entre el año 1985 y los primeros meses de 1986, la escuela de EM había formado a 69 médicos, 145 matronas y 15 psicólogos entre los numerosos centros asociados, el servicio de La Paz y las clínicas privadas de Aguirre de Cárcer en Madrid<sup>399</sup>. Su ubicuidad era pues innegable.

En realidad, para lograr un crecimiento controlado y una fiel adhesión a su escuela, Aguirre de Cárcer recurrió a menudo a tácticas similares a aquella utilizada con la administración sanitaria. A través de su propia Fundación, por ejemplo, de Cárcer ejercía de mecenas de su propia obra. Sus aportaciones fueron decisivas para la divulgación de los preceptos de la EM a escala nacional, pues la Fundación suplía a los centros de material audiovisual propio y ajeno y financiaba parcialmente la adquisición del libro programático de la escuela y de aparatos de reproducción de cintas VHS. Asimismo, la Fundación se erigía en gestora de trámites legales frente a instituciones públicas y privadas con el fin de conseguir subvenciones, homologar los centros, captar redes clientelares, extender campañas divulgativas, vincularse a universidades y centros hospitalarios y crear oficialmente la figura remunerada de «Monitor comarcal de Educación Maternal»<sup>400</sup>.

En contrapartida, y aunque sobre el papel los centros asociados a la escuela de EM eran libres de usar su sello distintivo –el logotipo de un monigote con una cigüeña en los brazos–, de Cárcer les recordaba que *él* les hacía «publicidad gratuita» al incluir sus nombres y direcciones postales en 90 mil ejemplares de la revista de la escuela, en un millón de catálogos de la marca de ropa Prenatal, en 60 mil ejemplares de su libro *Preparación al parto* y en tantos otros que resultarían de su próxima publicación *Lecciones de Educación Maternal*<sup>401</sup>. Los centros recibirían este último libro, además, con un suculento

---

<sup>397</sup> *Ibid.*

<sup>398</sup> «*La labor de la escuela*», *op. cit.*, p. 5.

<sup>399</sup> *Ibid.*, p. 1. Otro documento que sintetiza los mismos argumentos, así como las firmas de numerosos profesionales adheridos al método carceriano, es «Oficialidad del diploma», Madrid, 20 de febrero de 1985. (EEEM).

<sup>400</sup> «Fundación Álvaro Aguirre de Cárcer», anexo al documento «Estatutos de la Fundación Doctor Aguirre de Cárcer», pp. 2-3 del documento anexo. (EEEM).

<sup>401</sup> «*Asistentes Asociación*», *op. cit.*

descuento del 80% siempre y cuando se comprometieran a entregar un ejemplar a cada alumna, cosa que según de Cárcer permitiría cohesionar y distinguir mejor a las gestantes preparadas con EM de las que seguían métodos alternativos. Por otro lado, la escuela cerraba filas acordando dificultar la vinculación de nuevos centros para evitar una «expansión masiva y una competencia desleal»<sup>402</sup>.

Como vemos, Aguirre de Cárcer no dudó en presionar a sus seguidores para cohesionar y fortalecer el alcance de la escuela. En una carta a un discípulo granadino en 1983 de Cárcer solicitaba su contribución para la revista *Mujer y vida* y marcaba claramente el enfoque que este debía darle al texto:

«Recuerda que eres jefe de Sección de EDUCACIÓN MATERNAL, por tanto menos PPO y más ayudar a la escuela española que realmente se está imponiendo en el mundo. ¿De acuerdo?. Sé que todo lo que hacéis es muy interesante y nos interesa a «todos», y «todos» somos 68 centros asociados y más de 150 profesionales asociados a nuestra escuela»<sup>403</sup>.

Por lo visto, este tipo de actitud fue también el que prevaleció en las relaciones que de Cárcer mantuvo con la AEPO, donde según un discípulo suyo «Aguirre apabullaba y Ángel Hernández Jiménez cedía, y al final se entendían para hacer algo»<sup>404</sup>. La AEPO había sido creada en mayo de 1978 a iniciativa de Hernández Jiménez y otros tres médicos madrileños, y su domicilio se fijó en la calle Don Ramón de la Cruz, en lo que constituía la residencia familiar y clínica privada de la familia Hernández-Malye. A diferencia de la rapidez y eficacia con la que de Cárcer ampliaba su infraestructura y su mercado privado, los miembros de la AEPO llevaban una década intentando registrarse formalmente como asociación, cosa que no lograron hasta que los Hernández-Malye adquirieron en propiedad su morada y la ofrecieron como sede asociativa<sup>405</sup>.

Por otro lado, la AEPO nacía con una vocación más interdisciplinar que la Sociedad Internacional, la cual establecía el título de obstetra-ginecólogo como criterio exclusivo de pertenencia y declaraba su vocación de reforzar la psicoprofilaxis en su modelo originario francés<sup>406</sup>. En España, dada la relevancia considerable que poseía la escuela carceriana de EM ya a finales de los 1970, este talante sectario habría resultado contraproducente. Así, la AEPO abrió sus puertas a todos los profesionales «afines a la psicoprofilaxis», por lo que Aguirre de Cárcer pudo ocupar el cargo de Vicepresidente de la asociación<sup>407</sup>.

---

<sup>402</sup> *Ibid.*

<sup>403</sup> «Carta al Doctor Cabrera, Jefe de Sección de Educación Maternal», Madrid, 4 de enero de 1983. (EEEM).

<sup>404</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15).

<sup>405</sup> Entrevista a Malye (5/4/17).

<sup>406</sup> Véase «Réunion de constitution», *op. cit.* p. 4 : «La société étant strictement réservée aux accoucheurs...».

<sup>407</sup> *Estatutos de la Asociación Española de Psicoprofilaxis Obstétrica*, Madrid, a 27 de mayo de 1978. cap. I, p. 1. El cargo de Aguirre de Cárcer figura en otros documentos como *Junta de la Asociación Española de Psicoprofilaxis Obstétrica*, ambos del fondo CM-HJ.

Aunque la AEPO aspiraba a extender su influencia en el medio rural, el ámbito universitario y académico, la Seguridad Social y el gremio de las matronas, su alcance es incomparable al que pudo tener la EM de Aguirre de Cárcer. En relación a las matronas, por ejemplo, no existía ningún mecanismo que certificase el bagaje en psicoprofilaxis de estas profesionales, mientras que la escuela de EM sí poseía una formación reglada y continua y un procedimiento de acreditación en varios niveles por el que se otorgaba un diploma a los y las aspirantes<sup>408</sup>.

La posición influyente de Aguirre de Cárcer, además, hizo que la AEPO fuera, en sus escasos veinte años de vida, una entidad en ciertos puntos dependiente del educador maternal. En una reunión de la Junta Directiva a mediados de los 1980, por ejemplo, la AEPO designaba a de Cárcer para procurar unos locales adecuados de cara al próximo encuentro, una tarea que requería contactar con el Colegio de Médicos y varios laboratorios<sup>409</sup>. Y nadie mejor que el reputado preparador, con su facilidad para las negociaciones y su fructífera lista de contactos, para llevarla a cabo con éxito.

Mediante artes empresariales y recordando constantemente a sus asociados las obligaciones que se derivaban de cobijarse bajo su estrellato, de Cárcer logró sin duda apuntalar una empresa que ya venía cimentada en sólidos y generosos pilares. Además de la trascendencia social que de Cárcer veía en su trabajo, el preparador supo administrarlo con mentalidad de estratega: la cohesión de sus bases era un requisito básico para «conseguir objetivos cada vez más ambiciosos»<sup>410</sup>. Y aunque a veces el líder de campaña se adentraba en terrenos que no eran del todo suyos, como el de la AEPO, de Cárcer no mostraba reparo en criticar dicha institución a sus espaldas, alegando ante sus seguidores que se trataba de un ejemplo a no seguir pues en el modesto grupo psicoprofiláctico no existía al parecer «la menor compenetración entre sus asociados»<sup>411</sup>. Desde luego, con participantes como él, que apostaban por la psicoprofilaxis solo a medias y cuya labor eclipsaba los esfuerzos del resto para promulgar el método de origen soviético, los días de la AEPO estaban contados.

Con todo, los recursos materiales del preparador, sus dotes para autopublicitarse y su tenacidad para negociar siempre mejores condiciones para su empresa determinaron el éxito de sus propuestas frente a otras aproximaciones de la preparación al parto. Por estos motivos, cuando la Seguridad Social empezó a plantearse sistematizar la preparación al parto en sus establecimientos en los años 1980, el método Aguirre de Cárcer era ya de facto el

---

<sup>408</sup> «Documento para centros de Educación Maternal». (EEEM)

<sup>409</sup> Reunión de la Junta Directiva de Asociación Española de Psicoprofilaxis Obstétrica, Madrid, 2 de febrero de 1985. La AEPO se disolvió en 1998. (CM-HJ).

<sup>410</sup> «Asistentes Asociación», *op. cit.*

<sup>411</sup> *Ibid.*

modelo dominante en España, y empezaba de hecho a practicarse en otros lugares como Tours, Poitiers, Miami o Sacramento<sup>412</sup>.

A pesar de las favorables condiciones de partida con las que de Cárcer jugó sus cartas en la difusión de la preparación al parto, este médico polifacético supo acertar en el mensaje que lanzó a la sociedad española de la época y en el tipo de comunicación que permitiría incrustar dicho mensaje más hondo en las conciencias. En concreto, Aguirre de Cárcer hizo de las embarazadas madres y de la preparación al parto un mecanismo identitario basado en el consumo, como demuestra la colaboración constante de su escuela con empresas de productos de puericultura o, por ejemplo, con la marca de ropa Prenatal. Sin duda, la estética idealizada de la maternidad y la crianza derivada de esta colaboración permitió al preparador vehicular los preceptos higienistas de su sistema con mayor eficacia, pues estos quedaban de algún modo incorporados a la imagen de madres dando el biberón o de flamantes embarazadas marchando por la calle. De este modo, la dimensión comercial y consumista de la EM facilitó la materialización del proyecto político y moral cuyas características principales presento a continuación.

### 3. 3. El giro carceriano

De algún modo todos somos, en España, súbditos del parto sin dolor. Y no de un modo figurado, sino literal. Felipe Juan Pablo Alfonso de Todos los Santos de Borbón y Grecia, actual rey de España, nació en la madrileña Clínica Nuestra Señora de Loreto del mismo modo en que lo hicieron sus hermanas previamente. Doña Sofía se había preparado para el parto de todos sus vástagos bajo la supervisión del ginecólogo que asistió los alumbramientos: Manuel María Mendizábal y Amézaga, actualmente también manchado –como tantos otros ginecólogos de la élite del régimen– por el escándalo de los *bebés robados*<sup>413</sup>. De hecho, la infanta Elena no solo fue el primer bebé real en nacer en una clínica española, sino también el primero en venir al mundo ayudado por algún método de preparación al parto, aunque las fuentes no especifican cuál<sup>414</sup>. Este hecho confirma que, aunque minoritaria, la preparación al parto se había consolidado ya en los años 1960 como un «signo de modernidad y buen sentido»<sup>415</sup>.

---

<sup>412</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, *Preparación a la maternidad*, Morata, Madrid, 1989, p. 167.

<sup>413</sup> José Apezarena y Carmen Castilla, *Así es el príncipe, vida del futuro rey de España*, Rialp, Madrid, 1993, p. 27. Mendizábal fue Director de Maternología Nacional en la Casa de la Madre del Auxilio Social (Calle Goya, 120).

<sup>414</sup> Una biografía de Doña Sofía se limita a señalar que la reina se preparó al parto sin dolor. Pilar Eyre, *La soledad de la reina*, La Esfera de los libros, Madrid, 2012, pp. 407-413. Para las alusiones a los partos de Cristina y Felipe véanse las páginas 429 y 444, respectivamente.

<sup>415</sup> Jaime Peñafiel, *Reinas y princesas sufridoras*, Grijalbo, Barcelona, 2015, p. 45.



Este concepto de la educación prenatal contrasta sin duda con las historias referidas por muchos profesionales sobre la resistencia, la desconfianza y la oposición del público ante la novedad obstétrica. En ámbitos rurales como Linares, en Jaén, llegaron incluso a circular rumores y supersticiones sobre el parto sin dolor en los primeros años tras su importación. Como relataba uno de sus promotores en dicha localidad, «se decía que poníamos a las mujeres totalmente desnudas; que les poníamos una inyección en la oreja; que no tendrían leche para amamantar a sus pequeñuelos; que era ir contra la religión, etc.»<sup>416</sup>.

En el transcurso de una década, no obstante, comentarios como este quedarían fuera de lugar y, si la preparación al parto no constituyó nunca un imperativo médico como la vacunación o la asepsia, entrenarse para ser madre fue enseguida percibido por la población como un gesto útil, razonable e inocuo. Los motivos de esta rápida asimilación son diversos, pero puede afirmarse que en España el veredicto vaticano tuvo una repercusión considerable. Como ya hemos dicho, Pío XII resituó a nivel teológico el problema al enmarcar la cuestión del parto en la lógica penitente de la maternidad cristiana. Un giro muy simple que permitía perpetuar viejas concepciones del cuerpo y la feminidad, e integrar técnicas nuevas para controlarlos. Tal vez fue la religiosidad confesa de Aguirre de Cárcer –o sencillamente su buen tino para los negocios– lo que lo llevó a adecuar el objetivo de su método al paradigma que el Papa había abierto con su alocución<sup>417</sup>.

El apartado final del capítulo examina el planteamiento conservador de la escuela de preparación al parto de Aguirre de Cárcer retomando en primer lugar la interpretación que hizo Pío XII sobre el parto sin dolor en 1956. El objetivo es mostrar que la argumentación que permitió a de Cárcer patentar su propia marca fue una aplicación literal del mensaje transmitido por el Papa cuando este convocó a los fieles a rentabilizar el potencial moralizador de la preparación al parto. Después de considerar así la supuesta originalidad del enfoque carceriano, el texto toma como contraejemplo las críticas de Lidia Falcón al movimiento del parto sin dolor y recurre a algunos documentos inéditos del fondo privado del preparador para situar la postura de este en lo relacionado a la emancipación de la mujer. Si es posible entender el programa pedagógico de Aguirre de Cárcer como un medio de dominación masculina desde sus mismos orígenes, el análisis que cierra el capítulo pretende enmarcar sus desarrollos tardíos como una respuesta concreta al despertar feminista que vivió España durante la transición.

---

<sup>416</sup> Gabriel Sagra Cátedra, «Comunicación sobre parto sin dolor. Sistema psico-profiláctico», *Medicamenta*, año XVI, n.º 318, 1958, p. 73.

<sup>417</sup> El médico reeducador reconoce su fe católica en *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, p. 12.

Uno de los primeros «logros» de la educación maternal carceriana fue el de re-politizar la preparación al parto. Un gesto que en primer lugar pasaba, justamente, por negar la conflictividad política inherente a esta práctica y por denostar algunas de las teorías que la sustentaban con motivo de su procedencia histórica. Pero como el feminismo y la epistemología de la ciencia llevan décadas enseñando, la pretensión de neutralidad ya es en sí mismo un signo sospechoso. Álvaro Aguirre de Cárcer aludía a menudo a la faceta soviética y comunista del parto sin dolor con cierto desdén, y en varias ocasiones trató de disipar la polémica religiosa sobre el tema<sup>418</sup>. Según el preparador, la condena bíblica de la mujer denotaba sencillamente un error de traducción, pues donde el original en arameo decía «esfuerzo» o «trabajo» para referirse al parto, la versión latina del Génesis sentenciaba el dolor<sup>419</sup>.

Quizás por ello Pío XII se abstuvo en su comparecencia de hacer una interpretación literal del texto bíblico, a cuyas palabras, decía, no había que buscar «escapatoria»: como vimos, estas funcionaban como metáfora del sufrimiento, en un sentido amplio, inherente a la maternidad<sup>420</sup>. En el marco cristiano que el Papa esbozó en su discurso sobre el parto sin dolor, la maternidad constituía tanto un don o regalo divino como el medio que usaba Dios para castigar a las mujeres por su ancestral tendencia al pecado. Pero Pío XII alegaba que la modalidad de dicho castigo –angustia moral o padecimiento físico–, «la Escritura no lo dice»<sup>421</sup>. De esta forma, pues, el «parirás a tus hijos con dolor» podía y debía entenderse no tanto como una prescripción divina cuanto como una alegoría abierta del rol materno en general. El parto podía o no doler, y la mujer era tan libre de buscar alivio en este trance como el hombre de ganarse el pan «sin el sudor de su frente» gracias al progreso científico y técnico<sup>422</sup>; el castigo divino, en todos los casos, seguía siendo tan vigente como intangible.

La exégesis bíblica que Pío XII realizó el 8 de enero de 1956 buscaba reforzar la posición de la Iglesia en el frente sangrante de la espiritualidad moderna. Para el Papa y otros miembros de la comunidad católica como Aguirre de Cárcer o Jesús H. Álvarez y Antonio Díez Blanco, el discurso de la psicoprofilaxis obstétrica conllevaba una negación implícita de la existencia de Dios. Según su perspectiva, los científicos «materialistas» autores del método pretendían demostrar que el dolor obstétrico no derivaba de ninguna necesidad natural o divina, sino de un artefacto cultural incrustado en la percepción social

---

<sup>418</sup> En su primer libro, Aguirre de Cárcer se mofaba del uso propagandístico que la URSS hacía del método y trataba de tranquilizar a sus lectores respecto de la posición de la Iglesia. Para ello, de Cárcer aludía a una alocución papal de 1951 sobre el tema de la anestesia en medicina y a algunas publicaciones de Pío XII (de ese mismo año y de 1953) como pruebas del beneplácito vaticano hacia el parto sin dolor. Álvaro Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor (sistema psico-profiláctico)*, Tipografía Flórez, Madrid, 1955, p. 9 y 92 respectivamente.

<sup>419</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, *Lecciones de Educación Maternal*, Gráficas Vergara, Madrid, 1979, p. 14.

<sup>420</sup> Muñoyerro, *op. cit.*, p. 333.

<sup>421</sup> *Ibid.*

<sup>422</sup> *Ibid.* Véase también Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*

del nacimiento<sup>423</sup>. Ello los llevaría a afirmar que la condena del Génesis a las parturientas era un engaño y que, por tanto, el propio Génesis lo era también, pues el error cometido en la cuestión del parto refutaba la supuesta infalibilidad del texto sagrado<sup>424</sup>.

En su intervención ante la Sociedad Ginecológica de Madrid en 1957, el propio de Cárcer llamaba a no olvidar la «advertencia de Su Santidad» y trataba de disuadir a sus oyentes de «insistir en que las palabras bíblicas “parirás con dolor” han sido el punto de partida del reflejo condicionado “contracción-dolor”», puesto que ello, decía el joven médico, «resulta peligroso»<sup>425</sup>. En efecto, Pío XII recordó en su comparecencia que aun cuando la explicación pavloviana del dolor fuese del todo cierta –cosa que él dudaba en varios puntos del discurso–, ello no implicaba que la ideología materialista lo fuera también, pues «los criterios de la verdad», decía, «son otros»<sup>426</sup>.

En otras palabras, la objetividad científica y la teológica eran inconmensurables, y el dogma cristiano quedaba por tanto blindado ante la hipótesis psicoprofiláctica. A pesar de esta conclusión tranquilizadora, fieles como Aguirre de Cárcer captaron el mensaje implícito en la intervención papal: a saber, que más valía prevenir que lamentar, y que la mejor forma de evitar falsas deducciones derivadas del nuevo método era sin duda practicar una forma de apostolado médico o, como la llamó Pío XII, de «obstetricia cristiana»<sup>427</sup>.

El mejor antídoto contra el virus del ateísmo no era entonces la guerra retórica, sino imbuir de significado cristiano la moda potencialmente pagana del parto psicoprofiláctico. Y por supuesto, el Papa ofreció en su alocución un ejemplo de cómo llevar a cabo dicho proceso de resignificación. En tanto que procedimiento para atenuar el dolor obstétrico, comentaba el pontífice, la preparación prenatal servía también, y *principalmente*, para exaltar la función maternal en la mujer moderna. Los cursillos, por ejemplo, no debían dejar de conceptualizar la procreación como la misión más trascendental de la mujer en la Tierra, una idea que, independientemente del consejo papal, prevalecía en la mayoría de modelos de preparación al parto de la época.

Pero además, decía Pío XII, la educación prenatal ayudaba a la mujer a plegarse ante dicho mandato porque en realidad todos los métodos –y la psicoprofilaxis no escapaba a esta lectura– entrañaban una suerte de praxis religiosa. En efecto, tanto el método de origen soviético como el parto sin temor readiano sumían a la embarazada en un trabajo sobre sí misma de varios meses de duración y cuyos elementos más destacables –pedagógico, psicoterapéutico,

---

<sup>423</sup> Muñoyerro, *op. cit.*, p. 332.

<sup>424</sup> A pesar de las acusaciones del gremio religioso, no he encontrado en las fuentes consultadas para esta tesis ningún ejemplo de este razonamiento entre los actores de la psicoprofilaxis.

<sup>425</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, p. 12.

<sup>426</sup> Muñoyerro, *op. cit.*, p. 332. Pío XII deja entre paréntesis la cuestión de la veracidad de la teoría psicoprofiláctica del dolor del parto en varias ocasiones. Véase, por ejemplo, en la obra citada, las páginas 323-324, 329 y 330.

<sup>427</sup> *Ibid.*, p. 334.

higiénico y gimnástico– eran, según Pío XII, «conformes a la voluntad del Creador». Como en cualquier rito ascético, pues, la preparación conllevaba formas canónicas de estudio y aprendizaje –«la enseñanza dada sobre la obra de la Naturaleza en el parto» –, examen y ejercicios de conciencia –«la corrección de la interpretación falsa de las sensaciones orgánicas y la invitación a corregirlas, la influencia ejercida para hacer desaparecer la angustia y el temor infundados»– , privación voluntaria del deseo y ejercicios disciplinarios del cuerpo –«la ayuda concedida para que la parturienta colabore oportunamente con la Naturaleza, conserve su calma y el dominio de sí misma»– y, por último, un elemento de revelación o iluminación mística –«una creciente conciencia de la grandeza de la maternidad en general y, en particular, de la hora en que la madre da a luz al hijo». «Visto y entendido de esta manera», concluía el Papa, «el método es una ascesis natural»<sup>428</sup>.

Nuestro Aguirre de Cárcer, por su parte, suscribió esta tesis completamente y por ello se empeñó en depurar su sistema de «ese fondo materialista y desagradable de la preparación rusa»<sup>429</sup>. Su método, cuya filosofía era «espiritual», decía el educador, procuraba «llegar a lo más hondo del corazón de la madre», insistiendo más en su responsabilidad moral como cuidadora que en los beneficios anestésicos de la preparación<sup>430</sup>. Este enfoque abnegado, suponía de Cárcer, sentaba como anillo al dedo a «la madre española», quien enseguida corregía sus motivaciones para seguir un cursillo prenatal: «ya no es la madre que se prepara porque tiene miedo al dolor, es la madre que se prepara para hacerlo bien, para cumplir su función trascendental del modo más perfecto posible»<sup>431</sup>.

Inspirado por las palabras del Papa, Aguirre de Cárcer invirtió el orden de prioridades en su sistema y pronto comenzó a difundir la idea de que el objetivo de la preparación no podía, no *debía* ser simplemente enseñar a la mujer a parir, proporcionarle una técnica para atenuar el dolor u ofrecer una excusa para ampliar los servicios de obstetricia nacionales. Nada de eso; el objetivo primordial era «crear algo más profundo, UNA ACTITUD, UNA INQUIETUD, UN CLIMA DISTINTO»<sup>432</sup>. Un clima, entiéndase, de veneración de la maternidad tanto por parte de las instituciones, que debían en adelante invertir recursos en la educación de las embarazadas, como por parte de las propias interesadas, para las que la preparación ejercía de mecanismo de evaluación moral.

Mediante este giro conceptual, la preparación al parto carceriana dejaba de ser eso –una técnica colectiva para mejorar la experiencia de parto de la mujer– y Aguirre la declaraba una auténtica preparación a la maternidad. Como él

---

<sup>428</sup> *Ibid.*, pp. 330-331.

<sup>429</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, p. 12.

<sup>430</sup> *Ibid.*

<sup>431</sup> *Ibid.*

<sup>432</sup> «Educación Maternal. Sus proyecciones: sanitaria, económica y social», p. 14. (EEEM).

mismo gustaba decir, su acierto consistía en no fijarse tan solo en el árbol –el parto– sino en atisbar la grandeza y complejidad del bosque –la maternidad<sup>433</sup>.

Este enfoque holista permitía, además, retomar algunas de las tareas fundamentales de la maternología de la primera posguerra, que ahora pasaban a ser competencia de los novedosos cursos de «parto sin dolor»: la divulgación a gran escala de preceptos de puericultura e higiene personal, la insistencia en el rol socializador de las mujeres como su contribución principal al país y, en general, el encuadramiento de las conductas femeninas en la esfera de la sexualidad y la reproducción<sup>434</sup>. Con todo, parir sin dolor podía llegar a ser un gesto más devoto y ascético que parir en medio de alaridos siempre y cuando el procedimiento significase una inmersión en un espacio ideológico determinado, un baño o ablución del que la mujer salía con deberes familiares reforzados y con la urgencia de amoldarse toda ella al sino de su próxima maternidad.

El programa conservador que Aguirre de Cárcer desarrolló no era, sin embargo, tan explícito como cabría esperar. Recordemos que el médico reeducador pertenecía a una élite económica y cultural, había visto mundo en sus viajes y sabía cómo hacer de su empresa una oferta atractiva para miles de españolas. Además, de Cárcer se veía a sí mismo como un adelantado, un pionero –y lo era en cierto modo–, por lo que trataba siempre de dar una imagen de modernidad.

A nivel estilístico, por ejemplo, de Cárcer amoldó su discurso a los nuevos tiempos, si bien este poseía cargas ideológicas muy claras. Al igual que Grantly Dick-Read reconocía que sus «consideraciones filosóficas sobre la maternidad» formaban parte de los esfuerzos que hizo por cambiar la enseñanza obstétrica de su época, discusiones similares impregnaban la temática de los cursillos de EM<sup>435</sup>. Algunas ideas míticas del maestro inglés son que las familias de cuatro hijos cumplían con «el mínimo eugenésico»<sup>436</sup>, o que el parto natural purificaba el coito<sup>437</sup> y traslucía un estado de éxtasis que participaba del orden cósmico y divino<sup>438</sup>. En España, Dick-Read tuvo a correligionarios como Félix Fernández Portal, quien como muchos obstetras de su generación se explayaba en

---

<sup>433</sup> De Cárcer utiliza la metáfora árbol/bosque para ilustrar su enfoque en varios escritos. Véase, por ejemplo, «Situación actual de la preparación a la maternidad», p. 1. (EEM).

<sup>434</sup> En concreto, la EM carceriana se desmarcó del modelo seguido por otros métodos prenatales en lo referente a la puericultura al concederle gran importancia. Ya en los años 1980, la escuela ofertaba tantas clases de esta como lecciones teóricas de preparación al parto propiamente dicha. Los cursos de puericultura que ofrecía la escuela eran de 5 clases. «Información curso», *op. cit.*

<sup>435</sup> Grantly Dick-Read, *Childbirth Without Fear: the Principles and Practice of Natural Childbirth*, William Heinemann Medical Books, Londres, 1961, p. 108.

<sup>436</sup> Citado por Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 22.

<sup>437</sup> Grantly Dick-Read, «Aspectos psicossomáticos de la madre durante el embarazo», en Charles S. Freed y William S. Kroger, *Ginecología psicossomática, con inclusión de algunos temas de obstetricia*, Salvat Editores, Barcelona, 1955, p. 108.

<sup>438</sup> Carreras, «Dos escuelas», *op. cit.*, p. 264 o Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 38, o Moscucci, *op. cit.*, p. 170. Estas ideas se encuentran directamente en Grantly Dick-Read, *Childbirth Without Fear Being the Eleventh Impression of Revelation of Childbirth: the Principles and Practice of Natural Childbirth*, William Heinemann Medical Books, London, 1951, pp. 8, 10 y 219, por ejemplo.

disertaciones poético-filosóficas sobre la feminidad al tratar del parto sin dolor: por ejemplo, comentaba Portal, la preparación consistía en influir sobre las gestantes, «exaltando el idealismo de la maternidad y pintándoles con esplendores de aurora el acontecimiento feliz de dar vida a un nuevo ser»<sup>439</sup>.

Por su parte, Aguirre de Cárcer trocó el pronatalismo y el misticismo del británico por un tradicionalismo camuflado con argumentos de corte psicoanalítico y salpicado de expresiones tomadas de las ciencias sociales que conferían a su discurso aires de gran actualidad. Así concluía, por ejemplo, uno de sus escritos el médico preparador:

«En efecto, lo que hemos pretendido desde un primer momento ha sido crear un nuevo «PATRÓN-SOCIO-CULTURAL» que sería el siguiente: el de una mujer que llega al parto con la serenidad que supone haber quitado su ignorancia, vencidos sus miedos más o menos profundos y viviendo de una forma consciente un acto trascendental de su vida, todo ello en beneficio del desarrollo de su personalidad y del futuro de su hijo»<sup>440</sup>.

Asimismo, de Cárcer se mofaba en sus publicaciones de clichés o actitudes típicos de la cultura española, que él consideraba formas de atraso social, hablaba sin tapujos de sexualidad y no titubeó en promocionar la participación de los hombres en la preparación al parto de sus esposas<sup>441</sup>. De hecho, de Cárcer llegó incluso a definir su sistema como un «auténtico método educativo familiar» en el que una pareja aprendía «a formar un grupo»<sup>442</sup>.

Pero más allá de este lavado de cara, de Cárcer opinaba que la maternidad debía tener lugar únicamente en el seno de la familia tradicional y que esta era, además, el vértice o el «núcleo social» que protegería al país de la pandemia de neurosis que, según él, vivía la España de finales del siglo XX<sup>443</sup>. Igual que sucedía a Consuelo Ruiz Vélez-Frías frente a la medicalización técnica del nacimiento, Aguirre de Cárcer también fue presa de cierto alarmismo social ante el incipiente activismo feminista. Consternado, el preparador constataba en un escrito tardío

---

<sup>439</sup> Félix Fernández Portal, *El dolor del parto y el parto sin dolor*, discurso inaugural del Curso Académico 1957-1958, Sociedad Ginecológica Española, Gráficas Sánchez, Madrid, 1958, p. 23. En la misma línea declaraba Francisco Carreras: «debemos estimular en [la mujer] el culto a la feminidad, que se sienta orgullosa de su sexo y de las funciones específicas del mismo». Francisco Carreras, «Momento actual de la psicoprofilaxia en Obstetricia», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa sobre el parto psico-profiláctico en la segunda reunión de ginecólogos españoles*, celebrada en Málaga del 10 al 13 de diciembre de 1957», *Práctica médica*, año I, n.º 2, febrero de 1958, p. 8. (CM-HJ).

<sup>440</sup> «Nuestra experiencia en la preparación al parto por un sistema de sofro-pedagogía obstétrica», p. 15. (EEEM).

<sup>441</sup> Véase, por ejemplo, el diálogo humorístico que el preparador inventa para Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, pp. 104-105 y que reproduce posteriormente en otros textos, donde el preparador quiere reflejar la tradicional desconfianza de los españoles hacia todo aquello diferente o extranjero. Asimismo, el libro *Ser feliz o desgraciado* contiene viñetas que parodian algunas de las situaciones tipo en las que se encontraban las embarazadas y puérperas de la época, como el *surménage* doméstico, la indiscreción y pesadez de las suegras, etc. Álvaro Aguirre de Cárcer, *Ser feliz o desgraciado*, edición del autor, Madrid, 1976.

<sup>442</sup> «Del llamado parto sin dolor a la Educación Maternal», ponencia para el Primer Simposio de Educación Maternal, La Coruña, mayo de 1976, p. 5. (EEEM)

<sup>443</sup> *Ibid.*, p. 6.

que «la madre empieza a no interesar», los roles sexuales tendían a confundirse en la educación de la infancia y el feminismo envenenaba valores maternales como «el altruismo y el callado sacrificio» al señalarlos como «signos de debilidad» propios de una «mentalidad de esclava»<sup>444</sup>.

En efecto, voces como la de Lidia Falcón saltaron a la palestra a principios de los 1980 para denunciar, además del machismo imperante en la sociedad española, la misoginia específica del revolucionario método del parto sin dolor. En el segundo tomo de *La razón feminista*, Falcón pasaba a cuchillo a los teóricos clásicos del parto sin dolor, ya fueran pavlovianos o psicoanalíticos, y analizaba el fenómeno como un medio para prolongar el sometimiento reproductivo de las mujeres<sup>445</sup>. En su opinión, los métodos de educación prenatal habían surgido para disimular el fracaso de la obstetricia en materia de técnicas anestésicas fiables y para contrarrestar, a su vez, las críticas a la maternidad más o menos presentes en el feminismo desde principios de siglo. El parto sin dolor, decía la autora, surgía con la vocación de «convencer a las mujeres de que siguieran reproduciéndose con alegría» puesto que «una clase explotada pero resignada», sentenciaba, «es una clase dominada eficazmente»<sup>446</sup>. Para Falcón la emancipación femenina pasaba por desertar la procreación, ya que «la mujer convertida ahora en madre», decía, «deja de pertenecerse a sí misma»<sup>447</sup>. Y quienes se empeñaban en perpetrar esta forma de dominación, por tanto, tenían según ella «psicología de torturadores»<sup>448</sup>.

En las antípodas de este razonamiento, Aguirre de Cárcer llamaba a feministas como Falcón «fanáticas» y «deformadas del movimiento de liberación»<sup>449</sup>. Una cosa era promover una intolerable vuelta «a la Edad Media» defendiendo la reclusión de la mujer en el hogar<sup>450</sup>, decía de Cárcer, y otra muy distinta era incitar como esas feministas a desafiar «las leyes de la biología animal» que rigen cualquier sociedad<sup>451</sup>.

Desde su punto de vista, pues, la corriente feminista, con su disparatada tendencia a desnaturalizar las cosas, estaba conduciendo a la sociedad en su conjunto por una deriva depresiva y enfermiza que se manifestaba por ejemplo en temáticas como el aborto. En un alarde de cinismo, el educador maternal

---

<sup>444</sup> «Emancipación o liberación», p. 1. (EEM)

<sup>445</sup> Algunos de los aludidos por la autora madrileña son Grantly Dick-Read, Pierre Vellay y la divulgadora obstétrica Laurence Pernoud, I. Z. Velvovskii, el italiano F. Miraglia (junto a E. Orlandini y G. Micheletti) o los estadounidenses Louis M. Hellman, Jack A. Pritchard y Ralph M. Wynn. Lidia Falcón, «La polémica del dolor», en *La razón Feminista 2. La reproducción humana*, Fontanella, Barcelona, 1982, pp. 181-198. Además de los capítulos III (La polémica del dolor) y V (El dolor y el stress), Falcón dedicaba también el cuarto capítulo de la obra (El método psicoprofiláctico) a glosar textos fundacionales de la preparación al parto desde una perspectiva de género, y a comentar las consecuencias de la medicalización del cuerpo femenino en el ámbito de la obstetricia.

<sup>446</sup> *Ibid.*, p. 196.

<sup>447</sup> *Ibid.*, p. 115.

<sup>448</sup> *Ibid.*, p. 219.

<sup>449</sup> «Emancipación», *op. cit.*, p. 1.

<sup>450</sup> «Del llamado parto sin dolor», *op. cit.*, p. 6.

<sup>451</sup> «Emancipación», *op. cit.*, p. 1.

comparaba en uno de sus escritos la legalización del aborto a una hipotética legalización del suicidio. Con el fin de ridiculizar las reivindicaciones feministas en la materia, de Cárcer exigía al Estado campañas divulgativas sobre el suicidio a nivel nacional, una provisión suficiente de recursos materiales para llevarlo a cabo, la habilitación de «centros de la Seguridad Social» y la formación de «un cuerpo de verdugos» especializado que asistiera a los demandantes puesto que, ironizaba de Cárcer, «¡pueden tener miedo!»<sup>452</sup>. El médico proseguía la sátira alegando que, a fin de cuentas, el suicida tenía derecho a todo ello porque probablemente había cotizado largo tiempo en la Seguridad Social y además aportaba «su grano de arena a la solución del problema del paro»<sup>453</sup>. Tras la osada comparación, y como colofón del texto, de Cárcer planteaba que el aborto, como el suicidio, implicaba un trastorno profundo de la vida instintiva –«el instinto maternal en este caso»–, y concluía que la mujer abortista era una «enferma» que merecía comprensión y tratamiento<sup>454</sup>.

La psicoterapia preventiva era, para él, el remedio a este tipo de males. Y qué mejor que actuar «antes de que el niño nazca», es decir, tomando a las embarazadas como blancos de dicha terapia social<sup>455</sup>. El concepto de *urdimbre afectiva*, que Aguirre aprendió con Carballo y que sintonizaba con la teoría del apego de John Bowlby<sup>456</sup>, sirvió al célebre preparador para hacer comprender a múltiples promociones de alumnas «la importancia que en la vida tienen los primeros años, los primeros meses, y hasta los primeros días»<sup>457</sup>. La urdimbre, como trama básica de un tejido, hacía alusión a la calidad de la relación madre-hijo en épocas tempranas, y poseía funciones varias como la de «cobijo o protección», la función «liberadora», de «horizonte, de «orden» y «reparadora»<sup>458</sup>. La madre angustiada, volvía a caricaturizar de Cárcer, era el contraejemplo de la preparada, y era aquella que creaba un ambiente conflictivo en el hogar logrando así neurotizarse «hasta a los perros y los gatos»<sup>459</sup>.

Desde que Aguirre de Cárcer convirtiera su método de preparación al parto en un ambicioso proyecto de Educación Maternal, las clases y publicaciones del preparador insistían sin cesar en la noción de urdimbre

---

<sup>452</sup> «Una propuesta original». (EEEM).

<sup>453</sup> *Ibid.*

<sup>454</sup> *Ibid.*

<sup>455</sup> «*Del llamado parto sin dolor*», *op. cit.*, p. 4.

<sup>456</sup> A finales de los años 1950, el psiquiatra y psicoanalista John Bowlby formuló las bases de la teoría del apego en un estudio solicitado por la OMS sobre el desarrollo afectivo y la salud mental de niños que quedaron sin hogar tras la contienda mundial. La teoría, elaborada desde una perspectiva interdisciplinar y complejizada posteriormente, planteaba que el recién nacido necesita mantener una relación próxima y estable con un cuidador adulto para poder crecer con seguridad emocional y adaptarse correctamente en sociedad.

<sup>457</sup> «Educación Maternal y psicopatología», p. 1. (EEEM).

<sup>458</sup> *Ibid.*, pp. 2-4.

<sup>459</sup> *Ibid.*, p. 3.



afectiva y mostraban a las gestantes las conductas que mejoraban o al contrario dañaban esa relación con el hijo tejida incluso antes del nacimiento. Puliendo las formulaciones con respecto a la pedagogía maternológica de la posguerra y apoyándose en disciplinas entonces en boga como el psicoanálisis, la medicina psicosomática y la neurobiología, Aguirre de Cárcer consiguió perpetuar la idea de que las mujeres, como transmisoras de valores y seguridad afectiva, eran las principales sospechosas del supuesto declive moral que sufría la ciudadanía contemporánea. Por suerte él mismo había dado con un diagnóstico certero y su actividad como preparador permitía albergar cierta esperanza. «Si toda esta generación actual de futuras madres llegara a su maternidad con la alegría que supone la aceptación profunda de su hijo y la madurez que su responsabilidad de madre le exige, estoy seguro», aseguraba Aguirre, «de que habríamos dado un paso gigante hacia ese mundo mejor que todos anhelamos y que las nuevas generaciones nos están pidiendo ya»<sup>460</sup>. En la obra maternal carceriana, por tanto, la ascesis que desempeñaban las futuras madres redimía al rebaño entero y, por supuesto, beatificaba a su sesudo pastor.

\*

Las peripecias de Ángel Hernández Jiménez, Consuelo Ruiz Vélez-Frías y Álvaro Aguirre de Cárcer conforman, a grandes rasgos, los cimientos de la preparación al parto en España. Otros profesionales, quijotes y amazonas del parto sin dolor esparcidos por todo el territorio nacional, contribuyeron sin duda a la generalización de esta práctica, y con el tiempo intervinieron también en su modernización. Nuestros tres personajes, no obstante, fueron pioneros y en cierto modo también escritores de lo ocurrido en las salas de partos desde el otoño de 1953. En sus narraciones autobiográficas y otras publicaciones, el obstetra, la matrona y el preparador construyeron un relato de aventuras en el que planteaban su propio acercamiento a la historia de la preparación al parto. Estos mitos fundacionales iluminaban por tanto distintamente las servidumbres políticas, los debates teóricos y el juego de bisagras institucionales implícitos en la consagración de ese nuevo campo de la medicina que era la educación prenatal. Cada uno elaboró, además, una estrategia persuasiva concreta que confería a su relato color y a sus hazañas grandeza.

Ángel Hernández Jiménez, por ejemplo, estructuró su relato en base a la partición que supuso la comparecencia de Pío XII para la asimilación de la psicoprofilaxis en España. Como hemos visto, el médico madrileño y su mujer periodizaron su labor en dos tiempos: una fase preliminar, de experimentación consentida pero mal vista por gran parte del gremio obstétrico, y otra fase de

---

<sup>460</sup> «Del llamado parto sin dolor», *op. cit.*, p. 4.

proyección facilitada por el beneplácito vaticano al método gestado en la URSS. Marcando de este modo una línea divisoria clara en sus andanzas, la pareja filocomunista enmarcó el tema como una cuestión fundamentalmente política. Esta aproximación buscaba hacerse eco del utopismo social que rodeó la implantación de la psicoprofilaxis en la maternidad parisina de los metalurgistas, de cuyo modelo bebía la práctica de los Hernández-Malye y en donde el método se teorizó no solo como un avance médico, sino como una herramienta para subvertir el orden social<sup>461</sup>.

Ahora bien, si en Francia el aparato comunista trató de generalizar el parto sin dolor con fines partidistas, en España sucedió exactamente al revés: fue la psicoprofilaxis pura –concentrada en la persona de Hernández Jiménez– la que trató inútilmente de introducir la ideología marxista en la ginecología local. El *accouchement sans douleur* a la española no aspiró pues a liberar a la mujer trabajadora de la maldición bíblica y además pronto fue eclipsado por versiones más liberales de la preparación al parto como la de Aguirre de Cárcer. La historia referida por los Hernández-Malye persiste, a pesar de todo, recordándonos el trasfondo político de la Guerra Fría, la falta de neutralidad de la ciencia, y la posición que la medicina española desempeñó en el asunto.

Por su parte, Consuelo Ruiz Vélez-Frías apeló a la empatía para convencer al público del carácter subversivo, revolucionario, que escondía el método de educación prenatal del que ella fue estandarte y guardiana. Su relato, más que ningún otro, moviliza figuras emocionales como la frustración, el rechazo, la impotencia o la inquina para denunciar una situación de injusticia social: la subordinación de matronas y embarazadas a la autoridad médica masculina, a las desigualdades de clase y a una moral altamente conservadora. La ex militante comunista narraba así su gesta –también política– en clave sentimental, asumiendo que su martirio profesional hablaba a su vez del dolor de sus congéneres en las salas de parto de desalmados hospitales. Que los escritos de Vélez-Frías alienten a veces una retórica inculpadora de las transfugas de la reproducción –parturientas no preparadas o, posteriormente, militantes por la liberalización del aborto– indica hasta qué punto un marco discursivo esencialista sobre la mujer se aferró tras la guerra al imaginario colectivo de varias generaciones de españoles.

El vencedor de la historia, Álvaro Aguirre de Cárcer, afirmaba sin rodeos «nuestro método de Educación Maternal supone el triunfo de la mujer»<sup>462</sup>. El célebre preparador suscribía, también, la visión imperante de la maternidad como el cometido vital más importante de las mujeres<sup>463</sup>, y por ello el retoque que hizo al método psicoprofiláctico, convirtiéndolo en una preparación más enfocada a ser buena madre que a parir bien, dio en el clavo de lo que en su época podía resultar una iniciativa más rentable.

---

<sup>461</sup> Vuille, «*L'invention*», *op. cit.*, p. 40.

<sup>462</sup> «*Del llamado parto sin dolor*», *op. cit.*, p. 5.

<sup>463</sup> *Ibid.*, p. 6.

Ahora bien, a pesar de la insistencia del educador maternal en el cambio de sentido, la idea genial o el viraje de perspectiva que dio lugar a la fundación de su escuela privada, otras razones más pedestres –y como siempre políticas– explican el ascenso y la consolidación relativamente fáciles que de Cárcer experimentó en el área de la educación prenatal. Su posición económica y social privilegiada y su innegable red de contactos ayudaron sin duda a dar visibilidad a las ocurrencias de este ecléctico divulgador médico. Tanto más cuanto el discurso maternalista de Aguirre de Cárcer no quitaba el sueño a ningún miembro de las élites políticas y obstétrico-ginecológicas del país.

Con todo, la racionalidad presente en el método educativo carceriano caló rápido entre quienes se dedicaban junto a él al cuidado y la instrucción de las gestantes. Como decían Rafael Domeque y José Antonio Rodríguez Soriano en su manual, «sin desechar la actividad cerebral que los soviéticos crean interesando a la parturienta por la marcha de su parto, hemos tendido a sumarle otra actividad aún mayor: la que supone el interés de la misma por su hijo»<sup>464</sup>. Es decir que mientras las rusas –menos afectivas, según los autores– se preocupaban únicamente por el parto, las españolas lo hacían *además* por su hijo, demostrando así que «la inmensa fuerza que el amor materno tiene sobre su mente» constituía un arma invencible contra el dolor<sup>465</sup>.

La preparación al parto se extendió pues en España bajo un patrón relativamente anárquico: el colectivo de matronas, absorto en lizas jurídicas sobre su estatuto y sus competencias, poco pudo hacer para promocionar esta práctica de forma coordinada, y entre los obstetras nunca existió un verdadero consenso sobre la eficacia, la relevancia científica o el interés que el parto sin dolor podía encerrar para las futuras madres. Por todo ello, ni la psicoprofilaxis ni otras versiones de la educación prenatal figuraron en la agenda política de ninguna institución pública ni se las reconoció oficialmente hasta ya bien entrados los años 1970.

Con la AEPO agonizando prácticamente desde su misma constitución, la escuela carceriana de EM sí gozaba, por esas fechas, de esplendor mediático y solvencia suficiente como para aspirar a dicho reconocimiento. Pero como señalamos antes, para entonces la EM de Aguirre de Cárcer se había convertido ya en una gran empresa privada, y la preparación al parto en general pasó a conformar un nuevo nicho de mercado dentro de una España cada vez más orientada al consumo. Firmas y laboratorios como Johnson and Johnson, Schering, Nestlé, Milupa, Prenatal o Arbora, por ejemplo, patrocinaban la preparación de Aguirre de Cárcer a cambio de participar en la elaboración de los materiales didácticos de la escuela, y financiaron algunos cursos de formación

---

<sup>464</sup> Domeque y Soriano, *op. cit.*, p. 155.

<sup>465</sup> *Ibid.*

para los profesionales adscritos al centro<sup>466</sup>. Asimismo la firma Nogalda (Milupa previamente), encargada de editar la obra *Lecciones de Educación Maternal* y de distribuirla entre los centros asociados a la escuela carceriana, solicitó en una ocasión datos personales de las gestantes bajo el pretexto de mandarles una guía sobre nutrición infantil «absolutamente aséptica –es decir, simplemente educativa», aseguraba el director de marketing de la empresa<sup>467</sup>. Casos como este abundan en los archivos del preparador, pero la mercantilización de la preparación al parto afectó también a otras versiones de la educación prenatal y a ámbitos como el de la puericultura, la contracepción y más tarde la reproducción asistida. Los mecanismos que actuaron en el incremento del ánimo de lucro en este campo de la medicina y en la identificación de la maternidad y la crianza con determinadas formas de consumo podrían ser, seguramente, objeto de otra tesis.

Como hemos visto, el trabajo de los pioneros del parto sin dolor se inscribió en una constelación ideológica determinada y conoció menor o mayor repercusión dependiendo de las condiciones materiales y la posición política de la que partieron sus actores. De cada una de sus propuestas se desprendía un modelo implícito de madre y por extensión, también de mujer. En la guerra de ideas que mantuvieron entre ellos aparecen también rastros fantasmales de estos modelos de feminidad. De hecho, los meandros que dibujó la preparación al parto en la sociedad española corrieron paralelos a una evolución de sus formas teóricas. Dicho en otras palabras, las distintas fases de encaje de esta práctica en España dependieron en gran medida de la adhesión –más o menos explícita– de los promotores a los métodos originarios, de la depuración de ciertos elementos ideológicos, y de la promoción de nuevas etiologías que definían, asimismo, nuevas cartografías políticas en el campo de batalla de la salud reproductiva. El siguiente capítulo abre por tanto sobre los modelos etiológicos del dolor obstétrico, sus metáforas discursivas y el imaginario político subyacente a dichas formas de teorización científica.

---

<sup>466</sup> «*La labor de la escuela*», *op. cit.*, p. 2. Como buen administrador, Aguirre de Cárcer estuvo muy atento al potencial publicitario de su empresa y por ello modificó, en 1984, el nombre de la publicación de la escuela, la *Revista Española de Educación Maternal*, por el de *Mujer y vida*, un nombre que permitía captar más apoyo financiero a través de patrocinadores privados. Véase «*Asistentes Asociación*», *op. cit.*

<sup>467</sup> *Ibid.*



## II. Etiología



## II. Etiología

«Si la cabeza es de algún modo responsable del dolor del parto, no es la cabeza del feto sino la de la madre.»

Anatoly Petrovich Nikolaev, 1953.

En el año 1889 Silveria Fañanás daba a luz a su sexto hijo, pero esta vez totalmente sin dolor. El parto se había desarrollado bajo los efectos de la sugestión post-hipnótica y, tras este, Silveria se dirigía a su lecho «con paso seguro y con mal disimulada alegría, al verse libre, a tan poca costa, de tan doloroso trance; y hacíase lenguas con los asistentes que la rodeaban del caso extraño de haber parido sin dolor». El hipnotizador y padre de la criatura, que no era otro que el futuro Novel de medicina Santiago Ramón y Cajal, publicó un resumen de la experiencia en la *Gaceta Médica Catalana* y posteriormente seleccionó el texto para integrar el primer tomo de sus *Trabajos escogidos*<sup>468</sup>. Muy satisfechos, el matrimonio aragonés repitió el mismo procedimiento para el nacimiento de su séptimo y último hijo. Al parecer Cajal también asistió con hipnosis a otras pacientes durante un breve periodo de tiempo, y el éxito de su consulta fue tal que finalmente tuvo que cerrarla para centrarse en su investigación en el laboratorio<sup>469</sup>.

A pesar de que en España este primer parto por procederes psicoterápicos venía avalado por tan distinguida figura, la experiencia pasó prácticamente desapercibida entre sus contemporáneos, así como entre las generaciones futuras e incluso entre los propios miembros de la familia Cajal que se dedicaron más tarde a la obstetricia y la ginecología<sup>470</sup>. Con toda seguridad Cajal seguía de cerca las contribuciones de Jean-Martin Charcot sobre la histeria y las de Ambroise-Auguste Liébeault o Hippolyte Bernheim (Escuela de Nancy), quienes oponían al neurólogo de la Salpêtrière un uso terapéutico de la hipnosis basado en la sugestión de pacientes mediante órdenes verbales directas. Coincidiendo con esta edad dorada de la hipnosis en Francia, Cajal improvisó una suerte de gabinete psicológico en su residencia valenciana, entre los años 1883 y 1887, donde realizaba pruebas de hipnotismo a amigos y tertulianos del Casino de Agricultura, pruebas a las que su mujer reaccionaba «con anestesia y catalepsia,

---

<sup>468</sup> Santiago Ramón y Cajal, «Dolores del parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica», *Gaceta Médica Catalana*, 12 (16), 31 de agosto de 1889, pp. 484-486.

<sup>469</sup> Manuel López Espino, José Carlos Mingote Adán y Vicente Valentín Maganto, *Dolor. Asistencia clínica. Manejo en el ámbito médico-psicológico*, Díaz de Santos, Madrid, 2015, p. 245.

<sup>470</sup> Carmen Pérez Hernández, «Una investigación experimental sobre hipnosis en Santiago Ramón y Cajal», *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (2/3), 2006, p. 149.



en un estado sonambúlico perfecto»<sup>471</sup>. En concomitancia con la decadencia de la hipnosis durante la primera mitad del siglo XX, también el caso de la sugestión inducida a Silveria Fañanás quedaría en la trastienda de la historia de la obstetricia. En 1960 Manuel Usandizaga y Soraluze mencionaba de pasada la experiencia de Cajal como un precedente «curioso» a los métodos verbales de analgesia obstétrica<sup>472</sup>. Una anécdota.

Sin embargo, si tomamos en consideración algunas de las sacudidas que sufrió el pensamiento obstétrico sobre el dolor durante la segunda mitad del siglo XX, el escrito de Cajal resulta francamente visionario. En las observaciones que seguían a la descripción del parto de Silveria, Cajal anticipaba dos elementos que ulteriormente se situarían en el centro de las controversias sobre el dolor del parto: en primer lugar, la distinción –fisiológica– entre sensibilidad y motilidad uterinas. En segundo lugar la conclusión que el neurólogo extraía de ello, a saber, que el dolor no era más que la «manifestación subjetiva» de la contracción<sup>473</sup>.

En efecto, el breve estudio de Cajal adelantaba una serie de aportaciones sobre las causas del dolor obstétrico que se concretarían en la segunda mitad del siglo XX y que se caracterizaron por desplazar el foco de problematización de este síntoma inequívoco del parto. Simplificando mucho, la obstetricia occidental de la primera mitad del siglo XX planteó el parto fundamentalmente como un proceso mecánico obstaculizado o dificultado por la cabeza fetal. Aunque ningún especialista ignoraba la especificidad del dolor causado por las contracciones, ni de aquel causado por la dilatación, no existía consenso sobre la explicación de ambos eventos. El paso arrollador de la cabeza del feto por el canal de parto, sin embargo, sí parecía explicar los dolores propios de la expulsión y, en un sentido figurado al menos, proporcionaba la clave simbólica para entender el resto: el parto era un proceso físico, una fuerza motriz en la que interactuaban cuerpos de distintos volúmenes y proporciones, que necesitaba de potentes motores y donde se ponía a prueba, en definitiva, la resistencia de los tejidos.

Pasado el meridiano del siglo surgieron nuevas teorías sobre el parto como resultado de avances en el conocimiento fisiológico de la vida cerebral y del desarrollo de disciplinas como el psicoanálisis y la psicología experimental. Dichas propuestas tendieron a ver en la cabeza materna –la mente y el cerebro de la embarazada– el epicentro causal de los fenómenos asociados al dolor<sup>474</sup>. Nada describe mejor que la frase del obstetra soviético A. P. Nikolaev<sup>475</sup> este

---

<sup>471</sup> *Ibid.*, p. 147.

<sup>472</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 68.

<sup>473</sup> Cajal, *op. cit.*, p. 485.

<sup>474</sup> Como afirma Marilène Vuille, el nexo de unión entre las nuevas teorías del dolor obstétrico es el «elemento psicológico». Vuille, *Médecine, femmes et politique*, *op. cit.*, p. 126.

<sup>475</sup> De manera análoga, Grantly Dick-Read escribía: «Es en la mente donde el dolor aparece en el parto normal. El mejor y más seguro anestésico es una mente educada y controlada.» Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 130.

ascenso de la mirada médica a través del cuerpo enigmático de la parturienta: desde su aparato genital hasta el centro rector de la sensibilidad y la subjetividad humanas, el dolor del parto que postularon las nuevas teorías perdió así su textura anatómica y adquirió estatus de disfunción. Para esta aproximación novedosa del dolor, por tanto, la psique y la conducta de la mujer resultaban tan determinantes como la retórica de cuerpos, planos, conductos, guías y diámetros que caracterizaba la etiología clásica del dolor obstétrico. Ahora bien, el nuevo esquema era bicéfalo –nunca mejor dicho–, pues se asentaba en explicaciones tanto de tipo neurológico como psicológico que no eran excluyentes pero sí diferían en múltiples aspectos.

En boga durante un corto lapso de tiempo, pues, dos teorías resultaron fundamentales para operar este desplazamiento de la mirada: la teoría de los reflejos condicionados de la escuela pavloviana, que obstetras soviéticos y franceses aplicaron fecundamente al ámbito del parto, y la teoría psicosomática del británico Grantly Dick-Read sobre la tríada miedo-tensión-dolor en el nacimiento. Ambas hipótesis surgían, recordemos, como complemento o contestación de aquella otra teoría, más antigua y estable, que ponía el foco del problema del parto en las relaciones entre la cabeza fetal y la estrechez pélvica de la madre.

Destacando los elementos que dotan de coherencia interna a cada una de estas teorías, *Etiología* describe tres modelos o aproximaciones diferentes del dolor obstétrico. He denominado cada modelo con un adjetivo inspirado de las metáforas y el imaginario discursivo que movilizan los distintos autores. El capítulo analiza primero el modelo mecánico, que conceptualiza el dolor como efecto de un proceso motriz desencadenado en el cuerpo de la parturienta. A continuación paso a discutir el modelo eléctrico de la psicoprofilaxis, que piensa el dolor específicamente como la conexión neuronal de las informaciones sensitivas. Por último abordo el modelo elástico del parto natural readiano, que combina elementos de los modelos anteriores y postula ante todo la plasticidad de la materia orgánica hacia los procesos afectivos.

En realidad, los elementos específicos de cada modelo causal se encuentran a menudo desparramados por la literatura. Los profesionales de la obstetricia siempre tuvieron en cuenta la dimensión psíquica o subjetiva del dolor, de igual modo que (casi) nunca negaron rotundamente su objetividad o, digamos, su causalidad fisiológica. El propio Nikolaev recogía, en una intervención para sus pupilos franceses, todos los factores capaces de explicar el dolor de la mujer de parto, incluidos los de tipo psicoanalítico y los de corte estrictamente mecanicista<sup>476</sup>.

---

<sup>476</sup> Anatoly Petrovich Nikolaev, «Les principaux problèmes d'obstétrique et de gynécologie à la lumière de la théorie de Pavlov», por el Director del Instituto de Obstetricia y Ginecología de la Academia de Medicina de la U.R.S.S, Leningrado, pp. 3-4. (IHSM).

A pesar de esta heterogeneidad patente, cada modelo puso el énfasis en un elemento particular: la mecánica del parto, la interpretación cerebral que de él hacía la parturienta, su vivencia emocional. Además, estos tres modelos no se sucedieron unos a otros, sino que coexistieron y colisionaron la mayor parte del tiempo. Y también hubo porosidad entre ellos, deserciones y trasvases profesionales, dado que algunos autores apoyaron y divulgaron modelos distintos a lo largo de su carrera. En este sentido, *Etiología* no progresa en orden cronológico, sino según un criterio conceptual.

Para identificar y distinguir cada modelo me he centrado en tres vectores. Primero, las imágenes que suscita cada tipo de causalidad. En segundo lugar, el razonamiento propiamente causal sobre el que se asienta cada modelo. Por último, las consecuencias de tales causas sobre la soberanía de la mujer – entendida aquí como el margen de acción y reflexividad que esta posee sobre los procesos que acaecen en su cuerpo. Imágenes, causas y consecuencias constituyen, por este orden, la tramazón interna de cada capítulo.

Asimismo, los tres modelos llevan aparejada una idea particular de cómo la medicina debe interactuar con sus pacientes. Esta especie de política médica deriva de hecho del tipo de relación cuerpo-mente implícita en cada aproximación teórica, ya que al definir qué margen de acción tiene el paciente sobre la enfermedad o el dolor, el modelo también proyecta en oblicuo cuál es la función ideal del médico ante su sufrimiento. De este modo, si las consecuencias propias de cada propuesta causal se despliegan sobre la subjetividad del paciente y su capacidad de respuesta, estas también encierran, por tanto, una racionalidad política.

En la problemática concreta del dolor de parto el modelo mecánico traduce por ejemplo una visión déspota y fatalista. Déspota porque el modelo entiende que la salvación pasa por las manos del obstetra y la paciente nada puede: para muchos autores, de hecho, la parturienta no solo padece un proceso patológico sino que *es*, directamente, una enferma. Fatalista, por otro lado, porque a pesar de la autoridad sin límites del experto, todavía ninguno ha descubierto, en esta época, el bálsamo definitivo para el dolor. La psicoprofilaxis obstétrica es un claro caso de utopismo, pues el método soviético concedía a la fisiología cerebral, y en particular a los procesos corticales, una supremacía total sobre el resto del organismo: en última instancia, este modelo planteaba la gobernabilidad absoluta de las pacientes sobre sí mismas (siempre y cuando estuvieran bien condicionadas). Finalmente, el parto natural readiano ejemplifica una postura menos directiva en la que el tocólogo, a lo sumo, enseñaba a la paciente a dejar laborar al cuerpo sin dramatismos ni sobreesfuerzos, y en la que el margen de acción de ambos consistía, por tanto, en asimilar correctamente los hechos del parto más que en la posibilidad de intervenir sobre ellos.

Hay dos figuras del pensamiento político que captan bien el sentido de configuraciones como la que propuso la psicoprofilaxis obstétrica o la que brotaba del modelo readiano: si en la primera la corteza cerebral ejerce de Gran

Hermano que todo lo controla, en el segundo se impone un modelo liberal de *laissez-faire*. Algo que sin duda hace sonreír si uno piensa en la procedencia socio-política de cada modelo.



#### 4. Subordinación mecánica

Del mismo modo que pocos obstetras españoles cuestionaban la idea de Dios en los albores del siglo XX, casi ninguno osaba negar la del dolor que oscurecía el acto de parir. ¡Especialmente en tanto que este último era obra y señal del primero! Aún quedaba mucho para una época en que obstetras, matronas y comentaristas varios debatirían sobre el dolor del parto en términos casi teológicos: en esa época convulsa por llegar, las discusiones sobre la naturaleza del dolor implicarían sin remedio pugnas sobre su existencia. Pero por el momento las aguas estaban en calma y la literatura obstétrica mostraba un claro consenso en cuanto a la realidad material del dolor, y su carácter difícilmente eludible.

Tres elementos destacan en la concepción mecanicista y cartesiana del dolor que sigue a continuación y que se remonta, como señala Emily Martin, al momento en que las prácticas obstétricas se afinan en los hospitales franceses, en los siglos XVII y XVIII<sup>477</sup>. En primer lugar, destaca la asimilación casi total del dolor a la contracción uterina. Esta asimilación, válida a nivel divulgativo más que en un plano puramente analítico, servía a los expertos para establecer pautas compartidas de valoración clínica del parto en base a la periodización que marcaba, en casi todas las pacientes por igual, la expresión de su malestar. La equiparación de la vivencia del daño a la contracción poseía también la ventaja retórica de condensar, en un solo vocablo, la complejidad y la envergadura de los fenómenos sensoriales que se daban en el parto, para los que la ciencia obstétrica no ofrecía aún explicación.

En segundo lugar, y en honor a dicha multiplicidad, destaca el carácter localista y acumulativo de los razonamientos causales sobre el dolor: como si de acotar un hecho ingobernable se tratara, los textos insisten en la sucesión de puntos del cuerpo materno afectados por el nacimiento, y en los estímulos específicos que ejercen sobre ellos. Por último, la visión del dolor como resultado de un proceso multicausal no lo eximía de cierta potencia creadora, pues el dolor era a su vez capaz de generar procesos fisiológicos indeseados.

En la medida en que se ignoraban los mecanismos concretos de la percepción dolorosa, y que esta era la causa de tantos otros trastornos, la explicación mecánica del parto propiciaba una actitud reverencial hacia el sufrimiento de las parturientas: víctimas de Dios, misterios de la naturaleza. En la segunda mitad del siglo XX, nuevas concepciones sobre el dolor vendrían a protagonizar la escena obstétrica, a menudo impregnadas de un descreído e

---

<sup>477</sup> Martin, *op. cit.*, p. 54.

insolente ateísmo. Pero en el comienzo del siglo parir con dolor se aceptaba con la convicción resignada del buen feligrés.

El capítulo que inaugura *Etiología* explora primero las conceptualizaciones obstétricas del trabajo de parto y de su condición dolorosa vigentes en la primera mitad del siglo XX. En su apartado central, el capítulo plantea la hipótesis de que el dolor obstétrico se entiende en este periodo como una adición de estímulos localizados. Por último, el capítulo indaga en las valoraciones que el personal médico deduce de este postulado mecánico y determinista del dolor.

#### 4. 1. Equivalencias

Para que un parto se produzca son necesarias una serie de circunstancias fisiológicas. Estas pueden ser de tipo químico, cuando se dan alteraciones en el conjunto de elementos orgánicos que constituye en sí misma la mujer encinta (envejecimiento placentario, liberación de hormonas que reblandecen el cérvix, etc.) o de orden físico (contracciones, rotura de las membranas, etc.). Dentro de esta doble tipología, la prosa obstétrica de la primera mitad del siglo XX se focalizaba de preferencia en los fenómenos físicos y, para explicar el parto, recurría a la imagen de una maquinaria<sup>478</sup>. Como una muñeca rusa, la embarazada encarnaba al continente, el contenido (y su envoltorio) en el preámbulo del nacimiento. Y ese todo constituido por elementos dispares era asimismo una fuente de movimiento en potencia. En palabras de la época, la fenomenología del parto era tripartita: materna, fetal y ovular, es decir, aquella que tenía relación con el huevo o bolsa de aguas que envolvía al feto. Entre los fenómenos maternos, la contracción uterina actuaba como causa eficiente de los demás fenómenos<sup>479</sup>. Según el manual *Carrera de matrona*, de Domingo Agustí Planell, la contracción –aún causa sin causa o causa primera–, era en suma el motor responsable de que el cuerpo fetal saliera expelido del recipiente materno<sup>480</sup>.

---

<sup>478</sup> Uno de los pocos ejemplos de oposición a este «sentido mecanicista del parto» fue el ginecólogo Martí Garriga Roca, quien por ejemplo consideraba que la mayoría de distocias en el parto eran causadas por patologías funcionales uterinas y no por desproporciones pélvico-fetales. Tomo la expresión entrecomillada de su propia declaración ante la Real Academia de Medicina de Barcelona en 1956, Martí Garriga Roca, «Modernas orientaciones de la fisiopatología obstétrica», *Anales de Medicina y Cirugía*, 36 (129-130), marzo-abril de 1956, pp. 164-168.

<sup>479</sup> Domingo Agustí Planell, *Carrera de Matrona*, Miguel Servet, Barcelona, 1943, p. 122.

<sup>480</sup> Diez años después de la publicación del manual de Planell, algunos obstetras aludían ya a la implicación de factores de tipo bioquímico y metabólico, «en colaboración con el sistema nervioso», en la activación del mecanismo fundamental del parto, es decir, las contracciones uterinas. Véase Antonio Box María de Cospedal, *¿Desea criar niños sanos?*, *Maternología y puericultura*, Instituto Editorial Reus, Madrid, 1953, p.

El epígrafe que abre el capítulo procede en dos tiempos. En primer lugar el texto analiza el juego de correspondencias semánticas que caracteriza la prosa de la época y que permite identificar, a grandes rasgos, el dolor del parto con las contracciones uterinas. En segundo lugar el análisis se vuelca sobre las fisuras sutiles en este razonamiento para mostrar que la única certeza a la que conducen los estudios de la época es que el dolor era un indicio fiable del parto y que además era el trabajo de parto en su conjunto, y no solo la contracción, el responsable del padecimiento de las mujeres.

Dentro del imaginario mecánico que acabamos de ver, la contracción uterina no solo poseía un rol motriz, sino también una cualidad sensible. A diferencia de las contracciones del embarazo, teorizadas como un endurecimiento del útero de tipo indoloro, las contracciones de parto eran, *per se*, dolorosas<sup>481</sup>. El tocólogo José Cardús, por ejemplo, era categórico al respecto: como la sombra acompaña al cuerpo, y «desde que Eva concibió a Caín», el dolor era indisociable de la contracción<sup>482</sup>. Pocos autores se molestaban en elucubrar cuáles podían ser las causas de ese dolor que acompañaba a las contracciones de parto. La literatura divulgativa reconocía a lo sumo la variabilidad del dolor, pero no consideraba necesario explicar al público su causalidad, zanjando la cuestión con frases como «nunca el parto (si no se emplean anestésicos), tiene lugar sin dolores»<sup>483</sup>.

Tal convicción conllevaba una conclusión semántica, a saber, el carácter extenso y reversible del término «dolor», que tan pronto designaba la contracción muscular como la percepción que de ella se hacía la parturienta. La literatura de la época contiene ejemplos continuos de esta sustitución. La vaguedad del término aparecía unas veces disimulada en el flujo descriptivo: «Después de la rotura de membranas, la mujer será acostada en la cama y colocada en posición obstétrica, porque pronto va a comenzar el período expulsivo y entonces acompañará los dolores con sus esfuerzos. (...)»; otras veces, en cambio, se asumía explícitamente: «Al llegar el período expulsivo la

---

125. Para una explicación precisa de la causa de las contracciones de parto, véase Cónill Montobbio, *op. cit.*, donde el ginecólogo expone que «el envejecimiento de la vellosidad corial produce sustancias circulantes que excitan los núcleos diencefálicos (y aquí ya nos son conocidos) concretamente el supraóptico y el hipotalámico dorsomediano, que por el tracto supraópticohipofisario conducen la secreción oxitócica a la neurohipófisis, que rige la contracción uterina, como el mismo peristaltismo intestinal», p. 179.

<sup>481</sup> Esta expresión se encuentra de forma literal en publicaciones como Santiago Dexeus i Font, *Profilaxis fetal*, Discurso leído por el Académico electo Muy Ilustre. Sr. Doctor Don Santiago Dexeus Font en el Acto de su recepción el día 22 de Junio de 1958, Real Academia de Medicina de Barcelona, Barcelona, 1958, p. 27; o también en Francisco Orengo Díaz del Castillo, *Obstetricia para matronas*, Gráficas Magerit, Madrid, 1974, pp. 165 y 260.

<sup>482</sup> José Cardús, «El amortiguamiento artificial de los dolores en los fenómenos de la parturición», *Argensola*, n.º 9, tomo III, fascículo I, Huesca, 1952, p. 43.

<sup>483</sup> Planell, *op. cit.*, p. 123.



mujer estará en la cama, en posición obstétrica; durante las contracciones o dolores, no dejaremos que se mueva ni se ladee (...)»<sup>484</sup>.

Esta metonimia médica, en apariencia inocua, se convirtió en los años venideros en el blanco de ataques furibundos por parte de los impulsores de la psicoprofilaxis, quienes veían en ella el germen de un equívoco histórico en torno a la naturaleza del dolor obstétrico. Pero esta no era la única vez que manuales y tratados echaban mano de la figura retórica. De hecho, poco antes de la irrupción de los métodos de parto sin dolor, la expresión «parto sin dolor» designaba comúnmente un parto llevado a cabo mediante el empleo de anestesia obstétrica. Ello implicaba, en otro claro ejemplo de sinécdoque, tomar el procedimiento (uso de medicamentos) por el resultado (parto indoloro). Asimismo, el término «esfuerzos» poseía una ambigüedad similar a la del término «dolores». Junto a sus vecinos de planta –los «dolores expulsivos»–, los «esfuerzos» designaban las contracciones abdominales, voluntarias o reflejas, encaminadas a ayudar al feto en su progresión hacia la salida<sup>485</sup>. No obstante, el vocablo «esfuerzos» daba para más y de algún modo recogía también la actitud de la mujer durante las contracciones. Sin duda, la utilización del término «esfuerzo» en la literatura obstétrica sugería en primer lugar la idea de simple empuje motriz, pero ello no excluía del todo otras acepciones, más cercanas a los conceptos de empeño o sacrificio<sup>486</sup>. Igual que la apreciación subjetiva –el dolor– se usaba para designar lo que anatómicamente no era más que el espasmo de un órgano, la palabra «esfuerzos» hacía referencia al cansancio, al gasto energético y moral que las contracciones expulsivas suponían para la paciente. En cierta manera, la mujer *sufría* en sus carnes la expulsión, como lo hacía durante el parto entero.

Esta personalización del lenguaje médico, que tomaba prestados atributos del sujeto descrito, producía un efecto contradictorio: al tiempo que «humanizaba» el discurso, ofreciendo pistas para un tratamiento más individualizado y empático, este uso lingüístico delimitaba, establecía, reordenaba y fijaba los límites emocionales de la vivencia de la paciente. Y así lo entenderían los fundadores de la psicoprofilaxis antes de alzarse contra la secuela normalizadora de la retórica clásica del dolor.

---

<sup>484</sup> *Ibid.*, pp. 156 y 157 respectivamente.

<sup>485</sup> *Ibid.*, p. 123: «Estos esfuerzos son involuntarios, dependen de que el polo fetal al distender el periné, despierta por vía refleja la necesidad de empujar, si bien en parte dependen también de la voluntad, porque la mujer puede aumentarlos o disminuirlos en intensidad».

<sup>486</sup> Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, la primera acepción de la palabra «esfuerzo» es «empleo enérgico de la fuerza física contra algún impulso o resistencia», lo cual corresponde a la idea de empuje motriz. Sin embargo, la segunda y tercera acepciones –«empleo enérgico del vigor o actividad del ánimo para conseguir algo venciendo dificultades», y «ánimo, vigor, brío, valor», respectivamente–, enlazan con la idea de empeño, mientras que la cuarta, «empleo de elementos costosos en la consecución de algún fin», recoge la de sacrificio. La tercera acepción es la más antigua, encontrándose en las ediciones del diccionario a lo largo del siglo XIX. Las dos primeras acepciones aparecen ya en la edición de 1884 y en 1925 se incluye la cuarta acepción. Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Castellana*, Imprenta de D. Gregorio Hernando, Madrid, 1884, p. 454 y Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Espasa-Calpe, Madrid, 1925, p. 521.

La ligazón entre el fenómeno contráctil y el dolor de dar a luz era tan íntima y sólida que el obstetra disponía de una suerte de guía fenomenológica para ayudarse en el seguimiento del parto. Este se inauguraba con dolores llamados «moscas porque se han comparado a las molestias que producen las picaduras de estos insectos», o «correos o avisos porque previenen a la mujer de que va a presentarse el parto». A continuación, los dolores preparantes o dilatantes «obligan a la mujer a quejarse, a veces a echar gritos, al propio tiempo que, si está levantada busca el apoyo durante el dolor, y si está en cama, retuerce el cuerpo como a manifestación del sufrimiento»<sup>487</sup>. Asimismo, los dolores concausantes «son agudísimos, continuos, y hacen lanzar fuertes gritos a la mujer»<sup>488</sup>. En la era del estetoscopio y de la exploración táctil, la mímica del dolor adquiría fuerza de categoría clínica, pues periodizaba el tiempo del nacimiento y orientaba la acción terapéutica<sup>489</sup>.

De manera inversa, la ciencia obstétrica tildaba de «dolores falsos» a aquellas contracciones que al final del embarazo producían una sensación dolorosa sin el consecuente efecto de dilatación cervical<sup>490</sup>. Lo que hoy se denomina «falso trabajo de parto» revelaba entonces que la fenomenología del dolor se subsumía sin remedio a la dinámica funcional de la matriz. También en los temidos partos de riñones, o en otros casos de «análoga patogenia», según dos reputados obstetras, se daba un fallo en «el paralelismo de sensaciones que ha permitido establecer, como hechos sinónimos en el parto, *dolor y contracción uterina*, pues en estas parturientes el primero culmina sin que la segunda se haya puesto proporcionalmente en juego»<sup>491</sup>.

Como si el dolor que no dilata fuese menos dolor, una lógica reduccionista y ambivalente teatralizaba el parto a la par que ataba el dolor a la fisiología de la contracción. Hecho tanto más problemático cuanto que las complicaciones del trabajo de parto (distocias) derivaban con frecuencia de una «pequeña

---

<sup>487</sup> Esta denominación también se encuentra en Orengo, *Obstetricia* [1974], *op. cit.*, p. 170.

<sup>488</sup> Planell, *op. cit.*, p. 123.

<sup>489</sup> El investigador Javier Moscoso ha estudiado las formas de objetivación de la experiencia del dolor que emergen durante el siglo XIX como una búsqueda permanente de adecuación entre la lesión orgánica y la valoración subjetiva del paciente. A este respecto, la «semiótica de los lamentos», como la define Moscoso, constituyó una herramienta con la que extraer elementos comunes de cada expresión individual del dolor, de manera que este pudiera devenir signo natural e invariable de una causa morfológica localizada. La idea subyacente al nuevo enfoque de la experiencia lesiva era «que las mismas causas se manifestaban poco más o menos de la misma forma» y dio sentido a obras como los catálogos de signos expresivos del dolor del médico y antropólogo Paolo Mantegazza, autor de referencia para obstetras españoles del primer tercio del siglo XX como Colmeiro Laforet, a quien cito más adelante en este capítulo. Véase Javier Moscoso, *Historia cultural del dolor*, Taurus, Madrid, 2011, pp. 132-133 y en general su capítulo «Adecuación», pp. 117-161. Para la referencia de Laforet a Mantegazza, véase Carlos Colmeiro Laforet, *Estudio sobre la cuestión del parto sin dolor*, Imprenta Moret, La Coruña, 1932, p. 8.

<sup>490</sup> Orengo, *Obstetricia* [1974], *op. cit.*, p. 163.

<sup>491</sup> Vital Aza y Mateo Carreras, *La práctica obstétrica y ginecológica en la medicina rural*, I, Morata, Madrid, 1941, p. 283. En los popularmente conocidos como «partos de riñones» la cabeza fetal comprime el plexo sacro y produce un dolor intenso en la zona lumbar, pero el trabajo de dilatación y expulsión se verifican lentamente. Los casos de «análoga patogenia» a los que aluden Aza y Carreras incluyen distocias de la dinámica uterina en las que las ondas contráctiles o la regularidad, intensidad, duración y frecuencia de las contracciones se ven profundamente alteradas, dando como resultado un bajo rendimiento contráctil y una falta de correspondencia entre este y la localización e intensidad del dolor.

fisiopatología, lindante con la fisiología, muchas veces sin exponente clínico y sólo revelable mediante inscripción gráfica (tocografía)», una circunstancia que además era «extremadamente variable en su asociación con el dolor», según Santiago Dexeus i Font<sup>492</sup>. Pero en general estas sutilezas no impedían tomar el dolor como indicio directo del trabajo muscular del útero. A falta de una definición concreta del dolor y su origen, la mirada médica optaba por engarzar dolor y contracción en una suerte de apaño retórico. El binomio ofrecía su utilidad: ahorraba tinta y tiempo de escritura, era expresivo, conciso y, la mayoría de las veces, también exacto. Es decir, que se añadía a ello una ventaja epistemológica: el dolor *decía* mucho sobre la función contráctil. De esta manera, tocólogo y paciente permanecían muy próximos, en la medida en que la observación empírica que realizaba este no era del todo indisociable de la comunicación *con* aquella. O dicho de otro modo, aquí el punto de enunciación del conocimiento respecto a la marcha del parto era, si cabe, algo más compartido (o menos excluyente) que en fases posteriores de la obstetricia, cada vez más dependientes del registro tecnológico de los hechos orgánicos. Como señalaba Santiago Dexeus en la entrevista citada más arriba, el registro gráfico de la intensidad de las contracciones y de los latidos cardiacos fetales substituyó en la segunda mitad del siglo a la observación de la paciente para valorar el curso del trabajo de parto.

Y a pesar de todo, nadie confundía contracción con dolor. Los obstetras sabían bien que el binomio contracción-dolor no era más que un espejismo. Afirmaciones como la de Dexeus indican que en el fondo no se trataba más que de eso, de un «paralelismo de sensaciones», fenómenos adyacentes pero con distinta causalidad. En general, el dolor dependía de la intensidad y la duración de las contracciones, aunque uno y otras no eran fenómenos simultáneos en el tiempo. Exactamente como la sombra sigue al cuerpo, dolor y contracción eran inseparables sin solaparse del todo. Por un lado, los textos describían las contracciones como hechos verificables empíricamente:

«El útero se endurece en gran manera, tanto más cuanto más enérgica es la contracción; si lo palpamos notaremos que es duro como madera, al propio tiempo, por inspección, veremos que se marcan mejor sus contornos, aumenta en altura y se sitúa en la línea media, haciéndose más prominente hacia delante, por la tracción de los ligamentos redondos y porque colocado en la línea media, al relieve de la porción lumbar de la columna vertebral, lo impulsa hacia la pared abdominal»<sup>493</sup>.

Las descripciones del dolor, por su parte, señalaban a lo sumo el punto de localización (cintura, abdomen, sacro, muslos), y se conformaban, a menudo, con

---

<sup>492</sup> Santiago Dexeus i Font, «El parto sin dolor», *Medicina Clínica*, n.º 4, Tomo XXVI, sección «Entrevistas y Diálogos», 1956, p. 116. (CM-HJ).

<sup>493</sup> Planell, *op. cit.*, p. 122.

reseñarlo desde el punto de vista de la paciente, es decir, refiriendo la gestualidad y la expresividad verbal que el dolor excitaba en la mujer<sup>494</sup>. Ahora bien, tampoco era cuestión de confiar ciegamente en los signos comunicativos del dolor. Puesto que el «paralelismo de sensaciones» no se daba en todos los casos, matronas y obstetras recurrían a procedimientos más artesanales y menos intersubjetivos para juzgar la intensidad de los «dolores de parto» (léase, de las *contracciones* de parto): por ejemplo, quien atendía el parto debía saber que la presión de un dedo no logra deprimir la pared uterina «en el acmé de una buena contracción», mientras que en una de intensidad media la pared se deprime ligeramente y en las «malas» contracciones la pared cede «fácilmente» ante la presión dactilar<sup>495</sup>. Con el fin de supervisar correctamente la evolución del trabajo, un destacado manual para matronas prefería pues este método a «la valoración de las quejas de la paciente»<sup>496</sup>.

Mientras el desajuste entre la percepción dolorosa y la eficacia de la contracción uterina se limitaba a los casos de distocias dinámicas, había otro tipo de desfase, desacople o desajuste, que caracterizaba a todos los partos por igual. La asincronía temporal entre contracción uterina y dolor era un hecho comprobado: «primero empieza la contracción, después el dolor, van en aumento hasta el máximo, después decrecen, para desaparecer primero el dolor y luego la contracción», comentaba el manual de Planell<sup>497</sup>. Como veremos, el método psicoprofiláctico propuso de hecho aprovechar este lapso entre la aparición de la contracción y la manifestación del dolor para activar una serie de asociaciones condicionadas destinadas a cortocircuitar al dolor en su viaje hacia los centros nerviosos receptores<sup>498</sup>. La secuencia contracción-dolor era pues el indicio primario de una doble sensorialidad –eferente y aferente, motriz y nociceptiva, funcional y emocional.

Cajal lo había notado ya. Cuando su mujer se encontraba en el estado disociativo que le permitió alumbrar sin dolor, ella mantuvo en todo momento conciencia del suceso. Silveria no sufría, pero sí le llegaba una «sensación táctil, de constricción mecánica y de impresión de fatiga»<sup>499</sup>. El neurólogo dedujo que «los nervios del *dolor*» se habían paralizado, «quedando incólumes los que conducen al sensorio las *excitaciones táctiles* y el *estado de la contracción muscular* (sentido muscular)»<sup>500</sup>. No es de extrañar, por tanto, que Cajal definiera el dolor como la «manifestación subjetiva de las contracciones»<sup>501</sup>. El prodigio hipnótico había logrado anular el dolor del parto «sin perturbar los actos

---

<sup>494</sup> *Ibid.*

<sup>495</sup> Francisco Orengo Díaz del Castillo, *Obstetricia para matronas*, Isidoro Aguirrebeña Editores, Madrid, 1963, p. 268.

<sup>496</sup> *Ibid.*

<sup>497</sup> Planell, *op. cit.*, p. 122. Lo mismo sucede en Orengo, *Obstetricia* [1974], *op. cit.*, p. 165.

<sup>498</sup> Dexeus i Font, «*El parto sin dolor*», *op. cit.*, p. 117.

<sup>499</sup> Cajal, *op. cit.*, p. 485.

<sup>500</sup> *Ibid.*

<sup>501</sup> *Ibid.*

mecánicos y vitales que lo acompañan»<sup>502</sup>. Asombrado ante su descubrimiento, Cajal supuso que en el parto habría algo así como una fisiología necesaria y una neurología sobrante. Y no iba desencaminado: prueba de ello serían los espectaculares avances en materia de anestesia obstétrica durante la segunda mitad del siglo XX, que reposaban en gran medida sobre esta partición.

El lenguaje médico era en todo caso proclive a jugar con la ambigüedad de la palabra «dolor». El término, equívoco y dimorfo, se componía por una suerte de núcleo duro, su significado objetivo –la contracción–, y por una sombra difusa que remitía incansablemente a la subjetividad de la experiencia. Por otro lado, contra quienes protestaban «airadamente» por el abuso de la denominación *dolores de parto*, con todo lo que ello sugería a la futura madre, Manuel Usandizaga advertía que dicha expresión lograba evocar –en contraposición a la más depurada *contracciones*– «una gran cantidad de hechos secundarios de gran importancia» en la génesis del dolor<sup>503</sup>. Y es que el dolor era en realidad un síntoma del fenómeno contráctil<sup>504</sup>, pero en ningún caso la contracción era la causa orgánica del dolor<sup>505</sup>. Así, la designación del trabajo uterino como «dolores de parto» debía su hegemonía principalmente a dos razones: en primer lugar inducía a adecuar el ojo clínico (aquí de mirada compasiva) a la experiencia de la paciente; en segundo lugar el término condensaba un potencial simbólico y autorreferencial –sugiriendo causas distintas de la contracción pero derivadas de ella– que ni siquiera requería ser explicitado. Sin duda alguna, este era un uso más destinado a fines de didáctica terapéutica que a desentrañar la naturaleza incisiva del dolor.

#### 4. 2. Sumas

Durante mucho tiempo la obstetricia avanzó con paso lento y mirada humilde por el cenagal del dolor. Así lo reconocían muchos autores en el meridiano del siglo: los conocimientos médicos sobre la cuestión eran tan solo aproximativos<sup>506</sup>. Por ejemplo, y como hemos visto, la equivalencia contracción-

---

<sup>502</sup> *Ibid.*

<sup>503</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 13.

<sup>504</sup> Orengo, *Obstetricia* [1963], *op. cit.*, p. 266.

<sup>505</sup> Ramiro García Carrasco, «La Anestesia en Obstetricia», en José Botella Llusá, *Suma de Terapéutica de Obstétrica*, Facultad de Medicina de Madrid, Madrid, 1949, p. 177.

<sup>506</sup> Colmeiro Laforet lo afirma repetidas veces. Véase Laforet, *op. cit.*, pp. 7, 8 y 9. Otros ejemplos de ello en Luque, «*Deontología*», *op. cit.*, p. 5, Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, p. 56, Felipe Proubasta, «El problema del parto sin dolor», sesión del 22 de octubre de 1934, presidencia de Pi i Sunyer, *Annals de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona*, 1934, p. 307, José María Bedoya y Bernardino Pardo Ouro, *El parto sin dolor (anestesia caudal continua en obstetricia)*, Ediciones Ibéricas, Madrid, 1946, p. 32, y Juan Sánchez Cózar, *Cirugía del dolor*, Discurso de apertura por el Catedrático de la Facultad de Medicina, Universidad de Granada 1959-1960, Granada, 1959, p. 7.

dolor articulaba una mirada clínica que admitía sin embargo múltiples remiendos. Ello se debía en gran medida al carácter provisional de las teorías sobre el dolor vigentes hasta la época. La más popular de entre ellas, la teoría de la especificidad del dolor, sugería que este poseía vías de conducción propia que transmitían el estímulo de la zona excitada a los centros nerviosos superiores. Pero como recoge una extensa literatura secundaria, la idea de una sensibilidad específica para cada tipo de impulso hubo de concurrir a finales del siglo XIX con otras teorías como la del patrón, que consideraba que la intensidad de los estímulos y la acumulación de estos a nivel central determinaban la sensación lesiva, o la teoría del afecto, para la cual el dolor era una emoción y no una sensación<sup>507</sup>.

Dentro de esta guerra teórica, además, la cuestión del dolor visceral constituía un verdadero frente de batalla. En efecto, la experiencia cotidiana inducía a pensar que las vísceras no poseían sensibilidad propia. Solo cuando una patología amenazaba al organismo, o al darse un trabajo insólito en un órgano, asistía el individuo a lo que el obstetra Nikolaev describía como un «despertar» de lo vegetativo<sup>508</sup>. La cuestión del dolor visceral había sido objeto de debates científicos desde el arranque del siglo y lo seguiría siendo durante décadas. No había consenso ni sobre la tipología de la inervación visceral (respecto de las fibras que inervaban la periferia somática), ni sobre los mecanismos de conducción de los impulsos. Tampoco quedaba claro cuánto había de dolor irradiado de las vísceras a las zonas contiguas del cuerpo en las afecciones orgánicas, o si en cambio aún se podía sostener la existencia de un dolor esplácnico profundo, es decir, un dolor «verdadero» originado en la víscera y percibido en ella<sup>509</sup>. Según el obstetra español José Carlos Colmeiro Laforet, esta última hipótesis explicaría la receptividad visceral por la intensidad del estímulo, produciéndose sensaciones conscientes únicamente cuando una excitación patológica rebasaba el límite de la «barrera neurométrica» en las terminaciones nerviosas del órgano<sup>510</sup>.

Autores como el ginecólogo Emilio Gil Vernet admitían a mediados de siglo la sensibilidad de los órganos internos por la existencia de vías aferentes propias al sistema nervioso vegetativo, pero aun así la pluralidad de vías de transmisión

---

<sup>507</sup> La teoría del patrón fue obra del neurólogo alemán J. K. E. Alfred Goldscheider, mientras que la del afecto se atribuye al británico Henry R. Marshall. Otros autores, no obstante, desarrollaron versiones distintas de ambas. Por otro lado, los fisiólogos Johannes P. Müller y Max von Frey figuran, por su parte, entre los nombres más destacados de las teorías de la especificidad del dolor. Para un breve resumen de la historia intelectual del dolor véase Carlos Moreno Benavides, «Apuntes para una historia de las teorías biológicas del dolor», en Alberto Vélez van Meerbeke et al (eds.), *Lecciones de historia del dolor*, Colección Textos Ciencias de la Salud, Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, 2005, pp. 18-32. Otro resumen de las teorías sobre el dolor desde mediados del XIX hasta finales del siglo XX puede encontrarse en Isabelle Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Seuil, París, 1995, pp. 85-100. En el libro la autora realiza un análisis socio-histórico de la formación de la medicina del dolor como campo clínico específico en Francia desde finales de los años 1970. Otra referencia indispensable sobre el tema es Moscoso, *Historia, op. cit.*

<sup>508</sup> Nikolaev, *op. cit.*, p. 5.

<sup>509</sup> Sánchez Cózar, *op. cit.*, p 17.

<sup>510</sup> Laforet, *op. cit.*, p. 10.

y las múltiples combinaciones que un impulso podía operar en su recorrido seguían resultando problemáticas<sup>511</sup>. Así, la interpretación del dolor visceral continuaba siendo una «intrincada cuestión»<sup>512</sup> o, como decía el propio Vernet, esta no descansaba aún «sobre terreno firme»<sup>513</sup>.

En este contexto los dolores del parto resultaban un caso complejo. En parte exponentes de un tipo concreto de dolor visceral, pues se desencadenaban junto (o incluso se asociaban a) las contracciones de la matriz, estos dolores recibían también consideración de dolor somático por su carácter de lesión localizada en el aparato genital de la mujer. Algunos puntos de inserción medular de los impulsos asociados al parto habían sido ya consensuados en el primer tercio del siglo. Era el caso del dolor de las contracciones, transportado por fibras aferentes en la undécima y duodécima raíces torácicas<sup>514</sup>. El dolor resultante de la distensión del canal del parto, por el contrario, permanecía conectado a la médula «por ciertas raíces sacras no bien determinadas», admitía una publicación puntera de este periodo<sup>515</sup>. Finalmente, manuales y tratados tampoco insistían demasiado en la participación del encéfalo en la interpretación de los estímulos del parto, pues esa era una cuestión aún por dilucidar.

Tras esta larga introducción, el presente epígrafe tratará de mostrar que el conocimiento sobre el dolor obstétrico en la primera mitad del siglo XX dependía, a pesar de la imprecisión reseñada, de un esquema que podríamos calificar de matemático o aritmético. Haciéndose eco del postulado de la sumación de Alfred Goldscheider, la literatura especializada entendía el dolor fundamentalmente como el resultado de una operación aditiva: en el cuerpo de la parturienta los procesos mecánicos que permitían nacer al feto se sumaban unos a otros conformando una sensación general del parto como un evento doloroso. El objetivo es mostrar que este argumento reforzaba la correspondencia vista en la sección anterior entre contracción y dolor, y como prueba de la vigencia de dicho argumento en la literatura el texto termina aludiendo al uso que se hace de él también en otros ámbitos de la ginecología.

Las contribuciones obstétricas españolas de la primera mitad de siglo recogían a grandes rasgos la multiplicidad de puntos de vista, aproximaciones y desmentidos sobre el dolor que acabamos de repasar. Pero frente a la humildad exhibida ante los fenómenos de transmisión e interpretación del dolor, el asunto de la producción de estímulos parecía abordarse con mayor soltura. Obstetras

---

<sup>511</sup> Emilio Gil Vernet, «Bases anatómicas y fisiopatológicas», en Manuel Usandizaga Soraluze, Emilio Gil Vernet y Emilio Molinero, *El dolor en ginecología*, Vergara, Barcelona, 1957, pp. 36-37 y 48.

<sup>512</sup> Bedoya y Pardo, *op. cit.*, p. 34.

<sup>513</sup> Emilio Gil Vernet, «Tratamiento quirúrgico», en Usandizaga, Gil Vernet y Molinero, *op. cit.*, p. 157.

<sup>514</sup> Bedoya y Pardo, *op. cit.*, p. 34.

<sup>515</sup> *Ibid.*, p. 35.

como Colmeiro Laforet o José María Bedoya González sostenían que el dolor era en general un hecho cuantificable y que estaba íntimamente relacionado con la extensión de la zona excitada o bien con el número de terminaciones nerviosas capaces de registrar el estímulo, así como con la intensidad de este<sup>516</sup>.

El médico gallego describía en 1932 las principales líneas de la anatomía nerviosa sexual y, en particular, las conexiones sensibles y motoras del útero con el sistema nervioso central y el espinal<sup>517</sup>. Una vez demostrada la capacidad receptiva de los órganos genitales femeninos faltaba por dirimir qué tipo de excitación podía «despertarlos». Recordemos que en pleno apogeo de la teoría de la especificidad, las terminaciones nerviosas se consideraban selectivas, es decir que, por ejemplo en el caso del útero, estas reaccionaban mayormente a impulsos mecánicos (contracción) y en menor medida a excitaciones térmicas o químicas<sup>518</sup>.

Laforet situaba al espasmo y la distensión como estímulos primordiales en la producción del dolor del parto. Ciertamente es que el espasmo en sí mismo carecía, en muchos casos, de potencial algógeno, pero Laforet entendía que este se daba habitualmente bajo dos condiciones: para empezar, el espasmo era inseparable de la distensión y, a continuación, el espasmo de los órganos tendía en general a vaciar al receptáculo de su contenido. En la monotonía de una víscera hueca, las contracciones espasmódicas de su pared lisa podían en efecto resultar indoloras. Sin embargo, cuando un cuerpo voluminoso atravesaba un órgano, el estiramiento de las terminaciones sensitivas de su pared causaba tensión elevada en la víscera y con ello el dolor. Del mismo modo, un cuerpo proporcional a las dimensiones del órgano producía el mismo efecto de distensión si el paso sobrevenía en el preciso instante de un espasmo. En suma, la intensidad del estímulo doloroso estaba en relación directa con la desproporción cuerpo-víscera, la elasticidad del tejido y su robustez muscular<sup>519</sup>.

Así se aceptaba que las contracciones espontáneas y asintomáticas, tan características de la vida vegetativa en su parsimoniosa normalidad, pasaran desapercibidas para el individuo. Pero en el parto la relación entre el canal [«bastante estrecho»] y el cuerpo [«un móvil voluminoso»], así como la consistencia de este cuerpo móvil [«solamente deformable hasta cierto punto»], no tenían nada de normal<sup>520</sup>. Actuaban amplificando el dolor, naturalmente, la estrechez pélvica y el volumen del feto, así como todo aquello que se opusiera a la actividad contráctil de la matriz<sup>521</sup>. Laforet traducía así la visión imperante en la época, según la cual en el parto se desgajaban unos cuerpos insertos en otros mediante un proceso mecánico centrífugo, y en el que el útero-motor necesitaba

---

<sup>516</sup> Laforet, *op. cit.*, p. 7.

<sup>517</sup> *Ibid.*, p. 10.

<sup>518</sup> Gil Vernet, «*Bases anatómicas*», *op. cit.*, p. 48.

<sup>519</sup> Laforet, *op. cit.*, p. 9.

<sup>520</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>521</sup> Esta idea está también presente en Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 14.



de fuerza, ritmo y coordinación para efectuar debidamente la expulsión. De ahí que el dolor resultante fuera, «ante todo, un dolor de contracción, en el sentido estricto de la palabra»<sup>522</sup>. Esta definición posibilitaba, por sí sola, que en la literatura médica didáctica y divulgativa se hubiera asentado un uso poco riguroso del término «dolor» –referido a la experiencia lesiva del parto– como elemento casi intercambiable con el hecho fisiológico de la contracción.

Pero la terminología mecánica no se limitaba a los «procesos de compresión, distensión y retracción» de la acción uterina propiamente dicha<sup>523</sup>. Durante el recorrido del feto hacia el exterior las partes blandas como el cérvix, la vagina, la vulva o el periné experimentaban una distensión extraordinaria que ocasionaba una dilaceración importante de sus tejidos. Además, la distensión y retracción del útero en trabajo producía tracciones sobre el peritoneo, especialmente sobre el pliegue vesico-uterino que, junto a las zonas de inserción visceral en general, constituían según Laforet focos de sensibilidad dolorosa<sup>524</sup>. En última instancia, la cabeza fetal actuaba como una máquina apisonadora en la fase expulsiva, comprimiendo los órganos albergados en la pelvis contra la muralla ósea que esta formaba<sup>525</sup>. Sin titubear, Laforet explicitaba esta lógica aditiva en la etiología del dolor obstétrico: este «es un dolor complejo, originado por la suma de varios que dependen de causas diversas y se localizan en puntos diferentes del tramo genital»<sup>526</sup>.

Por su parte, los ginecólogos José María Bedoya y Bernardino Pardo de Ouro asumían los mismos postulados en la obra en la que darían a conocer un método anestésico mediante anestesia caudal continua. Las contracciones uterinas, sentenciaban los autores, eran dolorosas, pero no había que ver la causa del dolor (aunque la evidencia empírica y la labia médica indujeran a ello) en la contracción de la musculatura lisa del útero, pues su sensibilidad era negativa<sup>527</sup>. No se trataba de un juego de palabras, sino de un razonamiento prácticamente cartesiano. Como en el intestino, la vejiga y el uréter, las contracciones de estos órganos se manifestaban sólo cuando un obstáculo se interponía en la progresión de su contenido. Ello teniendo en cuenta que el propio cuerpo fetal era considerado un obstáculo en sí mismo, en razón de sus dimensiones y de su relativa solidez.

Esta racionalidad de tipo físico se aplicaba asimismo para dar cuenta, por ejemplo, de la etiología de la posición de vértice fetal al final de la gestación. Planell explicaba la frecuencia de dicha presentación tomando prestada la Ley de acomodación del *accoucheur* Charles M. E. Pajot:

---

<sup>522</sup> Laforet, *op. cit.*, p. 12.

<sup>523</sup> *Ibid.*

<sup>524</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>525</sup> *Ibid.* Manuel Usandizaga aludía también a la «excitación de músculos, fascias y ligamentos que rodean el canal genital, al ser distendidos o comprimidos por el feto en su progresión», en *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 15.

<sup>526</sup> Laforet, *op. cit.*, p. 13.

<sup>527</sup> Bedoya y Pardo, *op. cit.*, p. 32, y García Carrasco, *op. cit.*, p. 177.

«Cuando un cuerpo sólido se halla contenido en otro, si el continente tiene sus paredes contráctiles, lisas y resbaladizas, y experimenta alternativas de contracción y de reposo, el contenido tenderá incesantemente a acomodar su forma y dimensiones, a la forma y capacidad del continente»<sup>528</sup>.

Bajo este supuesto físico-mecánico, la desproporción entre los cuerpos y la resistencia que ofrecía la propia anatomía femenina durante el parto desencadenaban una serie de procesos físicos que, estos sí, actuaban de causas eficientes del dolor mediante la estimulación de las terminaciones nerviosas locales. A este respecto Bedoya y Pardo solo añadían dos casos a la casuística acumulativa de Laforet: las proyecciones de una extremidad fetal sobre la pared uterina contraída y los desgarros, visibles o submucosos, en la región vulvo-vaginal durante la fase expulsiva<sup>529</sup>. Todas estas afirmaciones matizaban y actualizaban, conjuntamente, la equivalencia entre contracción y dolor. Pues la primera no era, por un lado, más que el resorte de un procedimiento expulsivo en el que el dolor se ramificaba en múltiples causas, el detonante de una inercia mecánica, la inocente espectadora de un descalabro material en las entrañas del cuerpo. Por el otro lado (el epistemológico), el dolor así explicado quedaba para siempre soldado a la contracción como símbolo y pegamento de toda esta casuística accesoria.

Si en *La ataraxia en el parto* Usandizaga esgrimía este último argumento, en *El dolor en ginecología* el médico bilbaíno se servía de la analogía con el dolor menstrual para reavivar dicha correspondencia. En la obra Usandizaga proponía considerar la dismenorrea primaria (el dolor menstrual sin causa aparente) bajo el mismo esquema que estructuraba el trabajo de parto. Siendo la menstruación fundamentalmente otro caso de expulsión mecánica de un cuerpo del interior de otro, la dismenorrea podía deberse a anomalías en el canal por el que circula el objeto de la expulsión, a anomalías en el objeto mismo de la expulsión (en este caso el fluido menstrual), o bien a una disfunción del motor expulsivo, a saber, la contracción uterina. Con esta solían coincidir, según el bilbaíno, la estimulación de unas terminaciones nerviosas en el orificio interno del cérvix, llamados corpúsculos de Keiffer, pero también, aunque sin pruebas contundentes, fenómenos de isquemia, anoxia y producción de sustancias hormonales o químicas, nocivas para los tejidos viscerales<sup>530</sup>.

La intervención de este tipo de estímulos en la creación del dolor no eclipsaba la aureola retórica que rodeaba a la contracción. Al contrario, era «tan

---

<sup>528</sup> Planell, *op. cit.*, p. 104. La ley de acomodación fetal fue formulada por el obstetra y puericultor Adolphe Pinard, discípulo de Charles M. E. Pajot, en su *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*, Préface de M. le Professeur Pajot, H. Lauwereyns, París, 1878, pp. 5-6.

<sup>529</sup> Bedoya y Pardo, *op. cit.*, p. 33.

<sup>530</sup> Manuel Usandizaga Soraluze, «El dolor menstrual», en Usandizaga, Gil Vernet y Molinero, *op. cit.*, pp. 141-144.

directa la relación entre contracciones uterinas y dolores» que no solo los términos se usaban como sinónimos en obstetricia sino que la equivalencia guiaba también la etiología ginecológica de la dismenorrea<sup>531</sup>.

### 4. 3. (Im)potencias

En esta causalidad de tipo mecánico, el dolor surgía de la puesta en marcha de la maquinaria del cuerpo al servicio del capital reproductivo de la humanidad. Si la imagen industrial explicaba el funcionamiento del dolor, un símil financiero permitiría entender también sus efectos. El dolor del parto tenía sus productos derivados y la obstetricia, por decirlo de algún modo, «especulaba» con este tipo de sufrimiento.

Esta sección presenta brevemente algunos de esos razonamientos especulativos, basados en una lógica de concatenación similar a la que explicaba la naturaleza de la sensación dolorosa: si el dolor del alumbramiento era el efecto sensible de causalidades superpuestas, también funcionaba como causa de otros tantos fenómenos. El texto comienza describiendo las secuelas fisiológicas del dolor obstétrico y bascula progresivamente hacia el impacto que este tiene sobre la integridad psíquica y moral de la gestante.

Tal y como se recoge en la literatura, el dolor obstétrico podía causar descalabros orgánicos iguales o superiores a los que él mismo acompañaba. Para empezar, el dolor podía ser tan intenso y lacerante que hiciera de «freno» al proceso de alumbramiento. Era el caso de muchos partos de riñones, en los que la compresión repetida del plexo sacro, y su dolor resultante, terminaban por bloquear el trabajo del útero<sup>532</sup>.

El sufrimiento asociado al parto conllevaba además consecuencias fisiológicas respiratorias, circulatorias y metabólicas<sup>533</sup>. Y es que, como era bien sabido, el dolor ejercía una notable influencia, en términos generales, sobre todas las funciones orgánicas: las secreciones del aparato digestivo, el control de esfínteres, manifestaciones cutáneas como el sudor y el horripilamiento, el bombeo cardíaco, el pulso y la presión sanguínea, la dilatación de las pupilas y los reflejos motores defensivos; nada escapaba a la presencia devastadora del

---

<sup>531</sup> *Ibid.*, p. 140.

<sup>532</sup> Aza y Carreras, *op. cit.*, p. 283.

<sup>533</sup> Joan Oliveras Farrús, «Analgesia en el parto», *Resumen de Conferencias*, conferencia pronunciada el 17 de febrero de 1988, Institut Dexeus, Barcelona, 1986-1988, p. 156.

dolor<sup>534</sup>. Y este tenía, también, otros efectos colaterales: el dolor referido que a menudo atacaba regiones cutáneas más o menos alejadas al órgano lesionado<sup>535</sup>, por un lado y, por el otro, el conjunto de trastornos psíquicos que el padecimiento podía conllevar.

Manuel Usandizaga había vaticinado que la era en que la ginecología dependía en exceso de un concepto localista de la enfermedad empezaba a extinguirse<sup>536</sup>. Por ejemplo, y siguiendo una tradición inaugurada por el ginecólogo alemán Bernhard Krönig, él siempre se había mostrado contrario a conceptualizar la histeroneurastenia como neurosis refleja, es decir, como síntoma psíquico de una patología genital<sup>537</sup>. La fácil accesibilidad de los genitales femeninos podía explicar esta orientación en la historia de la ginecología, pero en ningún caso justificaba la creación aberrante de nuevas entidades clínicas como el *Ginecosicosoma*, recientemente introducido por Antonio Vallejo-Nágera en el ámbito de la psiquiatría. Para Usandizaga, estos desmanes de la medicina decimonónica no tenían cabida en la medicina del siglo XX, a la par más precisa en sus hallazgos y más sensible a las demandas de la corriente psicossomática<sup>538</sup>.

Y sin embargo, el único caso para el que el ginecólogo reconocía la manufactura orgánica de la perturbación mental era precisamente el del dolor del parto. En *La ataraxia en el parto*, libro destinado a refutar, en lo científico como en lo sociológico, las implicaciones mayores de la psicoprofilaxis obstétrica, Usandizaga recordaba que en el quehacer clínico era usual achacar una distocia dinámica al psiquismo alterado de la parturienta. En efecto, reconocer la influencia de las emociones sobre la labor uterina era corriente en la literatura médica<sup>539</sup>. Pero una cosa era aludir a ello como un caso *posible*, y otra acatarlo como criterio diagnóstico *probable*. Usandizaga opinaba que, si bien no podía descartarse completamente el papel de las emociones, ello era en todo caso discutible, ya que al contrario «la inmensa mayoría de las veces» era la perturbación psíquica la que seguía –y no originaba– la distocia<sup>540</sup>. De este modo la mujer en trabajo podía desarrollar, frente al parto, lo que Usandizaga llamaba «reacciones asociadas» en forma de emociones patológicas y enajenación mental.

---

<sup>534</sup> Laforet, *op. cit.*, p. 8.

<sup>535</sup> Sánchez Cózar, *op. cit.*, p. 15.

<sup>536</sup> Manuel Usandizaga Soraluze, «Factores psíquicos», en Usandizaga, Gil Vernet y Molinero, *op. cit.*, p. 53.

<sup>537</sup> *Ibid.*, p. 55.

<sup>538</sup> Hasta los década de los años 1920, esta corriente proponía, en términos generales, hacer una profilaxis ginecológica de la locura. Freud había contribuido a solidificar esta corriente de pensamiento con sus teorizaciones sobre la histeria. Los primeros psiquiatras en disentir de estas afirmaciones fueron Emil Kraepelin, Paul J. Moebius y Ludwig Binswanger, y el primer ginecólogo, mencionado más arriba, en sumarse a la oposición fue el alemán Bernhard Krönig. *Ibid.*, pp. 54-55.

<sup>539</sup> Algunos manuales y tratados mencionaban de pasada la idea de perturbación del trabajo de parto por causas anímicas. Véase, por ejemplo, Orengo, *Obstetricia* [1974], *op. cit.*, p. 165, y Santiago Dexeus i Font, *Nocions de maternologia*, Llibreria Catalònia, Barcelona, 1928, p. 46.

<sup>540</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 20.

En no pocas ocasiones, de hecho, estos fenómenos habían obligado a valorar ante los tribunales «la responsabilidad criminal de una parturienta»<sup>541</sup>.

Para el prestigioso tocólogo Josep Maria Carrera i Macià, igualmente, el dolor del parto era un fenómeno tan serio como imprevisible. Antes de la sistematización de la anestesia obstétrica, el ginecólogo había visto a parturientas, presas del dolor, esconderse bajo las camas del paritorio, negándose a salir, e incluso, una vez, una mujer desesperada decidió tirarse por la ventana abierta de la habitación para acabar con el suplicio<sup>542</sup>. Como el bilbaíno, el que fue largo tiempo segundo de a bordo de la escuela barcelonesa Dexeus confirmaba con su relato la idea de que el dolor podía producir también grandes perjuicios morales.

El dolor del parto poseía así un potencial activo superior al de su mera naturaleza orgánica. Es decir, el dolor reverberaba, en lo fisiológico como en lo anímico, como un engranaje aplastante difícil de contener. Por ello, más allá de su valor como síntoma de la contracción, el dolor del parto se adecuaba a la categoría de síndrome o complejo sintomático<sup>543</sup>. Como ha señalado Marilène Vuille, el dolor del parto era el único que cumplía simultáneamente con características propias de ambas formas de dolor, siendo agudo y localizado como el síntoma de una lesión o la señal de alerta ante un peligro, pero desplegándose a su vez como la enfermedad misma, produciendo –como en el síndrome del dolor crónico– una disfunción generalizada y causando graves daños colaterales al espíritu<sup>544</sup>.

En este modelo etiológico que he llamado de tipo «mecánico» el dolor operaba en base a un doble imperativo. Primero, el dolor se desataba según una lógica territorial: en lugar de insistir sobre la trayectoria de los estímulos dolorosos o sobre la interpretación mental de dichos impulsos, la mirada médica se focalizaba sobre lo que acontecía en «el tramo genital»<sup>545</sup>. Segundo, el discurrir del dolor era aditivo y exponencial: o en otras palabras, la sensación del daño se entendía como un aglomerado de causas que a su vez podían multiplicarse en los confines del cuerpo (y la psique).

Esta razón topo-numérica hacía del parto una experiencia potencialmente alienadora para la mujer, quien se mantenía ajena e insolvente ante la labor llevada a cabo por su organismo. También la configuración «mecánica» del dolor promocionaba sobremanera la figura del tocólogo, único agente capaz de mediar entre el cuerpo insurrecto y la conciencia pasiva de la parturienta, entre el

---

<sup>541</sup> *Ibid.*, p. 18.

<sup>542</sup> Entrevista al Dr. Josep Maria Carrera i Macià, Barcelona, 19 de diciembre de 2015.

<sup>543</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 18.

<sup>544</sup> Vuille, *Accouchement et douleur*, *op. cit.*, pp. 49 y 96.

<sup>545</sup> Laforet, *op. cit.*, p. 13.

estímulo y su percepción. En efecto, este era un modelo paternalista del dolor, en el sentido en que la ciencia obstétrica aparecía como único remedio posible contra el mal que subyugaba a las mujeres en trance de parir. De ahí que muchos tocólogos se congratulasen cuando lograban corregir el despotismo de la naturaleza por medio de sus aportaciones ilustradas. Bedoya y Pardo celebraban así el éxito que su método anestésico suponía en la anulación del dolor obstétrico:

«Realmente es espectacular el presenciar el parto en una enferma, que conserva íntegras sus facultades mentales y cuyo útero se contrae con energía, que ni exhala una queja ni siquiera modifica sus facciones en ese momento. Y tanto más, cuanto que esto se puede prolongar varias horas del mismo modo, desde que la dilatación del cuello es de 3 cm. hasta la expulsión completa»<sup>546</sup>.

La paciente: una enferma. Una enferma que quedaba, en todos los casos, desprovista de cualquier soberanía sobre el proceso del parto, pero la capacidad terapéutica de los expertos era también muy limitada. Como recordaba el tocólogo Francisco Carreras, a principios de siglo la formación de los profesionales, las técnicas y los criterios clínicos eran «puramente *mecanicistas*», y en el parto había «un cuerpo que tenía que salir del claustro materno, unas fuerzas que lo empujaban y un angosto trayecto por el que debía pasar. Barajando estos tres factores», decía Carreras, «había que resolver el problema y la paciente, resignada, sabía, como nosotros, que debía sufrir»<sup>547</sup>.

---

<sup>546</sup> Bedoya y Pardo, *op. cit.*, p. 53.

<sup>547</sup> Francisco Carreras, «Ataraxia y obstetricia psicosomática», *Revista Ibys*, año XIX, 4, julio-agosto 1961, p. 301.



## 5. Gobernanza neuroconductual

Parecía al fin y al cabo que el dolor del parto *existía*, tan implacable y solipsista como el propio Creador. O al menos esto fue así hasta que una teoría concebida en la URSS rompió los moldes del pensamiento obstétrico sobre el dolor. Marilène Vuille afirma que la psicoprofilaxis obstétrica supuso un extraño paréntesis en la historia de la obstetricia<sup>548</sup>. Desde luego, el ideario labrado en la URSS ofrecía una conceptualización excepcional sobre la causalidad del dolor del parto.

También puede considerarse «excepcional» el proselitismo que sus partidarios hicieron sobre el carácter supuestamente indoloro del parto en condiciones de naturaleza, primitivismo, ruralidad, animalidad o simplemente en muchos casos de la experiencia cotidiana para los que los obstetras no encontraban explicación. Según los fundadores de la psicoprofilaxis, el parto era un hecho fisiológico y, por tanto, no había razón alguna para que doliera. Una afirmación que compartían con el obstetra británico Grantly Dick-Read, impulsor de otra variante de parto sin dolor llamada por él mismo «parto si temor» o «parto natural»<sup>549</sup>. Ambas escuelas postulaban que el dolor del parto era el síntoma de un cierto tipo de degeneración. La psicoprofilaxis apuntaba con firmeza hacia la sociedad, mientras que Dick-Read señalaba a diestro y siniestro, favoreciendo sin embargo una perspectiva más individualista del «fracaso» que suponía parir con dolor. En todo caso, este posicionamiento a contracorriente les valdría a todos ellos un aluvión de críticas de sus camaradas de gremio.

En lo que a la construcción del pensamiento médico se refiere, la psicoprofilaxis obstétrica procedía según el criterio de un estricto positivismo científico. Su *estilo* epistémico, pues, no se situaba dentro del paréntesis sino más bien fuera. Apoyada en la teoría pavloviana, la escuela reflexológica pretendía elaborar leyes generales sobre la relación entre los estímulos ambientales y la

---

<sup>548</sup> Vuille, *Accouchement et douleur*, *op. cit.*, p. 61.

<sup>549</sup> Tanto los promotores del parto sin dolor como obstetras y ginecólogos en general recurrieron a menudo a este argumento –especie de aplicación obstétrica del mito del buen salvaje de la Edad Moderna– para analizar las causas del dolor del parto. Las alusiones son tan numerosas en la literatura que sería imposible reseñar aquí todos los casos. Véanse, a modo indicativo, Ángel Hernández Jiménez, «El método psicoprofiláctico en nuestra práctica obstétrica», *Sesión de la Academia Deontológica Matritense presidida por el Dr. César López-Dóriga el 9 de marzo de 1956, Curso 1955-1956*, Pontificia Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián, año III, n.º 25, Madrid, 1956, p. 4. (CM-HJ), Dick-Read, «Aspectos psicósomáticos», *op. cit.*, pp. 94 y 100, aunque el británico alude a ello en todas sus obras, o Adrian Vander, *Parto sin dolor*, Ediciones Dr. Vander, Barcelona, 1959, pp. 10-11. En España destaca la crítica que hizo Clavero Núñez de este mantra en *Aspectos humanos*, *op. cit.*, pp. 49-50. Frédérique Liotard-Schneider realiza en su tesis una genealogía de esta suposición poniéndola en relación con el pensamiento colonial francés. A su vez, la autora muestra cómo la idea del parto primitivo indoloro ha servido para justificar tanto actitudes intervencionistas como posturas más expectantes en la conducción del parto. Liotard-Schneider, *op. cit.*, pp. 229-234.



fisiología nerviosa humana mediante observación y experimentación<sup>550</sup>. En efecto, los enunciados inductivos de la escuela pavloviana ahuyentaron instancias no verificables experimentalmente, como la «introspección»<sup>551</sup>. En *La medicina y nuestro tiempo*, publicado en 1954, Gregorio Marañón ensalzaba el pavlovismo como modelo de «pura ciencia»<sup>552</sup>. Como buen naturalista, decía Marañón, el médico debía «ver con ojos de investigador lo que la naturaleza, en forma de dolor, le presenta»<sup>553</sup>. Y a este respecto la obra de Pavlov representaba, para el madrileño, el «prototipo» de dicha actitud científica<sup>554</sup>.

No obstante, si el sabio hablaba era porque debía hacer entender. Según el psiquiatra Antonio Colodrón, portavoz local del pavlovismo y colaborador puntual en alguna publicación sobre psicoprofilaxis obstétrica, la España de los años 1950 vivía un ambiente de «ocultación y hermetismo» que hacía difícil el reconocimiento de la obra del fisiólogo ruso, al menos en el ámbito de la psiquiatría. Su simple mención desataba, según Colodrón, «una consigna: está sobrepasado en toda su dimensión, una antigualla. El hombre es más que el perro; es libre y puede decir no»<sup>555</sup>. El médico y el teólogo ovetenses Antonio Díez Blanco y Jesús H. Álvarez lamentaban, por ejemplo, que la escuela rusa preconizara «una psicología sin alma»<sup>556</sup>.

Tras las reticencias en lo tocante al tema del albedrío se perfilaba, según Colodrón, un trasfondo político interesado en denostar la teoría pavloviana reduciéndola a un mero instrumento del régimen soviético. En cuanto a la implantación de la psicoprofilaxis en España, Colodrón refiere cómo el gremio obstétrico se decantó rápidamente «por el calco descafeinado del inglés». Ciertamente, la politización de las doctrinas científicas es un fenómeno recurrente y el caso de la psicoprofilaxis obstétrica ofrece un ejemplo paradigmático en cualquiera de los escenarios sobre los que actuó. En España la versión más «pura» del método fue de inmediato fagocitada por otros modelos, mixtos o alternativos, por razones científicas pero también de orden político, sociológico y moral. Según Colodrón, la «versión clónica pero decapitada» que

---

<sup>550</sup> Así lo plantean las fuentes primarias: Á. Hernández Jiménez, A. Rábano y A. Colodrón, «Relation entre le type d'activité nerveuse supérieure de la femme et les échecs de la méthode psycho-prophylactique», p. 421. (CM-HJ). Entre los franceses, véase Fernand Lamaze, «La suppression de la douleur liée à la contraction de l'utérus en travail. (Méthode Psycho-prophylactique)», texto presentado por el Dr. Lamaze en el Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia realizado en La Habana (Cuba) del 4 al 10 de diciembre de 1955, p. 2. (IHSM). Para una lectura sintética de la genealogía de la escuela rusa, desde la psicología experimental alemana de Wilhem Wundt hasta Pavlov, pasando por sus maestros Sechenov y Bechterev, véase José María Zumalabe Makirriain y Ángel González Alonso, «Una aproximación histórico-conceptual a la neurociencia de I. P. Pavlov», *Boletín de Psicología*, 83, 2005, pp. 45-67.

<sup>551</sup> Zumalabe y González, *op. cit.*, p. 48. De manera similar, el psicólogo estadounidense J. R. Kantor afirmó que el conductismo, heredero de la reflexología pavloviana, supuso «una renuncia a las doctrinas del alma, la mente y la conciencia». La enunciación, ya clásica, puede encontrarse en Jacob Robert Kantor, *The scientific evolution of psychology*, Principia Press, Chicago, 1963-1969, 2v.

<sup>552</sup> Gregorio Marañón, *La medicina y nuestro tiempo*, Espasa-Calpe Argentina, Buenos Aires, 1954, p. 68.

<sup>553</sup> Marañón, *op. cit.*, p. 71.

<sup>554</sup> *Ibid.*, p. 76.

<sup>555</sup> Colodrón, *op. cit.*, p. 293.

<sup>556</sup> Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, p. 64.

suponía el parto natural de Dick-Read se asumió sin problemas, mientras que el método de origen soviético fue «tolerado con silencio sepulcral»<sup>557</sup>.

En la geopolítica de las ideas sobre el dolor del parto la psicoprofilaxis hizo un movimiento ciertamente audaz, aunque a la par sencillo: como indica la frase de Nikolaev, simplemente se sustituyó una cabeza por la otra. En otras palabras, el cráneo del feto cedía su relevancia a la corteza cerebral de la mujer. A nivel causal la bajeza de lo genital se difuminaba frente a la grandeza de lo cerebral, y se trocaba la antigua lógica territorial por un principio de relacionalidad de los procesos mentales, situando la conciencia de la parturienta en el centro del problema. Ello implicaba abandonar la obcecación por la tipología de los estímulos y su producción localizada, e inclinar la balanza por los mecanismos de transmisión y los procesos mediante los cuales estos estímulos eran interpretados en la corteza.

En este modelo, que me gusta llamar «eléctrico», la percepción del estímulo no se daba por supuesta. Esta se teorizaba en base a procesos fisiológicos y cognitivos que remitían, constantemente, al funcionamiento de instalaciones eléctricas. Por descontado, los efectos del desplazamiento focal eran notables: si la mujer (su corteza), el lenguaje y la sociedad formaban el nudo etiológico del dolor, sobre ellos podía también fundarse todo un proyecto redentor.

El capítulo comienza presentando las estrategias divulgativas de la teoría psicoprofiláctica para destacar el papel clave del cerebro humano en el procesamiento sensorial de los estímulos del parto. El segundo apartado explica el anclaje de la psicoprofilaxis en el concepto reflexológico del fisiologismo nervioso, y sugiere de paso que el punto más problemático en la hipótesis del dolor obstétrico como reflejo condicionado fue el de la participación del lenguaje en el condicionamiento de una experiencia somática novedosa como el parto para la primípara. Como veremos, ello implicaba remontarse a la teoría pavloviana de la adquisición del lenguaje y, puesto que ningún psicoprofiláctico se molestó en hacer las aclaraciones pertinentes, el asunto se convirtió en blanco de la oposición por falta de fundamento. Por último la tercera sección plantea que el marco teórico de la psicoprofilaxis, con su confianza en la maleabilidad cortical, suscitó un movimiento a la par pragmático e idealista que trató de normalizar y sistematizar la experiencia obstétrica de las mujeres, arrogándose además el derecho a expandirse como doctrina sanitaria.

---

<sup>557</sup> Colodrón, *op. cit.*, p. 294.

## 5. 1. Polaridades

Si hasta entonces el parto se asimilaba a un engranaje expulsivo, ahora el proceso se asemejaba más a una central eléctrica, o telefónica, a pleno rendimiento. Dos principios regían el trabajo cotidiano del sistema: primeramente, los flujos de información circulando entre las distintas instalaciones y, en paralelo, su procesamiento por parte de un dispositivo central (centralita). Traducido al ámbito del parto, esto significaba poner el acento en la transmisión de los estímulos dolorosos y en la gestión cortical de los datos sensoriales recibidos. Comunicación y cerebralidad eran, de hecho, los conceptos implícitos en el imaginario colectivo sobre la psicoprofilaxis obstétrica. Si la imagen que prevaleció en las obras divulgativas (ya fuera mediante su representación pictórica o por alusión escrita) fue la del famoso perro de Pavlov, la razón se debía a que dicho ejemplo permitía vehicular ambas nociones a través de la idea de reflejo condicionado. El parto dolía porque en la mente de la mujer se había establecido una falsa asociación lingüística entre contracción y dolor. O eso al menos debían entender las masas de parturientas, según manuales y cursillos. Dejen de llamar a las contracciones del útero «dolores», señoras<sup>558</sup>.

La psicoprofilaxis cuestionaba el binomio contracción-dolor mediante una explicación del proceso de construcción psicosocial/cultural de dicha equivalencia. Y el can eslavo encarnaba a la perfección la idea de que un estímulo (lenguaje falaz) podía desencadenar una respuesta equivocada (dolor) porque «algo» (pero eso ya era competencia de los médicos) sucedía en la mente (siempre problemática) de la embarazada. De manera sorprendentemente rápida, la población occidental de la segunda mitad del siglo XX interiorizó para siempre que en el dolor del parto no había solo contracciones y desgarros, sino también (o fundamentalmente) palabras y prejuicios.

El primer epígrafe del capítulo deconstruye por etapas la explicación psicoprofiláctica sobre el rol del cerebro en el parto. Estas etapas se suceden según un criterio de menor a mayor complejidad: el primer hito de la aplicación de la teoría pavloviana al ámbito del parto era la identificación del trabajo uterino con una función cerebral. A continuación el texto aborda la analogía del córtex con un dispositivo eléctrico para explicar su funcionalidad bipartita. Acto seguido, y siguiendo el esquema explicativo de los autores, planteo que esta doble manifestación de la vida cortical mantiene una relación de alternancia con

---

<sup>558</sup> Un manual para el gran público señalaba, concretamente: «Destierre usted la palabra “dolor”». VV.AA., *El parto sin dolor: guía indispensable*, Editorial Juventud, Barcelona, 1965, p. 13. En un tono algo más técnico, pues la publicación estaba destinada a un uso profesional, los editores de una revista especializada escribían: «Desde ahora y para siempre la expresión dolores del parto debe ser substituida por la de contracciones del parto o fuerza que lo debe realizar». En «Parto sin temor, parto sin dolor», Editorial de *Analecta Terapéutica*, n.º 33, Barcelona, 1956, p. 7.

los estados de las zonas subcorticales. Por último sugiero que la idea de la ambivalencia o dialéctica cerebral contribuyó a complicar y entorpecer el mensaje de la psicoprofilaxis, motivo por el cual los autores reclamaban para esta práctica tanto una educación muy rigurosa como un mínimo nivel intelectual por parte de sus destinatarias.

A pesar de la iconografía canina de la psicoprofilaxis, cuando sus defensores se proponían profundizar sobre el tema del dolor la historia del perro pasaba a funcionar simplemente como parte de la demostración experimental del razonamiento teórico en su conjunto. La imagen que, al contrario, derivaba con frecuencia de las explicaciones era la del funcionamiento eléctrico de algunos objetos (o lugares). Pero antes la psicoprofilaxis obstétrica debía lograr inculcar la idea de que, más allá del trabajo uterino, el parto implicaba ante todo un proceso mental. «¿Saben ustedes cuál es el órgano que más trabaja durante el parto?», preguntaba el instructor André Bourrel a sus alumnas durante uno de los cursillos de la parisina Maternité du Métallurgiste, cuna europea de la psicoprofilaxis, a mediados de los años 1950. «¿A ver... alguien lo sabe?... Muy bien; usted lo ha dicho, es precisamente el cerebro»<sup>559</sup>.

Anécdotas e historietas ilustraban bien esta «concepción unicista del sistema nervioso»<sup>560</sup>, para la cual la función cortical se situaba a la cabeza – nunca mejor dicho– del resto de funciones que participaban en el alumbramiento. Así pues, tanto la dinámica del útero en trabajo como la percepción de su actividad en tanto que fenómeno doloroso quedaban supeditadas a la acción centralizada de la corteza cerebral, que a su vez era el puente o nexo con el mundo exterior. La asombrosa facilidad con la que Cajal había conseguido «paralizar» lo que él llamó «los nervios del dolor», pero no los demás, indicaba desde luego una fuerte injerencia del ambiente sobre la fisiología cerebral, la cual parecía estar íntimamente conectada al exterior mediante un botón o un sencillo interruptor. Asimismo, Víctor Cónill Montobbio citaba el ejemplo de una parturienta cuyo trabajo se realizaba «con ritmo perfecto». Cuando el profesor se presentó en el paritorio acompañado por varios alumnos el trabajo uterino se suspendió hasta que los extraños abandonaron la sala. Un ejemplo, decía Montobbio, de «hasta qué punto es el parto un acto cerebral»<sup>561</sup>.

Dada la importancia de la corteza cerebral en el manejo del parto, los divulgadores del método se esforzaron en explicar su doble funcionamiento – inhibición y excitación– mediante el símil del encendido y apagado. Es decir, para que la corteza-centralita procesara la información sensorial procedente del

---

<sup>559</sup> Citado por Carreras, «*Dos escuelas*», *op. cit.*, p. 267.

<sup>560</sup> *Ibid.*, p. 264.

<sup>561</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 181.

útero, primero la instalación debía estar «encendida», «activada» o «iluminada». De hecho, la idea de que los procesos mentales (cognitivos, afectivos, deliberativos, creativos, etc.) son visibles en la superficie cerebral por la activación de las neuronas correspondientes ha resultado ser una de las herramientas más eficaces en la historia de la divulgación científica. En ella se asienta la metodología de la neurociencia y su gran «popularidad».

Conscientes del poder epistémico de la metáfora, los obstetras no dudaron en apropiársela. «Imaginémonos», decía Álvaro Aguirre de Cárcer en sus *Lecciones de Educación Maternal*, «que una persona entra en una habitación, que está a oscuras, y nosotros nos encontramos en esa habitación. Está claro que nosotros no sabremos de quién se trata hasta que no encendamos la luz; es decir, si no iluminamos la habitación». Acto seguido el preparador madrileño precisaba que la iluminación del cuarto oscuro –la corteza– no se hacía mediante un burdo «encendido», sino que era variable en función de la intensidad de la corriente suministrada, como en un «reóstato»<sup>562</sup>. Tampoco dudaba de Cárcer en llamar «carga emocional» a la influencia que los afectos podían ejercer sobre los procesos deliberativos corticales, localizados en el lóbulo frontal<sup>563</sup>. A su vez, el reflejo condicionado se daba cuando un excitante básico «enciende, por así decirlo, un “foco de actividad”» mediante activación neuronal, y este se asocia a otro foco de actividad producido en paralelo por un elemento indiferente; si la situación se repite en el tiempo se crea un vínculo duradero entre ambos focos y «el hecho de encender el primer foco, hace que se alumbre solo el segundo», sin la intervención por tanto del excitante básico<sup>564</sup>.

De modo muy similar, la matrona Consuelo Ruiz Vélez-Frías explicaba la disfunción psicológica que se daba habitualmente en parturientas no preparadas como un asunto de desajuste de potencial. Según ella, «mientras al cerebro le llegan sensaciones que conoce de antemano no ocurre nada. Es como si a una corriente eléctrica se enchufa un aparato de voltaje y potencia correspondientes»<sup>565</sup>. Este era el caso de los estímulos provenientes del trabajo de las vísceras, muy discretos en condiciones de normal funcionamiento. Pero con la aparición de las contracciones uterinas del parto, el cerebro (mal condicionado) de la mujer realizaba una pésima regulación de las sensaciones. Consuelo proseguía:

«Si a la instalación eléctrica de su casa enchufan ustedes un aparato de potencia superior, los plomos se funden o la instalación se incendia, y no funciona. Si quieren ustedes guisar en una cocina eléctrica lo primero que

---

<sup>562</sup> Aguirre de Cárcer, *Lecciones, op. cit.*, p. 59.

<sup>563</sup> *Ibid.*, p. 63.

<sup>564</sup> «Reflejos Condicionados», *Maternidad de La Paz*, pp. 1 y 2. (EEEM).

<sup>565</sup> Consuelo Ruiz Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, prólogo del Dr. Puebla Ridauro, Editorial Enciclopedia, Madrid, 1955, p. 12. Tanto esta como el resto de citas de este documento proceden de la edición digital del libro, consultable en: <https://es.scribd.com/doc/148596246/Consuelo-Ruiz-Velez-Frias-Parto-Sin-Dolor>

tienen que hacer es poner la fuerza de la instalación al mismo nivel de la fuerza de la cocina, esto es elemental».

Y de manera perentoria, remataba: «Si quieren dar a luz sin dolor tienen que reforzar la capacidad reactiva de sensaciones del cerebro para que en su día reciba el aviso contracción en su significado y sentido verdaderos»<sup>566</sup>.

El catalán Juan Vallvé Miró también utilizaba la metáfora del voltaje en su manual: «No solamente nos interesa desterrar los antiguos reflejos condicionados que te unían al dolor y formar nuevos reflejos y fortalecerlos», decía el obstetra a las futuras mamás. «[...] Conviene que mantengas tu cerebro a un «voltaje» elevado que no permitirá la entrada en él de reflejos nuevos que nos debilitarían los que hemos formado»<sup>567</sup>. La visión subyacente a este tipo de asertos era que el discurrir fisiológico del cuerpo seguía «un programa previamente elaborado por el cerebro», esto es, una especie de diálogo de estímulos y respuestas en el seno del organismo y entre este y el mundo exterior, tal y como había demostrado Pavlov<sup>568</sup>.

Por otro lado, las modalidades de la vida cortical –excitación e inhibición– se superponían a otra dicotomía, esta vez de resonancias más «carnales»: la fatiga y el tono. La relación entre ambos grupos de categorías era esencialmente intuitiva: decir de un córtex que estaba «tonificado» equivalía a hablar de un córtex dinámico, excitado; inversamente, la fatiga cortical traducía un estado de inhibición del córtex, lo cual sucede, por ejemplo, durante las fases de sueño o los estados hipnóticos. Ahora bien, la dualidad funcional de la corteza actuaba en coordinación con la actividad de los órganos subcorticales, con los cuales mantenía una especie de relación dialéctica: cuando aumentaba la actividad de la una, descendía la de los otros, y viceversa. Bajo el prisma de la psicoprofilaxis esta dialéctica podía y debía regularse en sentido favorable para la instancia cortical, como veremos, a fin de garantizar el parto sin dolor<sup>569</sup>. Según A. P. Nikolaev, uno de los objetivos principales del método soviético era la restitución de las relaciones «normales» entre las dinámicas cortical y subcortical, es decir del dominio de lo primero sobre lo segundo<sup>570</sup>.

---

<sup>566</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>567</sup> Juan Vallvé Miró, *El parto sin dolor. Manual para la futura madre*, Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1956, p. 9.

<sup>568</sup> Vélez-Frías, *Cartilla*, *op. cit.*, p. 14.

<sup>569</sup> Esta relación también era conocida como «juego de inducción recíproca» y constituía el mecanismo principal sobre el que se basaría la terapia psicoprofiláctica. Véanse las alusiones al respecto, por ejemplo, en César Fernández Ruiz, «El parto psicofísico y el parto dirigido. La dirección médica del parto en el momento actual», *Gaceta Médica Española*, año XIX, n.º 4, julio-agosto 1958, p. 219 (CM-HJ), o en José Luis Oliva, «Consideraciones a propósito del dolor en el parto y su abolición por la psicoprofilaxis», *Revista Española de Obstetricia y ginecología*, n.º 102, año XV, tomo XVII, Valencia, noviembre-diciembre de 1958, p. 303. (CM-HJ).

<sup>570</sup> Citado por Fernand Lamaze y Pierre Vellay, «L'Accouchement Sans Douleur par la Méthode Psychoprophylactique. Premiers résultats portant sur 500 cas. Travail de la Maternité du Métallurgiste», *Gazette Médicale de France*, tomo 59, n.º 23-2, diciembre de 1952, p. 3. (IHSM).

Mi opinión es que estas sutilezas no lograron transmitirse a la mayoría de mujeres bien intencionadas que acudían a un manual de preparación psicoprofiláctica del parto. Y ello contribuyó, sin duda, a que las distinciones teóricas entre este y otros métodos concurrentes tuvieran poco o ningún sentido desde el punto de vista de las usuarias, tal y como ha señalado Paula A. Michaels en sus escritos. En efecto, era relativamente fácil perderse ante la proliferación de términos paralelos, ora aplicados a la actividad cortical, ora aplicados en referencia a la gestión que hacían los centros subcorticales de la vida vegetativa y de los procesos emocionales, entre otras funciones.

Por ejemplo, Aguirre de Cárcer decía que el fatalismo en torno al parto conducía a una especial «disposición» de la corteza, en la que «los centros sensoriales» reaccionaban «con una excitación acrecentada» de la que emanaba la percepción dolorosa<sup>571</sup>. Concretamente, esta «disposición» significaba aquí un estado de inhibición o pasividad ante el influjo sensorial. Pero la finalidad de la psicoprofilaxis era al contrario proceder a una excitación adecuada de la corteza que permitiera a la mujer presidir sobre sus sensaciones orgánicas. Como explicaba Lamaze, el método prevenía ejercicios fisiológicos destinados a conservar «el tono cortical necesario e impedir su sobre-inhibición»<sup>572</sup>. Para Velvovskii, igualmente, gran cantidad de factores y concepciones sociales habían producido en la mujer una «no-resistencia a las excitaciones», es decir, «un fondo de sobre-excitación de lo subcortical y un desarrollo desmedido de las fases de inhibición» de la corteza<sup>573</sup>.

Hasta ahí, bien. Pero los problemas surgían cuando esta «no-resistencia» hacia la sensibilidad visceral se teorizaba, también, como falta de capacidad inhibitoria del córtex. O al revés: cuando la anhelada resistencia cortical se entendía como poder inhibitorio. Durante el primer encuentro oficial de profesionales que se dio en España para discutir sobre la teoría psicoprofiláctica, el tocólogo madrileño Ángel Hernández Jiménez explicaba ante una audiencia bastante escéptica que las emociones negativas de la mujer, a medida que se acercaba la fecha del parto, conducían a una «fatiga más o menos íntima de todos los órganos» que a su vez dejaba la corteza «agotada» e incapaz de cumplir con su papel de inhibición<sup>574</sup>. Así, el embrollo terminológico era enorme, pues en general los autores hablaban simultáneamente de excitación e inhibición cortical como elementos deseables en la conducción del parto<sup>575</sup>. Por otro lado, como

---

<sup>571</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 20.

<sup>572</sup> Fernand Lamaze y Pierre Vellay, «Considérations sur l'Accouchement Sans Douleur par la Méthode Psychoprophylactique. Travail de la Maternité de la Polyclinique du Métallurgiste», suplemento de la *Revue de la Nouvelle Médecine*, n.º 1, junio de 1953, p. 2. (IHSM).

<sup>573</sup> Citado por Lamaze. *Ibid.*

<sup>574</sup> Hernández Jiménez, «*Reseña de Reuniones*», op. cit., p. 247.

<sup>575</sup> En otra sesión profesional dedicada a la psicoprofilaxis, Hernández Jiménez insistía en la idea de que las emociones y la fatiga en general disminuían «las posibilidades funcionales del cerebro» menoscabando con ello «la resistencia que normalmente ofrece la corteza a que este estímulo [de las terminaciones sensitivas de los nervios en el útero] excite los centros de percepción del dolor», es decir la función inhibitoria de las sensaciones viscerales. Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», op. cit., p. 3. También Lamaze,

veremos, la mayoría de ofensivas que lanzaban sobre el modelo del británico Grantly Dick-Read se centraban en la idea de que este método buscaba, fundamentalmente, una inhibición de la corteza que resultaba «incontrolable» y mermaba la conciencia de la parturienta<sup>576</sup>.

No es que los promotores del método se hubieran vuelto (definitivamente) locos, sino que la dialéctica del encéfalo implicaba precisamente eso: cada plano funcional se desdoblaba en dos modalidades (inhibición/excitación) y modulaba las del otro plano alternativamente. En términos más comprensibles, mantener distraída u ocupada (excitada) la corteza ayudaba a menguar, contener o incluso desconectar (inhibir) la actividad sensorial transmitida por los centros subcorticales. Como decía Francisco Carreras, «un foco potente anula otro menos intenso, y estas inhibiciones son la causa directa de la analgesia»<sup>577</sup>. La ambigüedad radicaba en la distinción implícita que la teoría hacía entre la excitación como estado específico de la corteza y la inhibición como la función, acción o influencia resultante de ese estado sobre los elementos del otro plano. Así pues, la dialéctica de la sensorialidad inscrita en el cerebro hacía a veces confuso el mensaje del método y originaba malentendidos entre la población. En contra de lo que solía creerse, alertaba al respecto Aguirre de Cárcer, la mujer «nerviosa activa» asimilaba muy bien el método, e incluso la «nerviosa angustiada» lo hacía también, aunque con ella era menester profundizar en la preparación<sup>578</sup>.

No es de extrañar, finalmente, que el énfasis en el rol dirigente del cerebro condujera a plantear la inteligencia como un requisito para la aplicación del método pero también como la finalidad misma de la psicoprofilaxis. Así lo expresaba Vital Aza, en cuya clínica madrileña se estrenó el método en España, al ser entrevistado por la popular revista *Dígame* en 1956: «es importantísimo que la enferma posea una inteligencia despierta, para que de esta forma aproveche los consejos que se le den y conseguir el fin que se persigue»<sup>579</sup>. Para empezar había que sortear la obtusa complejidad que rodeaba a la teoría psicoprofiláctica, desgranar sus matices, hacerse una idea clara de su mensaje: por ejemplo, adivinando qué tipo de inhibición cortical era «legítima», y cuál no. Algo parecido sucedía con la idea del condicionamiento y su aplicación: no siempre las explicaciones expertas resultaban esclarecedoras. «¿En qué consiste este método?», inquiría el reportero de *Dígame* al Dr. Aza, quien respondía: «Se reduce a que no exista un reflejo condicionado de dolor. Y si no llega al cerebro, que en definitiva es donde se producirá la sensación dolorosa, el dolor no existe.

---

hacia alarde de esta lógica ambivalente en torno a la idea de inhibición cortical en Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, pp. 3-4.

<sup>576</sup> Ángel Hernández Jiménez, «Nuevos comentarios y aportaciones al parto psicoprofiláctico», *Boletín cultural e informativo del Consejo General de Colegios Médicos de España*, abril de 1956, n.º 99, p. 5. (CM-HJ).

<sup>577</sup> Carreras, «*Ataraxia y obstetricia*», *op. cit.*, p. 311.

<sup>578</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 95.

<sup>579</sup> *Dígame* [entrevista Vital Aza], *op. cit.* Para más alusiones a la inteligencia como virtud cardinal del método, véase Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 7, *Preparación*, *op. cit.*, p. 7, *Cartilla*, *op. cit.*, p. 23 y *Parir sin miedo*, *op. cit.*, p. 11.



El método, pues, consiste en que exista un reflejo condicionado»<sup>580</sup>. De tan simplificada, la descripción del doble juego psicoprofiláctico entre descondicionamiento (del reflejo que asocia parto con dolor) y condicionamiento positivo (mediante la preparación) resultaba aquí desconcertante y seguramente desalentase a más de una.

Pero aquellas que superaran los primeros escollos debían a continuación conseguir «aprender» a dar a luz, y ello de una manera radicalmente diferente<sup>581</sup>. En este sentido, Lamaze proponía sustituir la «educación popular» sobre el parto, o lo que él llamaba «la preparación neurótica del córtex de la embarazada»<sup>582</sup>, por una «reeducación racional completa» que transformara los conocimientos de la mujer sobre la reproducción<sup>583</sup>. Según el obstetra francés, el éxito del método radicaba en el alto nivel de la preparación y de los contenidos teóricos más que en la integración de los ejercicios prácticos. En el caso de las mujeres médicas y a tenor de su sentido agudizado de la distocia, la reeducación debía ser «integral», situarse «en el terreno de la ciencia médica» y desarrollarse «según el modo de la discusión científica»<sup>584</sup>. A mayor dificultad, mayor contundencia teórica, pues.

Para muchos profesionales el arte de partear consistía, como antaño, en la destreza operatoria, es decir la delicadeza de entrometerse en el cuerpo de la embarazada sin perjuicio para esta o para el feto<sup>585</sup>. Pero para los especialistas en psicoprofilaxis, sin embargo, el arte de partear era más elocuente que artesano, más mayéutico que escolástico, más pedagógico que terapéutico. Todo consistía en «iluminar» a la mujer, de manera que durante el parto ella lograra a su vez modular los influjos sensoriales como si de haces luminosos se tratara, atenuando unos, avivando o enfocando otros. A la centralita cortical correspondía la ardua tarea de aprovechar lo conveniente y repudiar lo pernicioso en la marcha del parto. Y su «fortaleza» –suerte de vibración, tono o excitación neuronal– determinaría por completo esta función selectiva e irradiante. Parir sin dolor significaría, en adelante, dejar que la sombra se desgajara del cuerpo<sup>586</sup>.

---

<sup>580</sup> *Dígame* [entrevista Vital Aza], *op. cit.*

<sup>581</sup> No es casual que el título de un manual de preparación al parto fuera precisamente «Cartilla para aprender a dar a luz». Vélez-Frías, *Cartilla, op. cit.* Por lo demás, la idea de enseñar a la mujer a parir estaba presente en la totalidad de obras dedicadas tanto a la preparación al parto como a la divulgación entre profesionales. Véase el desarrollo de esta idea en las partes III y IV de la tesis.

<sup>582</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 9.

<sup>583</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>584</sup> *Ibid.*

<sup>585</sup> Opinión recogida en la entrevista a Carrera i Macià (19/12/15). Según este, el ya extinguido arte de partear lo encarnaba su maestro Santiago Dexeus i Font, quien practicaba sin inmutarse la antigua versión del «parto quirúrgico vaginal», a saber, la expulsión de un feto mediante incisión perineal de la parturienta, versión manual del feto dentro del útero y extracción de este agarrándolo con la mano por sus pies.

<sup>586</sup> Véase más arriba, 4. 1. Según el tocólogo José Cardús, el dolor era indisociable de la contracción como la sombra lo es del cuerpo.

## 5. 2. Automatismos

Como vimos, la obstetricia «al uso» entendía el dolor como el síntoma de la contracción y del resto de acciones mecánicas que obran en el parto<sup>587</sup>. Y aun cuando la contracción uterina no suponía un estímulo doloroso de manera aislada, en el parto no podía escindirse del resto de fenómenos. El agregado total producía una perturbación de los tejidos, estructuras óseas y órganos locales, alteración tanto más dolorosa cuanto que las excitaciones crecían en intensidad. Aunque nadie ignoraba el papel del cerebro, y en particular de la corteza, en la percepción del dolor, era evidente que la mujer sufría, legítimamente, en la parte inferior de su cuerpo.

En contrapartida, el dolor de la psicoprofilaxis no era el síntoma de ninguna lesión, ni tampoco el de una disfunción orgánica propiamente dicha. El dolor evidenciaba, en todo caso, una disfunción de la sensorialidad, una traducción errónea de la información somática en percepción lesiva. Nikolaev aceptaba que el parto provee un «substrato material» de excitaciones que irrumpe indefectiblemente en la cabeza de toda parturienta<sup>588</sup>. Pero esa base de excitación material no era por naturaleza dolorosa y solo manifestaba la cinética del cuerpo. A veces sucedía, no obstante, que los datos sensoriales eran interceptados por otro tipo de información y quedaban conectados a ella haciendo difícil discernir la distinta génesis de unos y otra. Según Lamaze, había unas «condiciones» que explicaban la sensibilidad y otras que explicaban el dolor<sup>589</sup>. Y estas condiciones las ponía la corteza, órgano encargado de transformar la cualidad en sensación<sup>590</sup>. De ahí la insistencia de los psicoprofilácticos en hablar del dolor como el resultado de una función cortical<sup>591</sup>. Las condiciones de transformación del estímulo en la corteza se daban de forma regular y predecible, es decir, podían sistematizarse en un conjunto de leyes. Ese fue de hecho el sino de la escuela pavloviana: describir los factores estructurales que rigen la actividad nerviosa superior en su interacción con el mundo.

---

<sup>587</sup> Como señala Vuille, los fundadores de la psicoprofilaxis hablaban de obstetricia «clásica», en el sentido de «al uso» o «convencional», para referirse al marco científico del que querían desmarcarse. Vuille, *Médecine, femmes et politique*, op. cit., p. 122.

<sup>588</sup> Nikolaev, op. cit., p. 5.

<sup>589</sup> Lamaze, «*La suppression*», op. cit., pp. 8-9.

<sup>590</sup> Nikolaev, op. cit., p. 4.

<sup>591</sup> Fernand Lamaze, «*L'Accouchement Sans Douleur par la Méthode Psychoprophylactique*», *Étude Générale de l'Accouchement, Obstétrique*, 2, 5017, 1956, p. 1. (IHSM). Véase también Nikolaev, op. cit., pp. 4-5.

El apartado que sigue examina la argumentación causal de inspiración pavloviana con la que los psicoprofiláticos explicaron la génesis del dolor obstétrico. A modo introductorio el texto expone la premisa según la cual la dinámica uterina, como otros procesos viscerales, es capaz de producir y verse afectada por reacciones de tipo reflejo. En segundo lugar el análisis presenta los dos tipos de interferencias que, según Lamaze<sup>592</sup>, pueden obrar en la transmisión de los estímulos sensoriales al cerebro: a saber, la inhibición o silenciamiento de este por una actividad nerviosa paralela o el condicionamiento propiamente dicho, es decir la transformación del valor fisiológico del estímulo al asociarse a otro de distinta naturaleza. A continuación el epígrafe aborda la noción de estereotipia dinámica para dar cuenta del carácter grupal de los reflejos y su prevalencia en sistemas más o menos fijos, y también describe algunas de las leyes que rigen esta conducta asociativa. En cuarto lugar analizo la justificación teórica sobre la implicación del lenguaje en la producción de reflejos condicionados, y dedico una buena porción del texto a discutir las carencias argumentales de este punto del razonamiento psicoprofilático. Al obviar el condicionamiento primigenio con el que todo ser humano, según la óptica pavloviana, abstrae e integra el mundo material en su desarrollo cognitivo, Lamaze y seguidores se quedaron en una explicación superficial del condicionamiento lingüístico del parto, dando a entender que este producía, «por sí solo», reacciones somáticas de dolor. En quinto lugar considero algunas de las críticas y malentendidos que causó esta flaqueza argumental y concluyo retomando los principios que distinguen este modelo etiológico del anterior, cual su lógica deslocalizada y el postulado sobre el comportamiento relacional del dolor.

Como vimos, el dolor del parto se inscribía en buena medida en el ámbito de la sensibilidad visceral y esta mantenía una relación dialéctica con los procesos corticales. Cuanto más debilitados, inhibidos, se encontraban estos – por ejemplo a causa de sobretensión nerviosa de la parturienta–, mayor facilidad encontraban los impulsos viscerales para irrumpir en la corteza y hacerse palpables<sup>593</sup>. Inversamente, a mayor actividad de la corteza, mayor era la concentración neuronal en torno a un punto de excitación rodeado por una zona de inducción negativa, suerte de sombra en la que se inhibía la percepción de todo aquello no irradiado por el foco. Que las contracciones de parto se originaban con frecuencia mientras la mujer dormía era algo archisabido, y Lamaze afirmaba en este sentido que el sueño podía suponer un serio obstáculo

---

<sup>592</sup> Cabe precisar aquí, tal y como explica Vuille, que Lamaze y posteriormente Vellay condensaron el protagonismo en la autoría de la psicoprofilaxis francesa, pero fueron los psicólogos y psiquiatras del equipo de los metalúrgicos los verdaderos artífices de las bases teóricas del método. Estos profesionales fueron Henri Vermorel, René Angelergues, Victor Lafitte y Bernard Muldworf. Vuille, *Médecine, femmes et politique*, op. cit., p. 124.

<sup>593</sup> Nikolaev, op. cit., p. 5.

a la «analgesia cortical del dolor»<sup>594</sup>. Sin embargo, el juego de incitación recíproca entre lo cortical y lo visceral era más complejo de lo que parecía, y a partir de ello los investigadores rusos habían desarrollado las curas de sueño en casos de amenaza de parto prematuro, vómitos, inflamaciones y otras afecciones del embarazo. Según Pavlov, el sueño inhibía el córtex y actuaba como defensa contra la tensión y la fatiga nerviosa. Por ello el sueño podía también restaurar, aunque artificialmente, la «inhibición protectora» de la corteza, acallando de este modo aquellos procesos viscerales patogénicos que había que devolver a la normalidad<sup>595</sup>.

Del modo que fuera, la dinámica polarizada entre las instancias cerebrales regía la forma en que el impulso alcanzaba la corteza. Pero en su conexión con la centralita las sensaciones viscerales confluían con el resto de resto de estímulos sensoriales en un aspecto: ambos podían provocar reacciones reflejas y ser modulados por ellas. En concreto fue Konstantin M. Bykov quien observó que la sensibilidad visceral actuaba de manera idéntica al esquema proporcionado por Pavlov para las excitaciones externas del medio, llegando incluso a lograr el condicionamiento verbal de la vejiga<sup>596</sup>. Los herederos y colaboradores de Pavlov habían demostrado en varias ocasiones la conexión refleja entre el útero y distintas funciones del organismo reguladas por la corteza: era el caso de las investigaciones de Kektchev y Syrovatko sobre la excitación del útero y las modificaciones en la sensibilidad de los bastones oculares, las de Airapetiantz y Kryjanovskaia en torno a la influencia uterina sobre la tensión arterial y la respiración, las de Garmacheva sobre las modificaciones de la contractilidad uterina por oscilaciones en la tensión sanguínea fetal y placentaria, y aun otras sobre la excitabilidad térmico-eléctrica del útero<sup>597</sup>. Así, si lo que sucedía en el útero grávido era procesado por la corteza y tenía repercusiones de tipo reflejo en diversas funciones del organismo, algo muy similar debía de ocurrir con el dolor del parto. Grosso modo, este era consecuencia del tratamiento «conectivo» que la corteza daba a la información procedente de la matriz, a la que vinculaba con otros estímulos de naturaleza diversa.

Más en detalle, Lamaze explicaba cómo toda sensación –según los postulados de la fisiología pavloviana– resulta del trabajo de un analizador (aparato nervioso especializado), a su vez constituido por un órgano receptor (periférico o visceral), unas vías de transmisión, relevos a nivel subcortical y un órgano central –la corteza<sup>598</sup>. En el trayecto del estímulo desde el órgano receptor al órgano central, cualquier obstáculo al movimiento nervioso

---

<sup>594</sup> *Ibid.*, p. 3, y Fernand Lamaze, Texto del discurso pronunciado por el Dr. Lamaze, jefe de servicio del centro de maternidad Pierre Rouquès, como conclusión de la semana de estudios (12-17 noviembre) sobre el método psicoprofiláctico de A.S.D., Génova (Italia), p. 2. (IHSM).

<sup>595</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>596</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 7.

<sup>597</sup> Nikolaev, *op. cit.*, p. 2.

<sup>598</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 2.

provocado por el estímulo actuaba suprimiendo la sensación. Por ejemplo, la anestesia suponía un bloqueo (químico) del estímulo nervioso, ya fuera al nivel de su recepción (anestesia local), de las vías (epidural o raquianestesia), o del córtex (primer estadio de la anestesia general). Afortunadamente, ironizaba Lamaze, la intoxicación anestésica o el deterioro cortical producido por cierto tipo de lesiones no eran los únicos medios para impedir que un estímulo alcanzase el córtex. Existían también «condiciones estrictamente fisiológicas» que impedían la percepción de las excitaciones<sup>599</sup>. En razón de la naturaleza relacional de los analizadores sensitivos, proseguía Lamaze, la transmisión que cada uno de ellos realizaba de cada estímulo se encontraba constantemente influenciada por la actividad de los analizadores vecinos. Por esta razón, la transmisión sensorial podía intervenir principalmente de dos maneras distintas: en primer lugar el estímulo podía ser desviado de su recorrido habitual y conectarse a otro estímulo en calidad de señal o, inversamente, como su respuesta refleja; en segundo lugar todo estímulo podía resultar paralizado por la actividad contigua de otro centro sensitivo.

En el primer caso, que Lamaze explicaba mediante un clásico experimento, se trataba de transformar el valor fisiológico del impulso sensorial condicionándolo a otro de distinta naturaleza. Así sucedía con el desafortunado perro, al que en un experimento se infligía una descarga eléctrica que quemaba «objetivamente» la piel de una de sus patas; si la descarga se hacía coincidir repetidamente con la alimentación del perro, al cabo de un cierto número de repeticiones (variable según el sujeto de la experimentación) la descarga eléctrica perdía su valor lesivo en beneficio del reflejo alimentario. Las manifestaciones del dolor –incluso sus síntomas viscerales como la alteración de la respiración y del ritmo cardiaco del perro– desaparecían, quedando solo la secreción salival y un compendio de comportamientos manifestando la disposición del animal a ser alimentado, como por ejemplo volverse hacia el lugar donde se le servía la comida. Según Lamaze, la corteza canina registraba el alumbrado simultáneo de los focos sensitivos relacionados con el excitante básico (dolor causado por la lesión cutánea) y con el indiferente (salivación y conducta causadas por la invitación a comer), produciendo entre ambos «una nueva vía nerviosa» o «enlace temporal» por la que el primer foco encendía el segundo. O en otras palabras, el estímulo doloroso devenía señal de la reacción alimentaria, quedaba absorbido por esta y transformaba así su valor propiamente sensorial –lesivo– por un valor mediador o relacional respecto de otro estímulo.

La artífice del experimento, la investigadora soviética M. N. Erofeeva<sup>600</sup>, no veía límites ni a la plasticidad del dolor ni al rendimiento canino. El mismo

---

<sup>599</sup> *Ibid.*

<sup>600</sup> Maria Nikolaevna Erofeeva fue una de las primeras mujeres en integrar el equipo de Pavlov tras la revolución de 1905. Puesto que esta investigadora publicó únicamente en su lengua materna y sus experimentos pasaron a la posteridad a través de la pluma y la palabra de Pavlov, son pocas las referencias

proceso de subsunción de un estímulo por otro podía realizarse también en beneficio de la excitación dolorosa. Es lo que sucedía cuando a otro perro se le producía reiteradamente una descarga eléctrica acompañada de una estimulación lumínica o sonora.

Contrariamente al ejemplo anterior, aquí era el excitante no lesivo el que era «arrastrado» por el analizador del dolor, del que devenía su señal, haciendo finalmente que el perro, verdadero paria del laboratorio soviético, se retorciera y aullara «de dolor» con la simple manifestación de la luz o del sonido, además de presentar, por supuesto, las alteraciones vegetativas correspondientes. En cualquier caso, ambos ejemplos demostraban que la sensación dolorosa podía suprimirse o fabricarse experimentalmente mediante el condicionamiento. No es de extrañar, sin embargo, que aunque las experiencias de Erofeeva resultasen pertinentes para explicar a las embarazadas los mecanismos de producción del dolor, la mayoría de manuales de la época optaran casi siempre por mencionar tan solo el ejemplo original del «perro de Pavlov», donde un timbrado o el sonido de una campanilla sustituían al shock eléctrico. El experimento clásico, por tanto, permitía ofrecer a las futuras madres la versión más dulce de la inventiva soviética en torno al condicionamiento<sup>601</sup>.

Por último, proseguía Lamaze, cualquier reflejo condicionado podía frenarse, anularse o, lo que es lo mismo, inhibirse. Era tan sencillo como cortocircuitar la conexión condicionada mediante un nuevo foco de excitación. Primero se asociaba la alimentación del perro a un estímulo indiferente, digamos una luz azulada, para crear un reflejo condicionado estable de salivación. Si en el momento de activar la señal (luz azulada) un ruido intempestivo retumbaba en la estancia o si una persona penetraba en ella, por ejemplo, el perro reaccionaba

---

que existen sobre su trabajo. Tal y como comenta el experto en la obra de Pavlov Daniel Philip Todes, M. N. Erofeeva realizó experimentos entre 1910 y 1912 que confirmaban la idea de que cualquier estímulo ambiental podía devenir un agente condicionante. Tras defender su tesis en 1912, la investigadora siguió vinculada al laboratorio de Pavlov hasta integrar el Hospital de Petropavlovsk y el Instituto Científico Peter Franzevich Lesgaft en la actual San Petersburgo. Daniel P. Todes, «Opportunities for women in science (Russia, 1912)», *Nature*, 416, 2002, p. 262. En una nota de una de sus publicaciones, Todes refiere que Pavlov se inspiró ampliamente de los experimentos de M. N. Erofeeva en sus discursos públicos del año 1918, pero no ofrece información adicional al respecto. Daniel P. Todes, «From Lone Investigator to Laboratory Chief: Ivan's Pavlov Research Notebooks as a Reflection of his Managerial and Interpretive Style», en Frederic L. Holmes, Jürgen Renn y Hans-Jörg Rheinberger (eds.), *Reworking the Bench. Research Notebooks in the History of Science*, Kluwer, 2003, p. 219. Por otro lado, M. N. Erofeeva trabajó, junto a N. R. Shenger-Krestovnikova, sobre las neurosis experimentales desde una perspectiva que posteriormente fue trasladada al ámbito de la psicopatología humana por investigadores norteamericanos. Para un análisis de estas aplicaciones del trabajo de M. N. Erofeeva véase Natividad Sánchez y Gabriel Ruiz, «Las investigaciones de W. H. Gantt y H. S. Liddell acerca de las neurosis experimentales y su importancia para la psiquiatría norteamericana (1930-1950)», *Revista de Historia de la psicología*, 29 (2), 2008, pp. 87-97. Para contextualizar los experimentos de M. N. Erofeeva en el marco general de trabajo que instauró Pavlov en su laboratorio puede consultarse la completa biografía del fisiólogo ruso realizada por Todes: *Ivan Pavlov: A Russian Life in Science*, Oxford University Press, Oxford, 2014 o, del mismo autor, «Pavlov's Physiology Factory», *Isis*, 88 (2), 1997, pp. 205-246.

<sup>601</sup> Por ejemplo en «Reflejos condicionados», *op. cit.*, pp. 1-2, Álvarez-Ossorio, *op. cit.*, p. 26, Vallvé Miró, *op. cit.*, pp. 1-2. Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, pp. 45-46, «Parto sin temor, parto sin dolor» [editorial], *op. cit.*, p. 6, Vélez-Frías, *Preparación*, *op. cit.*, p. 10, o Santiago Lorén, *El parto sin dolor*, Crisol, Barcelona, 1956, pp. 34-35.

volcando su atención sobre la nueva actividad y se bloqueaba la insalivación refleja hasta el momento sólidamente conseguida<sup>602</sup>.

Visto así el dolor obedecía a una razón un tanto promiscua, pues se emparejaba con y se separaba de otros impulsos sensoriales con una facilidad pasmosa. Y por si la automaticidad de tales asociaciones fuera poco, además estas no sucedían casi nunca de manera aislada. Como advertía Ángel Hernández Jiménez, la corteza recibía estímulos o reflejos condicionados en solitario solo en condiciones experimentales<sup>603</sup>. En la vida corriente, no obstante, los reflejos condicionados eran muy complejos, pues se componían de múltiples elementos y al impactar en la corteza formaban agrupaciones funcionales que Pavlov y sus discípulos llamaron «estereotipias dinámicas». Es decir que, para desgracia de las parturientas, si se deseaba combatir una determinada respuesta (como el dolor condicionado al parto), también debía dirigirse el séquito de excitaciones que se vinculaban con ella (educación, influencias ambientales, estado emocional, etc.). De hecho la expresión «estereotipia dinámica» implicaba que el conjunto de reflejos condicionados suscitado por una actividad determinada se mantenía por inercia estable pero a su vez era móvil o modificable<sup>604</sup>.

La formación de reflejos condicionados estaba sometida a ciertas leyes, o principios, que los hacían frágiles y compactos al mismo tiempo: para empezar, un número determinado de repeticiones era necesario para la creación de un reflejo condicionado (ley de la repetición). En consonancia con esto último, la ley de extinción establecía que el condicionamiento cesaba en cuanto el excitante básico actuaba varias veces sin la compañía del elemento indiferente. La ley de precedencia favorecía el condicionamiento cuando el estímulo indiferente precediera al absoluto, y no a la inversa. La ley de generalización permitía mantener el reflejo condicionado con estímulos indiferentes ligeramente distintos del original (así, el perro de Erofeeva salivaría aun cuando la descarga eléctrica fuese algo mayor, o algo menor, que la practicada inicialmente), pero el condicionamiento se debilitaba proporcionalmente al desajuste entre el nuevo estímulo y el primitivo. Por último, y según la ley de diferenciación, podían darse dos o más tipos de condicionamientos simultáneos siempre y cuando los estímulos asociados a ellos se diferenciaban bien entre sí, pues de lo contrario el sujeto corría el riesgo de entrar en un estado neurótico a causa de la confusión<sup>605</sup>.

De este modo los reflejos condicionados, reunidos en estereotipias dinámicas, formaban un enredo de procesos corticales difícil, aunque no imposible, de desenmarañar. Y en el caso concreto del dolor, el reflejo resultaba tan esquivo como insidioso porque dependía, a cada momento, de la dinámica

---

<sup>602</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 3.

<sup>603</sup> Hernández Jiménez, «*Reseña de Reuniones*», *op. cit.*, p. 247.

<sup>604</sup> «*Reflejos condicionados*», *op. cit.*, p. 4.

<sup>605</sup> *Ibid.*, p. 2.

cortical en su conjunto. La situación, decía Lamaze, explicaba «la extraordinaria variabilidad de las sensaciones lesivas, sus relaciones tan débiles con sus causas aparentes, la incompreensión misma de sus orígenes que ha conducido, en ciertos casos, a hablar de dolores “sine materia”»<sup>606</sup>. Y en lo que a partos se refiere, Lamaze acusaba a la pecaminosa cópula contracción-dolor, avalada «incluso» por la propia ciencia obstétrica, como estadio primero de aquel condicionamiento «neurótico» que sufrían las parturientas<sup>607</sup>. El binomio se encontraba pues íntimamente ligado a «la situación general del parto», en la que «personajes, instrumentos, decorados, palabras» y «recuerdos» se confabulaban convergiendo hacia el reflejo y reforzándolo poderosamente<sup>608</sup>. En otras palabras, todo lo que contextualmente se vinculara al nacimiento funcionaba como señal para la reacción dolorosa en la mujer embarazada.

Con todo, quedaba por resolver el asunto de la participación del lenguaje en la formación de un reflejo condicionado como el dolor. Pues cuando Lamaze hablaba de «recuerdos» y «palabras» no se refería *solo* a la memoria refleja del útero, reactivada al comenzar el trabajo por la evocación de partos anteriores u otros «accidentes de la vida genital», como las reglas dolorosas<sup>609</sup>. Tampoco se refería Lamaze, únicamente, a vocablos espetados groseramente contra la mujer y que, actuando sobre su estado anímico, pudieran deprimir el tono de su corteza y fomentar con ello la exageración de las sensaciones viscerales durante el parto. Ambos factores, en cualquier caso, actuaban en el sentido de reforzar el reflejo condicionado del dolor, pero el lenguaje, por su parte, ejercía un rol directo en su producción. Lamaze se refería a la capacidad del condicionamiento verbal para provocar sensaciones orgánicas.

Dicho de otro modo: las palabras y las cosas (por hacer un pequeño guiño arqueológico) funcionaban al mismo título en la génesis del condicionamiento humano. Ambas eran excitantes externos, aunque unos eran verbales y los otros, concretos. Ahora bien, si para los animales las palabras podían desencadenar respuestas aprendidas en virtud de su cualidad sonora, como si de cualquier otro estímulo sensorial se tratase, en el ser humano la palabra actuaba mediante su significado. En efecto, las palabras son abstracciones de cierta realidad, material, sensorial o aun afectiva, de la que actúan como signo o señal. Las palabras, pues, reemplazan a los estímulos, tanto internos como externos, que habitualmente excitan la corteza. De ahí que los investigadores soviéticos aludieran al lenguaje como el «segundo sistema de señalización» (s.s.s), un sistema de señalización específicamente humano que remitía por designación a otro sistema de señales, directas o materiales, con los que el sujeto interaccionaba fundamentalmente por vía sensorial. Esta era la razón por la que, al condicionar un perro para

---

<sup>606</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 4.

<sup>607</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>608</sup> *Ibid.*

<sup>609</sup> *Ibid.*



desplazarse al son de la palabra «sendero», la reacción motriz no se produjese en caso de decir «camino», «senda» o «vía». Inversamente, dicha respuesta sí se mantendría en el caso de un humano. De este modo se explicaba, bajo la lente de la psicoprofilaxis, que la mujer educada en la idea del parto doloroso pusiera en marcha el reflejo condicionado correspondiente al oír palabras como «nacimiento», «expulsión», «alumbramiento» e incluso «paritorio», fórceps» o «placenta».

Pero además, mientras que el condicionamiento verbal (esto es, sonoro) de animales era de orden temporal, las personas concedían una «estabilidad definitiva» a la ligazón (referencial) entre la palabra y la cosa. Esta trabazón había sido denominada por el psiquiatra A. G. Ivanov-Smolenskii «estructura dinámica», y según Lamaze era la responsable de que el excitante directo y el excitante verbal pudieran sustituirse, recíprocamente, sin alterar sus reacciones reflejas. En el caso del parto, esto último adquiriría la máxima importancia, pues un reflejo condicionado [i.e. la respuesta dolorosa al trabajo normal de parto] creado exclusivamente por una señal verbal [i.e. la expresión *dolores de parto*], decía Lamaze, se reproducía automáticamente con la activación de la señal directa [las contracciones uterinas de parto] aun cuando esta no hubiera sido nunca utilizada<sup>610</sup>. Así, no solo la sustitución de unos términos por otros seguía produciendo el reflejo condicionado, sino que este se conservaba en el relevo de la excitación directa por la palabra, incluso cuando dicho estímulo directo no hubiera sido experimentado anteriormente. Como decía Lamaze citando al neurólogo Joseph Jules Dejerine, «en patología nerviosa, la ida equivale a la cosa desde el punto de vista subjetivo y, en gran medida, es capaz de crearla objetivamente»<sup>611</sup>.

En este punto conviene detenerse un instante. Desde mi punto de vista los textos fundadores de la psicoprofilaxis plantean un problema, o más bien un «vacío», en la aplicación que hacen de la doctrina pavloviana al ámbito del parto. Para empezar, el condicionamiento habitual de la mujer era más complejo de lo que pudiera parecer a simple vista, pues ella vinculaba simbólicamente *dos* excitantes verbales entre sí –la palabra «contracción», por un lado, y la palabra «dolor», por el otro. Esta operación sucedía únicamente en el plano del s.s.s, o lenguaje. La teoría daba por sobrentendido que, previamente, la mujer poseía un conocimiento propioceptivo de lo que era una sensación fisiológica de contracción o contractura muscular, pero también de la sensación del dolor. Al mismo tiempo se daba también por sentado que toda mujer «normal» había adquirido, durante su desarrollo, el reflejo condicionado lingüístico que le permitía nombrar esas sensaciones propioceptivas con las palabras «contracción» y «dolor», una operación que implicaba pasar del primer sistema

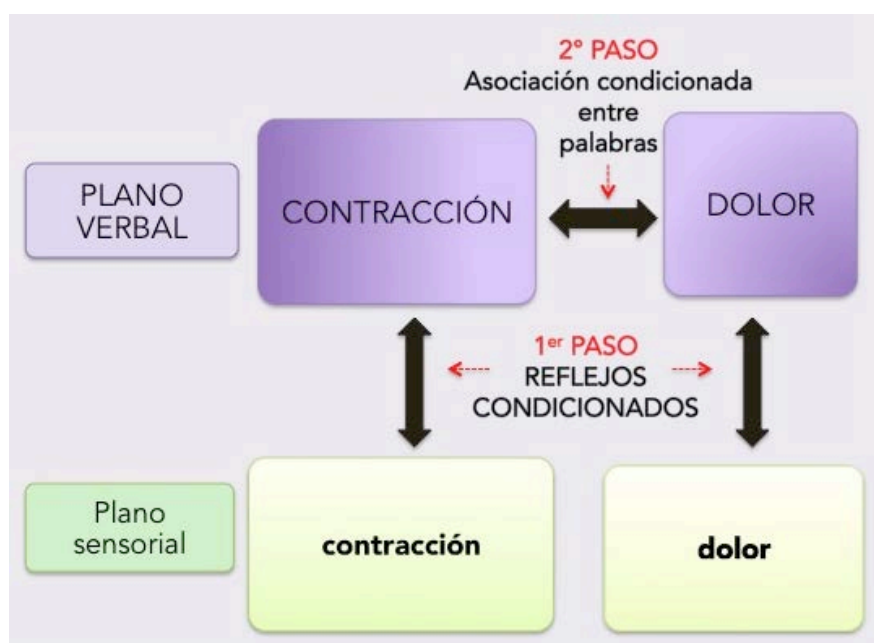
---

<sup>610</sup> La explicación del papel del lenguaje en los reflejos condicionados se encuentra en las páginas 4-5 de la obra.

<sup>611</sup> *Ibid.*, p. 7.

de señalización (p.s.s), el de los excitantes concretos, al segundo sistema, verbal o comunicativo<sup>612</sup>.

El condicionamiento tradicional al parto consistía, como decíamos, en establecer la equivalencia verbal entre contracción y dolor, contando con el hecho de que cada término, a su vez, poseía un referente somático o visceral en la mente de la mujer. Es decir, si aislamos por ahora el resto de variables que actúan en refuerzo del condicionamiento negativo al parto (por la estereotipia dinámica), el esquema de base constaría de una asociación (entre dos elementos del s.s.s) que quedaba, de algún modo, superpuesta a dos reflejos condicionados vinculando un elemento del s.s.s y otro del p.s.s cada uno. Supuestamente, los nexos entre los cuatro elementos eran tan sólidos y estables que, en virtud de una cierta transitoriedad de los flujos nerviosos, el estímulo concreto «contracción» viajaba y recorría los distintos niveles, movilizándolo al resto de elementos implicados en el circuito hasta producir, artificialmente, el estímulo concreto «dolor». La secuencia se resumiría pues así: al iniciarse, las contracciones de parto activaban en la corteza el foco correspondiente a dicha sensación corporal; esta alumbraba automáticamente su pareja verbal –la palabra «contracción»– que no podía ser movilizada sin activar junto a sí la otra cara del binomio: la palabra «dolor». Finalmente, el referente verbal del dolor encendía en la corteza el foco correspondiente a la sensación lesiva y la mujer «sentía» el dolor.



Esquema 1. Elementos en juego en el reflejo condicionado.

<sup>612</sup> Para Pavlov el s.s.s consiste en las palabras escritas o habladas y también los gestos. Aquí, para simplificar, me referiré solo a la dimensión verbal. Para un análisis detallado de la teoría del lenguaje en la escuela pavloviana véase George Windholz, «The Second Signal System as Conceived by Pavlov and His Disciples», *Pav. J. Biol. Sci.*, 25 (4), 1990, pp. 163-173.



Esquema 2. Movimiento del impulso nervioso.

El problema residía en el salto que la teoría daba de los estímulos lingüísticos a los excitantes concretos, es decir el salto del binomio contracción/dolor a la producción cortical de la sensación dolorosa y su caterva de reacciones vegetativas. Los textos de Lamaze y Nikolaev ofrecían múltiples ejemplos de condicionamiento de un excitante concreto, sensorial, a un excitante verbal. En esos casos, y una vez adquirido el reflejo condicionado mediante repeticiones, uno podía suprimir el estímulo concreto y obtener la sensación correspondiente solo con pronunciar la palabra asociada al estímulo directo, ahora ausente<sup>613</sup>. Por otra parte, si al sujeto así condicionado se le aplicaba un estímulo doloroso en el momento de activar el reflejo condicionado mediante el excitante verbal, el estímulo doloroso «fracasaba», pues el sujeto solo sentía la sensación condicionada a la señal verbal<sup>614</sup>. Ello atestiguaba, según Lamaze, «la fuerza de la palabra», la cual podía sobreponerse a la acción concurrente de un excitante tan directo e insoslayable como la producción del dolor.

Ahora bien, esta experiencia solo demostraba que la percepción del dolor podía llegar a inhibirse mediante el condicionamiento verbal. Tal aserto sería sin duda de crucial importancia para el aparato terapéutico y preventivo de la psicoprofilaxis. Pero los ejemplos no mostraban, en ningún caso, cómo podían lograrse reacciones sensoriales mediante estímulos verbales *sin* que los estímulos correspondientes a dichas sensaciones hubieran entrado antes en el juego. Por mucho que le repitan a uno la palabra «sarna», aquello no pica si no ha intervenido previamente la sensación de picor unida a la palabra «sarna». Pero,

<sup>613</sup> Es el caso de los experimentos de Pchonik y el primer experimento de Rogoff citados por Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 5.

<sup>614</sup> El ejemplo corresponde al segundo experimento de Rogoff. *Ibid.*

¿podía picar la palabra «sarna» si previamente se había asociado a la palabra «picor»?

Al parecer Smolenskii sí había realizado experimentos que probaban la transmisión de los procesos nerviosos del s.s.s al p.s.s, es decir, en la dirección estímulo verbal → estímulo concreto<sup>615</sup>. Pero cómo obraba este mecanismo concretamente era una incógnita, pues Lamaze se limitaba a señalar que el psiquiatra ruso había demostrado la intercambiabilidad de las palabras (nombre de animal o de color) y las cosas (imagen del animal o del color)<sup>616</sup> y Nikolaev afirmaba, sin probarlo, que en algunos casos «el excitante condicionado indiferente, incluso en la ausencia de una excitación dolorosa real, puede hacer nacer una sensación dolorosa»<sup>617</sup>. Acto seguido, este autor concluía que «para modificar la sensibilidad de los órganos sensoriales y sus reacciones orgánicas correspondientes puede utilizarse un excitante, no ya físico ni químico, sino simplemente su idea que encuentra su expresión en la palabra»<sup>618</sup>.

Pavlov no sistematizó nunca el funcionamiento del s.s.s. ni tampoco su relación con el p.s.s., pero Smolenskii habría sugerido que esta relación entre ambos planos de actividad del sistema nervioso superior era de la misma naturaleza que la que existía entre los estímulos indiferentes y los estímulos absolutos del p.s.s.<sup>619</sup>. Es decir, si en el mundo de las cosas los estímulos podían establecer relaciones reflejas entre sí, la misma automaticidad se daba entre las palabras y las cosas. De ahí que las palabras pudieran suscitar auténticas reacciones, viscerales o somáticas, independientemente de la participación de una estimulación directa, pero siempre –y aquí reside el lapsus de la demostración psicoprofiláctica– en virtud de la antigua conexión entre esta y aquellas. Curiosamente Lamaze introducía esta reflexión en su exégesis del pensamiento de Smolenskii, pero lo hacía en una nota al pie de página como si –falto de un ejemplo pertinente– prefiriese exponer la idea con cautela.

La estructura dinámica, entonces, actuaba sobre la base de la teoría pavloviana de la ontogenética del lenguaje, según la cual los sujetos configuraban el s.s.s. mediante el condicionamiento de las palabras a los estímulos concretos del p.s.s. El niño aprendía, por asociación, que aquella sensación desagradable que le hacía rascarse se llamaba «picor» y, posteriormente, también aprendía que «picor» y «sarna» pertenecían a un mismo campo semántico. Solo de este modo el niño podía sentir picor al son de la palabra «sarna»<sup>620</sup>. Y solo de este

---

<sup>615</sup> Windholz, *op. cit.*, p. 168.

<sup>616</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, pp. 4-5.

<sup>617</sup> Nikolaev, *op. cit.*, p. 4.

<sup>618</sup> *Ibid.*

<sup>619</sup> George Windholz recoge algunas de las definiciones parciales del s.s.s que Pavlov realizó durante sus «Seminarios de los miércoles», así como las críticas y contribuciones que elaboraron sus discípulos en cuestiones como la localización de los dos sistemas de señalización, el desarrollo filogenético y ontogenético del s.s.s, etc. En Windholz, *op. cit.*

<sup>620</sup> En particular, L. A. Orbeli continuó la hipótesis pavloviana de que la adquisición del lenguaje se hacía por asociación, mientras que otro de sus discípulos, N. I. Krasnogorskii, proponía en su lugar los mecanismos de imitación y repetición refleja. *Ibid.*, pp. 166-168. En todos los casos, siguiendo la conceptualización de

modo podía entenderse, asimismo, que la parturienta novata sufriera a pesar de no haber experimentado nunca antes una contracción de parto, y aun menos una contracción de parto dolorosa: porque previamente la mujer había asociado las palabras «contracción y dolor», tan firmemente unidas en su idea del parto, a experiencias corporales bien definidas y que ahora se inmiscuían en su vivencia.

Así, la «fuerza de la palabra», como decía Lamaze, se asentaba sobre la imbricación recíproca del lenguaje con los estímulos del mundo sensorial. Ello no menoscaba en absoluto la idea de estructura dinámica, sino que más bien la explicaba. Sin embargo, lo que sí fue en detrimento de la credibilidad de la psicoprofilaxis fue la incapacidad de sus promotores de exponer claramente este razonamiento. Sin él, la supuesta transitividad nerviosa del lenguaje parecía una mera bravuconada teórica.

Eso es lo que sugería el ginecólogo valenciano Ignacio Martí Álvarez Ossorio. Este veía en el clásico experimento de Rogoff un ejemplo válido de demostración científica. En dicho experimento, muy citado por los psicoprofilácticos, se condicionaba a un sujeto para asociar al tañido de una campana la aplicación de frío en la piel; ello hasta el punto de que no solo la campana producía por sí sola el reflejo de vasoconstricción cutánea típico del escalofrío, sino que bastaba con decir «toco la campana» para obtener dicha respuesta, aun cuando al sujeto se le aplicase calor<sup>621</sup>. Aunque la estereotipia dinámica derivada de este condicionamiento fuese sin duda frágil e inestable, señalaba Martí, el condicionamiento perduraría siempre y cuando se reforzase con reactualizaciones periódicas del vínculo entre el estímulo absoluto (aplicación de frío) y el estímulo indiferente (campana). La doctrina pavloviana también podía acreditar, según el valenciano, el fenómeno de la dismenorrea aun cuando la primera regla fuese habitualmente indolora: si a la excitación primaria que la menstruación supone se añadía una inapropiada socialización del evento (i.e. explicaciones erróneas, ejemplo materno de dolor, aceptación de la regla como pretexto para excusar obligaciones cotidianas, etc.) la niña podía desarrollar un reflejo condicionado que alterase el posterior reconocimiento de la regla como fenómeno fisiológico e indoloro. Sin embargo, en un primer parto el estímulo absoluto –la contracción– no se había dado nunca antes y, por tanto, «la asimilación del dolor de parto a *una neurosis*», decía Martí, «tropieza con la dificultad de la falta de ocasión para su génesis»<sup>622</sup>.

En refuerzo de sus objeciones, Martí sacaba también a colación la frecuencia con la que los segundos partos resultaban menos dolorosos que los primeros. Si en la secundípara la combinación del estímulo absoluto –

---

Orbeli, Windholz afirma: «The s.s.s. presupposes a linkage of sounds, gestures, or written symbols to some external object or event so that such a symbol evokes a reaction similar to the one otherwise evoked by a direct contact with such an object or event», p. 165.

<sup>621</sup> Citado por Álvarez-Ossorio, *op. cit.*, p. 27.

<sup>622</sup> *Ibid.*, p. 28.

contracciones– y el «recuerdo espantoso» de una primera experiencia debían desatar el calvario desde el primer instante, ¿por qué al contrario sucedía que la mujer sentía en general «mucho menos dolor, una dilatación a veces insensible y contracciones más tolerables»? Y es que Martí opinaba que «un recuerdo, para los pavlovianos, no es más que una huella en la corteza cerebral, una «estructura dinámica» pronta a ser activada»<sup>623</sup>. Pero «pronta a ser activada» no significaba, en ningún caso, «desactivada», sino más bien latente, subrepticia, profunda, viva. Como vimos, el nexa originario entre las palabras y las cosas dotaba a las primeras de la capacidad virtual de sustituir a los estímulos concretos y de condicionar respuestas sensoriales tan reales como las que estos suscitaban. El binomio contracción/dolor, por tanto, se levantaba sobre las sensaciones respectivas de la contracción y del dolor, y ello permitía que, llegado el caso, el binomio transfiriera su connotación negativa a la «contracción» de parto, por muy nueva que esta resultase para la mujer.

La psicoprofilaxis no había sido clara sobre este punto. Por su parte, ni Martí ni muchos en su gremio aceptarían nunca que el lenguaje tuviera tal capacidad de conducción<sup>624</sup>. Para ellos, que el significado o «carga» social de un impulso sensitivo emergiera, por así decirlo, en paralelo a su propia manifestación fenoménica era un sinsentido. Pues primero surgía una sensación, y luego se le atribuía un valor. La idea trastocaba los esquemas de una medicina que aún entendía el dolor como simple respuesta ante el deterioro del cuerpo. Y el giro teórico de la psicoprofilaxis obstétrica consistía en plantear –ya que no en demostrar– que la cultura venía ya de algún modo incorporada, incrustada al cuerpo, en virtud de la capacidad del lenguaje de producir reflejos condicionados y de alterar así el funcionamiento del organismo. Los recuerdos y las palabras, por tanto, eran señales habladas de señales directas, somáticas o viscerales, vividas o no previamente por la embarazada. Tanto daba. Todo ello conectaba en la corteza cerebral de la mujer adulta. Narraciones escabrosas y confidencias desalentadoras podían inscribirse en la carne y alumbrar en la corteza focos vírgenes de la sensorialidad. Así, las palabras con que tradicionalmente *se decía* el parto se iban depositando en cascada sobre la corteza, presagiando «la

---

<sup>623</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>624</sup> Por ejemplo Santiago Lorén, que practicaba junto a Notter el método readiano en Lyon, contestaba la teoría según la cual «el dolor del parto es un reflejo condicionado formado por el recuerdo de algún parto doloroso acaecido en tiempos prehistóricos, y mantenido por el ambiente y la herencia de los recuerdos. De este modo la mujer sabe que cada contracción ha de producirle un dolor y basta que la contracción sobrevenga para que la mujer sufra. Esta teoría cae por su peso desde el momento en que se piense que los animales también tienen partos dolorosos y, por consiguiente, debemos rechazar la idea de que una comunicación verbal de lo sufrido por otras mujeres pueda mantener el reflejo». Véase Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 35. Lo mismo puede observarse en Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 48, donde el autor expone su reserva ante la psicoprofilaxis: «Que las combinaciones de señales acústicas y luminosas, de excitaciones eléctricas y de reposo, de alimentación y ayuno, pueden desencadenar reflejos condicionados en los animales de laboratorio, es evidente: que los dolores del parto no sean más que un reflejo condicionado análogo, adquirido ancestralmente, nos parecía más difícil de aceptar. Exponer este criterio nos valió una repulsa por parte de muchos que se asombraban que se pudieran decir tales herejías». El bilbaíno también atacaba la «concepción simplista a la que todavía se aferran muchos de los pavlovianos de este lado del telón de acero» alegando que hasta los soviéticos reconocían las deficiencias de este marco teórico, en p. 53 y anteriores.

contracción», programando el enlace entre esta palabra, su concreción muscular, y la consiguiente respuesta de dolor.

En última instancia la psicoprofilaxis no se limitaba a señalar el papel del lenguaje y de la cultura en la etiología del dolor. Si la estructura dinámica implicaba la disponibilidad del cuerpo al condicionamiento verbal, y la estereotipia dinámica indicaba la profunda sinergia de los reflejos condicionados entre sí, la cuestión del umbral del dolor debía por tanto contemplar su naturaleza fundamentalmente relacional. A diferencia del modelo anterior, la propuesta de la psicoprofilaxis desvinculaba el umbral del dolor de la intensidad del estímulo. Para ginecólogos como Manuel Usandizaga, por ejemplo, las contracciones uterinas se volvían, más allá de una cierto «límite o umbral», indefectiblemente dolorosas. Aunque este umbral variase de unos individuos a otros, decía el bilbaíno, no podía dudarse que este dependía directamente de la intensidad del estímulo, con independencia de las «influencias psíquicas» que interviniesen en su percepción<sup>625</sup>. Lo mismo sucedía con otros estímulos como la distensión del cuello uterino o la deformación de las articulaciones pelvianas que acompañaban al parto y la gestación<sup>626</sup>.

Para los puristas en psicoprofilaxis, esta concepción localista fracasaba en explicar por qué el dolor, como toda sensación, era «un fenómeno de conciencia»<sup>627</sup>. Como hemos visto, la teoría franco-soviética mostraba una obcecación particular con el rol de la corteza en la producción del dolor. Sin embargo, la centralidad de este órgano era más funcional que topológica y, por ende, menos «central» que la cuestión genital en el modelo mecánico. De ahí que Lamaze describiera la corteza, a riesgo de incurrir en un oxímoron, como «la extremidad central» de la fisiología del dolor<sup>628</sup>. Además, en lo que se refiere a la materia capaz de analizar las sensaciones, esta se encontraba fundamentalmente concentrada, cierto es, en un grupo de neuronas cuyo núcleo se situaba en el área séptima de circunvolución parietal superior de la corteza, pero que en su conjunto ocupaba «una situación más difusa» e implicaba probablemente toda la sustancia gris<sup>629</sup>.

Así, para la escuela soviética no era tan importante el dónde, sino más bien el cómo. En otras palabras, el foco se ponía sobre las condiciones fisiológicas que intervenían en la transmisión del estímulo y en su transformación en percepción lesiva. Estas condiciones no eran otras que la polarización de la corteza y los centros subcorticales, por un lado, y la capacidad de la corteza para integrar cada estímulo en un denso sistema de relaciones y

---

<sup>625</sup> *Ibid.*, p.14.

<sup>626</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>627</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 2.

<sup>628</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>629</sup> *Ibid.*, p. 2. Cónill Montobbio señala la participación de la sustancia gris en Cónill Montobbio, *op. cit.*, pp. 178 y 179. Esta sustancia, que se encuentra no solo en la corteza sino también en la médula, procesaría la información por carecer de mielina y, por tanto, de la capacidad de transmitir rápidamente un estímulo.

significados, por el otro. Gracias a la estructura dinámica del lenguaje y al funcionamiento grupal de los reflejos condicionados, todo estímulo podía ser condicionado al dolor (del mismo modo que el dolor podía perder su valor fisiológico al asociarse a otro estímulo) y dicha relación, decía Lamaze, era función de la dinámica cortical en cada instante<sup>630</sup>. Pero además los estímulos, emparejados y mancomunados, podían ser interceptados, o incluso totalmente ignorados, en función de la intensidad de esa vida cortical, determinada a su vez por las influencias ambientales. De este modo el umbral del dolor no era reducible «ni a la cualidad física del excitante ni a la intensidad de la excitación». Por el contrario, proseguía Lamaze, este umbral era «la resultante compleja de toda una serie de procesos nerviosos cuyas leyes debemos conocer si queremos actuar sobre él»<sup>631</sup>. Unas leyes, como decíamos, centradas en las relaciones de los estímulos entre sí y de estos con la corteza.

Ambas operaciones –condicionamiento e inhibición– conformaban el eje de la teoría psicoprofiláctica sobre el dolor del parto. La primera explicaba cómo la mujer, a fuerza de escuchar que el parto es doloroso, traducía lo que a priori era un excitante indiferente (la contracción uterina) por una sensación palpable de dolor. La segunda se añadía a la primera, explicando que el estado emocional de la parturienta, derivado del miedo y la tensión, debilitaba la corteza, con lo que esta abría la compuerta de las interocepciones viscerales, magnificando la conciencia que la mujer tenía de ellas y permitiendo, además, que dichos impulsos campasen a sus anchas sindicados en «erróneas» –desde el punto de vista fisiológico– agrupaciones funcionales. Como una central telefónica al borde de la quiebra tecnológica, el cerebro de la mujer parturienta era propenso a la disfunción conectiva, en el sentido de permitir molestas interferencias entre los flujos comunicativos, y también por la pésima graduación sonora que otorgaba a las comunicaciones. Entre unos y otros factores, el resultado era un estruendo ensordecedor del todo inoperante.

### 5. 3. Conducciones

Cuando K. M. Bykov y Pschonik afirmaron que «las influencias corticales pueden afectar las reacciones incondicionales, reproducirlas cuando los receptores se ponen fuera de circuito, causar sensaciones alteradas en ausencia de cualquier excitación directa», no solo estaban hablando en calidad de fisiólogos<sup>632</sup>. Su postulado tenía implicaciones directas en el microcosmos del cuidado médico. En el marco de la obstetricia, esta idea produjo un vuelco en la

---

<sup>630</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 4.

<sup>631</sup> *Ibid.*

<sup>632</sup> Citado por Lamaze. *Ibid.*, p. 6.



historia de la disciplina, aunque otros modelos etiológicos prevalecieron sobre este, tan osado e imponente que parecía ilusorio. El desarrollo de nuevas técnicas reproductivas y anestésicas, así como de tecnologías revolucionarias para el monitoreo y seguimiento fetal marcaría sin duda, mucho más que la psicoprofilaxis, el cauce que habría de seguir *el arte de partear* en la segunda mitad del siglo XX.

Aun así, la idea de que la cabeza materna «también cuenta» sigue resistiendo. Hasta detractores acérrimos del método admitían en plena polémica que la teoría soviética acarrea –a pesar de sus orígenes– algo positivo: la medicina ya no se limitaría, en adelante, a «rellenar la ficha de “veterinaria humana”»<sup>633</sup> a la hora de tratar con la paciente. La corriente psicosomática, coincidente con el apogeo de la psicoprofilaxis pero no del todo asimilables, también se atribuía tales méritos: circulaba entre sus exponentes una anécdota que ilustra los modales de la vieja medicina, que ellos se proponían refinar gracias a la consideración de la paciente obstétrica a través de su historia sexual, su inconsciente y su personalidad. En la anécdota, un ginecólogo al uso hacía pasar maquinalmente a una joven a su consulta. Sin apenas saludarla y tras inspeccionar el cuello uterino de la paciente, el ginecólogo exclamaba: «¡Sí, sí! Ahora la recuerdo a usted»<sup>634</sup>.

Desde luego, los «modales» de la obstetricia fueron y siguen siendo un asunto que requiere una dura revisión<sup>635</sup>. En cualquier caso para Colette Malye, viuda y colaboradora del Dr. Ángel Hernández Jiménez, era indudable que la psicoprofilaxis había contribuido a mejorar la obstetricia de la segunda mitad de siglo tanto por el trato más empático de los especialistas hacia sus pacientes como por la implicación personal que el método exigía de estas en la gestación y el alumbramiento<sup>636</sup>. Dicha afirmación ha sido posteriormente validada y matizada por las investigaciones sobre la historia del parto sin dolor en Occidente. Como señalan algunas autoras, esta corriente obstétrica animó a muchas mujeres a asumir un rol más activo durante el parto, pero al mismo tiempo la psicoprofilaxis conllevaba un férreo control del comportamiento de las parturientas<sup>637</sup>.

El epígrafe retoma algunas de las ideas vistas en el capítulo y se sirve tanto de fuentes primarias como de las observaciones de la literatura secundaria para deliberar sobre la interrelación entre la genealogía del modelo eléctrico y sus formas de implementación. En concreto destaca la visión jerarquizada del funcionamiento corporal, es decir la idea de la «corticalidad» como principio

---

<sup>633</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 189.

<sup>634</sup> Freed y Kroger, *op. cit.*, p. 5.

<sup>635</sup> Véase García García, *op. cit.*

<sup>636</sup> Entrevista a Malye (5/4/17).

<sup>637</sup> Remito aquí a las referencias bibliográficas dadas en *Introducción*, «El parto sin dolor en perspectiva transnacional».

rector de la fisiología humana<sup>638</sup>. Dicha idea llevó a los defensores de la psicoprofilaxis a promover una suerte de conductismo obstétrico basado en la intervención consciente de los flujos sensoriales. Sugiriendo en este sentido algunas cuestiones que serán desarrolladas en detalle en otros lugares de la tesis, el epígrafe plantea en primer lugar el tema de la dimensión pragmática de las teorías, o el de las críticas recurrentes al efecto analgésico de la psicoprofilaxis como un mecanismo sugestivo, en segundo lugar. En tercer lugar el texto insiste sobre las respuestas del discurso psicoprofiláctico para reivindicar su especificidad y zafarse de estas acusaciones: conectando a la mujer a su propia fisiología reproductiva, la psicoprofilaxis no trataba de curar o silenciar el dolor sino que se anticipaba a este eliminándolo de raíz. Por último sugiero que algunas de las proclamas que acompañan a esta pretensión, como la del valor humanitario y transversal del método, derivan de la ideología implícita de sus defensores, como lo hace tal vez también su imaginario en cierto modo absolutista.

Como hemos apuntado, la herejía de la psicoprofilaxis consistió en trastocar de cabo a rabo la etiología del dolor: donde unos decían cabeza fetal, estrechez pélvica y distensión tisular, ellos hablaron de inhibición cortical, reflejos condicionados e influencia exterior. El postulado implicaba que el psiquismo de la madre no estaba desvinculado de su fisiología reproductiva. Al contrario, la psique materna –concebida aquí en los sucintos márgenes de la fisiología materialista de Pavlov– proporcionaba la llave para la buena conducción del parto. Sin fatalismos mecanicistas ni idealismos psicologizantes. En buena medida, la psicoprofilaxis obstétrica se concebía a sí misma como la única capaz de aunar, en un mismo proyecto, la revolución a procedimientos pragmáticos. Una especie de realismo entusiasta que enorgullecía a los autores y se palpaba en los textos. En plena Guerra Fría, el método psicoprofiláctico puso en jaque a la obstetricia del bloque occidental, lo cual determinó sin duda el entusiasmo inicial de los soviéticos, los franceses y, en España, del médico Ángel Hernández Jiménez, simpatizante comunista y único, precisamente, en mantenerse fiel a la doctrina pavloviana en nuestro suelo.

La caracterización del córtex en la literatura psicoprofiláctica resulta, en este sentido, sintomática: órgano «supremo» de la actividad nerviosa humana, la corteza era una instancia «reguladora, controladora, directora», y determinaba la totalidad de los procesos vitales del organismo en su interrelación con las influencias del medio, tanto interior como exterior al propio organismo<sup>639</sup>. Para Nikolaev y seguidores, ese dominio cortical del organismo se llamaba

---

<sup>638</sup> La expresión es de Lamaze y Vellay, «*L'Accouchement Sans Douleur*», *op. cit.*, p. 3.

<sup>639</sup> *Ibid.*, p. 1.

«nervismo»<sup>640</sup>. Y siguiendo la actitud del maestro Pavlov en relación a dicho descubrimiento, Nikolaev preconizaba que la psicoprofilaxis no debía limitarse a explicar su funcionamiento en el ámbito del parto. Era menester «dominar, dirigir y modificar» los fenómenos corticales en una dirección que resultara «útil» para el organismo<sup>641</sup>.

La psicoprofilaxis poseía pues una faceta normativa muy clara y reconocida expresamente: el método consistía en una serie de medidas basadas en las nociones de condicionamiento e inhibición cortical. También cabía restablecer la «normalidad» de los dos polos cerebrales, el cortical y el subcortical<sup>642</sup>. Una suerte de «ingeniería refleja» que permitía intervenir en el cerebro de la parturienta, anticipar sus respuestas y abrir vías alternativas a la interpretación del dolor. Paula A. Michaels ha señalado repetidas veces que la psicoprofilaxis promovió una nueva manera de ser y estar en el parto, que ella califica como «despierta y consciente». Marilène Vuille, por su parte, ha preferido la expresión «corticalizar a la mujer»<sup>643</sup>. Ambas dan en el clavo al apuntar hacia la correspondencia entre el modelo causal de la psicoprofilaxis y el aparatage terapéutico que se desprendía de él. Y aunque dicha correspondencia era casi transparente, lo cierto es que los promotores de la psicoprofilaxis debieron hacer frente a no pocos malentendidos.

Los psicoprofilácticos trataron de negarlo durante años, pero el método sufría acusaciones de no ser, fundamentalmente, «más» que un tipo de hipnosis, también llamada sugestión post-hipnótica o «vigil»<sup>644</sup>, sugestión activa o por la palabra, etc. El ginecólogo Francisco Carreras comentaba a raíz de sus observaciones en la Maternité des Bluets que en todas las lecciones los preparadores del centro hablaban del sistema nervioso y especialmente del cerebro «con una finalidad de *sugestión*»<sup>645</sup>. En un tono menos desapegado, Ignacio Martí Álvarez Ossorio calificaba los procederes de la psicoprofilaxis de «sugestión verbal en vigilia» y «adoctrinamiento verbal sugestivo»<sup>646</sup>. En la misma línea, Víctor Cónill Montobbio alegaba que el propio Pavlov había reconocido que «la sugestión es el reflejo condicionado más simple y típico del hombre»<sup>647</sup>. De ello deducía que la psicoprofilaxis debía su eficacia al hecho de ser «un grado de hipnotismo» –la sugestión– cuya «fuerza expansiva propia» explicaba que muchas mujeres se beneficiaran del método, aun sin haberse

---

<sup>640</sup> Nikolaev, *op. cit.*, p. 1.

<sup>641</sup> *Ibid.*, p. 2.

<sup>642</sup> Lamaze y Vellay, «*L'Accouchement Sans Douleur*», *op. cit.*, p. 3.

<sup>643</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 128 y Vuille, «*L'invention*», *op. cit.*, p. 41.

<sup>644</sup> Cajal, *op. cit.*, p. 484. Es la expresión que usa también Dick-Read para referirse a los estados de sugestión posthipnótica o hipnosis de vigilia. Véase su contribución al cuarto capítulo de un reputado manual: Dick-Read, «*Aspectos psicósomáticos*», *op. cit.*, p. 105. Usandizaga lo llama «hipnosis vigil» en *La ataraxia, op. cit.*, p. 72.

<sup>645</sup> Carreras, «*Dos escuelas*», *op. cit.*, p. 269.

<sup>646</sup> Álvarez-Ossorio, *op. cit.*, p. 24.

<sup>647</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 181.

preparado y solo porque estaba «en el ambiente»<sup>648</sup>. La crítica era una constante de la literatura opositora<sup>649</sup>. Correlativamente, los pioneros de la preparación al parto en España se defendían una y otra vez en sus escritos y apariciones públicas, no solo ante los profesionales, sino también hacia el público femenino que los interpelaba: no era lo mismo activar la corteza que inhibirla, se trataba de «convencer demostrando»<sup>650</sup>.

Por otro lado, la genealogía del método psicoprofiláctico era vox populi y no le hacía ningún favor a la empresa. Como sabemos, algunos de los «psiconeurólogos» que participaron en la elaboración de la psicoprofilaxis habían empezado experimentando, un par de décadas antes, con la hipnosis aplicada al parto<sup>651</sup>. En una retórica combativa muy propia del contexto geopolítico, Nikolaev y Lamaze renegaban de estos orígenes, diciendo que los dolores del parto no debían «curarse», pues el parto no era una enfermedad, ni tampoco había que «inhibirlos por métodos hipnóticos o sugestivos», sino «luchar para destruir la noción generadora de tales dolores»<sup>652</sup>.

A ojos de sus promotores, la psicoprofilaxis no trataba a la mujer como una marioneta; el método, al contrario, *conectaba* la cabeza de la mujer a su propia experiencia del parto. En adelante ya no habría un trabajo fisiológico de los órganos genitales, por un lado, y una posible experiencia psíquica lesiva, ajena e impotente, por el otro. Habría un diálogo entre ambas realidades, coordinado en permanencia por la actividad cortical. Y el éxito de la aventura dependía, como vimos, de la fortaleza del córtex. En palabras de Lamaze, todo giraba en torno a la capacidad de la parturienta de «controlar, dirigir y regularizar su parto», así como de anular los impulsos procedentes del útero, mediante el esfuerzo del córtex. Porque el parto sin dolor «no es algo que se compre como una receta de mayonesa, sino que es algo que se merece», decía el francés<sup>653</sup>.

La psicoprofilaxis proponía en suma una «disciplina del espíritu» que excluía cualquier intento de conducir el parto mediante mecanismos no

---

<sup>648</sup> *Ibid.*

<sup>649</sup> Por ejemplo, en Carlos Carceller Blay, «Parto Natural, parto sin dolor, método psicoprofiláctico», *Clínica y Laboratorio*, n.º 362, tomo LXI, mayo de 1956, p. 246. También en Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 67, y en Josep Maria Carrera Macià, *Guía de la futura madre durante el embarazo*, La Gaya Ciencia, Barcelona, 1978, p. 83. (ID).

<sup>650</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 54. La idea se encuentra en toda su obra en general y también en p. 15 de la misma obra. En otra edición de su manual, de Cárcer reconocía que el médico siempre sugestionaba a la paciente, pero en todo caso esta sugestión era siempre más débil que la sugestión ambiental, en *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 98. Consuelo Ruiz Vélez-Frías exhibía la misma postura en *Cartilla*, *op. cit.*, p. 24, además de en sus obras anteriores. Para las referencias de Hernández Jiménez, véase «Nuevos comentarios», *op. cit.*, p. 5, y «Nuestra práctica del método psicoprofiláctico en España», en Luigi Gedda (dir.) *Analecta Genetica*, n.º 4, *Il parto indolore*, 1956, p. 148. (CM-HJ).

<sup>651</sup> El equipo estaba fundamentalmente compuesto por A. Nikolaev, I. Velvovskii, Platonov, Plotitcher y Chougoin, según Nikolaev, *op. cit.*, p. 6.

<sup>652</sup> Nikolaev citado por Fernand Lamaze en *L'Accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique*, conferencia del Dr. Lamaze, antiguo jefe de la Clínica anexa a la Facultad de Medicina de París, p. 5. (IHSM). En otra ocasión Lamaze y Vellay observan que el método experimentó, desde sus orígenes en la década de 1920 en Ucrania, «fortunas diversas» hasta concretarse «estrictamente» sobre las bases materialistas pavlovianas. Lamaze y Vellay, «*L'Accouchement Sans Douleur*», *op. cit.*, p. 3.

<sup>653</sup> Lamaze, *L'Accouchement sans douleur* [conferencia], *op. cit.*, pp. 12-13.

probados empíricamente<sup>654</sup>. El modelo eléctrico sobre el que se basaba dicha disciplina pretendía que el dolor era el resultado de un desajuste de potencial entre las instancias cerebrales; también era la consecuencia de la conductibilidad de los estímulos verbales que, aderezados por el ambiente con una carga negativa, producían reacciones reflejas incongruentes y amenazadoras para la seguridad del sistema. Pero la buena noticia era que, si estas eran las causas del dolor, cabía entonces concebir una solución que pasara por la colaboración de la mujer y por la conducción de su estado nervioso. Por ello la psicoprofilaxis avanzaba que el objetivo del método era más preventivo que terapéutico<sup>655</sup>.

La idea de prevención no era nueva en medicina. De hecho, tal premisa constituía el corazón de la medicina social y, en el ámbito obstétrico, de la disciplina denominada «maternología». Lo que sí era novedoso era aplicarla radicalmente al ámbito del dolor del parto. Y si este se podía prever y erradicar, entonces era lógico que los promotores de la psicoprofilaxis pidieran fondos para su implantación con el tono apasionado de quien exige el cumplimiento de los derechos humanos<sup>656</sup>. Asimismo, puesto que la materialidad de la corteza no conocía de identidades nacionales, razas o clases sociales, la psicoprofilaxis proclamaba que el método podía aplicarse universalmente, al modo de una «disciplina de masas»<sup>657</sup>. Ni siquiera el tipo de presentación fetal sería un motivo suficiente para discriminar entre las mujeres, pues el órgano «supremo» mejoraba su conducta incluso en los casos más distócicos. Pero estas cuestiones, por mucho que sus fundadores dijeran, tenían más que ver con la historia política del método que con la etiología del dolor o la patogenia obstétrica. A ciencia cierta, como suele decirse, el modelo de la psicoprofilaxis igualaba todos los cuerpos por la base, y destacaba la corteza como agente diferenciado y soberano de control.

---

<sup>654</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>655</sup> Lamaze y Vellay aludían a ello citando a Velvovoskii en «*L'Accouchement Sans Douleur*», *op. cit.*, p. 3.

<sup>656</sup> *Ibid.*, p. 12 pero la idea está presente en otras publicaciones de los parisinos. Para un resumen de los acontecimientos que rodearon la implantación del método en Francia, véase la publicación periódica «*Nouvelles de l'accouchement sans douleur*», donde se recogen los avances en materia de recaudación de fondos. (IHSM).

<sup>657</sup> Lamaze y Vellay, «*L'Accouchement Sans Douleur*», *op. cit.*, p. 4. Sobre el asunto de la transversalidad social del método, véase también Lamaze, *Texto del discurso*, *op. cit.*, pp. 3-5. En una carta a Lamaze, Nikolaev deseaba un gran éxito a su colega en la tarea de «liberar a la mujer de los inútiles dolores del parto», sin distinguir entre clases, fronteras, ni casos clínicos. «Carta de Nikolaev a Lamaze», Leningrado, 11 de julio de 1954. (IHSM).

## 6. «La complacencia de lo orgánico»

Todo profeta dispone del mundo a su antojo. El arte de predicar requiere además un cierto grado de audacia, y esta consiste, a menudo, en tomar la necesidad ajena como pretexto del propio pensamiento. Con la ironía de la profesional rodada, la matrona María Ángeles Rodríguez Rozalén decía: «pocos son profetas en su propia tierra», aludiendo al quehacer misionero de algunos hombres médicos empeñados en revolucionar la obstetricia y la concepción del dolor del parto en la segunda mitad del siglo XX<sup>658</sup>. En efecto, la lógica de la revelación sustenta la mayoría de los relatos autobiográficos de los visionarios que pueblan este estudio: un buen día, una ineluctable verdad externa los sustrajo de su ceguera y les indicó el camino. Así le sucedió al médico británico Grantly Dick-Read, quien ejercía su profesión en el Londres de los años 1930<sup>659</sup>.

Una madrugada lluviosa, tras ofrecer alivio químico a una humilde joven en trance de parir, esta declinó tranquilamente la proposición de Dick-Read. El también joven doctor, estupefacto, la inquirió cortésmente: ¿por qué no había gritado, por qué no quería anestesia, le había dolido el nacimiento? La respuesta de la chica –*It didn't hurt. It wasn't meant to, was it, doctor?*– es de sobra conocida, y supuso para Dick-Read el punto de inflexión en su trayectoria profesional. No tanto por la referida ausencia del dolor, sino por la inocencia con que la mujer de Whitechapel Road exponía su desconocimiento de un axioma médico, religioso y universal como el del dolor del parto. En su manual Aguirre de Cárcer describía este punto de partida en la historia de la preparación al parto como algo «realmente conmovedor»<sup>660</sup>.

Durante la 1ª Guerra Mundial Grantly Dick-Read había presenciado cómo su compañero, un gurkha hindú, resistía impertérrito a los bombardeos gracias a simples técnicas de relajación. Pero fue la inocencia de aquella respuesta en Whitechapel Road lo que trastocaría sus supuestos sobre el dolor, haciéndole dudar, por vez primera, sobre la necesidad del consabido axioma: ¿era la naturaleza del parto la responsable del estado emocional en que daban a luz la mayoría de mujeres, o quizá era el estado emocional de las parturientas el responsable del curso del parto en gran medida?<sup>661</sup>.

La semilla de la sospecha estaba sembrada y dio sus primeros frutos tan pronto como en 1933. El texto *Revelation of Childbirth, the Principles and Practice of Natural Childbirth* sentaba las bases de uno de los primeros métodos de

---

<sup>658</sup> Entrevista a Rozalén (11/1/14).

<sup>659</sup> Vuille propone dos fases en el relato de los fundadores de la preparación al parto: revelación y comprensión, en Vuille, «*La naissance*», *op. cit.*, p. 993.

<sup>660</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 115.

<sup>661</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, p. 6.

preparación al parto en la historia pero también esbozaba ideas innovadoras sobre el dolor asociado al nacimiento. Dentro de la medicina psicosomática, la teoría de Dick-Read integraba elementos del modelo mecánico y abría la puerta a explicaciones psicoanalíticas del embarazo y del parto. Aunque en publicaciones posteriores Dick-Read amplió sus ejemplos y estudió también el puerperio y la lactancia, los fundamentos de su propuesta etiológica no sufrieron modificaciones y, en la práctica, siguen vigentes aún hoy.

El capítulo final de *Etiología* responde a un esquema ligeramente distinto a los dos anteriores. El orden seguido hasta ahora correspondía a un análisis de las imágenes, las causas, y las consecuencias o, si se quiere, las implicaciones que cada modelo tenía en la abstracción de las relaciones cuerpo-mente y en la definición de una posición epistémica y terapéutica del médico y la paciente frente a ello. El último capítulo, sin embargo, fusiona los dos primeros elementos en un solo apartado, y aprovecha la tercera y cuarta secciones para discutir los fenómenos de asimilación y ampliación discursiva que conoció la obra readiana en la literatura española. Uno de los objetivos será pues mostrar la buena acogida del británico en España, que en algunos casos llegó casi hasta la veneración: como decía el fundador de la EM, Grantly Dick-Read no fue «ningún ilustre obstetra pero demostró la clarividencia del genio». Francisco Carreras, por su parte, aludía a la «cara de ángel barroco» del médico inglés y calificaba su labor de «cruzada» y «apostolado»<sup>662</sup>. Asimismo, el capítulo tratará de explicar las razones del éxito del modelo readiano aludiendo al contexto general de la medicina psicosomática, sin olvidar la metáfora deducible de tales conceptualizaciones: la de un cuerpo reactivo ante la psique, y la necesidad de apaciguar aquella para relajarlo a él.

## 6. 1. Resortes

Como Lamaze y los soviéticos, Grantly Dick-Read puso en el centro de su razonamiento el miedo de la mujer al parto. Su insistencia en este punto lo emancipaba, como a sus contrincantes, de la descripción vetusta de un dolor casi completamente tisular, en el que la fenomenología y la causalidad se mezclaban en un maremoto de palabras de resonancia industrial. El miedo y la disposición anímica de la mujer en el parto determinaban el desarrollo del resto de fenómenos asociados a la contracción e históricamente entendidos como «dolores». La explicación del dolor del parto llegaba, por fin, a una mayoría de edad: incorporando el factor psíquico, las nuevas teorías completaban la ecuación,

---

<sup>662</sup> «Haptonomía y genialidad», p. 2, (EEEM), y Francisco Carreras, «Grantly Dick-Read», *Anales de Medicina*, XLVI, 3, agosto de 1960, pp. 223, 222 y 224 respectivamente. (CM-HJ).

personalizaban el diagnóstico y, al tiempo, elaboraban un juicio crítico del entorno social.

Así, el aparataje crítico que escoltaba a los nuevos modelos etiológicos era tal que resultaba difícil oponerse a la idoneidad con que dichos modelos llegaban a las maternidades contemporáneas. De hecho, el propio Dick-Read admitía sin tapujos que no existía consenso sobre la «exactitud neurológica» de su teoría, pero se defendía alegando que los resultados de su aplicación clínica probaban su valor<sup>663</sup>. Asimismo, una figura recurrente en sus disertaciones era asumir que estas no alcanzaban el «dogma académico», sino que eran simples informaciones basadas en la observación empírica de las pacientes<sup>664</sup>. Modestias aparte, Dick-Read no titubeaba en compararse con Isaac Newton presentando ante la Royal Society la teoría de la gravedad, o en reconocer que su motivación era de índole filosófica y trascendental, pues más allá de lo correcto o incorrecto de sus tesis, estas contribuían a suprimir el «estigma» que la civilización le había colgado al parto<sup>665</sup>.

A diferencia del criterio seguido en los capítulos precedentes, el primer epígrafe de este capítulo aborda tanto la imagen escogida por Dick-Read para ilustrar su razonamiento como el desarrollo de esta explicación causal propiamente dicha. *Resortes* alude así a la idea de una liberación repentina de energía, en este caso un espasmo muscular, como un muelle que tras exceder su punto máximo de elasticidad se contrae recobrando de nuevo su dimensión inicial. Esta misma imagen también sugiere cuál es el recorrido del estímulo nervioso durante el trabajo de parto, un movimiento de ida y vuelta desde la cavidad uterina, pasando por y deformándose en la estación cerebral. Asimismo, la explicación readiana del dolor es una secuencia, en el sentido de que unos hechos determinan otros de forma ordenada en el tiempo: cada fase argumental es pues un resorte que motiva o desencadena la fase posterior.

El texto aborda primero la prioridad que Dick-Read concede al tálamo, frente a la supremacía psicoprofiláctica de la corteza, en los procesos de interpretación sensorial. Según la teoría readiana, este órgano voluble haría de traductor de la información visceral del parto para la corteza, incorporando en sus mensajes un cariz determinado por el estado anímico de la paciente. A continuación, el análisis se centra en la segunda etapa del razonamiento readiano, basada en una descripción del papel que cumple la musculatura uterina en el parto y en la que el británico anuncia el mecanismo de contractura que propicia la sensación dolorosa así como una serie de anomalías del rendimiento uterino que refuerzan a esta última. En efecto, este es el punto que hace de nexo entre los elementos de tipo psíquico y los de tipo mecánico en la génesis del dolor, y el texto expone también las reservas de algunos

---

<sup>663</sup> Dick-Read, «Aspectos psicósomáticos», *op. cit.*, p. 109.

<sup>664</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, prefacio.

<sup>665</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 167.



profesionales sobre la factibilidad de esta hipótesis. Por último, el análisis incluye la idea de la disfunción vascular como fuente de otras molestias en el parto, mostrando así la capacidad de la teoría readiana para sintetizar distintos enfoques en la producción del sufrimiento obstétrico.

En apariencia la conceptualización readiana del miedo encajaba perfectamente con la teoría soviética: el miedo era una emoción no instintiva, adquirida mediante sugestión o asociaciones. De hecho, el octavo capítulo de *Revelation of Childbirth* se titulaba «Fear and conditioned reflex» y en él Dick-Read explicaba la formación de esta emoción mediante procesos sociales de condicionamiento negativo. Este homenaje a Pavlov –escrito, recordemos, tan solo en 1933, antes del lanzamiento del método psicoprofiláctico en la URSS– debió de escocer al autor inglés durante los años de riñas sobre la anterioridad en la cuestión del «parto sin dolor».

No obstante, a los factores ambientales de producción del miedo Dick-Read añadía otros, como los constitucionales o hereditarios, o los psicosexuales, que la teoría psicoprofiláctica ignoraba deliberadamente en un primer momento<sup>666</sup>. Tras exponer los mecanismos por los que una mujer podía llegar a sentir terror al parto, Dick-Read se alejaba bruscamente del marco explicativo pavloviano. Para el británico el miedo era una emoción defensiva, y desataba una reacción –incondicional– de huida. Como el atleta a merced del pistoletazo de salida, el miedo de la parturienta podía provocar en ella una reacción corporal drástica: la activación inoportuna de ciertos grupos musculares. El miedo actuaba en el organismo a la manera de un resorte, más que como un contacto eléctrico, y además esta emoción movilizaba (o era movilizada por) una topografía visceral que, sin obviar el papel de la corteza, daba preeminencia a las regiones subcorticales.

Empezando por esto último, Dick-Read situaba al tálamo como sede de la interpretación de las impresiones sensoriales y del dolor, además de ser también el centro de la expresión emocional. Una excesiva sensibilidad del tálamo, producida por la presencia del miedo, provocaba una interpretación aumentada de los estímulos uterinos. De este modo lo que no era más que una «tirantez» del bajo vientre era interpretado por el tálamo como una agresión al organismo<sup>667</sup>. Como Charles S. Sherrington, Dick-Read definía el dolor como «la interpretación mental de un estímulo lesivo»<sup>668</sup>. En el caso del parto Dick-Read suponía que el tálamo de pacientes en exceso aprensivos enviaba una información falseada al

---

<sup>666</sup> Dick-Read, «Aspectos psicósomáticos», *op. cit.*, p. 109.

<sup>667</sup> Tomo aquí la expresión de uno de los discípulos de Dick-Read, Frederick Warren Goodrich, en su libro *Maternidad sin dolor. Guía completa de la futura madre*, Daimon, Madrid-Barcelona, 1956, p. 168. La expresión también aparece en Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 21.

<sup>668</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, p. 17.

córtex, y que este se encargaba de ordenar inmediatamente una respuesta de defensa por la que activaba, tensándolas, las fibras circulares del cuello uterino.

De manera decisiva, Dick-Read aprovechaba para argumentar que la respuesta motora determinada por el córtex no era proporcional a la intensidad del estímulo recibido «en bruto», sino a la interpretación que el tálamo había hecho previamente de él<sup>669</sup>. La idea de procesamiento de la información sensorial, de conmutación del estímulo por *otra cosa*, otro nivel de la sensorialidad, más complejo y ya completamente bañado por el oleaje psíquico, permitía a Dick-Read superar airesamente la simpleza del modelo anterior, que equiparaba la intensidad del estímulo a la intensidad de la percepción. Sin llegar a inferir que la actividad uterina debería pasar inadvertida en una mujer tranquila, Dick-Read indicaba que la extrema perturbación del tálamo por el miedo conllevaba una deformación del estímulo. Y la «tensión patológica» que emergía al malinterpretar el proceso acarrearaba también su desbocamiento irreversible.

Para fundamentar la segunda etapa de su encadenamiento causal, Dick-Read hacía una disección tripartita de la tipología muscular de la matriz. Como es bien sabido, esta se encuentra rodeada por una capa muscular exterior compuesta de fibras longitudinales que se acortan con las contracciones. El fenómeno de retracción de esas fibras facilita, primero, la dilatación del cuello uterino y, después, la expulsión del feto. Otra capa muscular del útero está formada por fibras en ocho o zigzagueantes, se sitúa en una posición intermedia y recubre los vasos sanguíneos. Por último la capa interior de la matriz, sobre todo en su segmento más bajo, se compone de fibras circulares que sellan el orificio uterino, impidiendo la salida de su contenido al exterior.

Según Dick-Read el córtex estaba conectado a este último tipo de fibras musculares uterinas mediante el sistema nervioso simpático. Cuando el tálamo enviaba su mensaje magnificado por el miedo, el córtex disponía una reacción contráctil de las fibras circulares de la parte inferior del útero con la finalidad de proteger al organismo de las tracciones de las fibras longitudinales. Es decir que como el útero «no puede huir, no puede eludir su actividad», la respuesta protectora consistía en oponer resistencia a la acción muscular propia del trabajo de parto<sup>670</sup>. La oposición entre ambos grupos de músculos perturbaba la «polaridad fisiológica» del trabajo muscular y producía una tensión «superior a la normal» que estimulaba los receptores dolorosos del útero<sup>671</sup>. Finalmente, esta «batalla de los músculos» provocaba toda clase de molestias e incluso dolores a la parturienta, quien veía sus miedos confirmados y entraba, según Dick-Read, en un círculo vicioso donde miedo y dolor se incitaban mutuamente. Es lo que pasó a conocerse como el síndrome miedo-tensión-dolor.

---

<sup>669</sup> *Ibid.*, p. 20.

<sup>670</sup> Dick-Read, «*Aspectos psicósomáticos*», *op. cit.*, p. 100.

<sup>671</sup> *Ibid.*, pp. 100-101.

La idea del espasmo cervical correspondía al momento álgido del razonamiento de Dick-Read, y hacía además de bisagra entre dos tipos de análisis. Por un lado el espasmo era una reacción somática a un estado psíquico de la parturienta, determinado por el miedo y la susceptibilidad del tálamo. La primera fase en la explicación de la formación del dolor era pues de orden psicógeno y concedía al tálamo el papel de «hermeneuta» del estímulo, por así decirlo, frente a una corteza cerebral descrita como simple agente del automatismo motor. Por otro lado el espasmo producía una distocia de la dinámica uterina, porque el antagonismo muscular entorpecía la dilatación y fatigaba inmensamente al útero, cuyas fibras longitudinales debían contraerse con renovado brío para vencer la resistencia. La segunda etapa de la argumentación incorporaba pues un planteamiento novedoso pero mecanicista al fin y al cabo.

No todos los tocólogos, ni todos los especialistas de la medicina del dolor, aceptaron esta explicación sin reservas. El célebre John Bonica y su colaborador H. S. Chadwick cuestionaban, por ejemplo, el postulado readiano en un capítulo consagrado al dolor del parto en el *Textbook of Pain* de R. Melzack y P. D. Wall. Para el fundador de la medicina clínica del dolor el cuello uterino estaba compuesto por muy poco tejido muscular y además su capacidad contráctil tendía a disminuir con la progresión del parto, de modo que la hipótesis sobre la rigidez de este segmento como causa de distocias reales era infundada<sup>672</sup>.

En España, ginecólogos de gran prestigio como Manuel Usandizaga se mantenían prudentes a la hora de abrazar la tesis readiana, que consideraba aún «por probar»<sup>673</sup>. Un manual para matronas de los años 1970 dudaba de la probabilidad de una «relación entre miedo y espasmo uterino»<sup>674</sup>. El texto sí reconocía, no obstante, un tipo de distocias específicas del cuello ligadas a una inercia uterina (contracciones ineficaces) o a una hiperdinamia (contracciones excesivamente fuertes), causadas por una alteración de la «sinergia funcional» uterina<sup>675</sup>. En efecto, el funcionamiento óptimo de la matriz depende de que las contracciones se propaguen en sentido descendente y tengan mayor intensidad y duración en el fondo uterino que en la parte baja del órgano. Esta regla, llamada el «triple gradiente», determina la pasividad del cuello uterino, es decir la «polaridad fisiológica» de la que hablaba Dick-Read, necesaria para que la contracción de las fibras longitudinales logre borrar y abrir el orificio uterino<sup>676</sup>.

---

<sup>672</sup> Citado por Vuille a partir de Patrick D. Wall y Ronald Melzack, *Textbook of Pain* (Churchill Livingstone, Edinburgo-Nueva-York, 1989, p. 484), en Vuille, *Accouchement et douleur*, *op. cit.*, p. 62.

<sup>673</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 20.

<sup>674</sup> Orengo, *Obstetricia* [1974], *op. cit.*, p. 259.

<sup>675</sup> Orengo, *Obstetricia* [1963], *op. cit.*, p. 266.

<sup>676</sup> Un manual al alcance del público exponía igualmente esta dialéctica necesaria entre acción y relajación de los segmentos superior e inferior del útero para el borrar del cuello. La autora, sin duda familiarizada con la obra de Dick-Read a través de una colaboradora compartida (la fisioterapeuta Kathleen Vaughan), eludía no obstante la idea de posibles anomalías de origen psicógeno en la dinámica útero-cuello.

En todo caso, el miedo o la tensión nerviosa de la mujer no eran contemplados, en dicha publicación, como causas factibles de desarreglos en la dinámica uterina a nivel cervical. Explicaciones como esta evitaban dirimir qué papel cumplía la psique de la parturienta en las distocias de cuello, presentándolas tan solo como el resultado de defectos en la cadencia y vigor de las contracciones, cual un mecanismo averiado.

Grantly Dick-Read, por su parte, sí trazaba un nexo causal entre la vivencia de la paciente y la dinámica funcional de su matriz, cosa que el británico resumía con la frase «*tense woman, tense cervix*»<sup>677</sup>. Como hemos visto, esta especie de slogan o leitmotiv evidenciaba los dos extremos del razonamiento readiano, es decir, el punto de partida –el estado mental de la paciente– y el de llegada –el endurecimiento del cuello uterino–, quedando implícitos el papel del tálamo en la (mal)interpretación del estímulo contráctil y la respuesta cortical de defensa contra la dilatación uterina. Con todo, a pesar de los desacuerdos y de que Dick-Read nunca probó su hipótesis, la relación entre dolor y tensión muscular implícita en la teoría readiana gozó de una aceptación cuasi unánime por amplios sectores de la sociedad: hasta la activista Leonor Taboada aludía a ello en su manual de autoayuda *Cuaderno feminista*, y aconsejaba como remedio contra la dismenorrea los ejercicios de relajación neuromuscular que se enseñaban en los cursillos de preparación al parto<sup>678</sup>.

Por último, la teoría readiana incluía un tercer elemento para la comprensión del dolor obstétrico: una disfunción circulatoria intra-parto o isquemia, también conocida como «útero blanco»<sup>679</sup>. Para Dick-Read la tensión excesiva de las fibras circulares impedía al útero relajarse completamente entre contracciones, inhibiendo a su vez la correcta expansión de los senos sanguíneos que nutren el útero y lo limpian de sustancias residuales del metabolismo gracias al aporte de oxígeno sanguíneo<sup>680</sup>. Estos «metabolitos» tenían forma cristalina y en concentraciones altas eran susceptibles de irritar las fibras musculares por laceración de los tejidos<sup>681</sup>: así explicaba Dick-Read las molestias permanentes, al modo de calambres, sufridas por muchas mujeres *entre* las contracciones de parto. De este modo si el proceso de producción del dolor se originaba en una disposición psíquica y se manifestaba mediante un mecanismo motor, el fenómeno de la isquemia añadía una dimensión químico-circulatoria al problema y redondeaba la ecuación.

---

Véase Minie Randell, *El parto sin dolor. Preparación y guía de la futura madre*, Pubul, Barcelona, 1956, pp. 21-24.

<sup>677</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 106.

<sup>678</sup> Taboada, *op. cit.*, p. 75. Para el análisis de estos ejercicios, véase (*Fisio*)terapia, 10. 2.

<sup>679</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 35.

<sup>680</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>681</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 36. Los metabolitos son moléculas, generalmente orgánicas, derivadas del metabolismo o utilizadas por él.

Aunque la teoría psicoprofiláctica le disputaba al tálamo el papel protagonista en el procesado de estímulos y muchos dudaban de la capacidad de la tensión nerviosa para endurecer el cérvix uterino, el síndrome miedo-tensión-dolor parecía calar en las conciencias por su simpleza y compleción. La explicación era fácil de recordar, como un aforismo, y permitía además refundar una serie de gestos obstétricos en vistas a una atención mejorada de las parturientas. Por otro lado la tesis del británico, según la cual el miedo era un detonante emocional de un proceso fisio-mecánico y químico-circulatorio, poseía la ventaja de encajar a diestro y siniestro con las ideas reinantes sobre el dolor obstétrico en su época. El dolor del parto era el síntoma de una desarmonía mecánica *sofisticada*, esto es, integrada en esquemas de pensamiento ya acreditados pero válida, como veremos, para integrar también la nueva corriente psicosomática.

## 6. 2. Adherencias

«*El método en disputa*», o de la traducción española de Grantly Dick-Read.

En España, y a pesar del subtítulo de este epígrafe, la obra de Dick-Read no tuvo traducción. En Argentina la editorial Central sacó varios títulos de 1958 en adelante, llegando a vender varias ediciones por cada uno de ellos. Los obstetras españoles concernidos por los debates en torno al dolor del parto, sin embargo, conocían a Grantly Dick-Read a través de la literatura extranjera y de la divulgación que se hizo de su obra en artículos de la prensa médica especializada, concretamente a través de las publicaciones del ginecólogo argentino Ricardo V. Gavensky<sup>682</sup>. Asimismo, Clavero Núñez se había pronunciado favorablemente sobre la aportación de Dick-Read a principios de los 1950 y recogía algunos de sus principios en un manual divulgativo<sup>683</sup>. Por

---

<sup>682</sup> Véase, por ejemplo Nicanor Palacios Costa y Ricardo V. Gavensky, «Parto sin temor. Parto sin dolor», *Gaceta Médica Española*, año XXVII, vol. 6 (321), Madrid, junio de 1953, pp. 696-700, o de los mismos autores, «Conceptos de Read y Nikolaiev en la preparación de la embarazada para el parto sin dolor», *Gaceta Médica Española*, año XXX, vol. 9 (361), Madrid, septiembre de 1956, pp. 381-383. (CM-HJ). Para situar la obra del argentino Ricardo Gavensky, véase Karina Alejandra Felitti, «Parirás sin dolor. Poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)», *Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18, 2011, pp. 113-129. En cualquier caso, los ginecólogos españoles conocían la obra de Grantly Dick-Read al menos desde finales de los años 1940. El «parto sin miedo» del británico fue mencionado en una intervención en el congreso Hispano-Portugués de Obstetricia en 1950, cuyo texto fue publicado años más tarde: Pedro Puig i Roig, «Aspecto moral de la analgesia y de la anestesia en el parto normal», *Anales del Instituto Corachán*, vol. V, n.º 1, 1953, p. 19. Otra mención de la investigación de Dick-Read y sus discípulos sobre los aspectos emocionales del parto y del embarazo se encuentra en Francisco Haro García, *¿Ginecología psicosomática?*, Editorial Noguer, Barcelona, 1953, pp. 132-134.

<sup>683</sup> En concreto, Clavero llegó a afirmar que la teoría readiana era «uno de los hechos más trascendentales en la historia de la Obstetricia de estos últimos años», en *Aspectos humanos, op. cit.*, p. 48. El manual donde

otro lado el discurso de Pío XII contribuyó a dar a conocer el nombre del británico al tiempo que incidía en la confusión reinante entre los métodos psicoprofiláctico y readiano al juzgarlos como teorías «análogas» y concederles, por tanto, un equidistante beneplácito<sup>684</sup>.

El presente epígrafe atiende a las formas de apropiación de la teoría readiana en la literatura española. Como planteo en primer lugar, la difusión un tanto anárquica de la obra de Dick-Read no debe llevar a engaño sobre la posición de fuerza que sostuvo el autor inglés durante y después de un fugaz periodo de controversias teóricas con la escuela franco-soviética. De hecho, sopesar las condiciones en que se dio la supuesta tregua etiológica entre ambos modelos permitirá más adelante en esta tesis relacionar los códigos de praxis terapéutica con la pervivencia de las ideas readianas entre los especialistas. En segundo lugar analizo esta continuidad en los textos de representantes de la élite ginecológica española y de profesionales de la preparación al parto como Álvaro Aguirre de Cárcer o Consuelo Ruiz Vélez-Frías. A continuación recojo las objeciones de Ángel Hernández Jiménez como un caso aislado de resistencia explícita al modelo inglés. Para terminar sugiero que la heterogeneidad de factores de la teoría readiana hizo de este modelo una opción más pegajosa o sugerente para los profesionales, decantando finalmente la balanza a su favor.

Las apariencias indican que las ideas de Grantly Dick-Read pululaban, en la España de los años 1950, fragmentadas y marginales en comparación con la acogida y discusiones que suscitaba la rimbombante psicoprofilaxis soviética. Pero como es bien sabido, las apariencias engañan. En el plano etiológico al menos, la visión sintética de Dick-Read prevalecía en algunos de los manuales más populares de la España de la época, como el de Frederick. W. Goodrich, *Maternidad sin dolor*<sup>685</sup>, o el *Parto sin dolor* del best-seller en divulgación médica, el misterioso Dr. Vander<sup>686</sup>, donde también se asumía el nexo entre tensión nerviosa y contracciones de los músculos de acción involuntaria como factor

---

Clavero expone las bases de la preparación para un alumbramiento natural, entre otras cuestiones de educación sexual e higiene matrimonial, es *Antes de que te cases. Un texto de formación prenupcial. Un consejero para los casados en su vida conyugal. Una guía para la mujer en sus trances de maternidad*, Tipografía Moderna, Valencia, 1951.

<sup>684</sup> Muñoyerro, *op. cit.*, p. 328.

<sup>685</sup> Goodrich, *op. cit.*, pp. 156-157.

<sup>686</sup> Este médico de origen holandés, cuyo verdadero nombre era Adrian Van der Put Vermuden, fue acusado de no ser un verdadero médico y abandonó el ejercicio en los años 1920. A pesar de ello, sus publicaciones de auto-ayuda sobre homeopatía y medicina natural tuvieron gran difusión. Para información complementaria sobre la influencia del Dr. Vander en la naturopatía española, véase Cristina Gutiérrez, Èrika Martínez y Carmen Medina, «Introducció al coneixement de l'obra d'Adrian Van der Put (1892-1974) en el camp de la medicina naturista a Catalunya», *Gimbernat*, 42, 2004, pp. 273-292, y Enrique Perdiguero-Gil, «La popularización médica durante el franquismo: un primer acercamiento», en Josep Maria Comelles y Enrique Perdiguero-Gil (coords.), *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2017, pp. 105-138.

determinante del dolor del parto<sup>687</sup>. La famosa tríada miedo-tensión-dolor quedó asimismo bien representada en discursos, artículos y monografías en lengua vernácula que se declararan herederas de Dick-Read o del método soviético, siempre lo mencionaban como uno de los fundadores del movimiento general por la preparación al parto<sup>688</sup>. Otros iban aún más lejos en su adhesión y optaban directamente por las denominaciones «parto sin temor» o «parto natural» por ser más objetivas que el lema de la psicoprofilaxis, el optimista «parto sin dolor»<sup>689</sup>. En ocasiones las ideas de Dick-Read lograron colarse, incluso, en los escritos de algunos profesionales que se reivindicaban a sí mismos como únicamente «psicoprofilácticos».

La confusión (terminológica y de doctrina) entre la psicoprofilaxis y el parto natural de Dick-Read operó desde el principio, y fue motivo de polémicas entre expertos tan solo durante unos años. Paula A. Michaels señala acertadamente que este solapamiento incómodo resultaba, en realidad, provechoso para la difusión de ambas corrientes, que se veían así amplificadas por el ruido de la querrela<sup>690</sup>. Sin embargo, si el teatro de la controversia científica atraía muchas miradas y, por tanto, podía resultar rentable en el mercado de los métodos de preparación al parto, la sutileza de las discrepancias teóricas entre unos y otros no era sostenible a largo plazo. Ni siquiera los profesionales veían sentido a la rivalidad entre doctrinas tan parecidas y, para la década de 1970, los antagonismos ya se habían disuelto en beneficio del objetivo común de promover un uso comedido de la anestesia y de humanizar la asistencia al parto<sup>691</sup>. Según Michaels, la idea subyacente que selló el armisticio fue que el dolor era de origen psicógeno y que el trabajo de parto se experimentaba en el cuerpo pero se interpretaba en la mente<sup>692</sup>.

---

<sup>687</sup> Adrian Vander, *Parto sin dolor. El moderno método recomendado por los especialistas para lograr: un embarazo y parto fáciles y sin trastornos; máxima seguridad para la madre y el niño; hijos sanos y robustos*, Sintés, Barcelona, 1981, pp. 65-66.

<sup>688</sup> Véase por ejemplo Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, p. 57-59, o Fernández Portal, *op. cit.*, p. 22. La revista *Analecta Terapéutica* comentaba por su parte que «la escuela rusa simplifica el método de Read». «Parto sin temor, parto sin dolor» [editorial], *op. cit.*, p. 4. Santiago Lorén también comulgaba con la idea del parto como una lucha dolorosa entre la acción del cuerpo uterino y la resistencia del cuello y tomaba explícitamente partido por la teoría de Dick-Read en *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 20-22 y 34-36. Para publicaciones menos posicionadas y aun así difusoras de la esencia del planteamiento readiano véase Domeque y Soriano, *op. cit.*, pp. 143-146; 190-191 o 214-221, Ricardo Jurado de Miguel, *El parto sin dolor*, Manuales científicos, Nueva York, 1971, p. 13, o Antonio Ferreira Gómez, «Los métodos psicofísicos en la analgesia del parto normal», *Revista Española de Obstetricia y ginecología*, n.º 82, año XII, tomo XIV, Valencia, julio-agosto de 1955, p. 301.

<sup>689</sup> Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, p. 39, y Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 68.

<sup>690</sup> Michaels, «Pain and Blame», *op. cit.*, p. 236, y Lamaze, *op. cit.*, p. 73.

<sup>691</sup> Inmediatamente tras la muerte de Dick-Read, por ejemplo, el que fue un psicoprofiláctico convencido, el tocólogo catalán Francisco Carreras, rendía un «tributo de gratitud» al británico y señalaba la necesidad de «buscar los puntos de coincidencia en lugar de analizar las diferencias para acusarlas», dejando así atrás para siempre las «competencias, luchas, contrariedades y oportunismos» entre materialismo y espiritualidad propios de la polémica entre ambos métodos. Carreras, «Grantly Dick-Read», *op. cit.*, pp. 225 y 224. Un manual que ilustra esta voluntad de convergencia, por ejemplo, era el de Domeque y Soriano, *op. cit.* Otro manual, ya en los años 1980, es el de Francisco Alonso Aragón y otros, *El parto sin dolor. Tratado práctico*, Quorum, Madrid, 1986.

<sup>692</sup> Michaels, «Pain and Blame», *op. cit.*, p. 237.

Tiene razón esta autora en apuntar que desde el punto de vista de las pacientes las distinciones en la conceptualización del dolor del parto no tenían mayor trascendencia. No obstante, merece la pena preguntarse por el enfrentamiento entre los métodos, sopesar las pérdidas en cada bando, e incluso cuestionar la idea de un empate, a riesgo de pecar, al modo benjaminiano, de hacer la historia de los vencidos. Entre uno y otro métodos, lo único que podía marcar una –aunque tenue– diferencia en la vivencia final del parto para la usuaria era el andamiaje terapéutico y preventivo de cada procedimiento, así como el modelo de asistencia obstétrica que cada uno de ellos promovía. Y como trataré de mostrar en esta tesis, ninguno de dichos elementos era indisociable del modelo etiológico que los acompañaba. La pregunta sobre el estado de ambas teorías tras el conflicto inicial es necesaria, por tanto, en la medida en que permite valorar el desarrollo posterior de nuevas técnicas y escuelas de preparación al parto o educación a la maternidad, rastrear genealogías y conjeturar si sus diferentes «estilos» estuvieron más o menos vinculados a la pervivencia de ciertas ideas sobre el dolor del parto.

En el capítulo *Passionate Controversies*, Paula A. Michaels pinta a un Grantly Dick-Read sumido en una batalla quijotesca contra la imperiosa robustez del aparato franco-soviético: la autora estadounidense señala las flaquezas personales y doctrinales del británico en el juego por el poder y, en particular, en torno al conflicto de la «paternidad» del método<sup>693</sup>. Pero las flaquezas allí se revelan ventajas aquí. Allende los Pirineos, las teorías de Dick-Read fueron atacadas por ser excesivamente simplistas, científicamente incorrectas o simplemente por su misticismo cristiano o su visión conservadora del mundo<sup>694</sup>. Las mismas acusaciones, en sentido contrario, circularon también hacia la primera psicoprofilaxis soviética. En cualquier caso, el descrédito, los desplantes y el anonimato al que se condenó a Dick-Read en el eje franco-anglo-americano, incluso a veces por parte de sus propios seguidores<sup>695</sup>, tiene en España otra lectura.

El aparato institucional que apoyó la puesta en práctica de la psicoprofilaxis obstétrica en Francia o en los países de la órbita soviética no tuvo equivalente en España y aquí era mirado con desaprobación y con la prepotencia propia del «mundo libre»<sup>696</sup>. El término «psicoprofilaxis» se hizo muy popular en España, frente al modesto «parto sin temor» o «parto natural» asociados al método de Dick-Read, pero la hegemonía del método ruso era más espectral que concreta. Vacío de contenido, el término «psicoprofilaxis» se aplicaba, como un

---

<sup>693</sup> Michaels, *Lamaze*, *op. cit.*, p. 91.

<sup>694</sup> Michaels, «*Comrades*», *op. cit.*, p. 1039.

<sup>695</sup> Michaels, *Lamaze*, *op. cit.*, pp. 73-77.

<sup>696</sup> Así se refería Víctor Cónill Montobbio a los países occidentales que sufrieron, como Francia o Italia, el acoso de la «propaganda comunista» en torno al método psicoprofiláctico. Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 183.

De forma similar, Manuel Usandizaga explicaba los éxitos masivos en la aplicación de la psicoprofilaxis en Rusia y China aludiendo a «la menor sensibilidad» y a la «gran sumisión política» de las mujeres de ambos países. Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 87.



rótulo publicitario, a cualquier método de preparación al parto basado en la idea del origen psicógeno del dolor. Ciertamente es que sin derecho a una publicación local y disperso entre la literatura, pero Grantly Dick-Read sobrevivía, en España, con la cabeza bien alta.

Durante el momento de mayor controversia en torno a la introducción del parto sin dolor en España, a finales de los años 1950 y principios de los 1960, muchos autores contribuyeron, conscientemente o no, a publicitar la figura de Grantly Dick-Read<sup>697</sup>. En un claro ejemplo de parasitación del marco psicoprofiláctico, Víctor Cónill Montobbio concedía a Dick-Read el haber elaborado «todo lo fundamental del método». Además, Cónill atribuía a Dick-Read el mérito de haber abierto una senda –la de humanizar el parto– «que hubiera seguido el curso discriminativo y sosegado propio de todas las novedades» obstétricas de no ser, opinaba, por la irrupción de la versión soviética, con sus «características artificiosas que nada tienen que ver con el noble empeño de atenuar el dolor humano»<sup>698</sup>.

Más allá de estas generalidades, Cónill también se alineaba con el modelo readiano al conceder a regiones no corticales cierta preeminencia en la regulación del parto. En su charla frente a la Real Academia de Medicina, Cónill reivindicaba «la dignidad del centro rector diencefálico o diencefalohipofisario», conformado por la vesícula, en la gestión vegetativa de la dinámica uterina. Conectados al útero a través del nervio presacro, estos núcleos diencefálicos actuaban, según Cónill, sobre «las formaciones anatómicas» que separan al feto del exterior, produciendo en ellas reflejos innatos de distensión y abertura. Y estos reflejos de distensión determinaban, por su potencia y por la isquemia que los acompañaba, una percepción dolorosa del proceso. Para Cónill, por tanto, la diada contracción-dolor representaba un reflejo incondicionado, y no un «error analítico puramente artificial» como sugería la psicoprofilaxis<sup>699</sup>. De este modo, aunque el catedrático de la Universidad de Barcelona reconocía que el «dolor es cerebral», no podía obviarse, como hacía la doctrina pavloviana, el papel de aquellas regiones del encéfalo que regían la vida uterina, ni el de aquellas otras que, como el tálamo, conectaban las contracciones con la tan aclamada corteza<sup>700</sup>.

Otro en reclamar los aciertos de la teoría readiana fue Ignacio Martí Álvarez-Ossorio. En su discurso de ingreso a la Real Academia de Medicina valenciana, Martí razonaba que cuando la ansiedad –inconsciente– invadía la mente de la parturienta, la hipófisis y las glándulas suprarrenales producían un

---

<sup>697</sup> Véase por ejemplo Carceller, *op. cit.*, pp. 335-348, «Parto sin temor, parto sin dolor» [editorial], *op. cit.*, pp. 3-19, la tribuna de Francisco Luque, «Voluntad», *op. cit.*, y Pedro Puig i Roig, «Cómo puede realizarse en la clientela particular el método psico-profiláctico del parto sin dolor? (Nota previa)», *en Gedda, op. cit.*, pp. 196-208. (CM-HJ).

<sup>698</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 178.

<sup>699</sup> *Ibid.*, p. 180.

<sup>700</sup> *Ibid.*, p. 179.

exceso de adrenalina, sustancia capaz de producir irritación directa e isquemia vasoconstrictora en el útero. En consecuencia, la fibra muscular lisa del istmo cervical quedaba hipertonzada y se producía dolor por anoxia tisular. Aun cuando el ginecólogo matizaba la tesis de Dick-Read respecto al carácter inconsciente del temor al parto, con la consiguiente hiperexcitación de la «sustancia reticular» y su acción sobre la musculatura lisa, esta explicación hormonal venía a confirmar a la postre la idea del espasmo cérvico-perineal como resultado del miedo<sup>701</sup>.

Como Cónill, Martí disenta de la insistencia de la escuela pavloviana en localizar el dolor en el córtex, órgano al que el ginecólogo consideraba una entidad «independiente y superior del sistema del dolor en sí», una suerte de «cerebro electrónico» que analizaba la información que venía integrada –esto es, no solo trasladada sino también influenciada– desde niveles inferiores<sup>702</sup>. A su entender las experiencias de Erofeeva y de Rogoff sólo demostraban las conexiones de la corteza con los centros vegetativos y emocionales, conexiones que en efecto posibilitaban la asociación condicionada pero que en ningún caso despojaban al diencéfalo (y en él al tálamo y al hipotálamo) de la supremacía en la percepción del dolor<sup>703</sup>. Bajo estas premisas, pues, la «sencilla explicación de Read» parecía «perfectamente admisible»<sup>704</sup> y, en concreto, algunos de su postulados, como el de la implicación del tálamo o del cuello uterino en la etiología del dolor, resurgían renovados en las conclusiones más punteras de la ciencia del dolor.

Por otro lado, el médico británico tenía el honor de participar en el elenco de la nueva tendencia psicósomática, esa «profunda conmoción» que agitaba la medicina en el mediodía del siglo<sup>705</sup>. Grantly Dick-Read había colaborado con los estadounidenses William S. Kroger y Charles S. Freed en la redacción del libro *Ginecología psicósomática*, publicado en español en 1955 con traducción revisada por José María Dexeus. En el cuarto capítulo de esta obra de referencia Dick-Read versaba sobre los *Aspectos psicósomáticos de la madre durante el embarazo* y en él trazaba a grandes rasgos las líneas de su visión del dolor<sup>706</sup>.

Ese mismo año también se publicaron las dos primeras monografías sobre el parto sin dolor en España. Álvaro Aguirre de Cárcer y Consuelo Ruiz Vélez-Frías asumían en sus libros total o casi totalmente los postulados readianos

---

<sup>701</sup> Álvarez-Ossorio, *op. cit.*, p. 52. El propio Dick-Read reconoce el papel de la adrenalina en «*Aspectos psicósomáticos*», *op. cit.*, p. 101.

<sup>702</sup> Álvarez-Ossorio, *op. cit.*, p. 52. Otra publicación coincidente en este punto era la de la psicoterapeuta Leonor Lorenzo, según la cual la «concepción actual de la etiopatogenia del dolor» ya no permitía distinguir entre «dolores vegetativos» y «dolores corticales», Leonor Lorenzo, *Lo que sabemos del parto sin dolor*, Gregorio del Toro, Madrid, 1968, pp. 24-25.

<sup>703</sup> Para su resumen de los experimentos soviéticos, véase Álvarez-Ossorio, *op. cit.*, pp. 26-27, y para la argumentación detallada sobre los órganos responsables de la percepción del dolor, en contraposición a la teoría rusa, ver pp. 38-41.

<sup>704</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>705</sup> Uso aquí la expresión de Manuel Usandizaga en «*Factores psíquicos*», *op. cit.*, p. 53.

<sup>706</sup> Dick-Read, «*Aspectos psicósomáticos*», *op. cit.*, pp. 89-112.

sobre la formación del dolor durante el trabajo de parto. El primero, a pesar de titular su libro *El parto sin dolor (sistema psico-profiláctico)*, citaba profusamente a Dick-Read y asumía, como este, la presencia normal pero insoslayable de un cierto grado de dolor en la última fase de la dilatación<sup>707</sup>. En este sentido, su visión coincidía con la de la francesa Fernande Harlin, para quien «la fisiología misma del acto del parto no permite la ausencia de dolor»<sup>708</sup>.

Aunque de Cárcer recibió una gran influencia de la kinesiterapeuta, apenas volvió a mencionarla más allá de esta primera publicación en la que el médico español se estrenaba como «psico-profiláctico» a la par que adhería a la explicación readiana del vínculo entre tensión muscular generalizada y contractura del cuello uterino<sup>709</sup>. Ciertamente, en este primer escrito de Cárcer aún hacía honores a la psicoprofilaxis reconociendo el papel de la corteza, y no del tálamo, en la interpretación de las sensaciones uterinas mediante los reflejos condicionados. A partir de ahí la explicación se inclinaba hacia un marco más mecanicista, en el que el córtex determinaba una respuesta defensiva causante de un antagonismo muscular «perjudicial»<sup>710</sup>. Y como en la obra de Dick-Read, el miedo y la ignorancia también suponían un terreno fecundo para la fatiga y la anoxia<sup>711</sup>.

Por otro lado, y como vimos en sus notas autobiográficas, el médico reeducador aseguraba haberse sentido escéptico hacia la explicación pavloviana del dolor del parto desde su primer contacto con la escuela de Lamaze. En la tercera edición de su libro de Cárcer había desterrado completamente la noción de «reflejos condicionados» para dar cuenta de la formación del dolor, e insistía en la idea del parto como un trabajo muscular intenso ávido de oxígeno<sup>712</sup>. Dicha aproximación planteaba complicidad con el modelo readiano y con la escuela pavloviana, y el autor establecía una genealogía extensa en la que incluía a Dick-Read y a Velvovskii como estudiosos de un mismo sistema<sup>713</sup>.

Más tarde, ya nombrado Jefe de la sección de Educación Maternal de la recientemente estrenada Residencia Sanitaria La Paz, de Cárcer precisaba que el condicionamiento positivo para suprimir el dolor del parto era un procedimiento útil hasta los tres centímetros de dilatación, más allá de los cuales la intensidad de la contracción era tal que esta se tornaba «reflejo o estímulo

---

<sup>707</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 87.

<sup>708</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 15. Para las referencias al libro de la fisioterapeuta francesa en España, véase Fernande Harlin, *Maternidad feliz*, Bruguera, Barcelona, 1967. En los años 1950 el libro de Harlin había salido al mercado, aunque con menor tirada, como *Maternidad Serena*, vol. I., Ediciones Generales, Barcelona, 1956.

<sup>709</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>710</sup> *Ibid.*, pp. 15 y 67.

<sup>711</sup> Según el madrileño, «Lamaze parece olvidar a a veces que un músculo fatigado es un músculo que duele o puede doler», en su respuesta a Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», *op. cit.*, pp. 6-7. Véase también la misma idea en Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 42 o en *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 154.

<sup>712</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>713</sup> *Ibid.*, p. 115.

incondicionado»<sup>714</sup>. En sus *Lecciones de Educación Maternal*, el famoso preparador madrileño avanzaba el papel del tálamo, la formación reticular o el hipocampo en la transmisión de información a la corteza<sup>715</sup>. Con esta revisión del rol de los centros prosencefálicos y subcorticales en la transformación de los estímulos del parto en percepciones dolorosas conscientes, Dick-Read asomaba de nuevo la cabeza con dignidad.

De manera análoga, el modelo etiológico de Grantly Dick-Read permeaba la escritura de la matrona Consuelo Ruiz Vélez-Frías. En su primer libro, *El parto sin dolor*, Consuelo Ruiz alegaba no haber «copiado de nadie exactamente», sino haber adaptado distintas formas de preparación «a la especial idiosincrasia de la mujer española»<sup>716</sup>. Por lo visto, dicha idiosincrasia no debía de distar mucho de la de las camaradas británicas, pues todas ellas parecían igual de proclives a la tensión nerviosa y a la crispación muscular precisamente en el momento del parto<sup>717</sup>.

---

<sup>714</sup> «Reflejos condicionados», *op. cit.*, p. 7.

<sup>715</sup> Aguirre de Cárcer, *Lecciones*, *op. cit.*, pp. 58-61.

<sup>716</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 4.

<sup>717</sup> De Cárcer recoge la misma idea en *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, p. 8, y *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 78. En efecto, la literatura del parto sin dolor instrumentalizaba a menudo el tema de la idiosincrasia nacional de las mujeres con el fin de introducir valoraciones políticas del asunto o para justificar el desarrollo personal que cada autor hacía de los métodos a disposición. Así, por ejemplo, Santiago Lorén no dudaba en emplear la idea de la idiosincrasia de la «latina» para desvirtuar la psicoprofilaxis francesa y apoyar el método readiano que él practicaba en Lyon junto al ginecólogo Armand Notter: «Pero en ese caso [el método psicoprofiláctico] no podría ser aplicado más que en aquellas mujeres que tuvieran una fe ciega en el médico, una fe, mejor una sumisión casi hipnótica, cosa muy difícil de conseguir entre nosotros, porque en nuestras latitudes las mujeres tienen un mayor espíritu de crítica, un individualismo muy acentuado y no puede engañarseles ni siquiera en cosas tan apartadas de sus conocimientos normales como es la biología». El mismo autor contraponía más adelante la personalidad fuerte de las latinas a la mentalidad infantil de las anglosajonas, y a aquella otra, cercana al misterio y lo mágico, de las eslavas. En Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 36 y 67. Para Carlos Carceller Blay los métodos de preparación al parto tendrían gran éxito en «países capaces de organizar la vida colectiva de forma muy reglamentada» o «en los casos que por motivos ideológicos, sentimentales, corporativos o incluso tan banales como seguir una moda, surja este espíritu de disciplina, fe y confianza en los dirigentes», es decir, en aquellos lugares donde se daba, según sus propios términos, una «sugestión de masas», en Carceller, *op. cit.*, p. 345. Félix Fernández Portal, por su parte, comentaba que si bien la preparación al parto podía revelarse eficaz en las anglosajonas, quizá lo era menos entre las españolas, «porque la reciedumbre de nuestra raza latina haga que por carácter entero, y su temperamento, nuestras mujeres sean menos aptas para dejarse impresionar fácilmente». Fernández Portal finalizaba su intervención ante la Sociedad Ginecológica Española con una diatriba sobre la correcta feminidad de las mujeres españolas, condición fundada en su sólida religiosidad, su abnegación en el cuidado de los demás y su resignación ante los dolores del parto. Fernández Portal, *op. cit.*, p. 27. Otro ejemplo sin desperdicio surge de la pluma del célebre Manuel Usandizaga, quien comentaba a propósito de la actitud de las anglosajonas ante el parto: «Nos atrevemos a pensar si en este odio al dolor del parto, predominante en estos países, porque en otros no se manifiesta tan evidentemente ni mucho menos, no tendrá en su fondo una especial mentalidad femenina que, en su afán de creerse igual en todo a los hombres, ¡hasta les hacen fregar los platos!, olvidan ese pequeño detalle de parir, cuyos dolores les recuerdan que no es cierta la tan decantada igualdad.», Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, pp. 32-33. Con frecuencia, además, los autores caían en un uso contradictorio de la idea: en la quinta edición a su libro, de Cárcer denunciaba la recurrencia con la que las mujeres españolas juzgaban toda innovación extranjera –la preparación al parto en este caso– con desdén e ignorancia. Frente a esta caricatura de la cateta local, y tan sólo cinco páginas después, de Cárcer consideraba que la «mujer latina, normal y consciente», mantenía en general una actitud razonable ante el parto (i.e. aceptando ayuda de los profesionales), pero rechazaba la pérdida total de conciencia. Estos perfiles tan exagerados muestran hasta qué punto el fenómeno del parto sin dolor se nutrió de prejuicios y clichés presentes en cada contexto y contribuyó activamente a reforzarlos. Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1969], *op. cit.*, pp. 169-171 y 175.

El adagio sonaba como en de Cárcer, con marcado énfasis en la figura del espasmo cervical: según Vélez-Frías la «falta de dirección cerebral adecuada» inducía un trabajo de parto desorganizado, «una resistencia anormal de los tejidos»<sup>718</sup> que conllevaba por su parte una disminución del riego sanguíneo y fatiga muscular por deficiente oxigenación<sup>719</sup>. Para esclarecer la naturaleza de los «movimientos antinaturales»<sup>720</sup> a los que se libraba la mujer mal entrenada, Consuelo Ruiz advertía a sus lectoras: «Tomen buena nota de esto porque, en la mayor parte, depende de ustedes que el cuello no se resista y que la contracción sea enérgica»<sup>721</sup>. A su entender la mínima crispación muscular ponía en jaque al proceso completo: la contracción uterina de una mujer crispada se volvía indefectiblemente dolorosa, no por la interpretación del asunto en los centros superiores, sino como consecuencia de la tirantez propia del antagonismo muscular.

Esta objetivación del dolor, presente también en Dick-Read, hacía el grueso de la explicación de la matrona. Pero a la causalidad física del dolor Consuelo Ruiz añadía tres elementos más. En primer lugar el choque intempestivo de la matriz con el diafragma durante las contracciones, encuentro que producía dolor por el aplastamiento repetido de las terminales nerviosas del fondo uterino «entre una fuerza que empuja y otra que resiste»<sup>722</sup>. En segundo lugar, la cuestión metabólica relacionada con la fatiga y la oxigenación muscular. Si bien Dick-Read insistía en la deficiencia circulatoria como base del proceso y Vélez-Frías ponía más énfasis en la formación química de las «agujetas», ambos razonamientos podían englobarse en un único problema<sup>723</sup>.

Por último, la matrona madrileña sostenía que la reacción corporal defensiva ordenada por el cerebro se desplegaba también, entorpeciéndolos, sobre los movimientos de rotación y flexión que el feto debía efectuar en su progresión hacia la vida exterior. En publicaciones posteriores Consuelo Ruiz refinaría tanto esta última idea de una influencia materna sobre el descenso fetal<sup>724</sup> como la explicación bioquímica de la acidificación de la sangre por falta de oxígeno y la consiguiente formación de cristales de anhídrido carbónico<sup>725</sup>. En suma, los desarreglos somáticos producidos por el miedo y la ignorancia de la parturienta podían resultar en una imposibilidad casi geométrica de dar a luz, «de la misma manera que no podemos meter una llave al revés en una cerradura»<sup>726</sup>.

---

<sup>718</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 13.

<sup>719</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>720</sup> *Ibid.*, p. 19.

<sup>721</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>722</sup> *Ibid.*, p. 25.

<sup>723</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>724</sup> *Ibid.*, p. 17, así como en *Preparación*, op. cit., pp. 69-80 y *Cartilla*, op. cit., pp. 61 y 64-65.

<sup>725</sup> Por ejemplo en su librito *Cómo se hace la preparación psicoprofiláctica del parto sin dolor*, Matronas Hoy, Madrid, 1983, pp. 21-22, o en *Preparación*, op. cit., p. 34 y *Cartilla*, op. cit. p. 39.

<sup>726</sup> Vélez-Frías, *Preparación*, op. cit., p. 48. Otro ejemplo de la expulsión como proceso mecánico se encuentra en *Cómo se hace*, op. cit., p. 24.

Más allá de la insistencia inicial sobre la idea de las batallas musculares en general (y del espasmo cervical en particular), Consuelo Ruiz Vélez-Frías pretendía sinceramente dar a conocer la psicoprofilaxis obstétrica que había aprendido con Lamaze. A diferencia de Álvaro Aguirre de Cárcer, quien tuvo muchas ocasiones para argumentar su disidencia conceptual, Consuelo Ruiz, si disentía, no creyó oportuno explicitarlo. Para cuando el fisioterapeuta madrileño se había ya desprendido del término soviético, Vélez-Frías publicaba su segundo libro, *Preparación psicoprofiláctica del parto*, en el que además citaba por primera vez a Pavlov. En esta obra, la matrona llegaba a definir el dolor como un fenómeno nervioso «cortical»<sup>727</sup>. No obstante, Consuelo Ruiz seguía razonando que la aparición del miedo en el parto condicionaba una reacción de tensión y crispación muscular generalizada, exactamente como en Dick-Read. Decía la matrona:

«Cuando desde el útero llega al cerebro la señal contracción, el cerebro se equivoca y dice: «Esto es dolor» y da orden de dolor, de defensa, a todos los órganos, creando entonces erróneamente el dolor verdadero, porque ha recibido una sensación diferente de las acostumbradas»<sup>728</sup>.

Además del endurecimiento propiamente readiano del cérvix, la respuesta defensiva consistía comúnmente en una serie de movimientos de los músculos de acción voluntaria en sentido opuesto a los de la contracción uterina. En la «anti-contracción»<sup>729</sup>, según Consuelo Ruiz, la mujer se encogía impidiendo el trabajo de la matriz que tiraba de sus fibras «hacia arriba»<sup>730</sup>. Así, «el pobre útero», decía la matrona, se veía obligado a multiplicar su fuerza contráctil, causando un cuadro doloroso de hipersistolía o «supercontracción»<sup>731</sup>. Otras veces, al contrario, el cerebro ordenaba aminorar las contracciones uterinas e incluso bloquear el proceso peligrosamente<sup>732</sup>.

Para acreditar el estrecho vínculo entre impresiones morales o psíquicas y el séquito de desarreglos funcionales que podían seguir, Consuelo Ruiz planteaba una escena imaginaria en la que sus alumnas recibían un telegrama anunciando la muerte de un progenitor durante el trascurso de una comida familiar. Por supuesto, la trágica e inesperada noticia sembraba el caos en el quehacer cotidiano de los órganos:

«¿Quién recibe la impresión? El cerebro. Pero, ¿qué es lo que ocurre? El corazón late aceleradamente, las mejillas palidecen, la respiración se

---

<sup>727</sup> Vélez-Frías, *Preparación*, op. cit., p. 19.

<sup>728</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., pp. 12-13.

<sup>729</sup> Vélez-Frías, *Preparación*, op. cit., p. 16, y también en pp. 25 y 26.

<sup>730</sup> *Ibid.*, p. 55 y *Cartilla*, op. cit. 25.

<sup>731</sup> Vélez-Frías, *Preparación*, op. cit., p. 16.

<sup>732</sup> *Ibid.*, p. 19.

acongoja, la digestión se suspende y aun es posible que les dé un ataque, con pérdida de conocimiento, trastornos nerviosos, etc.»<sup>733</sup>.

En esta justificación casi literaria del asunto la contracción quedaba descrita como la señal de inminentes desajustes fisiológicos o, si se prefiere, como el telegrama *de una muerte anunciada*, un poco al modo del modelo mecánico.

En realidad, Consuelo Ruiz compartía con la psicoprofilaxis la visión del miedo como el producto de un reflejo condicionado milenario, pero la (con)fusión de teorías se hacía patente cuando la matrona resumía el proceso como «parto –cosa mala– dolor» o «parto–miedo–dolor», ambas fórmulas reelaboradas a partir de la tríada de Dick-Read para dar cuenta del fatal círculo vicioso<sup>734</sup>. En una de sus últimas publicaciones, Consuelo Ruiz transcribía ya correctamente la tríada readiana y la declaraba primer motivo de la aparición del dolor en el parto<sup>735</sup>.

Como hemos visto, la teoría soviética enfatizaba el mecanismo de formación del nudo contracción-dolor en el córtex mediante el lenguaje y la cultura. Toda la problemática consistía en descondicionar a la mujer para que el día del parto, en virtud de la intercambiabilidad de la excitación sensible y la palabra en los humanos, el córtex no interpretara erróneamente la señales procedentes del útero. Para la psicoprofilaxis, por tanto, la mujer –primíparas incluidas– siempre re-conocía la contracción, en ningún caso concebida como un estímulo en bruto. Consuelo Ruiz argüía, sin embargo, que era la falta de información cerebral previa respecto a una excitación sensible, fundamentalmente, el factor que perpetuaba la vibración ocasionada en el córtex por dicho estímulo. Esta «vibración» nerviosa, según Vélez-Frías, se manifestaba por una sensación de angustia que inducía al cerebro a clasificar al parto «en el montón de las cosas “malas”»<sup>736</sup>. Alejándose así del marco psicoprofiláctico, su explicación hacía mayor hincapié en la idea de un cerebro a-condicionado para el parto, pillado por sorpresa ante sensaciones nuevas e inesperadas, que en la idea de una lectura orientada del córtex de los estímulos nerviosos uterinos<sup>737</sup>. De ahí que, junto al interés puesto en la quimio-mecánica del dolor, todo el potencial teórico de la psicoprofilaxis quedara como diluido en su obra al «minusvalorar» la relevancia del aprendizaje cortical.

---

<sup>733</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 13.

<sup>734</sup> Vélez-Frías, *Preparación*, *op. cit.*, pp. 15 y 19 respectivamente.

<sup>735</sup> Vélez-Frías, *Cartilla*, *op. cit.*, p. 19.

<sup>736</sup> Vélez-Frías, *Preparación*, *op. cit.*, p. 15.

<sup>737</sup> Aunque esta última idea la menciona de pasada en *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 13 y 19, y *Preparación*, *op. cit.*, pp. 14-15, situándola en el mismo plano de causalidad que el factor del desconocimiento en el procesado de informaciones, ambos escritos destacan el primer escenario, a saber, que el cerebro ni espera ni conoce de antemano el estímulo que recibe del útero. No obstante, en su última publicación Consuelo Ruiz sí admite que el reflejo negativo hacia el parto está presente en la mente de todas las embarazadas e influye de forma perentoria en la recepción que el cerebro hace de los estímulos procedentes de las contracciones. Vélez-Frías, *Cartilla*, *op. cit.*, p. 25.

La única oposición explícita a la obra de Dick-Read fue, cómo no, la del madrileño Ángel Hernández Jiménez, pionero en la introducción de la psicoprofilaxis en España y único en mantenerse fiel a los postulados pavlovianos durante décadas. Amparado por las «modernas corrientes de la fisiología nerviosa»<sup>738</sup>, el obstetra madrileño aventuraba su primera crítica: Dick-Read erraba el blanco al conceder al tálamo preeminencia como sede superior de la percepción dolorosa. Según Hernández Jiménez, este «concepto clásico», avalado por las teorías de Henry Head, había sido desbancado por el descubrimiento del dominio cortical de los estímulos asociados al dolor, cosa que Pavlov había probado «experimentalmente hasta la saciedad»<sup>739</sup>. Como sabemos, en realidad Dick-Read sí concedía un papel –aunque secundario– a la corteza, pero Hernández Jiménez disentía también de la naturaleza de la acción cortical en la teoría de su contrincante, pues para el británico la corteza desencadenaba un reflejo absoluto de defensa, no uno condicionado. Hernández Jiménez tildaba a Dick-Read de empirista, pero lo absolvía con cierta condescendencia de sus conclusiones: era lógico haber llegado a ellas elaborando un método basado en la observación, primero, y sólo después buscando una explicación científica que resultaba ser «no muy satisfactoria»<sup>740</sup>.

Un punto de convergencia entre ambos era la cuestión de la isquemia uterina: los receptores viscerales situados en el útero podían ser excitados, según Hernández Jiménez, «por el aumento de la presión sobre ellos y, de una manera química, por la acción de los metabolitos que se forman en la deficiente combustión que produce la fatiga»<sup>741</sup>. Hernández Jiménez admitía pues que «la elongación de los vasos sanguíneos y las transformaciones químicas de la contracción muscular» podían ser un posible «punto de partida del dolor»<sup>742</sup>, pero los estímulos dolorosos que estos fenómenos originaban variaban con la intensidad de la contracción y, en todo caso, la percepción de estos dependía en última instancia del rendimiento cortical<sup>743</sup>. De hecho, Hernández Jiménez invertía la relación causa-efecto readiana para un caso concreto: en los partos de riñones con la cabeza fetal encajada en la pelvis desde el principio, las presiones repetidas sobre el nervio presacro provocaban un espasmo arterial reflejo que acarrearía una isquemia severa y, con ello, la crispación y el endurecimiento del cuello uterino<sup>744</sup>. El «tense cervix» readiano quedaba así relegado a la casuística de las presentaciones fetales y perdía su hegemonía causal sobre la isquemia.

---

<sup>738</sup> Hernández Jiménez, «El método psicoprofiláctico», *op. cit.*, p. 2.

<sup>739</sup> Hernández Jiménez, «Nuestra práctica», *op. cit.*, p. 147.

<sup>740</sup> *Ibid.*

<sup>741</sup> *Ibid.*, p. 152.

<sup>742</sup> Ángel Hernández Jiménez, «Antecedentes, controversias y resultados del método psicoprofiláctico para la asistencia al parto», *Medicamenta*, año XIV, n.º 300, 29 de diciembre de 1956, pp. 5-6. (CM-HJ).

<sup>743</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>744</sup> Ángel Hernández Jiménez, «La pratique de la méthode psycho-prophylactique en clientèle privée», en Pierre Aboulker, Léon Chértok y Michel Sapir (eds.), *Analgesie psychologique en obstétrique : Journée d'étude du 7 avril 1957. Société Française de Médecine Psychosomatique*, Pergamon Press, Paris-Londres, 1959, p. 150. (CM-HJ).



Pese al activismo de Hernández Jiménez contra el parto sin temor y las flaquezas teóricas de la propuesta readiana, esta conoció una difusión creciente a través de los escritos de muchos profesionales que se situaban en una posición mixta o intermedia entre distintos modelos de comprensión y tratamiento del dolor. Dicha difusión fue, ciertamente, un tanto arbitraria o asistemática, pues del mismo modo que la psicoprofilaxis suscitó polémicas y declaraciones explícitas de rechazo, nadie se definió única y exclusivamente como discípulo del médico generalista inglés. El doctor «Grantrel Dick Read», como lo llamaba un manual, aparecía siempre mencionado junto a la escuela rusa o confundido con ella, pero la tríada miedo-tensión-dolor aguantaba sin embargo incólume como explicación solvente del dolor<sup>745</sup>. La pervivencia de esta idea se debe, en gran medida, a su capacidad par albergar diferentes interpretaciones del dolor obstétrico: frente al positivismo de la teoría rusa, cuyos reflejos condicionados aspiraron a sistematizarse en receta universal contra el dolor y en diagnóstico colectivo sobre su patogénesis, la referencia de Dick-Read al factor miedo individualizaba la cuestión y abría la puerta a especulaciones sobre el inconsciente y otras reflexiones sobre la naturaleza psicósomática del dolor.

### 6. 3. Consistencia

En la España de los años 1950 y 1960 obstetras de referencia como Manuel Usandizaga pensaban que el método readiano pecaba tal vez de «excesivamente unilateral», pues el miedo no podía explicar por sí solo las alteraciones que en el parto causaba la «complicada mente femenina»<sup>746</sup>. Esta mente femenina, «normal, neurótica o psicótica, que de todo hay en las parturientas», decía el bilbaíno, merecía un trato pormenorizado e individual si el tocólogo quería preparar a la paciente para un alumbramiento sin percances<sup>747</sup>. En paralelo a la propuesta carceriana sobre la educación maternal, pues, Usandizaga ponía el foco en la personalidad individual como nudo

---

<sup>745</sup> Jurado de Miguel, *op. cit.*, p. 13. Este librito recoge los principios del parto natural readiano entre las páginas 13-17. Para otros ejemplos (entre muchos) de la pervivencia de la explicación readiana en las publicaciones de preparación al parto véase Ernesto Vallejo-Moriones, «El parto sin dolor. Técnicas de Sofroanalgesia», en Alfonso Caycedo, *Progresos en sofrología*, prólogo de A. Pedro Pons y epílogo de Ramón Sarró Burbano, Scientia, Barcelona, 1969, p. 219, Carlos J. de la Cal Álvarez, *Embarazo y parto*, Nueva Lente, Madrid, 1987, pp. 87-88, Josep Maria Carrera, *Preparación física para el embarazo, parto y postparto. Método del Instituto Dexeus*, Medici, Barcelona, 1990, introducción, (ID), e incluso más recientemente, Verena Schmid, *El Dolor del Parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*, Ob Stare, Tenerife, 2010, pp. 101-103, libro que hace alusiones recurrentes a las ideas del británico y abre con una cita suya.

<sup>746</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, pp. 26 y 30 respectivamente. Cabe destacar que para este ginecólogo el comportamiento de muchas mujeres en el parto denotaba rebeldía, y no miedo o desamparo. Ante ello, Usandizaga aconsejaba resignación, entrega y sacrificio. *Ibid.*, p. 29.

<sup>747</sup> *Ibid.*, pp. 40-41.

gordiano del dolor del parto. El miedo era tan solo un ingrediente más de esa pócima mágica, rica y elaborada, de la subjetividad humana. En la geopolítica médica de la época, en todo caso, Usandizaga situaba la propuesta de Dick-Read dentro de una corriente que él llamaba «animista». Dicho enfoque era contrario al materialismo pavloviano, y Usandizaga aplaudía los intentos de sus partidarios por comprender el nexo entre lo orgánico y lo psíquico<sup>748</sup>.

Otro en celebrar el advenimiento de la medicina psicosomática, y el papel que Dick-Read jugaba en todo ello, fue como sabemos Clavero Núñez. Para el inventor del concepto de *maternofobia*<sup>749</sup> la obra del británico representaba el toque de salida de un «salutífero movimiento»: el de una obstetricia menos desalmada o, en sus propios términos, una «Obstetricia personalística»<sup>750</sup>. También según el catedrático Ramón Sarró, como vimos, la preocupación occidental por la dimensión psíquica del dolor aventajaba al frío esquema del cuerpo humano procedente del otro lado del talón de acero<sup>751</sup>. Ninguna función corporal era inmune, para Sarró, a los influjos psíquicos, y en ese sentido la percepción del dolor revestía de «una plasticidad extraordinaria»<sup>752</sup>. Es decir que no había, según el psiquiatra catalán, una fórmula estable para el dolor, pues los factores que lo generan se transformaban «en función de la personalidad en que se hallan integrados»<sup>753</sup>.

Con todo la teoría readiana, por su insistencia en el poder del estado afectivo de la mujer durante el parto, encajaba bien en un plano conceptual con la visión psicosomática de la medicina. De hecho este encaje era también de orden cronológico: como apuntaba Clavero Núñez, la repercusión que había conocido la obra del inglés no se debía tanto a la genialidad de sus postulados, sino a la «oportunidad» con la que habían sido lanzados<sup>754</sup>.

Respecto al epígrafe anterior, que explica cómo algunos autores adoptaron las ideas readianas en su concepción del dolor obstétrico, el último apartado del capítulo realiza la operación inversa: ahora propongo pensar la teoría de Grantly Dick-Read como un substrato capaz de nutrirse y engrosarse incorporando explicaciones afines. Para ello el texto comienza destacando el rol del psicoanálisis en la interpretación que hicieron algunos autores de la obra readiana y en la conceptualización general de la preparación al parto como un medio para feminizar a la futura madre. A continuación expongo por qué, a mi juicio, el modelo conceptual readiano resultó ser terreno fértil para el desarrollo

---

<sup>748</sup> Esta discusión se encuentra en la misma obra, pp. 41-53.

<sup>749</sup> Clavero entendía por maternofobia el estado psicológico que llevaba a muchas mujeres españolas a rechazar el embarazo, temer el parto o aborrecer sus tareas parentales. Para un análisis de la obra de Clavero desde una perspectiva de género, véase García, «Parir para la patria», *op. cit.*

<sup>750</sup> Clavero, *Aspectos humanos, op. cit.*, p. 48.

<sup>751</sup> Véase *Genealogía*, 1. 3.

<sup>752</sup> «El profesor Sarró en el paraninfo», *op. cit.*, p. 16.

<sup>753</sup> *Ibid.*

<sup>754</sup> Clavero, *Aspectos humanos, op. cit.*, p. 48.

de cualquier explicación psicosomática del dolor obstétrico, y menciono algunas de las puntualizaciones que se hicieron en este sentido. Tras esto el análisis describe el recambio posterior de la noción de miedo por otros conceptos, como el estrés o la ansiedad, que sin embargo encontraron asiento fácilmente en el esquema general derivado de la obra de Dick-Read.

La idea de *consistencia* pretende pues ilustrar el peso y la envergadura que alcanzó el modelo causal readiano mediante estos fenómenos de acomodación. Por otro lado, y como sugiero en las líneas finales, *consistencia* implica también la conclusión inherente al modelo readiano, a saber, que la disponibilidad de la mujer hacia su maternidad debía traducirse en una particular textura del cuerpo, la blandura o molicie cervical en este caso.

La influencia del psicoanálisis entre los que abrazaron la teoría readiana es más que manifiesta. Algunos autores, incluso aquellos poco o nada sospechosos de participar en el ambiente de «fornicación freudomarxista» – según una expresión de Colodrón<sup>755</sup>– que se impuso en España en la segunda mitad del siglo, recurrían sin problema a conceptos o razonamientos del psicoanálisis clásico. Era el caso de los dominicos Antonio Díez Blanco y Jesús H. Álvarez, para quienes el miedo (readiano) al parto traducía, tal y como había explicado Helen Deutsch, el miedo hereditario a la muerte <sup>756</sup>. Otros profesionales, como Francisco Carreras Verdaguer o Anicet Altès i Pineda, bascularon rápidamente del modelo pavloviano a esquemas más abiertos en los que combinaban elementos de los tres modelos de conceptualización del dolor y donde se permitían ciertas digresiones psicoanalíticas sobre la personalidad de las embarazadas<sup>757</sup>.

Pero Álvaro Aguirre de Cárcer fue, como veremos en la siguiente parte de la tesis, quien adoptó de forma más explícita la retórica y las herramientas del psicoanálisis. En la quinta edición de su manual de preparación, por ejemplo, de Cárcer se entregaba a una divulgación entusiasta de nociones como la culpabilidad, la regresión o el instinto, todo ello mezclado con conceptos de psicología básica, apreciaciones personales y clichés. Desgranando una tipología de mujeres atormentadas ante la perspectiva de ser madres, de Cárcer avisaba de este modo a sus lectoras:

«Pero ¡CUIDADO!, todas estas mujeres con rechazos profundos a su maternidad no son conscientes de su problema. Por eso, nos darán a entender que temen ser madres: por las molestias que ocasiona el embarazo; por temor al dolor en el parto; por la restricción que pueda

---

<sup>755</sup> Citado en Juan José Martínez Jambrina, «Antonio Colodrón, en el recuerdo», *La Nueva España*, 4 de marzo de 2018.

<sup>756</sup> Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, p. 57.

<sup>757</sup> Carreras, «*Ataraxia y obstetricia*», *op. cit.*, pp. 297-321, y Anicet Altès i Pineda, «El factor psicológico en el parto sin dolor», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa*, *op. cit.*, pp. 5 y 6.

suponer en sus actividades (sociales, profesionales o sexuales), cuando en realidad su auténtico problema es mucho más profundo»<sup>758</sup>.

Lo que precisaban esas mujeres, concluía el preparador, era «curarlas psíquicamente, madurarlas psicológicamente y convertirlas en auténticas mujeres»<sup>759</sup>. Esta idea, según la cual la mujer necesitaba una psicoterapia para parir con normalidad, estuvo presente en los escritos de muchos profesionales y opinadores de la época<sup>760</sup>. Como dictaminaba el profesor Sarró, la preparación obstétrica debía perseguir «una mayor feminización de la mujer en el sentido de que se identifique plenamente con su misión biológica y social»<sup>761</sup>. Esta construcción de la preparación al parto como una vía para moldear y enfatizar la identidad de género femenina se sigue, por otro lado, de la intensa polarización con que el psicoanálisis clásico presenta la psicología de la mujer, supuestamente entrelazada con su sexualidad anatómica. Un ejemplo de dicho razonamiento fue el libro del analista venezolano Hernán Quijada –que también analizaremos a continuación–, un libro destinado a demostrar, según el autor, «los fundamentos biológicos del psicoanálisis»<sup>762</sup>.

Fuese como fuere, Grantly Dick-Read había abierto la puerta a las interpretaciones del dolor obstétrico como signo evidente de una disfunción afectiva, o incluso de una patología mental. En última instancia, que la causa de estos trastornos psíquicos fuera simplemente el miedo o todo un conjunto de factores y tendencias arraigadas en el inconsciente de la mujer era algo irrelevante. Lo relevante era que la propuesta del parto sin temor daba un ejemplo concreto de cómo se producía, según la frase de Freud, «el salto de lo psíquico a lo somático»<sup>763</sup>: un proceso de índole psíquica o afectiva –como el miedo al parto y la tensión nerviosa que de él se derivaba– se inmiscuía en el flujo sensorial que llegaba a los centros cerebrales manipulando su contenido, aumentando su intensidad, y comprometiendo con ello al sistema nervioso simpático, cuya respuesta defensiva causaba crispación muscular innecesaria en la aprensiva parturienta.

Metafóricamente, si se quiere, la explicación de Dick-Read postulaba así la permeabilidad del cuerpo a los procesos nerviosos, la obediencia de los tejidos ante la acción de la mente. De ahí que las corrientes psicoanalítica y psicosomática encontraran en su propuesta un patrón succulento, aunque

---

<sup>758</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1969], *op. cit.*, pp. 79-80.

<sup>759</sup> *Ibid.*, p. 80.

<sup>760</sup> Es el caso de Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 41, Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 74, Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, p. 59, o Hernán Quijada, *Consideraciones psicoanalíticas sobre partos distócicos. Aspectos psicofisiológicos entre la madre y el feto. Un enfoque psicoanalítico del parto sin dolor*, Paz Motalvo, Madrid, 1957, pp. 135-136.

<sup>761</sup> «El profesor Sarró en el paraninfo», *op. cit.* Francisco Carreras anunciaba la misma conclusión en «Ataraxia y obstetricia», *op. cit.*, p. 264.

<sup>762</sup> Quijada, *op. cit.*, p. 38.

<sup>763</sup> Citado por Quijada. *Ibid.*, p. 37.

también revisable, con el que extender sus investigaciones sobre el nudo que formaban en el parto el dolor y la subjetividad. Como apuntaba Aguirre de Cárcer de forma un tanto socarrona, el nuevo gran enemigo de la mujer en el parto era, simple y llanamente, «la emoción»<sup>764</sup>. De forma más elaborada, una publicación española sugería que la desarmonía producida en el parto por el síndrome miedo-tensión-dolor podía considerarse una «neurosis de órganos» en la que la tensión emocional originaba una ruptura total del «equilibrio vegetativo» de la embarazada<sup>765</sup>.

Exponentes de esta línea de pensamiento retomarían y matizarían la tesis readiana en adelante. Quijada, por ejemplo, indicaba que «lo que Read denomina miedo es mucho más complejo, es un estado de angustia»<sup>766</sup>. Si el miedo constituye una respuesta a amenazas reales o imaginarias, Quijada tematizaba la angustia como un estado de ánimo persistente y sin objeto. La angustia era así la manifestación de un estado biológico de defensa graduable según el empuje de lo inconsciente y lo reprimido en cada individuo, y conformaba «la fachada con que se nos presenta el edificio neurótico»<sup>767</sup>. Otros autores, como Aguirre de Cárcer, Leonor Lorenzo o Santiago Lorén, también subrayaron la importancia de la angustia en la sintomatología dolorosa del embarazo y el nacimiento<sup>768</sup>.

Con los años la noción de miedo dejó de ser operativa para dar cuenta de la complejidad psicológica que destilaba la mujer de parto. En su lugar surgieron otros conceptos, como el de ansiedad, al que el propio Dick-Read ya había acordado cierta importancia en sus publicaciones<sup>769</sup>. En la Segunda Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, celebrada en León en 1978, algunas ponencias señalaron las implicaciones de la ansiedad en las distocias del cuello uterino, y dos médicos barceloneses presentaron incluso una nueva secuencia para explicar el síndrome de malestar que invadía a muchas parturientas y malograba no pocos partos: el «TAMTE» –sigla de temor, ansiedad, miedo, tensión y espasmo– reconfiguraba pues la tríada readiana incorporando nuevas facetas psíquicas a la experiencia de la embarazada<sup>770</sup>.

---

<sup>764</sup> «Los métodos de preparación», p. 4. (EEEM)

<sup>765</sup> Ferreira, *op. cit.*, p. 292. La expresión «neurosis de órganos» fue acuñada por un discípulo de Freud, el psicoanalista húngaro Sándor Ferenczi, en sus disquisiciones sobre la hipocondría y la materialización histérica. Para un estudio sobre la noción general de neurosis en la obra de este autor, véase A. Talarn y A. Rigat, «Las neurosis en la obra de Sándor Ferenczi», *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (2), 2008, pp. 293-305.

<sup>766</sup> Quijada, *op. cit.*, p. 100.

<sup>767</sup> *Ibid.*

<sup>768</sup> «Nuestra experiencia», *op. cit.*, p. 2; Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, pp. 13 y 30, y Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 55.

<sup>769</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, pp. 43, 54 o 207, o «Aspectos psicósomáticos», *op. cit.*, p. 103.

<sup>770</sup> El tema de la ansiedad aparecía, por ejemplo, en José Fernando Fernández Godoy, «Valoración del sufrimiento de la mujer en el parto por el test de Lauretta Bender», pp. 8-15, y en Miguel Ángel Rosales Escribano, «Personalidad y tensión psicológica durante el embarazo», p. 117; el «TAMTE», por su parte, aparece en Ángel Zilvetti Salazar y Daniel Cabezas Gómez, «Nuestro método de educación maternal», p. 58, todos en *II Reunión*, *op. cit.*

Más allá de esta propuesta en concreto, muchas de las ponencias giraron en torno a la noción de estrés, pues el parto y el embarazo empezaron a considerarse una sobrecarga fisiológica que exigía de la paciente grandes esfuerzos de adaptación<sup>771</sup>. Dentro del nuevo planteamiento, y a la luz de descubrimientos sobre el dolor como la teoría de la compuerta de R. Melzack y P. D. Wall, el dolor obstétrico aparecía definido como un mecanismo integrativo, una parte de los sistemas de alerta, tanto neurológicos como bioquímicos, que el cuerpo ponía en marcha para hacer frente a situaciones de estrés<sup>772</sup>. Estas nuevas conceptualizaciones no borraron la impronta readiana en los escritos de los participantes, quienes a pesar de identificarse con la psicoprofilaxis aludían a las técnicas y las ideas del británico sin cesar<sup>773</sup>. En realidad, puede afirmarse que las enmiendas y añadidos a la teoría del parto sin temor no acarrearón, en ningún caso, la sustitución ni el olvido de la obra readiana. Al contrario, dichas aportaciones actualizaban el modelo promulgado en el parto natural, matizando y condimentando sus definiciones, profundizando su alcance y proporcionándole, en definitiva, mayor densidad.

Mientras que la aplicación de la teoría pavloviana al estudio del dolor obstétrico quedó rápidamente *démodée* y suscitó el sarcasmo, cuando no la indignación, por parte de muchos toco-ginecólogos de la época, la senda abierta por Dick-Read gozó de mayor consenso y longevidad. La naturaleza del proceso anímico que asediaba el cuerpo de la embarazada y descarrilaba el parto fue cambiando con el tiempo, pero dicha evolución no modificó sustancialmente el esquema del resorte *psico* → *somático* como causa explicativa del dolor. La idea de base, según la cual la vida psíquica confería maleabilidad a las estructuras orgánicas, pervivió tanto en las especulaciones psicoanalíticas como en los desarrollos posteriores sobre la neurofisiología del dolor.

Ya no era entonces solo que la percepción del dolor revistiera de una enorme plasticidad, como había apuntado Ramón Sarró, sino que los tejidos corporales e incluso la propia materia cerebral –en particular las áreas filogenéticamente más recientes como la corteza– poseían esa misma cualidad<sup>774</sup>. De hecho la propia noción de condicionamiento podía entenderse como una suerte de plasticidad cortical, pero sus defensores acérrimos

---

<sup>771</sup> Si bien muchas de las intervenciones del encuentro mencionaban el tema de pasada, las más representativas fueron: André Soulairac, «Aspects neurophysiologiques des mécanismes régulateurs», pp. 16-21, A. Enríquez, «Psicodinámica del stress del parto», pp. 22-24, y Rosales Escribano, *op. cit.*, en *II Reunión, op. cit.*, pp. 116-130. Asimismo, la cuestión del estrés monopolizó hasta tal punto la sesión que la primera mesa redonda se dedicó por completo a discutir del tema: «Problemas del «stress» del parto y el dolor desde el punto de vista de la Neurología», pp. 43-56.

<sup>772</sup> Véase Soulairac, *op. cit.*

<sup>773</sup> Véanse, entre otros, Ernesto Vallejo-Moriones, «El método sofrónico en la conducción del parto», pp. 25-27, Fernando Fusté Servet, «Preparación psico-física para el parto. Valoración de sus resultados», pp. 83-89, y Helvia Temprano Alonso, «Ejercicios respiratorios y sofroaceptación progresiva», pp. 90-93, todos en *II Reunión, op. cit.*

<sup>774</sup> Así lo expresaba Leonor Lorenzo en *Lo que sabemos, op. cit.*, p. 39.

preferieron centrarse en la dinámica conectiva de los flujos nerviosos entre sí en lugar de hacerlo sobre el modelado funcional que estos imprimían a otras regiones del cuerpo.

La visión readiana del dolor obstétrico, más plástica que eléctrica, también presumía cierta autoridad de la mente sobre el cuerpo, pero sin el conductismo radical de la psicoprofilaxis. Y aun cuando el sistema inglés exhortase a las pacientes a aceptar, resignadas pero en calma, el curso del parto y sus estorbos ineludibles, el modelo seguía siendo más plástico que mecánico, asimismo, porque de él no se deducía la indefensión extrema implícita en este último. Comprender los entresijos del cuerpo en labor, y asumir hasta cierto punto su dictamen doloroso era en el método readiano el mejor remedio para menguar el sufrimiento. Un remedio mental para un cuerpo complaciente.

\*

La guerra de planteamientos teóricos sobre el dolor obstétrico acaecida en la segunda mitad del siglo XX supone una ocasión fantástica para alejar el fantasma de la imparcialidad de la medicina. Como en cualquier otra rama de las ciencias de la salud, los postulados de la obstetricia sobre la etiología del dolor se nutren de un imaginario preexistente del cuerpo y sus funciones, movilizan discursos o metáforas significativas para la comunidad e incluso traducen ideas políticas –visiones del orden social– a través de sus razonamientos causales. Para delatar la interdependencia entre los «descubrimientos» de la obstetricia y el contexto social en el que se inscriben, *Etiología* recorre tres modelos conceptuales sobre la génesis del dolor del parto.

Aunque estos tres modelos no se siguieron en el tiempo de forma secuencial u ordenada, el texto sí se centra en el momento de relativa turbulencia en el que los promotores de nuevas conjeturas creyeron haber dado esquinazo a la concepción tradicional de los dolores de parto. Este procedimiento permite ilustrar las particularidades de cada uno de los tres modelos a través de la discontinuidad conceptual que vivió la escena obstétrica en la mitad del siglo, punto álgido de relevancia de las teorías psicogénicas del dolor obstétrico frente a su predecesora, la concepción mecanicista.

Si el análisis se hubiera realizado sobre el estado de estas teorías tan solo un poco más adelante, allá por los años 1970, el perfil de cada uno de los tres modelos hubiese aparecido mucho menos diferenciado. No es que a finales de los 1950 los partidarios de la visión mecánica del parto desaparecieran del mapa, pues defensores tenaces de esta aproximación los hubo siempre entre la clase médica, sino que al contrario dos décadas después ya no quedaba nadie para

avanzar, con la firmeza y el entusiasmo que mostraron Dick-Read o los pavlovianos, un único principio para la explicación del dolor. En efecto, la mayoría de profesionales abdicaron del radicalismo psicoprofiláctico en beneficio de posturas menos excluyentes, otros fusionaron la base readiana con nuevas metodologías y acercamientos al dolor como en el caso de la sofrología carceriana, y aun los años demostraron a las instituciones sanitarias las ventajas de la preparación psicológica al parto a pesar de los avances en anestesiología obstétrica. Así, aunque los distintos modelos coexistieron desde el principio, esta convivencia se volvió, tras pocos años de polémicas convulsas, más diplomática y pacífica que nunca. La perspectiva de la controversia científica permite, por tanto, agudizar los rasgos propios de cada propuesta y contrastar los valores epistémicos subyacentes a cada una de ellas.

El modelo mecánico, en primer lugar, era aquel que entendía el parto como un proceso motor y el dolor como el resultado *necesario* de dicho engranaje expulsivo. A nivel formal, los escritos pertenecientes a dicho modelo se apoyaban en la imagen de una equivalencia, especie de asimilación anatomolingüística entre la contracción y el dolor, para señalar el origen de la percepción lesiva, evaluar la eficacia del proceso y, en última instancia, cubrir las lagunas teóricas sobre el verdadero cauce de la sensorialidad en el parto. A nivel causal, sin embargo, los planteamientos discurrían según una lógica aditiva y localista, pues el dolor se conceptualizaba como el efecto sensible de una acumulación de estímulos en una región concreta: el aparato genital femenino. Era este un modelo unidireccional, en el sentido de que la intensidad del estímulo determinaba la magnitud de la percepción. Razonado así el dolor adquiriría una contextura carnal: su manifestación material era tan innegable como enigmáticos eran los mecanismos mentales que permitían aprehenderlo. Al considerar pues el parto una potencia por naturaleza destructiva, el modelo mecánico propiciaba una aproximación reverencial al dolor, ante el cual solo cabía un desconsuelo penitente por parte de la mujer, y el humilde acatamiento por parte de su cuidador.

El modelo eléctrico de la psicoprofilaxis franco-soviética rompía con la herencia geométrica y aritmética del modelo anterior: la focalización genital dejó paso a un interés por la trayectoria y el procesado de los estímulos, y la simpleza de lo cuantitativo cedió ante la obscura belleza de sus virtudes relacionales. Basándose en la dinámica de alternancia que mantienen las instancias cerebrales entre sí y en la noción de condicionamiento pavloviano, la psicoprofilaxis sostuvo que el dolor del parto nacía de una mala gestión de la información nerviosa: como un desajuste de potencial pero también como un falso contacto, la sensación contráctil invadía la corteza disfrazada de dolor. Pero al no haber correlación directa entre la intensidad del estímulo y la sensación de dolor, el modelo ofrecía la posibilidad de una gestión más eficiente del proceso: solo había que activar nuevas conexiones neuronales en la corteza de la embarazada y



mantener dicho órgano en alerta durante todo el alumbramiento. Adjudicando así a la corteza cerebral la capacidad de presidir sobre la revuelta de las entrañas, el modelo eléctrico sentenciaba un asalto al poder o, para ser más exacta, una inversión de roles entre visceralidad y conciencia.

El tercer y último modelo, el modelo elástico iniciado por Grantly Dick-Read, coincidía con el anterior en trasladar la preocupación a los procesos mentales que circundaban el parto, pero entendía que estos tenían más que ver con la fuerza de la emoción que con la lógica del reflejo. Si en los casos anteriores el análisis empieza con las metáforas discursivas propias de cada modelo, sigue con sus razonamientos causales y termina con una valoración de sus implicaciones en lo que podría ser el *ethos* terapéutico de cada tipo conceptual, el desarrollo del tercer modelo trastoca este esquema. En el parto natural readiano la noción de *resorte* explica tanto la imagen (reacción espasmódica de un cuerpo sensibilizado por la psique) como la causa del dolor (una concatenación de detonantes causales). La subsección *adherencias* describe cómo se integró este modelo en la visión de profesionales formados en psicoprofilaxis, y la subsección *consistencia* atiende a cómo la teoría de Dick-Read acogió explicaciones psicoanalíticas de la subjetividad y la fisiología genital de la mujer. *Consistencia* alude pues al estado final de la teoría readiana, que al hibridarse con la medicina psicosomática adquirió estabilidad y solidez. Pero «consistencia» apunta también al tipo de corporalidad que proyecta el modelo: maleable, la textura del cuerpo debe amoldarse al trabajo del parto.

Por otro lado, si he denominado a la conceptualización del dolor que brota de la obra de Dick-Read modelo *elástico*, y no «plástico», es porque dicho modelo integra en realidad razonamientos y premisas de las otras dos tipologías. Recordemos que el británico no ignoraba el papel del condicionamiento en el miedo al parto que sufrían las mujeres, ni descartaba el impacto mecánico que la dilatación y la expulsión fetal suponían para los tejidos de la madre<sup>775</sup>. Como defendían algunos de sus seguidores, la teoría readiana lograba de este modo explicar cómo el temor y sus reacciones fisiológicas exageraban «los dolores puramente orgánicos»<sup>776</sup>. El parto natural del británico, que no desecha nada, ofrece por tanto un modelo de conciliación entre distintas aproximaciones al dolor obstétrico, cosa que explica tal vez su pervivencia en el tiempo. Asimismo, la denominación de «elástico» alude a la imagen usada por el médico para describir el movimiento del impulso nervioso: del útero al cerebro, y de este último hasta el útero otra vez, como un resorte que tras ser deformado vuelve al punto inicial. Y «elástico», por último, se justifica por la propia idea de tensión cervical, de la que se deduce que el cuello debe estar elástico –dilatarse– en estado normal.

---

<sup>775</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, pp. 59-60 y 111-112, respectivamente.

<sup>776</sup> Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, p. 59. Santiago Lorén, por ejemplo, expone el mismo razonamiento en *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 20-21.

Con este juego de palabras y mediante las propias alegorías de cada modelo etiológico pretendo haber contribuido a resaltar los contornos de tres formas de atender al sufrimiento de las mujeres de parto en la primera y sobre todo la segunda mitad del siglo pasado. Esta diversidad de puntos de vista, esquemas formales y hasta supuestos metafísicos refleja que el parto es un hecho cultural – o un «capital cultural» como sugiere Michaels<sup>777</sup>– que no solo resulta inteligible a la luz de variables científicas, sino que condensa y fabrica activamente valores y categorías sociales como la maternidad, la feminidad, las relaciones entre los sexos o la imagen que se tiene sobre el papel de la naturaleza y la cultura en el desarrollo vital de los seres humanos. Dicho de otro modo, el parto funciona como un enjambre, una constelación o un prisma desde el que entender otras realidades sociales, y su coherencia interna obedece y al mismo tiempo actualiza procesos éticos y epistemológicos más amplios. Muestra de esta proyección de significados asociada al nacimiento es la evolución de las propias categorías clínicas de parto y embarazo, las cuales abandonaron progresivamente el ámbito de lo mórbido y lo patológico para integrar la plantilla de procesos sexuales fisiológicos –como la menstruación o la menopausia– que supuestamente constituyen hitos psicológicos en la vida de la mujer.

El movimiento general por la educación prenatal contribuyó a esta resignificación del parto, pues como anunciaba Consuelo Ruiz Vélez Frías en su primera publicación, gracias al parto sin dolor la embarazada dejaba de ser «una enferma, un caso»<sup>778</sup>. Treinta años más tarde un manual todavía recordaba esta premisa a sus lectoras, pero en un tono ya mucho más desenfadado. Así de alegre aludía el Dr. de la Cal a los síntomas del embarazo y otras afecciones propias de la gestación: «no olvide que el ser humano está preparado para ello: ¡son cambios fisiológicos, no una enfermedad!»<sup>779</sup>. De este viraje de perspectiva se desprenden también las diferencias en el tono con que profesionales y pacientes encararon el sufrimiento obstétrico: de la pleitesía mecánica a la utopía soberana de la psicoprofilaxis, el dolor del parto también suscitó una postura intermediaria, según la cual ceder sin resistir a la obra de la naturaleza en el parto era el único pacto que garantizaba un alumbramiento sin dolor<sup>780</sup>.

En la práctica, y a pesar de las discrepancias formales entre estos tres tipos de razonamientos, el criterio que prevaleció fue sin embargo el de la complementariedad. Los fenómenos de integración, simbiosis y conciliación intermodales fueron corrientes: el psicoanálisis completó por ejemplo desde un punto de vista teórico al método readiano, que a su vez había avanzado una explicación sofisticada para cuestiones quimio-mecánicas como el espasmo cervical o la isquemia uterina. Incluso los exponentes de la psicoprofilaxis

---

<sup>777</sup> Michaels, «*Pain and Blame*», *op. cit.*, p. 245.

<sup>778</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 4.

<sup>779</sup> De la Cal, *Embarazo y parto*, *op. cit.*, p. 21.

<sup>780</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 96.

hicieron concesiones con el tiempo, tanto en suelo español como en su bastión francés, incorporando una perspectiva más psicosomática a su visión neurológica del parto y la corporalidad<sup>781</sup>.

Pero fue en el campo de la aplicación clínica de estas teorías, sin duda, donde más pudo apreciarse la convivencia de facto entre los tres modelos. Como reconocía el ginecólogo Víctor Cónill Montobbio, para él el dolor del parto obedecía tanto a circunstancias mecánicas como a reflejos innatos de defensa ante la intensidad de los estímulos implicados, motivo por el cual el catedrático se decantaba en lo etiológico por el modelo de Dick-Read. En lo terapéutico, no obstante, Montobbio recalca la utilidad de instaurar un reflejo, este sí condicionado, para modificar al máximo la percepción del dolor fisiológico<sup>782</sup>.

Así pues, el eclecticismo de terreno contrasta con la pureza conceptual de los distintos modelos, y las dos siguientes partes de la tesis –(*Psico*) y (*Fisio*)terapia– abordarán esta cuestión desde la perspectiva de los programas prácticos de preparación al parto vigentes en la época. El objetivo de dichas partes será mostrar cómo a pesar de la conciliación y la fusión metodológica los razonamientos causales sobre el dolor obstétrico estructuraron líneas generales de conducta coherentes para los profesionales y aspiraron a moldear un tipo particular de alumna, parturienta y ciudadana.

---

<sup>781</sup> Una de las obras que mejor recoge y refleja este voluntad de convergencia es la del psiquiatra León Chertok, *Los métodos psicosomáticos del parto sin dolor. Historia teoría y práctica*, prólogo de Rof Carballo, Editorial Científico-Médica, Madrid, 1958. La intervención de Pierre Vellay, cabecilla mundial de la psicoprofilaxis, en la reunión leonesa del 78 también atestigua la apertura teórica de esta corriente hacia el psicoanálisis: Pierre Vellay, «Lugar de la psicoprofilaxis entre las técnicas modernas en obstetricia», *II Reunión, op. cit.*, p. 69. Los ejemplos de profesionales españoles de la psicoprofilaxis que bascularon hacia el modelo psicosomático se encuentran desparramados a lo largo de este capítulo y los dos siguientes.

<sup>782</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 185.

### III. (Psico)terapia



### III. (Psico)terapia

Por los siglos de los siglos en el lecho de la parturienta siempre hubo alguien dispuesto a ayudar. Con remedios naturales o por la simple autoridad, quien asistía a la mujer podía tratar de confundir sus sentidos o enderezar su resistencia. Por eso cuando la preparación al parto emergió, más irreverente que modesta, muchos se mostraron tibios al respecto: las medidas psicológicas para paliar el dolor eran, de hecho, tan antiguas como este. Según recordaba Manuel Usandizaga, «muchas normas que se estiman y subrayan como nuevas adquisiciones de los métodos psicoprofilácticos, hace ya mucho tiempo que las venimos siguiendo todos los adscritos a una Obstetricia razonable»<sup>783</sup>. Hasta los pioneros de la psicoprofilaxis reconocieron, en alguna ocasión, que muchos obstetras practicaban esta técnica con anterioridad<sup>784</sup>. Cosa que no les impedía, no obstante, adoptar una retórica mesiánica la mayor parte de las veces.

Como ha señalado Marilène Vuille, resulta casi imposible seguirle el rastro al compendio de ideas y técnicas comprendidas bajo el paraguas de la analgesia psicológica del parto. La tarea se simplifica cuando estos usos obstétricos se recopilan en sistemas teórico-prácticos o «métodos» de atención al parto, como en el caso que nos ocupa<sup>785</sup>. E incluso así, la variabilidad de las distintas prácticas de preparación al parto es difícilmente documentable, por mucho que casi todas puedan englobarse en dos o tres métodos más o menos diferenciados. Si los argumentos causales que daban peso y estabilidad a las prácticas de asistencia obstétrica sí gozaban de coherencia interna y de contornos bien definidos, como vimos, en el salto de la teoría a los preceptos parte de esa compacidad se perdía en beneficio del libre mercado.

Los únicos «métodos» que se ciñeron a una etiología concreta, y que adaptaron su normativa a dicha conceptualización del dolor fueron la psicoprofilaxis de origen soviético desarrollada en Francia y el método readiano tal y como lo practicó su fundador. Lamaze y su equipo parisino, por ejemplo, eran bastante estrictos al respecto y reivindicaron largo tiempo que la psicoprofilaxis era una entidad médica bien diferenciada<sup>786</sup>. El resto de iniciativas –incluso la Educación Maternal carceriana, que aportó ideas propias y

---

<sup>783</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 57. También Carceller Blay afirmaba que «no representan una sorpresa, pues, estos métodos de preparación al parto». Carceller, *op. cit.*, p. 348. Francisco Carreras comentaba que algunos tocólogos eran psicólogos natos sin saberlo, en «*Ataraxia y obstetricia*», *op. cit.*, pp. 301-302. Otros en expresar la misma idea fueron el tocólogo César López-Dóriga en su respuesta a Hernández Jiménez, «*Reseña de Reuniones*», *op. cit.*, p. 249, así como Haro, *op. cit.*, pp. 105-106, y Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, pp. 66-67, entre otros.

<sup>784</sup> Por ejemplo en Hernández Jiménez, «*Antecedentes*», *op. cit.*, p. 3, o Fernand Lamaze y Pierre Vellay, «Cinq ans d'expérimentation de la méthode psychoprophylactique d'accouchement sans douleur», en Aboulker, Chertok y Sapir, *op. cit.*, p. 27. (IHSM). Cabe destacar que aunque este texto viene firmado por Lamaze, la ponencia y la publicación a la que dio lugar las realizó Vellay después del fallecimiento de su colega.

<sup>785</sup> Vuille, «*L'obstétrique sous influence*», *op. cit.*, p. 117.

<sup>786</sup> Lamaze, *Texto del discurso*, *op. cit.*, p. 2

novedosas para la conceptualización del parto, el dolor y su tratamiento– se caracterizaron por combinar elementos de estas dos grandes escuelas. Entre los discípulos de Lamaze, de Dick-Read, de la Educación Maternal de Aguirre de Cárcer o del parto sin dolor de Consuelo Ruiz, tanto da, la ortodoxia en general brillaba por su ausencia. El tocólogo catalán Francisco Carreras, por ejemplo, basculó desde una postura cercana a la psicoprofilaxis francesa a una posición más heterogénea que combinaba elementos de este método con otros del parto natural readiano, como la gimnasia destinada a «facilitar la movilidad articular y la circulación de retorno» o la «influencia sugestiva y relación interpersonal» entre la embarazada y el educador<sup>787</sup>. A la hora de cuidar de una mujer de parto, pues, los profesionales mezclaban a conveniencia los conceptos, las pautas de acción y las técnicas pedagógicas propiamente dichas.

En España esta situación se vio agravada porque la implantación de la preparación al parto fue bastante libre y no dependió del apoyo de instituciones sindicales o gubernamentales como sucedió en Francia o en la URSS, las cuales definieron en cierta medida la línea a seguir en el desarrollo del método psicoprofiláctico. El tocólogo Carlos Álvarez de la Cal, de la maternidad de Santa Cristina, comentaba a este propósito que cuando la preparación al parto «se hacía, era siempre algo muy personal», y que a pesar de la proximidad geográfica, por ejemplo, podía haber diferencias inmensas entre la oferta del servicio de obstetricia del Hospital Gregorio Marañón (entonces llamada Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco), el de La Paz o la preparación que brindaban desde la clínica privada El Rosario, en Madrid<sup>788</sup>.

A pesar de la variedad y la dispersión de procedimientos terapéuticos, estos se asemejaban bastante entre sí. Muchos actores implicados en la preparación al parto señalaban que los dos grandes métodos –el readiano y el psicoprofiláctico– «se parecen como una gota de agua a otra en los detalles»<sup>789</sup>. Incluso quienes discutían sus bases teóricas reconocían que «en la práctica son eficaces tanto el uno como el otro»<sup>790</sup>.

La preparación de una mujer al parto era un proceso que se desdoblaba en dos fases, por así decirlo. Una primera fase de aprendizaje y entrenamiento cotidiano, durante el embarazo, y otra fase en la que los saberes y las técnicas asimiladas culminaban en el momento de dar a luz: es la fase teatral o espectacular –en la primera acepción del término– de una función que carece de ensayo general<sup>791</sup>. Ahora bien, el guión de origen no siempre se correspondía con la declamación que de él hacían la parturienta y su coro de asistentes. A menudo la paciente improvisaba como podía y a veces, también, los profesionales se

---

<sup>787</sup> Carreras, «Ataraxia y obstetricia», *op. cit.*, p. 306.

<sup>788</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15).

<sup>789</sup> Carceller, *op. cit.*, p. 339. Así opinaba también Fernández Ruiz, «El parto psicofísico», *op. cit.*, p. 222.

<sup>790</sup> Leonor Lorenzo, «Comentarios sobre el parto sin dolor», *Boletín del Instituto de Patología Médica*, volumen XIII, n.º 10, octubre de 1958, p. 295.

<sup>791</sup> Según el Diccionario online de la Real Academia Española, «espectacular» es un adjetivo que designa aquello «que tiene caracteres propios de espectáculo público».

comportaban en el parto en base a reglas o estilos diferentes a los que habían preconizado durante la preparación, los meses precedentes. Ante todo esto, ¿cómo describir el repertorio interminable y variopinto de técnicas y procedimientos que los profesionales de la época manejaron para enseñar a la mujer a dar a luz?

Las partes III y IV de la tesis responden a esta pregunta ignorando deliberadamente la distinción entre técnicas de asistencia al parto y técnicas de preparación de la embarazada. De haberme guiado por esta línea divisoria legítima y real el análisis habría incurrido en múltiples repeticiones así como en incoherencias. Así pues, cuando una escuela optaba por un tipo de respiración, por poner un ejemplo, el texto no se detiene en describir cómo y cuánto debía practicarla la embarazada en su domicilio, y cómo y cuándo debía ejercitarla la parturienta en cada fase del parto.

He preferido analizar los aspectos más relevantes de la preparación al parto entendiéndola como una práctica continua desde la gestación hasta el alumbramiento. Tales elementos son, en realidad, bastante pocos: la enseñanza teórica, la respiración, la relajación, la gimnasia. En torno a dichas técnicas del parto sin dolor, sin embargo, se formaban polémicas interesantes entre los distintos métodos, una especie de nebulosa que emborrona y esclarece, al mismo tiempo, el paisaje de la preparación prenatal.

El objetivo de las partes III y IV es por tanto analizar esta nebulosa o ruido de fondo, es decir las polémicas entre los argumentos que los actores daban para justificar su preferencia por una técnica determinada de la preparación y las objeciones que esgrimían sus contrincantes. A pesar del ruido y la opacidad, las diferentes argumentaciones permiten captar el mensaje que cada escuela quería transmitir y la forma de proceder que la distinguía de las demás. Como decía Usandizaga, las técnicas de la preparación y la asistencia eran más o menos comunes a todos los modelos, pero «los fundamentos teóricos que conducen a su empleo pueden ser completamente distintos según los diversos métodos»<sup>792</sup>. Puesto que historiar las prácticas se revelaba difícil tanto por la escasa documentación existente como por la indefinición metodológica de algunos actores, los discursos sobre cómo debía prepararse a la mujer para el nacimiento sí se prestaban a un análisis comparativo de las escuelas más prominentes en este ámbito: la psicoprofiláctica, la readiana y, casi en igual medida, la de Aguirre de Cárcer.

Los promotores de la preparación al parto dividían el sistema en distintas facetas o dimensiones: una didáctica o pedagógica, otra psicoterapéutica y otra fisio o kinesiterápica<sup>793</sup>. Por mi parte me he permitido incluir la dimensión crítica o autoevaluativa, relativamente poco estudiada hasta el momento, por

---

<sup>792</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, op. cit., p. 60.

<sup>793</sup> Véase, por ejemplo, Fernández Ruiz, «*El parto psicofísico*», op. cit., p. 220.



componer una parte importante de los discursos sobre la preparación al parto y un elemento clave para su divulgación, así como una herramienta crucial de la terapia psicoprofiláctica en particular. En concreto, dedico un epígrafe entero al análisis de un documento francés que es especialmente pertinente para entender las particularidades de esta modalidad pedagógica en sus raíces, y que esclarece por tanto la guerra de posiciones que esta parte y la siguiente tratan de reflejar.

Los capítulos que siguen se centran en los elementos didácticos, psicoterapéuticos y autoevaluativos de la preparación al parto, desbrozando cómo las reglas sobre la enseñanza, la comunicación con la paciente y la medición de resultados responden en líneas generales a las dos visiones dominantes en la época sobre el dolor del parto: como reflejo condicionado o como producto de una tensión emocional excesiva. Igualmente, cada escuela de preparación al parto encarnó un estilo asistencial particular, salpicado de matices vinculados al contexto político e ideológico en que cada una se desarrolló. En España estas influencias para-científicas en el tono que adoptaba cada profesional se perciben en los raros –pero intensos– momentos de confrontación en torno a uno u otro gestos de la instrucción prenatal. La relevancia de las evaluaciones en los métodos de preparación al parto abre, por último, una mirilla sobre la evolución de estos métodos y sobre la conversión de sus objetivos en metas coherentes con el auge general de la medicina psicosomática y la medicalización obstétrica a gran escala.

*(Fisio)terapia* se centrará en las prácticas corporales de la preparación con el mismo énfasis sobre los criterios etiológicos que subyacen a cada propuesta terapéutica, las divisiones escolásticas que ello creaba, las adscripciones ideológicas implícitas y las consecuencias generales para la vida de la mujer que se pueden deducir de tales gestos.

## 7. Escuelas de parto sin dolor

Parte de la fortaleza de la psicoprofilaxis obstétrica residió en la capacidad de sus promotores de escudarse tras una lógica aplastante. Si para conservar la salud el ser humano siempre había sometido su vida fisiológica a una serie de normas, ¿por qué no hacer lo mismo con el parto? Según Ángel Hernández Jiménez, por ejemplo, nadie comía sin medida sin pagarlo luego muy caro, y el parto, igualmente, podía beneficiarse de que las mujeres adquirieran cierta disciplina mediante una educación<sup>794</sup>. Si la idea pudo suscitar sorpresa o escepticismo inicialmente, en pocos años el hecho de educar a la mujer para parir ya no haría «sonreír a nadie»<sup>795</sup>.

Para empezar la mujer debía salir de la fosa de la ignorancia en la que muchos se empecinaban en situarla. Expresiones como «debe abolirse la ignorancia que la mujer tiene sobre la anatomía y la fisiología del embarazo y del parto mediante lecciones muy sencillas» eran casi un mantra de las publicaciones tanto divulgativas como especializadas<sup>796</sup>. Se trata en efecto de un sesgo de género muy corriente que la historiografía feminista ha tratado en múltiples ocasiones<sup>797</sup>. Por otro lado, la devaluación sistemática que los profesionales de la obstetricia llevaron a cabo hacia las formas de saber y las prácticas de alumbramiento profanas es un problema que hunde sus raíces en la consolidación de la partería como ciencia reglada en la edad moderna, y del que la historiografía también ha producido abundante literatura<sup>798</sup>.

A principios de los años 1960, por ejemplo, el autor de un manual comentaba: «No encuentro ninguna razón, como no sea la natural desidia por parte de todos, para que la mujer realice el acto más trascendental de su vida, cual el de ser madre, sin el menor conocimiento de lo que va a ocurrir o, lo que es peor todavía, con la única información que suele proporcionarle la mamá, la amiga o la vecina»<sup>799</sup>. En la misma línea, William S. Kroger y Charles S. Freed

---

<sup>794</sup> Hernández Jiménez, «El método psicoprofiláctico», *op. cit.*, p. 4. Vélez Frías expone esta idea por ejemplo en *Preparación*, *op. cit.*, p. 7.

<sup>795</sup> «Educación Maternal. Sus proyecciones», *op. cit.*, p. 1.

<sup>796</sup> Carceller, *op. cit.*, p. 340.

<sup>797</sup> Un clásico en este sentido es el libro de Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Taurus, Madrid, 1990. Desde una perspectiva de historia de la ciencia y para el ámbito español, pueden consultarse, entre una literatura muy extensa, Salazar y otros, *op. cit.*, o Irene Palacio Lis, *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*, Universitat de València, Valencia, 2003, y de la misma autora «Consejos a las Madres: autoridad, ciencia e ideología en la construcción social de la función materna. Una mirada al pasado», *Sarmiento*, 7, 2003, pp. 61-79, y «Mujeres aleccionando a mujeres. Discursos sobre la maternidad en el siglo XIX», *Historia de la Educación: Revista interuniversitaria*, 26, 2007, pp. 111-142.

<sup>798</sup> Algunos de los textos citados en la nota anterior aluden a esta problemática, pero para una bibliografía especializada remito a las referencias dadas en *Introducción*, «Marcos teóricos».

<sup>799</sup> Juan Raposo Picón, *Lo que debe saber toda futura madre*, prólogo del profesor Botella Llusía, Gráficas Tanco, Orense, 1962, p. 9. Encontramos comentarios similares en otras publicaciones, como el manual de

decían en su manual: «El mayor enemigo potencial de una mujer es otra mujer»<sup>800</sup>. Consuelo Ruiz, por su parte, constataba indignada que «todas las amas de casa saben que hay que poner los garbanzos en remojo la noche antes para que se cuezan bien, pero casi ninguna embarazada sabe lo que hay que hacer para mejorar el parto»<sup>801</sup> y, a modo de sentencia: «la diferencia entre saber o no saber [parir] se traduce en sufrimiento o trabajo»<sup>802</sup>.

Otro en entregarse gustoso a esta clase de comentarios fue Aguirre de Cárcer, quien escribía: «Ustedes, ¿qué saben del parto? Nada, absolutamente nada. Mejor dicho: sí saben; pero no saben más que una cosa: que el parto es doloroso, muy doloroso, forzosamente doloroso. Pues bien, gracias a esta preparación teórica, ustedes dejarán de ignorar»<sup>803</sup>. En el prólogo a la quinta edición del manual de Aguirre, Rof Carballo señalaba explícitamente toda forma de saber femenino como fuente de prejuicios en torno al parto. El fundador de la medicina psicosomática en España celebraba que «poco a poco, se ha ido quebrando la barrera de prejuicios, de tipo “cultural”, que decretaban inconscientemente, con la autoridad que tiene sobre la mujer la opinión materna o de “figuras maternas”, por ejemplo la comadrona o la matrona que, forzosamente, el parto tiene que ser un proceso doloroso»<sup>804</sup>.

Grantly Dick-Read también llevaba años alertando en sus publicaciones sobre la relación directa entre ignorancia y temor al parto. Durante generaciones, decía el británico, la educación prenatal de las mujeres se redujo a una *educación maternal*, pero no en mayúsculas como la que instauraría Álvaro Aguirre de Cárcer en España, sino una educación de madres a hijas en la que, a lo sumo, las madres más sensatas aconsejaban a sus hijas obedecer ciegamente al personal médico<sup>805</sup>. La metáfora de la ceguera era de hecho recurrente en la prosa de los promotores del método. Como había anunciado Consuelo Ruiz, era evidente que gracias a la psicoprofilaxis la embarazada dejaba «de ser una enferma, un caso, confiada ciegamente a otras personas (...), marchando a ojos cerrados por un camino ignorado»<sup>806</sup>. La matrona declaraba entusiasmada que con el método «la mujer aprende y sabe», permitiéndole afrontar su misión «con los ojos bien abiertos y la mente espabilada»<sup>807</sup>.

---

Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, op. cit., pp. 18-19 y 26-27, o el de José Cardús, *Nascendo*, Imp. Heraldo de Aragón, Zaragoza, 1965, p. 98. No obstante, esta postura antecede al fenómeno de la preparación al parto, como se aprecia en otro manual de este último autor: *Higiene del embarazo*, Gráficas Oscense, Huesca, 1945, p. 26.

<sup>800</sup> Freed y Kroger, op. cit., p. 183.

<sup>801</sup> Vélez-Frías, *Cartilla*, op. cit., p. 23.

<sup>802</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 6.

<sup>803</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], op. cit., p. 112.

<sup>804</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1969], op. cit., prólogo.

<sup>805</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], op. cit., pp. 110-111.

<sup>806</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 4.

<sup>807</sup> *Ibid.* Este es tan solo uno de los muchos ejemplos que dan la razón a Marilène Vuille cuando señala que el proyecto pedagógico de la psicoprofilaxis se construyó en base a un juego semántico de contrarios – dolor/adaptación, pasividad/actividad, sumisión/liberación–, como sucede en la frase donde la matrona opone ignorancia a aprendizaje o sabiduría y ceguera u «ojos cerrados» a «mente espabilada» y «ojos bien abiertos». Véase Vuille, «*L'invention*», op. cit., pp. 41-42.

Los profesionales estaban de acuerdo en que la educación de la embarazada debía disipar, de una vez por todas, el halo de tabú y misterio que rodeaba la maternidad, y del que como hemos visto responsabilizaban exclusivamente a las mujeres<sup>808</sup>. Pero salvaran o no a sus pacientes del oscurantismo imperante, lo cierto es que dar la sensación de estar haciéndolo era al menos útil, según los entendidos, para despertar el interés de las alumnas. Así por ejemplo, Francisco Carreras recordaba admirado que los psicoprofilácticos parisinos procedían siempre con un desarrollo simple y lógico en sus lecciones y las remataban con un «efecto final», ya fuera la revelación de haber mejorado la capacidad pulmonar con tan solo unos ejercicios o el milagro de parir sin dolor gracias al estudio y la comprensión de la fisiología pavloviana<sup>809</sup>.

En general el proyecto pedagógico de los métodos de preparación al parto comprendía la educación de la paciente pero a veces también la reeducación de la plantilla entera. Era lo que los psicoprofilácticos franceses llamaban *educación de P a P*, esto es, de partero a portero, incluyendo por supuesto al personal paramédico y administrativo. Al mismo tiempo, lo que unos y otros entendían por «educación» no era un concepto unívoco y fue evolucionando con los años. Aunque sería exagerado hablar de sistemas irreconciliables, las terapias educativas se teorizaron principalmente de dos formas distintas. Algunas propuestas, como las de la órbita psicoprofiláctica, tendieron a enfocar el asunto como una instrucción ceñida al ámbito del parto. Las escuelas de influencia psicosomática, sin embargo, se centraron en realizar una psicoterapia total de la mujer y su feminidad. Esta doble orientación determinaría, sin duda, la selección de contenidos, las formas comunicativas y la relación médico-alumnas que se daba en cada método educativo.

Por último, las distintas versiones de la educación de la embarazada convergían en una vocación común que pasaba por una reformulación del precepto deontológico *primum non nocere*<sup>810</sup>. Si habitualmente esta expresión

---

<sup>808</sup> Por ejemplo López-Ibor en el prólogo a *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, o el mismo Aguirre en «Educación Maternal. Sus proyecciones», *op. cit.*, p. 3 y Hernández Jiménez, «El método psicoprofiláctico», *op. cit.*, p. 4. También Francisco Carreras describía esta actitud tradicional de las mujeres ante los fenómenos de la maternidad y la sexualidad en «Ataraxia y obstetricia», *op. cit.*, pp. 302-303, o Fernández Ruiz, «El parto psicofísico», *op. cit.*, p. 289. Todavía en los años 1970 Aguirre de Cárcer se mostraba preocupado por la ignorancia, mitos y tabúes que la población mantenía sobre la reproducción y que generaban «graves problemas existenciales». De ahí que el preparador madrileño editara la segunda lección teórica de su programa de Educación Maternal –dedicada a la anatomofisiología sexual– en forma de libro divulgativo para el gran público. Véase Álvaro Aguirre de Cárcer, *Nuestro cuerpo. Programa de Educación Maternal*, Alcani, 1976, prólogo.

<sup>809</sup> Carreras, «Dos escuelas», *op. cit.*, p. 269.

<sup>810</sup> Este precepto es generalmente atribuido a Hipócrates y alerta sobre los daños que la actuación médica puede provocar al paciente. Los orígenes de esta máxima son confusos, pues no aparece formulado explícitamente en el corpus hipocrático, pero existe una alusión aproximada en sus *Epidemias*, libro I, Sección II. Para hipótesis alternativas sobre los orígenes del proverbio, consúltese Cedric M. Smith, «Origin and Uses of Primum Non Nocere -Above All, Do No Harm!», *The Journal of Clinical Pharmacology*, April 2005, 45(4), pp. 371-377 o la respuesta de Gonzalo Herranz, «The Origin of "Primum Non Nocere"» a las preguntas suscitadas por su artículo «Why the Hippocratic Ideals are Death», *British Medical Journal*, 324 (1463), 2002.

recomendaba al médico prudencia en sus gestos terapéuticos, aquí aludía más bien a una postura preventiva ante la eventualidad del dolor. De este modo los promotores del método no solo alertaban contra el exceso de intervencionismo en su dimensión más fáctica o material, sino que extendían el mensaje a la conducta psicológica de los profesionales. Tanto la psicoprofilaxis de origen soviético como los métodos derivados del parto natural de Dick-Read proponían, pues, una suerte de higiene (comporta)mental del arte obstétrico.

El capítulo analiza los dos cauces por los que los actores del parto sin dolor se propusieron honrar dicho principio preventivo. Para tratar sin lesionar, primero, los profesionales debían medir sus palabras con cautela y escoger el tipo de información que ofrecían a sus pacientes. Coincidiendo todos en la necesidad de ilustrar a las mujeres sobre el parto y el embarazo, la cuestión residía en decidir qué era potencialmente más nocivo: herir la sensibilidad de la embarazada con informaciones en exceso veraces, o al contrario dejar en ella lagunas teóricas que hicieran peligrar su desenvolvimiento cognitivo el día del parto. Como veremos a continuación, estos regímenes o dietas implícitos en la faceta teórica de la preparación representan, a grandes rasgos, las corrientes readiana y psicoprofiláctica respectivamente.

Ambas corrientes se diferenciaron también por la forma en que teorizaron la relación médico-paciente, y los modelos sociológicos que proyectaba dicha relación. Mientras que los psicoprofilácticos quisieron inscribir la enseñanza teórica en un plano colectivo de igualdad, la preparación al estilo readiano dependía de un marco más jerarquizado en el que el educador trataba a cada paciente por separado, ahuyentando la dudas y el temor de un mismo golpe sugestivo. Así, si los primeros creyeron que la distancia entre los expertos y las pacientes se acortaba por la puesta en común de un marco explicativo para los fenómenos del parto, el segundo pensó la cercanía como una relación sin reciprocidad, en la que el tocólogo ejercía sobre la mujer una función de apoyo y protección.

La preparación al parto nacida en la mitad del siglo pasado se caracterizó pues por su voluntad de revisar las dimensiones didáctica y relacional presentes en toda dinámica de cuidados. Y las distintas versiones de la educación prenatal llevaron a cabo dicha revisión bajo ese fondo compartido de preocupación por la influencia que los procesos mentales podían llegar a ejercer sobre la percepción del dolor en la parturienta. Dicho de otro modo: los actores de la preparación al parto coincidían en la voluntad de luchar contra el dolor y en la extrema precaución que dicha tarea implicaba si no querían herir accidentalmente a sus pacientes en el intento. En este sentido Ángel Hernández Jiménez recordaba indignado que, desde 1853, los avances en anestesiología obstétrica se habían labrado siempre a costa de la seguridad materno-fetal. Frente a la agresividad de

tales intentos para desterrar el dolor del parto, la psicoprofilaxis emergía, a sus ojos, como «un arma de paz»<sup>811</sup>.

## 7. 1 Dietética de la verdad

La primera propuesta seria de pedagogía maternal fue la de Grantly Dick-Read, quien escribía en una época en que la atención de la mujer encinta era por lo general individualizada y domiciliaria. La psicoprofilaxis obstétrica, en cambio, fue concebida para paliar, a gran escala, el déficit de medios anestésicos que experimentaban las maternidades soviéticas en medio del baby-boom que siguió a la Segunda Guerra Mundial. Los cursillos de las camaradas rusas, por tanto, eran colectivos. Y en España, aunque la transición hacia la obstetricia hospitalaria fue más lenta que en otros países, la preparación al parto también se dio por norma general a grupos de mujeres, de mayor o menor tamaño, tanto en lo privado como en lo público. Tanto Álvaro Aguirre de Cárcer como Ángel Hernández Jiménez reconocían las ventajas de la educación colectiva, pues los prejuicios de las pacientes se difuminaban y el interés crecía<sup>812</sup>. Y aunque cada maestrillo tiene su librillo, como suele decirse, lo cierto es que el modelo que prevaleció fue el de la psicoprofilaxis francesa, es decir una formación teórica con una serie de contenidos que se mantenían relativamente estables. Con todo la pedagogía readiana, que podía darse de forma individualizada, también se adaptó sin problema al formato grupal de la obstetricia moderna. Pues la esencia de cada modelo educativo no dependía del número de sillas en el aula, sino del modo en que se administraban los conocimientos curativos.

Las lecciones solían versar sobre fisiología y anatomía del parto y la gestación, sobre explicaciones detalladas del mecanismo del parto y de su relación con los ejercicios prácticos de respiración y relajación, algunas nociones de puericultura y finalmente, en función de la adhesión al modelo soviético, una clase sobre fisiología cerebral y reflejos condicionados. En su lugar el modelo readiano ofrecía contenidos más extensos en higiene corporal del embarazo, como por ejemplo el cuidado del pecho, del pelo, de la piel, etc.<sup>813</sup>. Algunos preparadores inspirados por el argentino Ricardo Gavensky seguían el llamado «método continuo», que consistía en repetir en bucle la misma clase, con una primera parte teórica y la práctica de ejercicios al final<sup>814</sup>. Si era factible, los profesionales aconsejaban amoldar la «explicación de los temas» al «grado de

---

<sup>811</sup> Hernández Jiménez, «Nuestra práctica», *op. cit.*, p. 152.

<sup>812</sup> *Ibid.*, p. 150, y Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 53.

<sup>813</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 242.

<sup>814</sup> Este es el caso del método aplicado por la Doctora Olga Fernández Chaves en Galicia. Véase de la autora, «El método continuo en la educación maternal», *II Reunión*, *op. cit.*, pp. 60-62.

cultura e inteligencia» de las embarazadas, y en ocasiones se aconsejaba la lectura de un libro como material de apoyo a la preparación<sup>815</sup>.

Otra constante en los métodos de educación prenatal fue la de sus soportes materiales. La inmensa mayoría de preparadores se apoyaban en gráficos, esquemas y otros recursos visuales, como las películas, para facilitar las demostraciones. Como proponía Consuelo Ruiz, «hay que explicarles las cosas hasta que las comprendan, con ayuda de los dibujos de esta obra, y si es posible reproducirlos en láminas grandes o sobre un encerado, con tizas de colores»<sup>816</sup>. Según Paula A. Michaels, la iconografía pedagógica del parto sin dolor –películas y posters en particular– fue una invención del equipo parisino de Bluets, el cual también amplió, respecto de la formación original del método soviético, las lecciones teóricas sobre la función cortical y la teoría de los reflejos condicionados <sup>817</sup>. Por último, y entre otros objetivos que analizaré a continuación, la formación teórica permitía habituar a las mujeres al lenguaje biomédico de sus cuidadores<sup>818</sup>.

La primera sección del capítulo contrasta los protocolos comunicativos de las escuelas psicoprofiláctica y readiana mediante el análisis de las fuentes originales (francesas e inglesas principalmente) y de sus réplicas españolas. Presento en primer lugar la centralidad del lenguaje en la escuela pavloviana, así como su potencial de adoctrinamiento político y las remiendos que ello suscitó entre los profesionales locales. A continuación introduzco la aportación más característica de la escuela psicoprofiláctica en la práctica del parto sin dolor: la de la esterilización verbal que debía regir el trato con las pacientes y los gestos del equipo obstétrico con tal de evitar condicionamientos negativos. El epígrafe también reseña las dificultades que existieron en España para implantar esta medida de bajo coste material y elevado precio humano, pues el cuidado lingüístico de las mujeres implicaba una revisión profunda del conocimiento y la labia espontánea de los profesionales, haciendo pues del método un sistema muy vulnerable. Tras esto planteo la hipótesis de que el esmero verbal de la psicoprofilaxis no se limita tan solo a la prevención de reflejos condicionados perjudiciales, sino que conlleva una ética asertiva de corte positivista: la eficacia de la terapia dependía, en este sentido, de la correspondencia entre los contenidos teóricos de la preparación y los hechos empíricos del universo obstétrico. Frente a esta premisa de veracidad, el epígrafe concluye con la versión que elaboran los profesionales afines a la escuela readiana sobre la comunicación verbal o iconográfica, más centrada en no jugar con la

---

<sup>815</sup> Hernández Jiménez, «Nuevos comentarios», *op. cit.*, p. 5. Aconsejaban el uso de un libro de apoyo, entre otros, Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 61, y Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 58.

<sup>816</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 4.

<sup>817</sup> Michaels, *Lamaze*, *op. cit.*, pp. 53-54.

<sup>818</sup> *Ibid.*, p. 54, y Vuille, «L'invention», *op. cit.*, p. 50.

susceptibilidad de las pacientes que en proporcionarles una imagen exacta de la realidad.

Marilène Vuille nos dice que la didáctica de la psicoprofilaxis no solo era «el pilar de la prevención del dolor», sino que además dicha educación tenía repercusiones psicoterapéuticas<sup>819</sup>. En efecto, el proyecto ilustrado al que se sometía a las futuras madres buscaba, por un lado, reprogramar el cerebro –la corteza– de las alumnas, es decir, descondicionarlas de todo lo aprendido anteriormente para evitar, como decía de Cárcer, una «mala disposición cerebral»<sup>820</sup>. Por el otro, convencer a la mujer del carácter inofensivo de las contracciones de parto, entre otras cosas, producía en ella tranquilidad e incluso contribuía a modificar su personalidad a largo plazo<sup>821</sup>.

Ahora bien, mientras que en modelos de preparación al parto de corte más psicoanalítico esta acción sobre la personalidad de la gestante constituiría el objetivo principal del método, para la primera psicoprofilaxis francesa el efecto psicoterápico era teorizado esencialmente como una ventaja<sup>822</sup>. En este sentido, la sanación pasaba por el acceso a una verdad –la de la fisiología del parto desde un punto de vista pavloviano– más que por el trabajo sobre lo inconsciente y lo reprimido. Así, para Lamaze, la educación «de alto nivel, muy alejada de una serie de sugerencias, de unos pocos ejercicios o de una simple modificación del ambiente afectivo» no solo alteraba ciertos procesos vegetativos, mejorando el «estado clínico» de algunas pacientes, sino que era el único medio para lograr un convencimiento sólido por parte de estas<sup>823</sup>. Por eso mismo, también, la ignorancia y el analfabetismo no eran en sí mismos obstáculos invencibles, pues a menudo los cerebros de las campesinas, decía Vellay, estaban menos «impregnados por los microtraumatismos» de un «conocimiento erróneo»<sup>824</sup>.

Si la psicoprofilaxis pedía un esfuerzo intelectual por parte de las pacientes, el nivel de exigencia no era menor para quienes las atendían. Con el fin de transmitir todo este saber de manera segura y eficiente, el uso del lenguaje adquiriría un valor estratégico. Recordemos que la escuela soviética había

---

<sup>819</sup> *Ibid.*, p. 42.

<sup>820</sup> «Educación Maternal. Sus proyecciones», *op. cit.*, p. 3. Era lo que en términos psicoprofilácticos se llamaba «corticalizar a la parturienta», tal y como señala César Fernández Ruiz en «El parto psicofísico», *op. cit.*, p. 221.

<sup>821</sup> Lamaze y Vellay, «Cinq ans», *op. cit.*, p. 39.

<sup>822</sup> La historiadora Marianne Caron-Leulliez confirma que los textos fundadores de la psicoprofilaxis francesa insistían ante todo en la dimensión pedagógica de la preparación más que en la «psicoterapia indirecta» que también ofrecía el método. No fue hasta los años 1960 y 1970 cuando esta dimensión empezó a ganar preeminencia en las teorizaciones de la psicoprofilaxis. Marianne Caron-Leulliez, «Fernand Lamaze et l'Accouchement sans douleur», Actes du Colloque 50<sup>ème</sup> anniversaire de l'accouchement sans douleur, Société d'Histoire de la Naissance, Châteauroux, 2002, p. 7. Para un análisis detallado de la evolución de la psicoprofilaxis francesa desde su marco originario pavloviano hasta posturas muy próximas al psicoanálisis, así como de las querellas que ello suscitó en algunas ocasiones, véase Vuille, *Médecine, femmes et politique*, *op. cit.*, pp. 119-143.

<sup>823</sup> Lamaze, «La suppression», *op. cit.*, p. 10.

<sup>824</sup> Lamaze y Vellay, «Cinq ans», *op. cit.*, p. 28.



postulado el lenguaje como segundo sistema de señalización, es decir un sistema de signos capaz de interactuar, en el caso de los humanos, con sus procesos corporales al mismo título que cualquier otro estímulo sensible. Por su parte, Dick-Read ya había recomendado a matronas y tocólogos cuidar el trato y la comunicación con la paciente de manera a no echar por tierra el coraje alegre con el que la mujer preparada afrontaba su maternidad<sup>825</sup>. En su caso, pues, la empatía, la prudencia y un manejo algo intuitivo de las emociones de la paciente bastaban para honrar el *primum non nocere* hipocrático en obstetricia. En el marco psicoprofiláctico, sin embargo, el lenguaje devenía una «tecnología poderosa», según una expresión de Vuille, en la medida en que hacía y deshacía los reflejos condicionados en el ser humano gracias a la teoría de la estructura dinámica<sup>826</sup>.

En tanto que «médium» de la educación de la embarazada, sugiere Vuille, el lenguaje debía ser intervenido, y en el caso de la versión francesa del parto sin dolor sus contenidos venían sancionados por el aparato comunista que sostuvo el método en la maternidad de los obreros de la metalurgia<sup>827</sup>. Allí los fundadores de la psicoprofilaxis aunaron la explicación exacta de la fisiología reproductiva en clave pavloviana y una retórica combativa que pretendía presentar el método como un logro de la ciencia soviética frente a la occidental.

En España, sin embargo, el método no se alineó con ningún bloque comunista, a excepción de la figura aislada de Ángel Hernández Jiménez, quien además participó en el PCE de manera tangencial y oficiosa. Por tanto el ideario rojo no solo tenía poca razón de ser sino que, incluso, fue motivo de mofa o críticas por parte de algún comentarista. Víctor Cónill Montobbio declaró como vimos que el método psicoprofiláctico había «desbordado los límites científicos para convertirse en un artículo de propaganda comunista, con su típica característica de sembrar la confusión en el mundo libre»<sup>828</sup>. Montobbio pretendía que la clase médica, depositaria de «un alto sentido de probidad y de responsabilidad», era ajena a «todo fanatismo político», pero lo cierto es que aseveraciones como la suya solo se entienden dentro del dualismo ideológico propio de la Guerra Fría, dualismo del que la preparación al parto no escapó<sup>829</sup>.

Aguirre de Cárcer también se desmarcó de cualquier simpatía con el comunismo en su primer libro sobre el parto sin dolor, publicado en 1955. Tras atribuir la prioridad del método «psicoprofiláctico» a Grantly Dick-Read, el madrileño comentaba: «Alguna nación (Rusia) se atribuye la paternidad de la innovación y quiere utilizarla con fines políticos (propaganda)»<sup>830</sup>. No queda del

---

<sup>825</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 110.

<sup>826</sup> Vuille, «*L'invention*», *op. cit.*, p. 43.

<sup>827</sup> *Ibid.*

<sup>828</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 183.

<sup>829</sup> *Ibid.*

<sup>830</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 9. En general, todos los autores que condenaban el origen soviético de la psicoprofilaxis, así como los usos propagandísticos que la CGT hizo del método en Francia,

todo claro si su uso de los paréntesis respondía a una intención de facilitar la comprensión a potenciales alumnas, previsiblemente ajenas a la geopolítica mundial, o si por el contrario los paréntesis buscaban la complicidad con un lector avezado mediante la dialéctica entre lo que se explicita en voz alta y la acusación que se aclara oficiosamente, es decir, entre paréntesis. En todo caso el preparador madrileño confirmaba a renglón seguido que ni la Iglesia ni el Papa se oponían al método, y con ello zanjaba cualquier clase de objeción, ya fuera política o religiosa.

Depurado de sus resonancias soviéticas<sup>831</sup>, pues, el parto sin dolor a la española aún debía afrontar el reto de descondicionar a las mujeres mediante un uso diáfano del lenguaje. Las «palabras inductoras de dolor» debían desaparecer del vocabulario asistencial<sup>832</sup>. Un ginecólogo reconocía por ejemplo que la obstetricia de la época se encontraba invadida por una «terminología terrorífica», recogida en expresiones como «*dolores de parto, desgarros, rotura de la bolsa, fórceps, parto seco, hemorragias, aborto, suturas, etcétera*»<sup>833</sup>. Una situación que se daba tanto aquí como en los confines del continente euroasiático.

El concepto de «asepsia verbal» surgió de la pluma de Konstantin Ivanovich Platonov, neuropsicólogo integrante del equipo de investigadores ucranianos que elaboraron el método en la URSS a partir de estudios sobre el manejo del parto con técnicas hipnóticas<sup>834</sup>. Apenas dos años antes de la presentación del método psicoprofiláctico, el ginecólogo V. N. Khmelevsky había propuesto un método que combinaba diversas medidas farmacológicas y psicoterapéuticas para aliviar el dolor del parto. Entre sus recomendaciones, Khmelevsky aludía a la expresión de Platonov para subrayar la influencia del lenguaje en el comportamiento, la vivencia, y el resultado final del parto.

Grantly Dick-Read compartió siempre esta idea, pero su incapacidad para teorizarla de forma consistente decantó la balanza, sobre este preciso punto, en favor del bando psicoprofiláctico. El generalista británico afirmaba por ejemplo que el obstetra era el primer causante del dolor del parto y subrayaba el peso de la «atmósfera» en que este se producía. Pero el comentario anexo era, cuando menos, decepcionante: «las influencias psicológicas se transmiten de una mente a otra por algún método místico que desconocemos por el momento», decía con modestia el inglés<sup>835</sup>. El propio Aguirre utilizaba también el término de

---

coincidían en dar a Dick-Read por pionero del método psicoprofiláctico o, como lo llamaban también, «psicofísico». Véase, por ejemplo, Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 183.

<sup>831</sup> Tomo prestada la expresión de la conferencia de Cónill Montobbio, en la que no sin cierta hostilidad se refería al entonces joven psiquiatra de Bluets Henri Vermorel como autor «materialista y soviético». *Ibid.*, p. 187.

<sup>832</sup> La expresión pertenece al psiquiatra Bernard Muldworf, colaborador del equipo de Bluets durante varias décadas. Citado por Vuille, «*L'invention*», *op. cit.*, p. 43.

<sup>833</sup> Haro, *op. cit.*, pp. 105-106.

<sup>834</sup> Michaels, «*Childbirth Pain Relief*», *op. cit.*, p. 11.

<sup>835</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, p. 68.

«atmósfera» para describir un contexto saturado de influencias potencialmente nocivas para la embarazada<sup>836</sup>. De este modo, y aunque el concepto de asepsia verbal procedía de la escuela soviética, su uso se propagó relativamente rápido en el bloque occidental gracias a su poder metafórico y a su pertinencia semántica, pues el término «asepsia» correspondía al léxico médico: la nueva retórica del parto sin dolor era pues el primer desinfectante a aplicar desde la consulta hasta el paritorio.

Como observa Paula A. Michaels, el equipo asistencial debía cuidar las palabras con que se dirigía a la parturienta para evitar «iatrogenias inadvertidas», promocionando en ella un sentimiento de seguridad, calma y confianza en sí misma<sup>837</sup>. Un trato atento y respetuoso que regiría las acciones de todos sus miembros, «del conserje hasta al doctor»<sup>838</sup>. En otras palabras, el equipo entero debía «descondicionarse a sí mismo de las costumbres antiguas»<sup>839</sup>. El principio de la «educación de p a p» pudo implantarse con gran éxito en la parisina Maternité des Métallos, donde Lamaze y Vellay, apoyados por el sindicato de trabajadores de la siderurgia y sin grandes trabas financieras, velaron por que el personal de aquella pequeña institución privada recibiese la enseñanza adecuada<sup>840</sup>.

Mientras que la formación de las futuras madres podía correr a cargo del tocólogo, la matrona, la enfermera obstétrica o la fisioterapeuta del centro, Lamaze consideraba que de la instrucción del personal debía encargarse únicamente un obstetra o un neuropsiquiatra. Este instructor debía mostrar una paciencia inagotable hacia todos los estamentos de la institución, ofreciendo cuantas «explicaciones racionales y repetidas» fueran necesarias para convencerlos de la factibilidad del método<sup>841</sup>. Por otro lado, la educación que el personal recibía estaba sometida a revisión constante en función de los progresos en la aplicación del método<sup>842</sup>. Quedaba pues claro que el éxito de la psicoprofilaxis dependía en gran parte del grado de convicción y de entrega del personal, así como del cuidado minucioso de los detalles<sup>843</sup>. Y por ello el jefe de servicio, pieza clave del sistema, debía velar por evitar la sobrecarga y el agotamiento de los trabajadores. Tal acumulación de requisitos en torno al método dificultaba sin duda su puesta en práctica. Como alertaba Lamaze, «un

---

<sup>836</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 78.

<sup>837</sup> La expresión es de Michaels, «*Childbirth Pain Relief*», op. cit., p. 11.

<sup>838</sup> *Ibid.*, p. 11.

<sup>839</sup> Una expresión que utilizó el obstetra francés Jacques L. Gaillard a propósito de la actitud que el médico adoptaba en el método psicoprofiláctico; Jacques Gaillard, «*Pratique de l'accouchement sans douleur*», Maloine, París, 1959. Citado por Carreras, «*Ataraxia y obstetricia*», op. cit., p. 302.

<sup>840</sup> François Le Guay, director del centro de salud de la Maternidad Pierre Rouquès, describía en un texto escrito en 1954 este proceso de formación del personal en *Conditions pratiques de réalisation de l'Accouchement Sans Douleur à la maternité des Métallurgistes*, pp. 6-7. (ISHM).

<sup>841</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>842</sup> Esta es una exigencia que las publicaciones de los psicoprofilácticos repiten constantemente. *Ibid.*, p. 8.

<sup>843</sup> *Ibid.*, p. 12.

servicio de parto sin dolor es una suerte de aparato de precisión. La mínima mota de polvo en el mecanismo puede comprometer su buen funcionamiento»<sup>844</sup>.

Con todo, la maternidad parisina funcionó como un teatro obstétrico a cuyos actores se encomendó un guión determinado. La asepsia, entendida aquí como la pulcritud en sus respectivas actuaciones, debía fomentar en las pacientes «una impresión de descanso y seguridad y no la necesidad de contraerse o defenderse»<sup>845</sup>. Un golpe de efecto necesario para que la mujer hiciera la aprehensión cortical correcta de una experiencia tan intensa como el nacimiento.

Es difícil saber, en España, si en algún lugar se logró recrear este microcosmos asistencial, pues la práctica de la psicoprofilaxis está documentada de manera menos sistemática que para el caso francés. Convencer y formar a los sanitarios era factible pero, «¿cómo hacer llegar esta selección hasta el guardián de noche de una clínica?», comentaba preocupado un grupo de psicoprofilácticos catalanes, reconociendo con ello que este era sin duda uno de los mayores desafíos del método. No obstante, los autores no se dejaban llevar por el derrotismo y proponían la siguiente fórmula: «Tales dificultades se resuelven a veces con la sola presencia del médico, capaz de contrarrestar un eventual descondicionamiento, aunque sea usando solo por un momento un tono autoritario»<sup>846</sup>.

Álvaro Aguirre de Cárcer trató de implantar la *educación de p a p* en su clínica maternal Nuevo Parque, donde asistía a clientela privada. El famoso preparador contemplaba, en su descripción de lo que debía ser la clínica ideal, el entrenamiento del personal subalterno<sup>847</sup>. Pero separándose discretamente de la ortodoxia francesa, de Cárcer restaba importancia al tipo de asistencia, alegando que de todos modos el éxito del sistema dependía principalmente de la mujer<sup>848</sup>.

En calidad de fiel psicoprofiláctico, Ángel Hernández Jiménez sí homologó la forma de trabajar del personal de la Clínica el Rosario. Al parecer la madre superiora de dicha institución obligó a las hermanas enfermeras a examinarse para aprender el método, que se aplicaba a rajatabla<sup>849</sup>.

Muchos años después, Claudio Becerro de Bengoa, médico preparador en el Hospital Gregorio Marañón, en Madrid, recogía el testigo en lo relativo al

---

<sup>844</sup> Lamaze, «L'Accouchement Sans Douleur» [Étude], *op. cit.*, p. 5.

<sup>845</sup> Le Guay, *op. cit.*, p. 7.

<sup>846</sup> A. Altès y otros, «Resultados obtenidos en 616 partos preparados (psico-profilaxia)», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa*, *op. cit.*, p. 15.

<sup>847</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 89. En su primera publicación, de Cárcer admite que el clima en que se realiza el parto debe modificarse para esperar buenos resultados del método, cosa que requiere la formación de la gestante pero también del personal, y principalmente la colaboración del tocólogo. Sin embargo, el autor reconoce acto seguido, no sin cierto derrotismo, la dificultad de implantar tales medidas en España. Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 107.

<sup>848</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 150.

<sup>849</sup> Entrevista a Malye (5/4/17).

necesario «saneamiento del medio» y la «educación intensiva» del personal<sup>850</sup>. Y lo hacía a sabiendas de la gran vulnerabilidad del sistema, pues «un simple mal gesto o deficiente contestación» podía «dar al traste» con todo ello<sup>851</sup>. En efecto, las dificultades para implantar esta medida en España eran infranqueables, según cuenta Carlos de la Cal, de Santa Cristina, pues desde el momento en que el camillero transportaba a la parturienta o en cuanto la matrona se dirigía a ella las palabras que surgían de la boca de todos eran: «¿Qué, cómo van esos dolores?»<sup>852</sup>.

Para los expertos del parto sin dolor, asimismo, los familiares pululando por las maternidades o, peor aun, presenciando en vivo el nacimiento, eran elementos que había que aislar de la ecuación «sin contemplaciones ni blandenguerías»<sup>853</sup>. En lo que respecta a la figura del marido, Cónill Montobbio lo animaba a colaborar en la preparación de la embarazada, pero como muchos en su época aconsejaba mantenerlo fuera de los paritorios, porque «además de estorbar», decía Montobbio, «no cosechará más que reproches»<sup>854</sup>. La madre y a veces incluso la suegra de la parturienta concentraban la inquina de los médicos por su inoportuna costumbre de preocupar a la mujer hasta crearle una distocia por «madre previa», como la llamaba cómicamente el catedrático Botella Llusíá<sup>855</sup>. Y la misma suerte corrían las parturientas no preparadas, a quienes el equipo aislaba de las alumnas del parto sin dolor por considerarlas un grave foco de infección psíquica<sup>856</sup>.

Con todo, el arraigo del modelo mecánico en la epistemología popular del parto era profundo y la psicoprofilaxis no llegó a generalizarse tanto como para

---

<sup>850</sup> Becerro de Bengoa, *op. cit.*, pp. 65 y 95 respectivamente.

<sup>851</sup> *Ibid.* También Carceller Blay opinaba que era «vana ilusión intentar una auténtica psicoprofilaxis» sin una formación «impecable» del personal, que además debía ser en número suficiente. Carceller, *op. cit.*, p. 347.

<sup>852</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15).

<sup>853</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 27. Véase también Vallvé Miró, *op. cit.*, pp. 110-111, Carceller, *op. cit.*, p. 340, Hernández Jiménez, «Reseña de Reuniones», *op. cit.*, p. 248: «suprimen el ambiente familiar y dejan el ambiente fisiológico», Hernández Jiménez, «La pratique», *op. cit.*, p. 150, Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 109, Usandizaga, *La ataraxia, op. cit.*, p. 59, Julio Cruz y Hermida, «Factores negativos en el parto sin dolor», *Medicamenta*, año XI, n.º 316, diciembre de 1957, p. 402. (CM-HJ), y Francisco Ucieda Losada, «Parto psicoprofiláctico», p. 25. (CM-HJ)

<sup>854</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 188. La participación del marido en la preparación al parto es un tema que por motivos de espacio no puedo desarrollar aquí, más allá de otra referencia situada en la conclusión a este capítulo. Los estudios sobre la implicación de los padres en el embarazo, la preparación al parto y el alumbramiento mismo son escasos y relativamente recientes. Sobre el periodo que nos ocupa, y con una perspectiva de microhistoria, véase Fabien Deshayes et Axel Pohn-Weidinger, «*Il te faut mener une vie régulière : prescriptions et rôle du père pendant la grossesse (1960-1962)*», *Genre, sexualité et société*, 18, 2017, online en: <http://journals.openedition.org/gss/4107>; y dentro del análisis comparado de discursos, Patricia von Münchow, «Les représentations du père dans les guides parentaux français et allemands», en Catherine Sellenet, *Les pères en débat*, Erès, Toulouse, 2007, pp. 123-136.

<sup>855</sup> Raposo, *op. cit.* En el prólogo a esta obra, el ginecólogo José Botella Llusíá hace un juego de palabras con la noción de *placenta previa*, un tipo de distocia producida por una inserción de la placenta en la parte baja del útero, taponando total o parcialmente el orificio cervical. Esta complicación se manifiesta por hemorragias genitales en el final de la gestación y en los casos más graves puede necesitar de una intervención rápida como la cesárea si la madurez fetal lo permite. El mismo consejo aparece también, por ejemplo, en Altès, «*El factor psicológico*», *op. cit.*, pp. 3-4.

<sup>856</sup> Por ejemplo en Ferreira, *op. cit.*, p. 296, Freed y Kroger, *op. cit.*, p. 152, o Usandizaga, *La ataraxia, op. cit.*, p. 84.

erradicar ciertos hábitos lingüísticos. Como reportaba Francisco Carreras en 1956, en el tratamiento psicoprofiláctico contaban «la precisión, la minucia, el detalle» y por ello en una misma lección «se repiten siempre los mismos conceptos, las mismas palabras, los mismos gestos; no se ha dejado nada al azar, todo es premeditado y persigue su finalidad»<sup>857</sup>. Una adecuación de los medios a los fines que implicaba tanto a profesionales como a pacientes y que denotaba, al cabo, cierta fragilidad. Solo desde el mandato de una esterilización total del medio psicológico en que se produce el parto puede entenderse un consejo como el de Consuelo Ruiz a sus lectoras: «Cuando sientan una sensación extraña, un endurecimiento o tirantez del vientre, ustedes lo reconocen inmediatamente como Contracción indolora. Ni por un segundo deben dudar»<sup>858</sup>. O este otro de Vallvé Miró: «Si te decides a practicar el método, no dudes de él; cuanto más dubitativa te encuentres, peores resultados obtendrás»<sup>859</sup>.

La desinfección lingüística promovida por la educación prenatal iba más allá de un uso puntilloso del lenguaje. También implicaba una actitud precisa ante el conocimiento. La psicoprofilaxis buscaba reformular el arte terapéutico en base a su propia definición del dolor como resultado de un fallo cognitivo inscrito en la materialidad del cerebro. Lamaze había asegurado que el fármaco que vencería dicha patología no era otro que el acceso a la verdad por parte de la embarazada. Por ende, la única medicina capaz de curar ciertas situaciones críticas era la de un conocimiento certero ofrecido sin rodeos a la interesada. Como decía el leonés Francisco Ucieda Losada, «una ocultación o desviación de la verdad causa estragos en la moral de la parturiente, con el consiguiente riesgo de incredulidad para el resto del parto»<sup>860</sup>.

Algunos obstetras, entre los que figuraba Pierre Vellay, discutieron sobre esta cuestión en una mesa redonda del Segundo Congreso Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, celebrado en León en 1978. En su intervención el parisino definía la psicoprofilaxis como una «escuela de la verdad» e insistía en la necesidad de preparar a la mujer «para el acontecimiento a que va a ser sometida» como forma de respeto de la paciente y de su libertad<sup>861</sup>.

Según el médico gallego Luciano García Alén, «en psicoprofilaxis es tan importante lo que hay que decir como lo que no hay que decir, pero si realmente nos sentimos obligados a tenerlo que decir, hay que decirlo»<sup>862</sup>. De esta frase, parecida a un trabalenguas, pueden extraerse dos conclusiones. Primero, que decir la verdad no implicaba, de ningún modo, decirlo todo. Segundo, que hay ciertas informaciones que un médico no debía guardarse para sí, pues lo

---

<sup>857</sup> Carreras, «*Dos escuelas*», *op. cit.*, pp. 264 y 269 para ambas citas respectivamente. El testimonio de Carreras confirma la declaración de principios del texto de Le Guay, *op. cit.*, p. 12.

<sup>858</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 21.

<sup>859</sup> Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 110.

<sup>860</sup> Ucieda, *op. cit.*, p. 26.

<sup>861</sup> «Problemas» [mesa redonda], *II Reunión*, *op. cit.*, p. 51.

<sup>862</sup> *Ibid.*, p. 55.

contrario conllevaba el incumplimiento de esta nueva deontología basada en la sinceridad.

El caso de la mujer que paría un feto muerto o anormal servía de ilustración para el debate. Según Vellay, había que preparar «con inteligencia» y «con psicología» tanto a aquella mujer que esperaba un parto de nalgas como a aquella otra cuyo feto había fallecido durante el embarazo<sup>863</sup>. La mayoría coincidían en que no solo debía informarse a la paciente de la defunción del hijo durante la gestación o en el propio parto, sino que era conveniente mostrárselo una vez expulsado para que ella pudiera verlo, tocarlo si así lo pidiera, y despedirse definitivamente de él. «La verdad no ha sido nunca un traumatismo, lo que es un trauma es la hipocresía o la mentira», decía el invitado de honor<sup>864</sup>. Sin embargo, todos los participantes convenían en que el feto anencefálico no debía mostrarse, «porque la monstruosidad es algo que siempre se recuerda para el futuro»<sup>865</sup>. Como con otros medicamentos, el arte del lenguaje también residía en su justa dosificación, lo cual equivalía a «advertir sin crear nuevos trastornos»<sup>866</sup>.

En lo referente al dolor del parto, la «honestidad escrupulosa» consistía en no prometer aquello que uno no podía cumplir<sup>867</sup>. Por ejemplo, y ante las acusaciones de charlatanismo que a menudo se esgrimían contra la psicoprofilaxis<sup>868</sup>, Vellay propuso durante el congreso una «fórmula necesaria y absoluta» para motivar a las pacientes sin darles falsas esperanzas:

«Yo creo que no tenemos ningún derecho, si efectivamente hacemos bien la psicoprofilaxis, de no decir con motivo del último curso [...] he aquí la situación, la situación del parto es esta; si todo es perfecto, si ustedes reúnen las condiciones físicas, las condiciones obstétricas, si ustedes psicológicamente se encuentran en buenas condiciones, en una buena situación, ustedes podrán tener un parto sin dolor, absolutamente sin dolor [...]. Las condiciones de dificultad mínimas van a hacer que ustedes tengan también dificultades –y entonces hay que señalárselo esto también–, lo mismo que si realmente existen dificultades, o bien las superaremos juntos con la terapéutica apropiada, con un esfuerzo suplementario por su parte y

---

<sup>863</sup> *Ibid.*, p. 51.

<sup>864</sup> Mesa redonda «La influencia de los métodos de asistencia al parto sobre la salud del recién nacido», *II Reunión, op. cit.*, p. 112.

<sup>865</sup> *Ibid.*

<sup>866</sup> Lamaze y Vellay, «*Cinq ans*», *op. cit.*, p. 31. Según de Cárcer, el buen médico tradicional también hace un uso comedido del lenguaje y se dirige por lo general a la primípara con «cariñosas palabras de ayuda». Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 21.

<sup>867</sup> Lamaze y Vellay, «*Cinq ans*», *op. cit.*, p. 31.

<sup>868</sup> Por tomar solo un ejemplo, Carlos Carceller Blay asumía una actitud crítica ante el «sistema de deformaciones periodísticas y propagandas», que no dejaba de ofrecer «cierta comicidad», y gracias al cual circulaban informaciones falaces sobre las «maravillas» del método psicoprofiláctico. Más adelante el autor criticaba también la utilización de la expresión «parto sin dolor» como un slogan basado en «el gran componente de sugestión de masas» que confería publicidad al movimiento europeo de preparación al parto frente a los usos «más ponderados» de los angloamericanos, los cuales optaban por la denominación «adiestramiento o educación para el parto». Carceller, *op. cit.*, p. 336 y 345.

por la nuestra y si, por el contrario, nos encontramos ante una dificultad insuperable, nuestra decisión será fundamental, de acuerdo con ustedes»<sup>869</sup>.

Dentro del carácter rompedor del proyecto psicoprofiláctico, esta aproximación ofrecía un baño de realidad para las pacientes y confería seriedad a la práctica de los actores del método.

Movido por un deseo semejante de alentar las expectativas de la embarazada combinando la precisión lingüística y la prudencia, Álvaro Aguirre de Cárcer reflexionaba sobre la proliferación terminológica en torno a la preparación al parto. En su opinión, el término «parto sin dolor» designaba la posibilidad de obtener un parto indoloro pero en ningún caso el resultado sistemático de la preparación, tal y como señalaba Vellay. Para evitar decepciones de Cárcer aconsejaba abandonar dicha denominación, así como las adyacentes «parto sin temor», «parto natural», «sistema psicoprofiláctico», «parto sin gritos» o «parto con dolores atenuados»<sup>870</sup>. Estas nomenclaturas mentían sobre la realidad del parto que se conseguía, obviaban una de las dimensiones fundamentales de la preparación, eclipsaban el valor del procedimiento bajo la alusión a un resultado llamativo –cual el «parto sin gritos»–, o presuponían la imposibilidad de conseguir un éxito completo. En honor a la verdad, de Cárcer proponía hablar de «preparación psico-física al parto» porque la expresión incluía las dos facetas del sistema y rehuía la especulación sobre posibles desenlaces<sup>871</sup>. Para de Cárcer el prefijo *-psico* debía anteponerse porque el objetivo clave del método (aún) era la «supresión del reflejo condicionado doloroso» y porque el entrenamiento corporal también buscaba «convencer psíquicamente a la mujer» enseñándole «las armas de que va a disponer en el momento del parto para combatir el dolor»<sup>872</sup>.

En el verano de 1957 de Cárcer comunicaba a la Sociedad Ginecológica de Madrid que dicha denominación, o incluso la más sencilla «preparación al parto», se había impuesto finalmente entre los especialistas que acudieron a las Jornadas Internacionales Médico-Quirúrgicas de Turín, en junio de aquel mismo año<sup>873</sup>. Así pues, antes de cambiar el nombre de su sistema por el de «Educación Maternal», el preparador madrileño concordaba con la psicoprofilaxis francesa en que el imperativo de asepsia verbal no excluía en ningún caso la precisión más meticulosa en el manejo de los términos ni la honradez en los mensajes que debían comunicarse<sup>874</sup>.

---

<sup>869</sup> «La influencia» [mesa redonda], *II Reunión*, *op. cit.*, p. 112.

<sup>870</sup> Todas estas expresiones aparecen mencionadas en Álvaro Aguirre de Cárcer, «¿La preparación psicofísica al parto es beneficiosa?», *Medicamenta*, sección «Actualidad médica», año XV, tomo XXVII, n.º 301, 9 de febrero de 1957, p. 76. (CM-HJ).

<sup>871</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, «¿"Parto sin dolor" o "preparación psico-física al parto"?, *Medicamenta*, sección «Diagnósticos y tratamientos». (CM-HJ)

<sup>872</sup> Aguirre de Cárcer, «¿La preparación [...] es beneficiosa?», *op. cit.*, p. 76.

<sup>873</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, p. 17.

<sup>874</sup> *Ibid.*, p. 18.



Algo diferente era el enfoque que sostenía el tocólogo Ernesto Vallejo Moriones sobre el tratamiento de la información y la preparación de las embarazadas. El médico y sofrólogo de la maternidad madrileña de Santa Cristina se posicionaba contra la tendencia a acordar una importancia desmedida a la formación teórica. En su experiencia de dos décadas de preparación de las gestantes, Moriones había comprobado que se podían obtener muy buenos resultados sin necesidad de insistir en la anatomía, la fisiología, en los procesos de la fecundación y la ovulación e incluso sin hablar en absoluto de psicología. Cinco o seis clases en total y unos esquemas sencillos sobraban para introducir a la mujer todo lo que debía conocer de cara al parto. «Me perdona la mesa», se excusaba el tocólogo ante el resto de tertulianos reunidos en León, «me parece que queremos hablarles y enseñar demasiado». De hecho «Dick Rex», según Moriones, había sido pionero en alertar contra «el peligro de saber demasiado»<sup>875</sup>. Por eso en el sistema mixto que él mismo practicaba en Santa Cristina, combinando la sofrología y el método readiano, cada sesión se abría con una «charla colectiva» cuya finalidad era aclarar las dudas y analizar los temores de las alumnas frente al parto; acto seguido se daban unas «someras ideas de anatomofisiología del parto» y se proyectaban unas «diapositivas muy simples», prestando especial atención a la «fraseología» y empleando en todo momento un «lenguaje aséptico», puntualizaba Moriones<sup>876</sup>.

Ahora bien, el significado que Vallejo Moriones atribuía al término «aséptico» distaba sensiblemente del que le confería la psicoprofilaxis original: era más una cuestión de tacto que una precaución contra la enseñanza inexacta de la fisiología. El reputado Manuel Usandizaga, por su parte, se mantuvo también escéptico respecto a la eficacia de las lecciones teóricas, pues dudaba que las mujeres sacaran de ellas «algo en limpio» y las asociaba en cualquier caso a una inocua «labor de divulgación cultural». Si los cursillos resultaban eficaces en el momento de la asistencia al parto, ello se debía sin duda a su «evidente sabor psicoterápico»<sup>877</sup>.

Otro ejemplo de este deslizamiento de sentido en torno a la noción de asepsia lo ofrecía Francisco Carreras en su estudio comparativo de los modelos de preparación al parto en las maternidades parisinas de Saint-Antoine (donde se aplicaba una variante del parto natural de Dick-Read) y Pierre Rouquès (cuna europea de la psicoprofilaxis). El ginecólogo catalán apreciaba diferencias considerables en la forma en que ambas instituciones afrontaban la enseñanza de las mujeres. Para empezar la maternidad de Saint-Antoine daba cinco conferencias teóricas contra las nueve de la clínica de los metalurgistas. En segundo lugar la maternidad católica había suprimido los esquemas gráficos correspondientes a la expulsión «por considerarlos capaces de provocar una

---

<sup>875</sup> «La influencia» [mesa redonda], *II Reunión, op. cit.*, p. 111.

<sup>876</sup> Moriones, «*El método*», *op. cit.*, p. 25.

<sup>877</sup> Usandizaga, *La ataraxia, op. cit.*, p. 61.

influencia desfavorable»<sup>878</sup>. Por último el material audiovisual de Saint-Antoine constaba de un film sonoro para explicar los ejercicios preparatorios y de una película muda sobre la estancia de una paciente cualquiera en la maternidad. Carreras precisaba que el equipo de Saint-Antoine esperaba profesionalizar su material fílmico, hasta el momento *amateur*. Pero parecía poco probable que sus producciones futuras se asemejasen a las películas proyectadas en la famosa Maternité des Bluets, en las que se mostraban partos con preparación y sin ella y cuyo realismo podía en ocasiones, a juicio del médico español, «producir un efecto negativo» sobre las espectadoras<sup>879</sup>. De hecho, el propio Dick-Read tuvo problemas con la censura en su país cuando produjo la película *Childbirth Without Fear*, primera grabación del nacimiento de un bebé proyectada en la televisión británica<sup>880</sup>.

La ginecóloga y psicoterapeuta Leonor Lorenzo, formada con el readiano Maurice Mayer en París, también condenaba cualquier forma de realismo desmedido en la preparación. Por ejemplo, había que huir de las «descripciones truculentas del uso del instrumental quirúrgico, prurito muy común en el personal subalterno, por un tonto deseo de asombrar»<sup>881</sup>. En neto contraste con esta postura, Lamaze y Vellay crearon un taller de familiarización con el fórceps en el que, sin pretender asustar a las alumnas, les explicaban en detalle el uso del aparato en caso de expulsión dificultosa<sup>882</sup>. La psicoprofilaxis también había instigado la moda de las películas, de cuya eficacia dudaba Lorenzo, reprochándoles especialmente la representación del periodo expulsivo desde «el lado del médico». Las imágenes, proseguía la ginecóloga:

«pueden impresionar desfavorablemente a las madres, ya que no saben apreciar su belleza. El nacimiento, tal como lo ve la mujer cuando terminamos el parto, sosteniendo el niño y enseñándosele, es para ella un extraordinario recuerdo. Las imágenes filmadas de la vulva no aportan nada positivo a su preparación, sino todo lo contrario»<sup>883</sup>.

En función de la sensibilidad de la lente, pues, lo verídico podía devenir escabroso. Como vemos, la asepsia de los psicoprofilácticos era una medida destinada a suprimir cualquier conducta o giro expresivo que reforzara el condicionamiento negativo en la mujer, ese condicionamiento que la preparación

---

<sup>878</sup> Carreras, «*Dos escuelas*», *op. cit.*, p. 265. Según el conferenciante, la sesión estaba programada en el Instituto Francés de Barcelona, pero se celebró finalmente en la Real Academia de Medicina por «tratarse de un asunto marcadamente técnico y [por] la índole de la película», p. 272.

<sup>879</sup> *Ibid.*, p. 266. Sobre las películas, no obstante, el director de la maternidad parisina señalaba que su visionado debía siempre acompañarse de un «comentario apropiado» y no usarse nunca como material divulgativo. Le Guay, *op. cit.*, p. 6.

<sup>880</sup> Para un análisis de la relevancia, el cometido y la evolución del material audiovisual en el movimiento por la preparación al parto véase Michaels, «*The Sounds and Sights*», *op. cit.* La referencia a la película de Dick-Read se encuentra en p. 30.

<sup>881</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 60.

<sup>882</sup> Véase (*Fisio*)terapia, epílogo.

<sup>883</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 60.

se esforzaba por invertir en un sentido provechoso para el curso del parto<sup>884</sup>. Pero este gesto preventivo no excluía en absoluto el compromiso que la psicoprofilaxis, como praxis terapéutica, se había dado con el naturalismo de sus descripciones, ya fueran visuales, orales o escritas. La actitud epistémica del médico psicoprofiláctico encarnaba una fidelidad hacia los hechos naturales que podía llevar a veces hasta la crudeza. Era lógico que fuera así, dado el armazón teórico que sustentaba el método y que empujaba a los profesionales a razonar en tres tiempos: primero, el dolor del parto era el fruto de un reflejo condicionado negativo, de un error de comprensión de la naturaleza que la sociedad había instigado en el cerebro de cada mujer; segundo, existía sin embargo la posibilidad de deshacer el error cognitivo creando nuevos reflejos condicionados que, por su parte, se ajustaran estrictamente a la fisiología del parto; finalmente, el conocimiento de esa fisiología en su materialidad más literal no solo no era ningún inconveniente, sino que al contrario era un requisito indispensable para alimentar esa comprensión veraz que desterraría para siempre el dolor de los paritorios.

En contraposición a este criterio de enunciación fidedigna de las verdades naturales, Grantly Dick-Read adoptó una posición menos positivista. Decía el británico: «No siempre se puede contar toda la verdad. El médico puede causar mucho daño si en su afán de decir la verdad no pesa antes el alcance de sus palabras»<sup>885</sup>. Aisladamente, cualquier teórico psicoprofiláctico habría suscrito esta frase. Sin embargo, Dick-Read planteaba algo impensable desde el punto de vista de la teoría soviética, a saber, que la explicación de cómo se desarrolla el embarazo debía incluir una representación «agradable» del feto<sup>886</sup>.

Esta dulcificación de los procedimientos pedagógicos cobraba sentido dentro de un marco de análisis que consideraba el dolor como síntoma somático de una perturbación emocional. En efecto, el objetivo de la preparación readiana no era tanto corregir la interpretación cortical del dolor en la mujer como *producir* en ella un estado de ánimo conveniente<sup>887</sup>. Con pleno derecho, el médico de Suffolk también hondeaba la bandera de la «sinceridad» e instaba a sus iguales a basar su actuación «en la tranquilizadora afirmación de la verdad»<sup>888</sup>. Pero a su vez la preparación de la embarazada demandaba una actitud policíaca en la que el obstetra se mantenía al acecho y descifraba los signos de una posible inestabilidad anímica:

«La existencia de una persistente ansiedad, que debe combatirse, se descubrirá por la forma en que entre la paciente en el gabinete de consulta. Una mujer con confianza y decisión presentará a los seis o siete meses de embarazo una actitud de espontaneidad y seguridad en sí misma y una

---

<sup>884</sup> Le Guay, *op. cit.*, p. 13.

<sup>885</sup> Dick-Read, «Aspectos psicósomáticos», *op. cit.*, p. 93.

<sup>886</sup> *Ibid.*, p. 91.

<sup>887</sup> *Ibid.*, p. 89.

<sup>888</sup> *Ibid.*, pp. 89 y 94 respectivamente.

radiante satisfacción que son típicas de esta fase. En cambio, las que están dominadas por la ansiedad o se encuentran bajo la influencia de consejos, conversaciones o asociaciones que provoquen temor entrarán al despacho de modo muy distinto. Desean encontrar simpatía en el médico y reciben con agrado la invitación a formular preguntas. Al principio no es probable que confiesen abiertamente lo que en realidad les preocupa. En general empiezan diciendo cosas como las siguientes: «Mi madre ha estado conmigo.» «He recibido carta de mi hermana y me cuenta que ha tenido dos niños.» [...] Expresiones de esta clase indican claramente la existencia de algo que motiva ansiedad. Conviene que el médico se dé cuenta de la importancia de esta situación, ante la cual procederá con mucho tacto»<sup>889</sup>.

Tanto los adeptos a la psicoprofilaxis como los partidarios del parto natural readiano pretendían «educar la mente de la futura madre, moldeándola como el escultor modela una estatua»<sup>890</sup>. Pero si los primeros daban forma a la escultura con el cincel del convencimiento, los segundos usarían el de «la persuasión», un utensilio que según Dick-Read debía «regularse en cuanto a la fuerza o suavidad conveniente», pues «un falso movimiento» podía destruir «lo que iba en camino de ser una obra maestra»<sup>891</sup>. La asepsia readiana, que yo vinculo a la noción de *tacto*, era pues una medida higiénica que permitía modular la transmisión del conocimiento en virtud de una supuesta fragilidad psicoafectiva de la embarazada.

Como siempre, los dos modelos educativos tomaban precauciones muy similares para no herir a la gestante, y las diferencias asomaban únicamente en la argumentación subterránea de los gestos preventivos. La discordancia, por no decir el antagonismo, se daba en el estilo pedagógico que adoptaban los actores de cada método, esto es, en la posición del preparador respecto del conocimiento y de las reglas que permitían transmitirlo. Realistas y exactos los franceses, los modelos de influencia readiana enfatizarían la sofisticación, la prudencia y la empatía como virtudes cardinales del buen preparador.

Con todo, la política pedagógica de cada escuela de parto sin dolor no se componía tan solo de reglas sobre la enunciación y transmisión de contenidos abstractos. También albergaba una especie de maqueta en miniatura de la posición y los roles que ejercían los distintos actores en ese proceso de enseñanza y aprendizaje. El siguiente apartado trata de estos modelos sociológicos o relacionales inherentes a cada escuela de preparación al parto, modelos que mantienen una correspondencia sistemática con las indicaciones procedimentales que acabo de presentar sobre la educación teórica de las pacientes y del personal sanitario.

---

<sup>889</sup> *Ibid.*, p. 93.

<sup>890</sup> *Ibid.*, p. 90.

<sup>891</sup> *Ibid.*

## 7. 2. Geometrías de la distancia

Con un tono algo afectado, un manual español rezaba:

«La práctica del parto psicoprofiláctico exige un sacrificio inmenso por tu parte y no menos grande por parte del tocólogo y comadrona. Estos últimos, desde el momento que aceptan la práctica del método, se hallan dispuestos a todo sacrificio, porque su vida es una renunciación y un sacrificio continuo en bien de los enfermos y de las parturientas. Pero yo debo preguntarte: Y tú, ¿estás dispuesta a cargar con el sacrificio que ello exige?»<sup>892</sup>.

La psicoprofilaxis desplegaba su labor disciplinaria de arriba abajo y viceversa. El método exigía una gran implicación por parte de todos los estamentos de la jerarquía hospitalaria, incluida la paciente y su partero. Precisamente por ello a Pierre Vellay le gustaba decir que la psicoprofilaxis «no es un método de facilidades»<sup>893</sup> o, según aquella otra expresión de Lamaze, el parto sin dolor «no se compra como una receta de mayonesa, sino que es algo que se merece»<sup>894</sup>. Quizá la mujer no pariría a sus hijos con dolor, pero desde luego tal victoria se lograría con el sudor de su frente. La de la mujer y la de todos sus asistentes, a quienes la práctica del método transformaba tanto como a ella el acceso a la verdad –o más bien la mentira– del dolor. De hecho el profesional que se entregaba a la psicoprofilaxis, decía Lamaze, sufría una suerte de conversión irreversible<sup>895</sup>. La metamorfosis era tanto epistémica como relacional, pues más allá de las teorías sobre el dolor y la manera de comunicarlas, los métodos de preparación al parto cuestionaron la relación humana que se da en todo contexto asistencial y propusieron su propio modelo de cercanía entre expertos y profanos. En la aventura de enseñar y aprender a parir sin dolor, la dirección en que debían producirse estos intercambios –vertical u horizontal– venía además determinada por el efecto psicoterapéutico que cada método buscaba fomentar.

El presente epígrafe aborda la relación médico-paciente según la teorizaron las corrientes psicoprofiláctica y readiana, así como sus respectivos seguidores en España. A modo de introducción el apartado presenta la forma en que el movimiento por la preparación al parto destacó la dimensión humana en el cuidado de las pacientes, y plantea de paso alguna de las limitaciones de esta promesa al chocar con el carácter disciplinario propio de los métodos de educación prenatal. Tras esto la sección analiza los rasgos distintivos del estilo pedagógico de los psicoprofilácticos, cual la familiaridad, la interdependencia o

---

<sup>892</sup> Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 109.

<sup>893</sup> Vellay, «Lugar», *op. cit.*, p. 68.

<sup>894</sup> Lamaze, *L'Accouchement sans douleur* [conferencia], *op. cit.*, pp. 12-13.

<sup>895</sup> Lamaze, *Texto del discurso*, *op. cit.*, pp. 13-14.

la igualdad, y los compara después a los de la escuela readiana, como la gracia personal del médico y su capacidad para ofrecer cierto amparo a la mujer. El texto se hace también eco de las posturas de algunos médicos españoles al respecto, y las pone en relación con las transformaciones que sufre la dinámica asistencial en la obstetricia moderna. El modelo de preparador encarnado por Aguirre de Cárcer hace de nexo con el capítulo siguiente, y este termina finalmente con una reflexión general sobre el encaje de ambas modalidades pedagógicas en el contexto de hospitalización masiva de los partos en la segunda mitad del siglo XX.

La relación entre la parturienta y las personas encargadas de su preparación se prescribía, en todos los casos, como un lazo de confianza. Tanto en modelos anteriores de asistencia obstétrica como en los que propusieron los métodos del parto natural o sin dolor la mujer se ponía a disposición de un personal más o menos especializado. Literalmente, la futura madre se ponía *en manos de* su tocólogo o matrona, la enfermera o la partera. Pero había una diferencia entre confiarse a ellos como un acto de entrega incondicional y sin reservas, y hacerlo como resultado de un contrato tácito basado en la comprensión, el apoyo y, como el término indica, la confianza mutua.

Decir que los fundadores de la preparación al parto estaban esbozando por primera vez el concepto de consentimiento informado sería un anacronismo. Pero sí cabe pensar que en su antagonismo hacia la obstetricia convencional, dichos profesionales entendieron la cesión que la mujer hacía de sus propias competencias para ser instruida como un gesto de madurez y autosuperación, pues *querer saber* era, en sí mismo, liberador.

Según Paula A. Michaels el potencial revolucionario de la psicoprofilaxis residió en buena medida en la confianza insólita que esta práctica médica depositaba en la racionalidad femenina<sup>896</sup>. No obstante, la autora también señala que el método contaba con la habilidad del tocólogo para encorsetar el intelecto de la parturienta y sacar así un rendimiento preventivo a su enseñanza. Precisamente porque la empresa psicoprofiláctica dependía en buena medida de la capacidad del tocólogo para ilustrar y adoctrinar a las parturientas, y de su autoridad sobre ellas en el momento del parto, Michaels advierte contra el error de analizar este fenómeno histórico en clave de empoderamiento feminista<sup>897</sup>. En efecto, por mucho que la aproximación de la psicoprofilaxis fuese novedosa, o que las relaciones entre sus actores a veces refutasen las dinámicas jerarquizadas de la medicina convencional, lo cierto es que la autoridad del

---

<sup>896</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 55.

<sup>897</sup> *Ibid.*

médico fue en todo momento un ejercicio necesario en la preparación y la conducción de los partos<sup>898</sup>.

El obstetra gozaba pues de una autoridad irrefutable, pero los discursos sobre su interacción con las pacientes estaban cambiando. Por ejemplo, los estadounidenses William S. Kroger y Charles S. Freed rechazaban de plano el paternalismo del tocólogo: el «todo irá bien, no se preocupe» ya no servía<sup>899</sup>. El profesor no debía tratar de persuadir sino, como se dijo anteriormente, «convencer demostrando»<sup>900</sup>. Por su parte Dick-Read aseguraba que la «comprensión de los hechos» contribuía enormemente al dominio de la mujer sobre sí misma, y toda su pedagogía consistía en ponerse a disposición de la gestante para disipar sus temores y convencerla de la naturalidad del parto<sup>901</sup>. Como ha señalado la investigadora Ornella Moscucci, el médico británico acordaba una importancia relativa a la instrucción teórica, pues esta resultaba inútil si la relación médico-paciente era pobre<sup>902</sup>.

Declaraciones como la del británico o aquella de Kroger y Freed, más arriba, no traducían únicamente la voluntad de enmendar los saberes profanos sobre el parto o de colmar un supuesto vacío intelectual en la mujer en tanto que ser racional y maduro. Al contrario, los modelos psicosomáticos de preparación al parto consideraron la instrucción prenatal como una psicoterapia de la mente femenina, en esencia inestable e inacabada. Bajo el auspicio del psicoanálisis la justificación teórica de la educación prenatal tendía a infantilizar a la mujer insistiendo en que sus trastornos fisiológicos durante el parto y el embarazo residían en conflictos «inconscientes» y que por tanto ella no controlaba, era víctima de, o no conocía nunca sus emociones y conflictos internos.

Fuese como fuese, los promotores de los distintos métodos de preparación al parto coincidían en que la relación entre la mujer y sus educadores debía basarse en la confianza y la proximidad. Pero no todos adoptaron el mismo estilo comunicativo ni valoraron del mismo modo el papel del médico o preparador.

Tenemos escasa evidencia del estilo de los profesionales soviéticos en su ejercicio de la psicoprofilaxis. La práctica de la escuela francesa está mejor documentada, y parece que Fernand Lamaze y Pierre Vellay, así como otros personajes ya míticos de esta corriente, manejaron a las masas con no poco magnetismo. En España, Carreras relató en 1956 ante la Real Academia de Medicina de Barcelona las herramientas discursivas y expositivas que utilizaban los profesionales de la maternidad de Blüets para cautivar al alumnado

---

<sup>898</sup> Prueba de ello es la mención al recurso de autoridad presente en Altès y otros, *op. cit.*, p. 15.

<sup>899</sup> Freed y Kroger, *op. cit.*, p. 117.

<sup>900</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 54. La misma idea es recogida, entre otros, por Francisco Carreras en sus anotaciones sobre la enseñanza en la maternidad de la calle de Blüets: Carreras, «*Dos escuelas*», *op. cit.*, p. 264. También Consuelo Ruiz se hace eco de ello en repetidas ocasiones; véase por ejemplo *Cartilla*, *op. cit.*, p. 24.

<sup>901</sup> Dick-Read, «*Aspectos psicosomáticos*», *op. cit.*, p. 98.

<sup>902</sup> Moscucci, *op. cit.*, p. 171.

femenino<sup>903</sup>. Asimismo, José Antonio Usandizaga Beguiristain, jefe de servicio de la Maternidad de La Paz de 1965 a 1998, reconocía que Lamaze y su equipo poseían dotes oratorias excepcionales, una opinión que Michaels comparte en sus publicaciones<sup>904</sup>.

Ahora bien, dado que la maternidad de Bluets fue un enclave del movimiento obrero parisino controlado por la CGT, las dinámicas que se establecieron entre los profesionales y los usuarios de la institución tendieron a ser por lo general más igualitarias que en otros establecimientos de la época. Como vimos, ese «igualitarismo de izquierdas», como lo llama Michaels, animaba al personal a expresar sus opiniones sin importar el rango o la antigüedad, y los testimonios que el equipo solicitaba a las pacientes tras el parto se inscribían también, en parte, en esa lógica de la horizontalidad<sup>905</sup>.

Así pues, un espíritu de solidaridad y cooperación debía distinguir las prácticas de asistencia al parto en la maternidad parisina, o al menos así lo estipularon Lamaze y Vellay en un texto donde hablaban de la preparación psicoprofiláctica como algo opuesto a un flujo «en sentido único entre un educador que enseña y un alumno que aprende». Lejos de ahí, la psicoprofilaxis era «una construcción común realizada por un grupo en cuyo interior se crean lazos recíprocos y sólidos y donde se manifiestan interferencias permanentes y complejas entre médico, auxiliares y mujeres, los cuales abordan entre todos la realización de una nueva empresa»<sup>906</sup>.

Para los teóricos franceses era precisamente la participación activa de la mujer en el seno de dicho grupo lo que consolidaba en ella un sentido de la confianza y de seguridad en sí misma. Una estrategia del equipo parisino a este respecto era reunir a gestantes y recién paridas para que estas últimas relataran su experiencia a las primeras y crear así en ellas un sentimiento de grupo o pertenencia. Seducido por el procedimiento, el psicoprofiláctico Anicet Altès también hacía referencia a estas entrevistas de púerperas con gestantes para dar confianza a las primeras. El ginecólogo vicense llegó incluso a hacer participar en las lecciones teóricas a parturientas que, en el periodo más suave de la dilatación, narraban en gerundio su experiencia a las asistentes<sup>907</sup>. El objetivo, en cualquier caso, era crear un «clima particular»<sup>908</sup> propicio a la camaradería y capaz de transmitir fe en el método a todas las mujeres<sup>909</sup>.

Consuelo Ruiz Vélez-Frías tradujo este modelo de camaradería psicoprofiláctica al ámbito profesional de las matronas. En su primera

---

<sup>903</sup> Véase Carreras, «*Dos escuelas*», *op. cit.*

<sup>904</sup> El ginecólogo había seguido un curso de formación de profesionales en psicoprofilaxis obstétrica en la maternidad parisina a principios de los años 1960. Entrevista a José Antonio Usandizaga, 15 de diciembre de 2015, Madrid. En cuanto a la referencia de Michaels puede verse, por ejemplo, *Lamaze, op. cit.*, p. 45.

<sup>905</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 59. Véase el desarrollo de estas cuestiones en la introducción a *Genealogía*.

<sup>906</sup> Lamaze y Vellay, «*Cinq ans*», *op. cit.*, p. 38.

<sup>907</sup> Altès, «*El factor psicológico*», *op. cit.*, p. 4.

<sup>908</sup> Lamaze, «*L'Accouchement Sans Douleur*» [Étude], *op. cit.*, p. 5.

<sup>909</sup> Como afirmaba Lamaze en una ocasión: «Nos gusta que una especie de francmasonería exista entre los apasionados del Parto Sin Dolor». Lamaze, *Texto del discurso, op. cit.*, p. 5.



publicación sobre el parto sin dolor la matrona madrileña comentaba: «A lo largo de la preparación, durante las charlas, las preguntas y las dudas aclaradas, se crea un ambiente de cariño, de elevada moral, de compenetración entre ellas y nosotras que, por sí solo, vale todo el método»<sup>910</sup>. Consuelo Ruiz afirmaba que el éxito o fracaso de la preparación estribaba no solo en sus contenidos sino también en el modo en que la matrona se dirigía a las alumnas, que debía ser afectuoso y cordial, «como una reunión entre amigas»<sup>911</sup>.

El psicoprofiláctico Vallvé Miró también señalaba que la mujer debía acoger la preparación «no como un trabajo sino como una diversión» y, por tanto, su actitud ante las lecciones no debía ser la de «un niño que acude a la escuela». El tocólogo, aclaraba Vallvé Miró, «no va a comportarse como un maestro recto y duro, todo lo contrario, su amabilidad y alegría rebasarán los límites de la cordialidad»<sup>912</sup>. Por su parte Álvaro Aguirre de Cárcer reconocía las bondades del ambiente amistoso en la preparación, pues la complicidad entre las gestantes confería a las sesiones, al mismo tiempo, un efecto de psicoterapia de grupo<sup>913</sup>. Santiago Lorén daba una vuelta de tuerca a la noción de camaradería alegando que el «espíritu de competición» que se despertaba entre las alumnas en las pruebas respiratorias y de relajación influía positivamente en los resultados<sup>914</sup>.

Por último, Ángel Hernández Jiménez recreó probablemente a pies juntillas el estilo de Bluets, donde Lamaze y Vellay presentaban el parto sin dolor como «una dura escuela» en la que, sin embargo, todos participaban para conseguirlo<sup>915</sup>. El tocólogo madrileño era muy exigente con las alumnas, a quienes de manera un tanto anticuada llamaba «señoras de», y tenía un sistema de puntuaciones que no atribuía así como así, además de ser muy estricto con la dieta de la embarazadas<sup>916</sup>. Y sin embargo, su formación y afinidad con el grupo parisino lo llevó a plantear una enseñanza hasta cierto punto horizontal, en el que las charlas tomaban un formato de coloquios, más que de «lecciones», y donde se daba prioridad al intercambio de opiniones con el preparador así como al diálogo que surgía entre las mujeres en los grupos<sup>917</sup>. Su discípulo Carlos de la Cal Álvarez también concedía gran importancia a la interacción que surgía entre

---

<sup>910</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 4. También una paciente de Aguirre de Cárcer aludía a «la jovialidad y camaradería que reina en las clases», aunque se refería únicamente al ambiente entre alumnas, en Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], op. cit., p. 81.

<sup>911</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 5.

<sup>912</sup> Vallvé Miró, op. cit., p. 110. Francisco Carreras suscribía la misma aproximación de las lecciones teóricas, que debían plantearse como charlas en un ambiente distendido, «acogedor y alegre», suprimiendo así de los cursillos «el carácter de clase escolar». Carreras, *Ataraxia y obstetricia*, op. cit., p. 306.

<sup>913</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 53.

<sup>914</sup> Lorén, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 39. En particular, este autor repetía a lo largo de la preparación pruebas de espirometría por parejas para motivar a las alumnas a mejorar su capacidad respiratoria entrenando en casa. Véanse por ejemplo las páginas 43, 46 y 51.

<sup>915</sup> Lamaze y Vellay, *Cinq ans*, op. cit., p. 30. Literalmente, el texto dice: «L'A.S.D est une rude école et non une école de facilité».

<sup>916</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15). La cuestión del control dietético de sus pacientes se la debo a Colette Malye. Entrevista a Malye (5/4/17).

<sup>917</sup> «La influencia» [mesa redonda], *II Reunión*, op. cit., pp. 105 y 109.

profesor y alumnado, compuesto por mujeres o por ellas y sus parejas, con motivo de cada clase teórica<sup>918</sup>.

Cada preparador tuvo sin duda su estilo personal, pero en el caso de Consuelo Ruiz –contundente y enérgica– o de Ángel Hernández Jiménez –estricto pero cercano– parece que ambos dedicaron más energía a que las mujeres comprendieran la parte teórica de las lecciones que a inspirar confianza mediante su influjo personal. Según la concepción psicoprofiláctica los conocimientos que la mujer adquiriría en los cursillos preparatorios no eran solo descriptivos, sino también normativos, en el sentido de que ofrecían instrucciones razonadas sobre cómo desenvolverse en cada fase del parto. Y este saber teórico-práctico debía bastar, a priori, para insuflar confianza en la futura madre, tanto o más que la propia relación humana que la mujer entablaba con sus preparadores. Como decía Vélez-Frías asumiendo el punto de vista de sus pacientes, «sabemos que hemos de estar tranquilas y confiadas en el momento del parto y el miedo al mismo está completamente injustificado porque *sabemos* lo que tenemos que hacer»<sup>919</sup>. Su preocupación por que las alumnas entendieran los contenidos teóricos de la preparación era manifiesta: «Les ruego desde ahora no dejen pasar nada sin entenderlo perfectamente», comentaba la matrona, «que pidan todas cuantas aclaraciones necesiten a mis palabras, yo puedo no explicarme bien, y es preciso que ustedes comprendan todo»<sup>920</sup>. Para garantizar esta comprensión Consuelo Ruiz preparaba una hoja multicopiada con un resumen de sus charlas para que las mujeres pudieran repasar en casa tras la lección<sup>921</sup>. En la misma línea, Colette Malye relataba lo difícil que resultaba formar a las mujeres de mediados de siglo en nociones de medicina o en la teoría pavloviana de los reflejos condicionados. Muchas de las mujeres que acudían a Santa Alicia habían recibido escasa instrucción previa, incluidas las pacientes más acomodadas. Malye aseguraba que una de las preocupaciones fundamentales de su marido era, precisamente, hacer entender las bases del método a sus pacientes<sup>922</sup>.

Grantly Dick-Read pensó el modelo de cercanía entre educador y embarazada desde una óptica distinta. En la medida en que la confianza era un afecto y que el británico consideraba, etiológicamente hablando, la tensión emocional como el factor que malograba el trabajo de parto, el papel del médico o preparador adquiriría una importancia capital en su sistema. Si para Lamaze y Vellay el protagonismo del tocólogo debía menguar con el tiempo, en beneficio de una acción más colectiva del equipo médico formado en psicoprofilaxis<sup>923</sup>, el

---

<sup>918</sup> De la Cal, *Embarazo y parto*, op. cit., p. 90.

<sup>919</sup> Vélez-Frías, *Preparación*, op. cit., p. 95.

<sup>920</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 7.

<sup>921</sup> Vélez-Frías, *Cómo se hace*, op. cit., p. 12.

<sup>922</sup> Entrevista a Malye (16/5/17).

<sup>923</sup> Lamaze y Vellay, «*Cinq ans*», op. cit., p. 31.

británico proponía un reparto de roles en el que, al contrario, la responsabilidad recaía mayormente sobre el preparador y los asistentes no eran más que personajes secundarios.

Según Dick-Read el tocólogo debía ejercer de «oráculo impersonal pero accesible»<sup>924</sup> y la instrucción que este ofrecía debía darse sin ostentación pero «con firmeza»<sup>925</sup>. Su carisma era necesario para insuflar a la paciente confianza en el procedimiento del parto y en el propio tocólogo. El preparador desplegaba sus dotes, o su gracia, con sobriedad y sin florituras, pues «es poco probable inducir sabiduría haciendo uno el bobo», comentaba irónicamente el británico, del mismo modo que «la confianza y la calma solo pueden comunicarse a la paciente si existen en el ánimo del tocólogo»<sup>926</sup>.

Aunque Dick-Read afirmaba que utópicamente las jóvenes deberían aprender nociones de fisiología reproductiva desde la infancia, el británico nunca propuso una regla de oro sobre cómo educar a las embarazadas<sup>927</sup>. Más que de una auténtica pedagogía, pues, se trataba de aclarar los miedos de la futura madre, vigilar su actitud durante el embarazo y mimar su estado anímico durante el parto. Como propuso la psicoterapeuta Leonor Lorenzo, el método readiano consistía en una «psicoterapia de apoyo», y no en una enseñanza propiamente dicha<sup>928</sup>.

Si la preparación era fundamentalmente un proceso de «rectificación emocional»<sup>929</sup>, en palabras de Dick-Read, el manejo del parto requería de gran delicadeza por parte del tocólogo. Por ejemplo, en el transcurso de la dilatación la mujer tomaba el consejo «acreditado» de su médico «como agua bebe el sediento», decía el inglés<sup>930</sup>. Es decir que la empatía del médico, pero también su reputación y su influjo sobre la paciente, actuaban como calmantes en las fases más arduas del trabajo, durante las cuales la paciente podía quebrarse con facilidad. En cierto modo la lente que el modelo readiano aplicaba a la relación asistencial permitía una doble graduación, un enfoque donde la cercanía de la solicitud del médico y la lejanía de su autoridad se implicaban mutuamente.

La mujer bien preparada, además, mostraba en el parto un estado de júbilo y una exaltación mental excepcionales; quienes la asistiesen debían según Dick-Read limitarse a proteger y acompañar tal estado, en vez de adoptar un comportamiento más activo y potencialmente perturbador<sup>931</sup>. En su descripción de cómo debían funcionar las escuelas de instrucción prenatal, Dick-Read

---

<sup>924</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, p. 119.

<sup>925</sup> Dick-Read, «Aspectos psicossomáticos», *op. cit.*, pp. 93-94.

<sup>926</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, p. 159 y «Aspectos psicossomáticos», *op. cit.*, p. 89, respectivamente.

<sup>927</sup> Grantly Dick-Read alude a la educación sexual de las jóvenes en *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, p. 74 y el comentario sobre el carácter no reglado de su preparación se encuentra en *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 108.

<sup>928</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 31.

<sup>929</sup> Dick-Read, «Aspectos psicossomáticos», *op. cit.*, p. 109.

<sup>930</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 156.

<sup>931</sup> *Ibid.*, pp. 109-110.

sugería que lo ideal era la homogeneidad de criterio entre educadores, asistentes y acompañantes de la mujer. El trabajo en equipo evitaba errores y malentendidos, y mejoraba los resultados tanto en casa como en el hospital<sup>932</sup>. Ahora bien, potenciar la sinergia profesional entre los distintos actores distaba mucho de la educación integral de la plantilla preconizada por la psicoprofilaxis. En esta última escuela no solo había que mejorar las formas y el trato con las pacientes, sino que el personal sanitario y administrativo debía también reciclar sus conocimientos sobre la fisiología del dolor. En el modelo readiano, en cambio, bastaba con depurar las maneras de los profesionales para proteger a la paciente de posibles vaivenes emocionales, ya fueran causados por otros o por ella misma. Y solo en el médico o en el preparador recaía, no obstante, el peso de hacerle comprender su error.

Según refiere Claudio Becerro de Bengoa en su tesis doctoral, el método de la «charla en el baño», creado por Hans Roemer y Karl Hermann Lukas en la Clínica Obstétrica de la Universidad de Tubinga a finales de los 1950, retomaba estos preceptos readianos aunque a su vez introducía variaciones sustanciales respecto a la fuente original. El conocido como «método de Tubinga» consistía en acoger a pacientes no preparadas en un baño de agua templada (37° C) durante la primera fase de la dilatación. La matrona mantenía con cada mujer una larga charla, que podía durar hasta 4 o 5 horas, en la que realizaba una breve anamnesis, explicaba algunas de las nociones que en el método readiano constituían la base de la formación teórica y fomentaba un diálogo «humano, profundo y sincero» destinado a promover la confianza y la seguridad en la futura madre. Para ello la matrona debía poseer «un arte psicológico e intuitivo especial» de modo que la mujer se sintiera «como en su propia casa»<sup>933</sup>.

Esta visión de la relación asistencial se asemejaba pues a la de Grantly Dick-Read en la medida en que el profesional se erigía como elemento de protección de la paciente. A diferencia de la práctica readiana, sin embargo, la «charla en el baño» no requería de un vínculo previo de la gestante con el personal, rasgo que anticipaba el funcionamiento menos personalizado de la obstetricia hospitalaria que se consolidó en las décadas siguientes<sup>934</sup>.

En España el ideal readiano encontró apoyos entre los tocólogos de tendencia más conservadora. El médico y el teólogo ovetenses Antonio Díez Blanco y Jesús H. Álvarez coincidían por ejemplo en el valor del médico para

---

<sup>932</sup> *Ibid.*, p. 242.

<sup>933</sup> Becerro de Bengoa, *op. cit.*, pp. 67-71.

<sup>934</sup> De hecho, aunque en la clínica de Tubinga también se preparaba a grupos de mujeres independientemente del procedimiento en el baño, Lukas insistía en no establecer ningún vínculo personal e individualizado entre las pacientes y el preparador, de manera que cada mujer fuera capaz de dar a luz en la clínica sin necesitar una supervisión constante por parte del equipo. Para un resumen de las aportaciones del grupo de Tubinga en relación al método readiano, véase Marion Schumann, «From Social Care to Planning Childbirth in the Federal Republic of Germany 1950-1975», en Kathrin Braun (ed.), *Between Self-Determination and Social Technology: Medicine, Biopolitics and the New Techniques of Procedural Management*, Transcript-Verlag, Bielefeld, 2011, pp. 45-48.

«levantar el ánimo de la mujer». Más allá de la preparación teórica y práctica, los autores creían que el papel del tocólogo consistía fundamentalmente en transmitir seguridad a la embarazada haciéndole saber que su parto se desarrollaría con toda normalidad y que los dolores no serían sino «soportables y llevaderos». Suscribiendo pues a pies juntillas el estilo readiano, los autores concluían que el médico debía emplear su autoridad y prestigio para conducir a sus pacientes hacia el «parto sin temor»<sup>935</sup>. Clavero Núñez ya había señalado, por su parte, que la paciente del método readiano se caracterizaba por ir al parto entrenada y con ánimo sereno, «resuelta a resistir sus molestias», y «con el estado psicológico del que se encuadró en una secta cuyos principios han de ser salvados»<sup>936</sup>. Otro en sumarse con cierta nostalgia a esta visión de la asistencia era Manuel Usandizaga, quien confesaba ansiar tan solo «que las pacientes fuesen personas muy sensatas [...], y que estuviesen dispuestas a tener fe en el médico y se comportasen en consecuencia»<sup>937</sup>.

Consideraciones similares pudieron escucharse en el discurso inaugural del año académico 1957-1958 en la Sociedad Ginecológica Española. Tras ridiculizar la contribución franco-soviética a la preparación al parto, Félix Fernández Portal comentaba que «lo más importante [del método] es precisamente la acción sugestiva que pueda ejercer el preparador y que será tanto más eficaz, cuanto mayor sea su autoridad y la confianza que en él tengan depositadas las gestantes»<sup>938</sup>. Para Fernández Portal el padre de la preparación al parto era indudablemente Dick-Read. El tocólogo de origen andaluz declaró que los rusos se atribuían ilegítimamente «la paternidad del sistema (como de todo lo habido y por haber)», y que en realidad el método readiano «se extendió por Ucrania y Estados Unidos, siendo sus patrocinadores Valvoski y Thoms. Pasó después a otros países y por último a Francia, con Lezame [...]», continuaba el conferenciante<sup>939</sup>.

Las erratas en los nombres del ruso y del francés pueden deberse a un descuido de la persona encargada de la transcripción del texto, pero la distorsión sobre la autoría del método es típica, en todo caso, de los profesionales que quisieron resucitar la figura de Dick-Read ante el auge de los términos «psicoprofilaxis» y «parto sin dolor», identificativos de las versiones francesa y rusa de la preparación al parto. Otro ejemplo de ello lo ofrecería Francisco Carreras, quien como sabemos debutó en la psicoprofilaxis pero se inclinó con los años hacia un modelo deudor para con Dick-Read. Tras el fallecimiento de este, Carreras le dedicó un artículo laudatorio donde el catalán nombraba a los fundadores rusos de la psicoprofilaxis como «Platanov y Welwoski»<sup>940</sup>, en una

---

<sup>935</sup> Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, p. 68.

<sup>936</sup> Clavero, *Aspectos humanos, op. cit.*, pp. 50-51.

<sup>937</sup> Usandizaga, *La ataraxia, op. cit.*, p. 91.

<sup>938</sup> Fernández Portal, *op. cit.*, p. 24.

<sup>939</sup> *Ibid.*, pp. 25 y 22 respectivamente.

<sup>940</sup> Carreras, «Grantly Dick-Read», *op. cit.*, p. 224.

confusión parecida a la de «Platonov y Vielovsky» o «Platanov y Vielevski» de Santiago Lorén, también muy afín al marco readiano<sup>941</sup>.

Con independencia de estos ataques nominales, quienes valoraban la figura de médico partero que encarnó Dick-Read conferían gran importancia al carisma y la autoridad del tocólogo, ambas virtudes esenciales para sugestionar a la paciente. Por este motivo Fernández Portal aconsejaba que el «preparador psíquico» de la embarazada fuese el mismo que asistiera el parto, aunque del resto de la preparación se encargaran otros, pues «la influencia psíquica y la acción sugestiva son cosas exclusivamente personales e intransferibles y quedan desvirtuadas o pierden totalmente su eficacia con la dualidad de intervención de un preparador y otro distinto para conducir el parto»<sup>942</sup>.

En la misma línea, el Doctor Feroso Movilla relataba el único caso de «suspenso» que había tenido entre sus pacientes como consecuencia de una desafortunada «deficiencia en [la] asistencia psíquica» de la muchacha, que él no pudo asistir personalmente. A pesar de que el tocólogo de la Maternidad Militar Gómez Ulla, en Madrid, esperaba de esta alumna «el más brillante resultado», su ausencia en el parto hizo que «todo el esfuerzo de la preparación se [viniera] abajo en unos minutos», habiendo quedado la mujer «destrozada psíquicamente»<sup>943</sup>. Al parecer, el énfasis que estos tocólogos ponían en su propia persona era a un tiempo la ventaja y el punto débil de este modelo de preparación de la embarazada.

Álvaro Aguirre de Cárcer, a quien llamaban «el gurú de la preparación al parto»<sup>944</sup>, también encarnó en cierto sentido la figura del preparador que Dick-Read había perfilado. Desde el principio de Cárcer recordaba que el miedo de la mujer al parto no solo se combatía con buenas dosis de teoría sino también con las consultas al tocólogo, quien debía mostrar interés por el sistema y por su paciente<sup>945</sup>. Como veremos en el próximo capítulo, Aguirre de Cárcer llegaría a afirmar en los años 1960 que el médico y/o preparador actuaban como «arma curativa» contra la ansiedad de las gestantes<sup>946</sup>. El cuidado de los afectos, por tanto, estaba muy presente en su manera de enfocar la preparación.

Ahora bien, de Cárcer no era ginecólogo y no podía asistir el parto de sus alumnas. Lejos de frenarlo, esta circunstancia lo llevó a tener que sortear el requisito de continuidad entre preparación y asistencia como garantía de éxito del método. Pues muchos partidarios de ambos métodos reclamaban, en la España de finales de los años 1950, la condición de continuidad frente a «la

---

<sup>941</sup> Santiago Lorén, «El aspecto psicoterápico y de conciencia de los nuevos métodos de parto sin dolor», *Boletín informativo del Consejo General de Colegios Médicos de España*, 1956, pp. 35 y 39 respectivamente.

<sup>942</sup> Fernández Portal, *op. cit.*, p. 26.

<sup>943</sup> Asterio Feroso Movilla, «Nuestra experiencia sobre la preparación psicofísica del parto», *Clínica y Laboratorio*, Tomo LXIV, n.º 379, octubre de 1957, p. 250. (CM-HJ).

<sup>944</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15).

<sup>945</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 24.

<sup>946</sup> «Nuestra experiencia», *op. cit.*, p. 6.

práctica puesta en boga por algunos», decía el doctor Francisco Ucieda en una probable alusión a de Cárcer, «de enviar a sus clientes a un preparador»<sup>947</sup>. Pero las quejas de Ucieda cayeron pronto, como suele decirse, en saco roto. Más allá del estilo personal que debiera adoptar ese tocólogo-preparador *todo en uno* – paternal como en el sistema readiano o amistoso como en la psicoprofilaxis–, lo cierto es que dicho ideal encajaba perfectamente con un modelo de asistencia, individual y privada, que quedaría obsoleto en pocas décadas. Y a diferencia de quienes se aferraban a este ideal, Aguirre de Cárcer tuvo la fortuna, o el acierto, de adaptar el papel carismático del preparador a las nuevas rutinas de la obstetricia hospitalaria.

Cabe preguntarse, para concluir, por el encaje que estas dimensiones básicas de la preparación –la formativa y epistemológica y la organizativa, humana o relacional– encontraron en el seno del hospital contemporáneo. A mi entender el hospital planteaba roles insólitos o redefinía los existentes. La presencia y la participación del padre en el nacimiento sería, obviamente, una prueba de lo primero. Paula A. Michaels señala que una de las mayores contribuciones de la psicoprofilaxis francesa fue la introducción del marido en el paritorio como «labor coach»<sup>948</sup>. La idea la tuvo de hecho la doctora Annie Rolland, quien trabajaba en la campaña francesa con su marido preparando a aldeanas con psicoprofilaxis. Rolland comprobó que usar al marido de la parturienta como «extensión» de la autoridad de los profesionales facilitaba mucho la tarea de estos últimos. El equipo de Bluets integró rápidamente la medida, y de ahí pasó a otros países, generalizándose también a los partos sin preparación previa<sup>949</sup>.

Pero incluir al padre no hizo de las maternidades modernas instituciones más «familiares». Al revés, la eficiencia de estos nuevos escenarios pasaba en buena medida por la conservación de elementos clásicos –como la autoridad de los médicos o un personal jerarquizado– y la introducción de medidas nuevas como el trabajo en equipos que se relevan, el anonimato en el trato entre estos y las pacientes y la especialización creciente de cada estamento sanitario. Fuera del ámbito de la asistencia privada, el modelo de seguimiento personal y continuado de la paciente en su embarazo, parto y puerperio tendió a desaparecer a favor de una dinámica en la que el médico ilustre ya no actuaba aisladamente y el personal sanitario daba por sentado que las pacientes conocían y al menos facilitarían el trabajo colectivo de los especialistas.

---

<sup>947</sup> Ucieda, *op. cit.*, p. 20. Este tocólogo plantea sin embargo un caso particular, pues aunque practicaba el método franco-soviético, el leonés prefería las lecciones individuales a las colectivas para amoldarse mejor a la psicología de su paciente.

<sup>948</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, p. 56.

<sup>949</sup> *Ibid.*

Ante semejantes cambios formar a la embarazada y garantizar el cumplimiento de los preceptos que diseñaron los métodos de preparación al parto requería de gran agudeza y flexibilidad. La confianza, la cercanía o el carisma del preparador eran cuestiones que quedaban de algún modo barridas por la aceleración del ritmo hospitalario y la discontinuidad de las relaciones que se daban en él. Por otro lado, el ideal de fraternidad partisana que preconizaron los profesionales de la maternidad de los metalurgistas ha de entenderse como una estrategia discursiva marcada por las condiciones históricas de la institución y que por tanto no volvió a replicarse jamás.

La medicina hospitalaria desarrolló estructuras verticales de funcionamiento y tajantes divisiones entre sus distintas disciplinas, cosa que dificultaba la labor de escucha mutua entre los profesionales y también la igualación de estos respecto a sus pacientes. El contexto hospitalario hizo inviable la asistencia obstétrica personalizada y también dificultó el establecimiento de lazos sólidos de camaradería entre las pacientes, el equipo asistencial y las personas encargadas de la preparación, ya que a menudo estos últimos actores no eran los mismos<sup>950</sup>.

Los programas de preparación al parto en hospitales se amoldaron a los requisitos de cada escenario y, por consiguiente, cartografiar dichas prácticas de modo sistemático resulta casi imposible. En general las ideas psicoprofilácticas sobre la educación de la embarazada se difuminaron bastante, a excepción, claro está, del hecho mismo de la preparación en formato colectivo. Quizá, de forma muy imprecisa y en abstracto, persistió en algunos lugares una idea sobre el condicionamiento pavloviano y el potencial patógeno del lenguaje.

La figura del preparador que encarnó Dick-Read tampoco tendría mucha cabida en las maternidades modernas, como tampoco perduraron largo tiempo las alusiones a su visión cuasi victoriana de la asepsia en la literatura española de educación prenatal. Los tiempos cambiaban y sobreproteger a la embarazada de influencias negativas no parecía un objetivo factible en programas de preparación al parto que, más que a la carta, eran al menú. «La preparación uniforme aboca al fracaso»<sup>951</sup>, comentaba Manuel Usandizaga con el fin de dar por incompatible la asistencia hospitalaria y la preparación de la embarazada, que necesariamente había de ser individual porque según el bilbaíno «los métodos psicoprofilácticos» eran meramente sugestivos y debían por tanto tomar en consideración «las diversas personalidades de las parturientas»<sup>952</sup>. Para este ginecólogo próximo al régimen, además, la implantación de la psicoprofilaxis en España era casi imposible pues el método necesitaba de un «ambiente de fanatismo» en el que la ideología estuviera «por encima de la

---

<sup>950</sup> Desde una perspectiva comparada Francia-Bélgica y con una metodología de sociología de las técnicas, Madeleine Akrich y Bernike Pasveer han trabajado sobre algunas de las características de los dispositivos de atención al parto en los hospitales, entre ellas la discontinuidad entre la preparación y la asistencia o el carácter muy reglamentado del trabajo del equipo obstétrico. Véase Akrich y Pasveer, *op. cit.*, p. 40.

<sup>951</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 95.

<sup>952</sup> *Ibid.*, p. 92.



estricta práctica de la medicina», como según él había sucedido en la maternidad de Bluets<sup>953</sup>. Más allá de la acusación de fanatismo, Usandizaga tenía razón en señalar las dificultades para homologar el *accouchement sans douleur* en España pues, como hemos dicho, ninguna institución española recreó un ecosistema asistencial equivalente al que se gestó en la cuna de la psicoprofilaxis.

Las ideas readianas pervivieron entre los profesionales que se situaban a sí mismos dentro del amplio espectro de la medicina psicosomática y que, desde el bastión de los servicios de preparación al parto o de Educación Maternal, ejercieron de contrapunto a las prácticas biomédicas de asistencia obstétrica en los hospitales. Leonor Lorenzo, por ejemplo, recordaba que la analgesia psicológica del parto se conseguía únicamente «a través de la transferencia de la embarazada con su tocólogo o comadrona»<sup>954</sup>. La promoción de elementos psicoterapéuticos en los métodos de preparación al parto era, a su juicio, el antídoto frente a las prisas, los prejuicios, y la lógica económica de la medicina moderna. Incluso profesionales originariamente vinculados a la psicoprofilaxis, como el ginecólogo vicense Anicet Altès, consideraban que la personalidad del tocólogo y su capacidad para entender los factores afectivos y psicodinámicos que influían sobre la paciente resultaban claves en el manejo del parto, reclamando así un enfoque más psicosomático para la consecución asistencial del parto sin dolor<sup>955</sup>.

Como ya hemos señalado, no obstante, el exponente más claro en este sector fue sin duda Álvaro Aguirre de Cárcer, cuya trayectoria personal marcó notablemente el rumbo de la preparación al parto en España. Su adhesión progresiva a explicaciones psicosomáticas de la maternidad no solo determinó lo que en adelante conformaría la preparación teórica de la embarazada y la forma en que estos conocimientos debían comunicarse, sino también el objetivo mismo de que las mujeres españolas acudieran a clases de parto.

Si en el presente capítulo he descrito los principios que caracterizan a las dos grandes escuelas de parto sin dolor –la readiana y la psicoprofiláctica– en lo que se refiere a su política educativa, en el siguiente analizaré los derroteros que tomó esta instrucción prenatal al asimilarse con una psicoterapia global de la maternidad. La Educación Maternal de Aguirre de Cárcer constituye el foco del examen, siendo el psicoanálisis y la sofrología los marcos discursivos y metodológicos que dotaron al proyecto carceriano de inteligibilidad.

---

<sup>953</sup> *Ibid.*, p. 94.

<sup>954</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 74.

<sup>955</sup> Altès, «*El factor psicológico*», *op. cit.*, pp. 3 y 5.

## 8. Educación Maternal

El éxito del preparador madrileño se debió, entre otras razones que ya hemos analizado, a su eclecticismo y a su volubilidad como profesional. Aguirre de Cárcer combinaba en su persona las dimensiones didáctica, kinesiterápica y psicoterapéutica que existían, con mayor o menos énfasis, en las diferentes versiones de preparación a la maternidad<sup>956</sup>. De Cárcer también adaptó el papel de los actores de la preparación al contexto cambiante en que se producía la asistencia obstétrica. A este respecto, el médico madrileño estuvo muy agudo en detectar las flaquezas de las escuelas prevalentes de preparación al parto, desprendiéndose casi en el acto de ellas.

En primer lugar, decía de Cárcer en su debut como preparador, su propuesta se alejaba del método psicoprofiláctico, que exigía «una compenetración perfecta entre todos los que intervenían en él» y «podía fallar por una palabra o por un ambiente inadecuado»<sup>957</sup>. La máquina de precisión con su imperativo de asepsia verbal, como había sugerido Lamaze, no era viable. Tampoco el «primitivo método de Read», seguía de Cárcer, era totalmente adecuado, ya que sus resultados dependían de la presencia permanente del médico junto a la parturienta<sup>958</sup>. Aunque esta atención ininterrumpida de la paciente fuese sin duda ideal, de Cárcer alegaba que la vida de los ginecólogos y obstetras era ya de por sí muy complicada y él pretendía «no hacérsela más difícil todavía»<sup>959</sup>.

El primer objetivo del joven médico fue, por tanto, «conseguir la perfección sin contar con los demás»<sup>960</sup>, es decir, elaborar un modelo de preparación al parto lo más autónomo posible, concebido casi como un dispositivo de externalización de los servicios obstétricos en un mercado colapsado. Su modelo resaltaba especialmente la díada mujer-preparador, germen de una nueva relación sanitaria-asistencial que poseía, no obstante, netas implicaciones mercantiles como sucede con la figura del *coach* moderno. De Cárcer introducía en su primer libro la figura del preparador o «educador», miembro indispensable de la cadena obstétrica, junto a la matrona y el tocólogo. Casualmente de Cárcer dotaba a este nuevo actor de unos atributos que parecían hechos a medida: si bien el educador no tenía por qué ser ni un atleta ni un fisioterapeuta, sí debía

---

<sup>956</sup> En su primera publicación de Cárcer ya reconocía la predominancia de estos tres elementos – psicoterapia, enseñanza y kinesiterapia– en la preparación al parto. Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 15. Para las razones de índole política y sociológica que coadyuvaron a impulsar al método carceriano sobre otras propuestas, véase *Genealogía*.

<sup>957</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia, op. cit.*, p. 5.

<sup>958</sup> *Ibid.*, pp. 5-6.

<sup>959</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>960</sup> *Ibid.*

poseer unos «conocimientos mínimos de cultura física» y también de obstetricia, sin por ello precisar de ningún título de ginecología<sup>961</sup>. En cuanto a la figura del tocólogo, de Cárcer recomendaba que este saliera «de su aislamiento» y se acostumbrara a una forma de trabajo más coordinado con los demás actores. La matrona podía, como el educador, encargarse de la preparación, siempre y cuando fuera lo suficientemente «inteligente» para desempeñar dicha tarea, comentaba el joven médico. Por último de Cárcer incluía, aunque de forma prescindible, la figura de una monitora o auxiliar «encargada de la vigilancia del parto» en caso de que la matrona debiera ausentarse durante el proceso<sup>962</sup>.

Tras un periodo de experimentación preparando a embarazadas de manera independiente, de Cárcer decidió sistematizar su modelo y organizar un cursillo de formación a profesionales con el fin de poder trabajar en tándem con ellos<sup>963</sup>. Esto ocurría unos siete años antes de convertirse en el primer educador maternal en una de las mayores maternidades del Estado. Y aunque este salto en su carrera profesional quedaba aún lejos, lo cierto es que la iniciativa de extender su modelo de preparación fue a largo plazo muy rentable, pues el médico madrileño fue labrándose un espacio propio dentro del marco competitivo de la obstetricia contemporánea. Como él mismo decía, de sus cursillos salían entusiasmados «tocólogos que podrían ser mis maestros en obstetricia, pero en este caso fueron mis discípulos en preparación al parto»<sup>964</sup>.

Con esta inversión de roles, poco corriente entre el gremio hipocrático, de Cárcer consiguió legitimar su práctica ante quienes protagonizaron, en esa década y las posteriores, la transformación de la asistencia clásica en una dinámica hospitalaria. El proceso de captación de profesionales de la obstetricia para su empresa le permitió, como ya vimos, elaborar «un criterio unificado, una escuela española que no tiene por qué copiar todo lo extranjero»<sup>965</sup>. En efecto, de Cárcer no solo fusionó prácticas terapéuticas de procedencia diversa, eligiendo aquellas que le parecieron más convenientes para sus pacientes, sino que lo hizo actualizando su sistema frente a los nuevos retos asistenciales que planteaba la medicina hospitalaria. Solo así pudo el emprendedor madrileño fundar su propia escuela.

En las líneas que siguen trataré de esbozar la incorporación de premisas psicoanalíticas en la preparación al parto de Aguirre de Cárcer así como la influencia que tuvo sobre dicho sistema la llamada sofrología caycediana, una disciplina de la medicina psicosomática dedicada al estudio y tratamiento de los fenómenos de conciencia. El médico madrileño alardeó siempre de haber refundado o renovado integralmente la preparación prenatal, un proceso que

---

<sup>961</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 109.

<sup>962</sup> *Ibid.*, pp. 107-109.

<sup>963</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, op. cit., p. 6.

<sup>964</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>965</sup> *Ibid.*, p. 8.

según él mismo conllevó resignificarlo todo y ofrecer herramientas acordes a los nuevos marcos<sup>966</sup>.

Si el psicoanálisis brindó el marco interpretativo en el que inscribir las experiencias de la mujer durante la gestación y el nacimiento –desde las náuseas matutinas del primer trimestre hasta el mismísimo dolor del parto– la sofrología tomó el relevo elaborando formas rápidas, seguras y eficaces de tratar estas cuestiones, sin apenas coste para el personal. En particular la sofrología reelaboró la relación médico-paciente como una íntima alianza entre ambos, o como una transferencia intensificada y concentrada en el curso de muy pocas sesiones. Esta suerte de psicoanálisis exprés causó sensación entre algunos profesionales de la obstetricia, que implementaron con éxito dicho recurso sin comprometer su práctica acelerada y masiva en el hospital<sup>967</sup>.

La medida tampoco molestó a quienes quedaron al margen de ella, pues el enfoque psicoanalítico y sofrológico desviaba en todo caso la atención de la labor que acometía el personal para colocarla sobre la intimidad y el pasado de la paciente. Así, con la idea *psi* de fondo sobre el origen pulsional de los problemas de la parturienta y el énfasis cuasi sagrado que la sofrología puso sobre el rol del preparador, la fusión de ambas perspectivas contribuyó a desligar al equipo obstétrico de la vivencia que la mujer hacía de su parto.

## **8. 1. La selva de la maternidad: proyecto, conceptos y método de la psicoterapia maternal**

Desde sus primeras incursiones en la preparación al parto de Cárcer se había mostrado insatisfecho con la tesis psicoprofiláctica del dolor obstétrico, si bien siempre mencionó a Lamaze como uno de sus maestros y nunca abandonó del todo la idea del re-condicionamiento de la mujer como parte fundamental de la preparación. «La escuela psicoprofiláctica parecía haberse detenido en el tiempo, sin profundizar en el conocimiento de la gestante, de sus problemas y sus fracasos», recapitulaba de Cárcer en un congreso<sup>968</sup>. Para él la centralidad del condicionamiento en la versión franco-soviética delataba un enfoque reduccionista y «demasiado ingenuo»<sup>969</sup>.

Sin embargo, no fue hasta haber preparado a más de veinte mil gestantes cuando de Cárcer formuló el principio que estructuraba su propio sistema: en el parto entraba en juego la personalidad entera de la mujer<sup>970</sup>. El término

---

<sup>966</sup> «Los métodos de preparación», *op. cit.*, p. 4.

<sup>967</sup> Véase, por ejemplo, la descripción de su uso en Manuel Sanchís Caballer, «Tratamiento psicoterápico de la hiperémesis gravídica», *II Reunión, op. cit.*, pp. 5-7.

<sup>968</sup> «Del llamado parto sin dolor», *op. cit.*, p. 3.

<sup>969</sup> *Ibid.*

<sup>970</sup> «Pasado, presente y futuro de la preparación de la embarazada», *Maternidad de La Paz*, p. 1. (EEEM).

«personalidad» no aparece definido en los escritos del madrileño, pero equivaldría aproximadamente al conjunto de rasgos de carácter derivados de los procesos, conscientes o inconscientes, que la mujer había ido padeciendo a lo largo de su vida en el ámbito de su sexualidad, su relación con los otros y su identidad corporal. Si en Francia nociones como la de «psique» o «personalidad» fueron el blanco de polémicas entre materialistas y exponentes de la corriente psicósomática, en España, y a pesar del amateurismo con que de Cárcer se ocupaba de estos temas, los fundamentos teóricos de la EM no encontraron ninguna oposición<sup>971</sup>.

Tal y como ha señalado Paula A. Michaels en el caso de Francia, Reino Unido o Norteamérica, el discurso psicósomático posibilitó la opinión según la cual la preparación al parto resolvía trastornos de la personalidad y miedos inconscientes relacionados con el desarrollo psicosexual en la infancia<sup>972</sup>. Las corrientes heredadas del freudianismo, como el sistema readiano o la EM de Aguirre de Cárcer, tematizaron el dolor del parto como la «prueba de fuego de la salud mental de una mujer»<sup>973</sup>. Y de ese consenso sobre la psique por naturaleza deficiente de la mujer se deducía, obviamente, el poder curativo del parto preparado.

El presente epígrafe procede en tres tiempos. El análisis se centra primero en la forma en que Aguirre de Cárcer configuró su proyecto educativo: desvinculándose de otros modelos de preparación al parto como la psicoprofilaxis y modulando su discurso a las exigencias de las autoridades sociosanitarias de su época.

En segundo lugar el texto describe las principales premisas psicoanalíticas del proyecto carceriano, y cómo estas determinaron una nueva forma de tratar con las pacientes, de examinar sus vivencias y de prepararlas para el parto. El texto se centra en la reformulación del embarazo como una forma de regresión infantil, pero también como una especie de síndrome de lo femenino, pues supuestamente la gestación exacerbaba las características psicológicas propias de la mujer. En este sentido, y dada la insistencia del psicoanálisis en el origen anatómico de las pulsiones, el embarazo constituía una lacra por partida doble: porque infantilizaba a la adulta y porque feminizaba –es decir, brutalizaba o animalizaba– a la mujer.

Visto el marco discursivo que dio forma al proyecto carceriano, el epígrafe analiza en tercer lugar cómo se concretaban sus preceptos en la práctica. En concreto, el preparador revisó las lecciones teóricas de su sistema, pero sobre todo acordó una atención especial a la relación médico-paciente, que empezaba

---

<sup>971</sup> En lo que se refiere al ámbito obstétrico francés, el psiquiatra René Angelergues realizó una crítica virulenta de las teorías *psy* en 1953, referida por Michaels en *Lamaze, op. cit.*, p. 54.

<sup>972</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>973</sup> Michaels, «*Pain and Blame*», *op. cit.*, p. 246.

de forma ritual por una entrevista detallada antes de iniciar la preparación propiamente dicha.

Como ya hemos dicho, Aguirre de Cárcer manifestó muy pronto la voluntad de crear escuela. Para ello el médico y fisioterapeuta necesitaba el apoyo de las autoridades, o al menos su conformidad. Asimismo, de Cárcer debía hilar un discurso que, además de agasajar a los órganos competentes, aportase nuevos referentes y esperanza para aquellos profesionales de la obstetricia –matronas y jóvenes tocólogos en su mayor parte– para quienes el modelo mecanicista de asistencia al parto resultaba un tanto desalentador. En un documento de principios de los 1960, el médico madrileño ponía las primeras piedras de su proyecto educativo. El texto era un alegato a favor de la financiación pública de su sistema de preparación al parto y, aunque de Cárcer aún no había efectuado el viraje psicoanalítico definitivo, el escrito ya perfilaba algunas de las líneas que su escuela seguiría en las últimas décadas del siglo XX.

Siempre atento a la importancia de las designaciones, Aguirre de Cárcer empezó por replantear los términos de este sistema pedagógico. En primer lugar Aguirre se decantaba por el término de «educación», desdeñando el de «enseñanza». La «educación», argumentaba el autor, aportaba «algo más» que la enseñanza, en la medida en que la primera buscaba «crear una mentalidad» y «tender al desarrollo y formación de la personalidad»<sup>974</sup>. De este modo el preparador madrileño tomaba cierta distancia con respecto a la idea de la preparación a secas, que como sabemos correspondía al modelo de educación prenatal de la psicoprofilaxis.

A continuación el documento fusionaba el planteamiento psicopedagógico del proyecto con una retórica muy próxima a la que usaban las instituciones oficiales del franquismo en sus diatribas sobre cuestiones de índole social. Entre otras ventajas de tipo sanitario o económico, por ejemplo, la EM servía para elevar el nivel cultural de la mujer española, decía de Cárcer, y por ende el del pueblo español en su conjunto. De esta equivalencia entre la mujer y la patria, de Cárcer extraía un doble beneficio: la preparación al parto convenía individualmente a cada gestante pues la propia actividad de los cursillos evitaba el tedio y con ello se reducía el riesgo de depresión; al mismo tiempo, la nación entera necesitaba ser revitalizada en lo que a su nivel cultural se refería, y en ese sentido la EM era «la mejor inversión» posible. Como ha destacado la investigadora Aurora G. Morcillo, la asociación de la idea de patria o nación a la de una mujer madre era común en la época. La retórica franquista, comenta Morcillo, solía servirse del cuerpo femenino como metáfora de la crisis política<sup>975</sup>. Como buen alumno del régimen, por tanto, Aguirre de Cárcer

---

<sup>974</sup> «Educación Maternal. Sus proyecciones», *op. cit.*, p. 2.

<sup>975</sup> Aurora G. Morcillo, «Walls of Flesh. Spanish Postwar Reconstruction and Public Morality», *Bulletin of Spanish Studies*, 84 (6), 2007, p. 741. Del mismo modo, la retórica franquista también explicaba la

identificaba el entrenamiento que debían seguir sus clientas con una prioridad nacional.

Por otro lado, el carácter grupal de la preparación influiría positivamente en la consolidación de cada gestante en su género femenino, aseguraba de Cárcer, y a su vez esta colaboraría con las generaciones futuras transmitiéndoles que el parto «es la mejor recompensa a su feminidad»<sup>976</sup>. El médico apuntaba también hacia la relación entre la embarazada y el feto, que él llamaba el «binomio madre-hijo», como factor esencial a tener en cuenta en la preparación. En última instancia el autor afirmaba que la EM era una obra trascendente que buscaba crear «algo más profundo» que un servicio adicional en el entonces aún vigente Seguro Obligatorio de Enfermedad: el preparador vaticinaba así la consagración de aquella actitud, aquel clima distinto en la aprehensión social de la maternidad<sup>977</sup>. Y parece que lo consiguió: como sabemos, la EM se estrenó en 1965 en la Ciudad Sanitaria La Paz como primer método de preparación al parto financiado por el estado español.

Así pues, el objetivo de la nueva escuela española de EM trascendía el ámbito clínico del parto abarcando también la educación de la embarazada para su futuro rol de madre, «madre auténtica, se entiende», precisaba de Cárcer sin un ápice de ironía<sup>978</sup>. Y ello implicaba, con respecto a la psicoprofilaxis que de Cárcer había aprendido con Lamaze, un reordenamiento de los objetivos esenciales de la preparación. Mientras que los franceses mantuvieron como telón de fondo la retórica de una maternidad feliz, digna y responsable, pues lo primordial era aprender a parir, de Cárcer colocó en cambio el asunto en primer plano.

Como veremos, tal reconfiguración estuvo lejos de menguar el protagonismo del parto como episodio paroxístico de la vida sexual de la mujer. Contra lo que cabría suponer a simple vista, el entrecruzamiento de las dimensiones reproductiva y de crianza permitió dotar a la práctica obstétrica de una normatividad renovada y modernizada, legitimar la preparación al parto ante las autoridades del régimen franquista y ganar adhesiones entre la opinión pública de la época. Porque la forma de parir marcaba a las mujeres como madres –y como sujetos adultos en general–, cualquier esfuerzo parecía insuficiente para fomentar hábitos mentales saludables entre las embarazadas del país. En otras palabras, si el parto siempre fue una empresa social, la EM de

---

decadencia política de la 2ª República mediante la metáfora de un cuerpo invadido por una enfermedad congénita. Según la autora, muchas de estas «metáforas somáticas» estaban marcadas desde el punto de vista del género, pues el cuerpo de las mujeres jugaba un papel crucial en la imaginación política y la definición de ciertas estructuras sociales. Así por ejemplo, las cualidades propias de la «democracia orgánica» que el régimen decía constituir, o incluso las de la propia nación española como sociedad, se comparaban a menudo con las cualidades típicamente atribuidas al sexo femenino: fertilidad, vulnerabilidad, protección. Por último, la autora también señala la cosificación del cuerpo femenino durante la época del destape, ya en la transición, como símbolo del aperturismo político incipiente y de la fragilidad de la nueva democracia española. Morcillo, *The Seduction*, op. cit., pp. 13-14, 43 y 246.

<sup>976</sup> «Educación Maternal. Sus proyecciones», op. cit., p. 13.

<sup>977</sup> *Ibid.*, p. 14. Véase *Genealogía*, 3. 3.

<sup>978</sup> «Situación actual de la preparación», op. cit., p. 1.

Aguirre de Cárcer logró que los determinantes culturales del fenómeno reproductivo resultaran más invisibles que nunca.

Según vimos, al médico madrileño le gustaba describir el giro teórico que dio forma a su escuela como «el mérito de haber «salido del árbol» –el parto– «para ver el bosque» –la maternidad»<sup>979</sup>. Pues bien, el psicoanálisis desempeñó un papel fundamental en este cambio de perspectiva y en la consecución de la empresa carceriana en general. Para empezar, el educador de La Paz suponía que la psique femenina era inmadura y concebía la preparación como un medio para conseguir dicha maduración. Según uno de sus discípulos, el ginecólogo Claudio Becerro de Bengoa, la EM consistía básicamente en que la gestante aceptase – conscientemente o no– su maternidad y su feminidad, solucionando si era necesario conflictos edípicos latentes<sup>980</sup>. Para Aguirre de Cárcer, a su vez, la resolución de tales situaciones edípicas y del «infantilismo en el que [la mujer] se hallaba inserta» implicaba tratar una sintomatología de corte psicossomático que incluía náuseas vómitos, inapetencias, lumbalgias, insomnio, frigidez, coitos dolorosos, jaquecas neuróticas, inestabilidades emocionales, y un largo etcétera<sup>981</sup>.

Esta era una visión que compartían otros profesionales, no necesariamente formados por de Cárcer. Por ejemplo, José María Carrera y José Mallafré, del Instituto Dexeus, prevenían a las lectoras de su manual:

«Sobre un buen soporte orgánico se puede ser una mujer-niña mimada y sobreprotegida que subconscientemente teme las responsabilidades de la maternidad y que se comporta durante el embarazo y el parto de tal manera que este se vea más dificultado que en el caso de un déficit orgánico en una mujer psicoemocionalmente madura y capaz de colaborar»<sup>982</sup>.

Es otras palabras: o la mujer maduraba ante su futuro rol maternal, o un embarazo sin complicaciones y unas buenas condiciones físicas no garantizaban por sí solas un buen parto, pues la psique femenina era potencialmente problemática.

Profesionales como Consuelo Ruiz Vélez-Frías manifestaban otra postura en lo relativo a la psicologización de las pacientes. Las «Escuelas de Mamás» eran, según Consuelo Ruiz, lugares propicios para que las mujeres realizaran «su propia personalidad», cosa que se lograba mediante «una participación moral, activa e inteligente en el trabajo fisiológico de su organismo»<sup>983</sup>. Para la matrona madrileña, pues, la personalidad de las embarazadas no era inmadura o imperfecta, ni se trabajaba con técnicas psicológicas externas a la instrucción

---

<sup>979</sup> *Ibid.* Véase *Genealogía*, 3. 3.

<sup>980</sup> Becerro de Bengoa, *op. cit.*, p. 79.

<sup>981</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación a la maternidad*, *op. cit.*, p. 171.

<sup>982</sup> Josep Maria Carrera y José Mallafré, *Guía de la futura madre*, Medici, Barcelona, 1991, pp. 60-61. La idea se repite en la versión del manual publicada en 1994. (ID).

<sup>983</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 7.



prenatal propiamente dicha. Al contrario, cuando Vélez-Frías aludía a la realización de la personalidad se refería a que cada alumna plasmaba o imprimía su propio sello en la preparación, entendida como un medio para expresar su singularidad. De ahí que Consuelo Ruiz escribiese que en el parto las mujeres eran, «como si dijéramos, las artistas, y yo el apuntador»<sup>984</sup>. La matrona enfatizaba además que el éxito de la empresa, es decir conseguir un parto indoloro, dependía en todo caso de la aplicación y la disciplina que mostrase la parturienta<sup>985</sup>. Aun sin obviar del todo el tema de la personalidad de la mujer, las posiciones cercanas a la psicoprofilaxis original entendían los mecanismos psicoterápicos de la preparación, en todo caso, como efectos colaterales de esta. El objetivo de dicha instrucción era enseñar a la mujer a adaptarse a la situación de parto y no reconciliarla con su feminidad o su inminente maternidad.

En cualquier caso, y en consonancia con otros autores como por ejemplo la psicoterapeuta Leonor Lorenzo, Aguirre de Cárcer creía que toda embarazada, al volver a estadios infantiles de la personalidad, «se neurotiza»<sup>986</sup>. Pero además de postular este estado regresivo clásico, el preparador también afirmaba que en el embarazo se daba una acentuación de los «rasgos característicos de la psicología femenina», como podían ser su facilidad para la intuición en vez del razonamiento lógico, su «ausencia de espíritu crítico, su tendencia a la parcialidad (su partidismo) y su intolerancia»<sup>987</sup>.

En la quinta edición de su manual de Cárcer desarrolló ampliamente la oposición entre «lo femenino» y «lo masculino», de modo que sus lectoras supieran a qué atenerse cuando quedaran embarazadas y fueran presas de ese síndrome de feminidad. En su pintura dicotómica el médico descartaba una definición de ambos términos basada en las «características y atribuciones impuestas por la sociedad» o las conclusiones de estudios antropológicos como por ejemplo los de Margaret Mead. Su perspectiva contemplaba únicamente los rasgos psicológicos de hombres y mujeres, enraizados según él en la distinción biológica sexual. Tras enumerar una lista de estereotipos como quien recita una tabla de multiplicar, el preparador madrileño concluía que la mujer no era más sensible que el hombre, pues de lo contrario «la hubiéramos visto triunfar en el arte», sino más emotiva que él. Una tendencia a la afectividad que de Cárcer oponía a «la tibieza, la indiferencia, la frialdad de la objetividad, el juicio reflexivo» de los hombres. Otras características relacionadas con la «hiperemotividad» femenina eran, finalmente, la agitación y el movimiento, la falta de discreción, el narcisismo y la proclividad al odio<sup>988</sup>.

El lazo que de Cárcer trabó entre sexualidad, feminidad e infancia se hacía eco de las teorías del parto y la maternidad desarrolladas, entre otros, por

---

<sup>984</sup> *Ibid.*, p. 16.

<sup>985</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>986</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos*, op. cit., p. 56.

<sup>987</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto*, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1963, p. 23.

<sup>988</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1969], op. cit., pp. 64-70.

autores como Helen Deutsch o, posteriormente, el psicoanalista venezolano Hernán Quijada, para quien la embarazada revivía fantasías de su niñez relacionadas con los órganos genitales y la concepción. Decía Quijada que «es lo infantil lo que se ha como injertado, a lo largo de la vida humana, en las funciones uterinas en general, destacándose ruidosamente durante el embarazo y el parto»<sup>989</sup>. En ese sentido, el útero era el «sucesor del recto y de la vejiga en la expresión de conflictos infantiles que antes se manifestaban por problemas esfintereanos»<sup>990</sup>.

Para ilustrar su razonamiento Quijada refería el caso de una paciente que había sufrido contracciones dolorosas en el trascurso del quinto mes de embarazo, en paralelo a una serie de disputas con sus allegados y familiares. El psiquiatra explicaba el fenómeno en coherencia con las correspondencias anatomo-psico-sexuales que establece el psicoanálisis, diciendo que la «función uterina libidinizada» de la paciente aprovechaba las contracciones dolorosas «para satisfacer su masoquismo»<sup>991</sup>; dicho de otro modo, para Quijada dichas contracciones eran un «autocastigo» por las fantasías agresivas de la paciente contra el pene paterno<sup>992</sup>. En otra ocasión, Quijada lanzaba la hipótesis de que ciertas malformaciones uterinas en fetos de sexo femenino podían deberse al rechazo de la madre de tener un bebé de ese mismo sexo; en esos casos, el fuerte deseo de un hijo varón llevaría a la embarazada a «rehusar» la producción necesaria de foliculina<sup>993</sup>, aumentando a su vez la producción de hormonas sexuales masculinas que dañarían el desarrollo sexual del feto femenino.

Aguirre de Cárcer construyó su sistema de EM bajo el paraguas de las teorías psicoanalíticas, aunque rara vez suscribió posicionamientos tan extremos como este último de una supuesta agresividad hormonal hacia el feto. De Cárcer tampoco desarrolló ninguna teoría propia sobre la función del inconsciente, ese «vasto arcano de la mente», como decía William Kroger<sup>994</sup>. Simplificando el asunto de forma recurrente, el preparador madrileño reducía el rol del inconsciente al proceso de aceptación de la propia sexualidad: «Si vieran ustedes cómo lucha [en el embarazo y el parto] el inconsciente de esas mujeres que no han aceptado ser mujeres...: lo hace como una fiera», comentaba Aguirre<sup>995</sup>.

La obra de Aguirre de Cárcer contribuyó a tender muchos puentes para explicar la relación entre los procesos emocionales de la embarazada y la dinámica uterina. El madrileño prestaba especial atención a la influencia que la formación reticulada y los centros subcorticales ejercían sobre la gestión

---

<sup>989</sup> Quijada, *op. cit.*, p. 133.

<sup>990</sup> *Ibid.*, p. 58.

<sup>991</sup> *Ibid.*, p. 27.

<sup>992</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>993</sup> *Ibid.*, p. 55. La foliculina es una hormona sexual secretada por el ovario y perteneciente al grupo de los estrógenos (de ahí que también reciba el nombre de «estrona»). La foliculina está implicada en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos y en la regulación de la libido y la menstruación.

<sup>994</sup> Freed y Kroger, *op. cit.*, p. 129.

<sup>995</sup> «Los métodos de preparación», *op. cit.*, p. 4.

consciente (es decir, a nivel cortical) de la estimulación dolorosa, reforzándola y matizándola según el contenido psíquico inconsciente y reprimido que la persona almacenaba en ellos<sup>996</sup>. Como Quijada, de Cárcer insistió mucho en que la relación entre el preparador y sus alumnas era de tipo transferencial y que con ella podían conseguirse, como decía el venezolano, «reactivaciones intensas a nivel de los centros subcorticales, los cuales pueden entrar en una especie de lenta reorganización fisiológica a favor de un equilibrio de la personalidad»<sup>997</sup>. Por ello el preparador madrileño dedicaba una clase entera a estas cuestiones e introdujo la entrevista como forma de empezar a curar por la palabra.

Si el blanco de la EM no era el parto, sino la maternidad, los contenidos de dicha «educación», así como la formación del personal preparador, debían modificarse de acuerdo a los nuevos principios. Al conocimiento de la mecánica del parto y de los procedimientos varios que lo facilitaban la EM añadía reflexiones detalladas sobre el papel del padre, puericultura y psicología del recién nacido, lactancia, historia de los sistemas de preparación, gimnasia post-parto y, en particular, la relación que la mujer mantenía con su descendencia desde el momento de la concepción hasta la vida adulta, relación que como sabemos de Cárcer denominaba «urdimbre afectiva» siguiendo el concepto de Rof Carballo<sup>998</sup>. La insistencia en las cuestiones relativas a la crianza, de este modo, situaba a de Cárcer en la tradición del parto natural que el madrileño había aprendido en París en la maternidad de Saint-Antoine.

Igualmente, los sistemas que configuraron tanto Dick-Read como de Cárcer concedían gran importancia a la motivación de las alumnas, es decir, a producir en ellas un estado de ánimo concreto: el interés, la seguridad y la confianza de la alumna se obtenían, según ellos, yendo más allá de la aclaración de sus dudas con un simple «aprendizaje» o «información»<sup>999</sup>. Motivar a la gestante equivalía, según el madrileño, a movilizar «todo lo positivo que hay no en su cuerpo sino en su corporalidad, es decir, en su identidad como persona»<sup>1000</sup>, y para ello el preparador debía profundizar «en lo que para una mujer supone su “maternidad”»<sup>1001</sup>. En una formulación análoga Aguirre afirmaba que esta motivación positiva dependía de «la habilidad del profesor para saber hablar a nivel de sentimientos, pues es en esos planos profundos donde se haya su instinto maternal»<sup>1002</sup>.

Esta era la razón por la que la escuela española de EM aconsejaba iniciar la preparación por una entrevista personal con cada alumna. A decir verdad,

---

<sup>996</sup> La explicación del madrileño sobre la influencia de la formación reticulada en los procesos conscientes de percepción dolorosa se encuentra en Aguirre de Cárcer, *Lecciones, op. cit.*, p. 85-89.

<sup>997</sup> Quijada, *op. cit.*, p. 64.

<sup>998</sup> Véase *Genealogía*, 3. 3.

<sup>999</sup> «Pasado, presente y futuro», *op. cit.*, p. 2.

<sup>1000</sup> *Ibid.*

<sup>1001</sup> «Nuestra experiencia», *op. cit.*, p. 1.

<sup>1002</sup> «Del llamado parto sin dolor», *op. cit.*, p. 5.

también la psicoprofilaxis rusa incluía una entrevista personal de cada paciente para juzgar sus miedos y valorar posibles patologías. Sin embargo, si el equipo de neuropsiquiatras detectaba cualquier anomalía, esta era tratada aparte mediante una psicoterapia específica. De este modo, dice Michaels, se «allanaba el terreno» para el entrenamiento psicoprofiláctico propiamente dicho<sup>1003</sup>. Por otro lado Pierre Vellay explicaba que aunque la psicoprofilaxis partía de la base de que el tipo nervioso influía notablemente en el desarrollo del parto, el equipo parisino había presenciado partos sobresalientes de mujeres neuróticas, con lo que el tratamiento previo de los trastornos no era, para el flanco francés, indispensable<sup>1004</sup>. En el modelo carceriano, en cambio, el seguimiento individualizado de las alumnas era, en la medida de lo posible, el ideal a seguir, y además formaba parte del «entrenamiento» propiamente dicho. Esta aproximación solo fue superada, en España, por el método intensivo de Leonor Lorenzo, quien realizaba una psicoterapia completa e individualizada de todas sus alumnas en paralelo a los cursillos colectivos de preparación al parto<sup>1005</sup>.

En todo caso, el primer encuentro de la embarazada con el preparador ahondaba en las motivaciones de esta para seguir el curso, trataba de descubrir sus miedos frente al parto, de sopesar la ilusión por el hijo y el grado de interés por las lecciones, de conocer la preferencia del sexo del bebé y de evaluar las pautas de sueño, vómitos, y actividad cotidiana de la alumna. El procedimiento perseguía elaborar un pronóstico del desenvolvimiento que la mujer mostraría durante el parto tanto a nivel de apreciación del dolor como en un plano puramente comportamental. Pero la entrevista servía, fundamentalmente, para determinar el grado de dificultad que cada alumna planteaba y poder así adecuar la preparación consecuentemente<sup>1006</sup>.

La forma que tomaba la práctica del interrogatorio de la paciente en la EM respondía al giro que Aguirre de Cárcer dio a la preparación al parto al Hermanarla con el psicoanálisis. En el momento de la entrevista el preparador ejercía de psicoterapeuta: aunque las pacientes contestaban a un cuestionario preestablecido antes del encuentro, de Cárcer aconsejaba profundizar cada respuesta en una charla que desvelase poco a poco sus vivencias conscientes o reprimidas<sup>1007</sup>. Asimismo, la interpretación que de Cárcer hacía de los resultados obtenidos retomaba, cómo no, los lugares comunes del psicoanálisis: la ausencia de vómitos y la preferencia por el sexo femenino del bebé indicaban, para él, que la gestante aceptaba plenamente su feminidad; las mujeres que durante la noche se despertaban varias veces encendiendo todas las luces del dormitorio mostraban una gran agresividad hacia sus maridos, etc. Por otro lado, si las pacientes referían sus sueños o cometían actos fallidos durante la preparación,

---

<sup>1003</sup> Michaels, *Lamaze, op. cit.*, pp. 34 y 42.

<sup>1004</sup> Lamaze y Vellay, «*Cinq ans*», *op. cit.*, p. 34.

<sup>1005</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos, op. cit.*, pp. 30-31.

<sup>1006</sup> «*Nuestra experiencia*», *op. cit.*, p. 15.

<sup>1007</sup> *Ibid.*

de Cárcer se prestaba gustoso a un análisis de los deseos, temores o conflictos profundos que estos enmascaraban<sup>1008</sup>.

En resumen, de Cárcer consideraba el embarazo, dijese lo que dijese la paciente e hiciese lo que hiciese, como un estadio regresivo donde el vínculo oral hacia los progenitores se convertía en una nueva fijación y relación de dependencia hacia el médico o preparador<sup>1009</sup>. Por eso mismo, y además de por su carácter preventivo, la entrevista conformaba una herramienta pertinaz en el juego de la transferencia. En la EM carceriana la transferencia –que como veremos él llamaba «alianza» por la influencia de la sofrología– constituía un elemento central del tratamiento de la embarazada, y ello tanto de cara a su desenvolvimiento durante el parto como de cara a su posterior felicidad.

En opinión de Leonor Lorenzo la propuesta de Aguirre de Cárcer fue una excepción entre los tímidos intentos de preparación al parto que se daban en un país sumido en la «psicofobia», es decir la cerrazón –de la clase médica especialmente– ante las «concepciones psicológicas de los problemas humanos», algo que según la psicoterapeuta contrastaba con la preocupación vernácula por las cuestiones del alma y la salvación<sup>1010</sup>. Dada la descripción de esta profesional, el educador madrileño ejerció de mesías de lo psicósomático en los prados agrestes de la obstetricia. Y es cierto que, junto a los alegatos de Aguirre de Cárcer, la obra de la propia Leonor Lorenzo fue una de las pocas publicaciones españolas que se definió abiertamente como psicoanalítica en el ámbito de la preparación al parto.

No obstante, las ideas y el estilo del psicoanálisis se normalizaron relativamente rápido. Un ejemplo claro de cómo la EM trastocó el orden de prioridades en el ámbito de la atención prenatal lo ofrece, esta vez, un discípulo de Aguirre de Cárcer. El tocólogo sevillano José Fernando Fernández Godoy disertaba, en una peculiar obra de puericultura e higiene mental infantil, sobre el rol de la madre tras el parto. Para Godoy la mujer no solo tenía un útero abdominal, sino que también poseía otro útero externo al que el niño seguía ligado tras el nacimiento. Ese útero, decía Godoy, se componía de tres elementos: los pechos, nueva fuente de alimento que reemplazaba al cordón umbilical; los rasgos físicos de la mujer –incluyendo sus gestos o su voz–, que por su suavidad sustituían a la placenta en la protección y la amortiguación de los bruscos estímulos del mundo; y el sentimiento maternal, compuesto por los factores psicológicos propios de la mujer, y que garantizaba «una especial y misteriosa forma de relacionarse con el hijo»<sup>1011</sup>. Bajo esta perspectiva, argüía Godoy, el

---

<sup>1008</sup> «Los métodos de preparación», *op. cit.*, p. 1.

<sup>1009</sup> «Nuestra experiencia», *op. cit.*, p. 15.

<sup>1010</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 69. Francisco Carreras también aludía al escepticismo psicológico de los médicos españoles en «Ataraxia y obstetricia», *op. cit.*, p. 300.

<sup>1011</sup> José Fernando Fernández Godoy, *Autobiografía de un nacimiento*, Gráficas del exportador, Cádiz, 1985, p. 14.

parto no constituía un proceso de separación definitiva, sino al contrario: el hijo crecía como flotando indefinidamente, por así decirlo, dentro de esta anatomía externalizada de la mujer. Incluso después de que el niño alcanzase la etapa escolar, decía textualmente el autor, «el parto continúa»<sup>1012</sup>. Godoy hablaba en clave metafórica, pero su formulación no deja de ser reveladora de cómo la EM trató el parto y la crianza como procesos regidos por dinámicas órgano-céntricas, y por tanto igualmente susceptibles de medicalización.

Con los años, incluso, hasta el propio Hernández Jiménez sucumbió a la seducción de lo psicosomático. En un artículo tardío escrito en inglés, el tocólogo madrileño resaltaba la utilidad de la educación prenatal como forma de mejorar la salud mental de la mujer. Los factores que permitían medir dicha salud mental eran, a saber, la personalidad estable de la paciente, su relación de entrega hacia el hijo y el establecimiento de un vínculo sólido de complicidad afectiva y sexual con el marido. El objetivo analgésico del método quedaba pues ensombrecido por el énfasis que Hernández Jiménez concedía aquí al estrés y a la ansiedad como causas de un mal comportamiento de las parturientas y síntomas de una inestabilidad afectiva profunda. Hernández Jiménez recomendaba, tal y como había planteado antes de Cárcer, que la preparación al parto se enfocara también hacia la fase del puerperio y las dificultades que la mujer podía experimentar en su debut como madre<sup>1013</sup>.

Recapitulando, el objetivo de la EM coincidía de lleno con el que propuso Hernán Quijada: a saber, aspirar a una «meta mucho más alta» que la simple preparación al parto, tratar la salud mental en su totalidad, entendiéndola como una aceptación sin titubeos de la propia identidad de género<sup>1014</sup>. Solo así podía la mujer, según Quijada, vivir «una maternidad acabada»<sup>1015</sup>. Y las ventajas del enfoque no terminaban aquí. Aguirre llegaba incluso a teorizar la EM como una forma de prevención de la psicopatología<sup>1016</sup>. Pero los beneficios psicosociales de esta iniciativa no eran por desgracia universalizables, pues de Cárcer sabía que la terapia psicoanalítica no era abordable a gran escala. Según los cálculos del preparador el psicoanálisis se revelaba eficaz en torno a las doscientas horas de terapia, es decir unos dos años aproximadamente: «y yo no conozco ningún embarazo que dure dos años», ironizaba de Cárcer<sup>1017</sup>. El procedimiento para conseguir tan nobles fines debía ser más rápido y poder practicarse de forma colectiva.

En el encuentro de profesionales vinculados a la psicoprofilaxis que tuvo lugar en León en 1978, de Cárcer discutía junto a otros sobre los factores

---

<sup>1012</sup> *Ibid.*, p. 16.

<sup>1013</sup> Ángel Hernández Jiménez, «The Effects of Antenatal Education Classes on Behaviour», pp. 3 y 5. (CM-HJ).

<sup>1014</sup> Quijada, *op. cit.*, p. 10.

<sup>1015</sup> *Ibid.*, p. 136.

<sup>1016</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación a la maternidad*, *op. cit.*, p. 172.

<sup>1017</sup> «Los métodos de preparación», *op. cit.*, p. 2.

psicológicos determinantes del dolor del parto. Su intervención precisaba la manera en que la base psicoanalítica quedaba integrada en su sistema de EM: «si los planos profundos son mucho más importantes», decía el madrileño, «lo que hay que intentar [...] es pasar esos planos profundos a superficiales, y transformar la angustia a lo desconocido, esa situación de amenaza que no se sabe exactamente lo que es, en un miedo ya concreto, en un temor». O sea, continuaba: «a veces lo decimos hasta abiertamente, usted lo que tiene es miedo a morir. Se queda impresionada y dice: pues en efecto, ese es mi miedo, no me había dado cuenta. Y entonces ya se diluye la angustia, se ha convertido en un miedo que afronta con mucha más facilidad»<sup>1018</sup>. Tal y como decía el psiquiatra Juan José López-Ibor prologando la tercera edición del manual de Aguirre de Cárcer, «un dolor conocido es menos dolor»<sup>1019</sup>. Y como veremos a continuación, desterrar el material afectivo del reino del inconsciente podía y debía hacerse de manera ágil y eficaz mediante la aportación de la sofrología<sup>1020</sup>.

## 8. 2. El nuevo arte de la conciencia

En efecto, Álvaro Aguirre de Cárcer no se contentó con ampliar el horizonte de la preparación convirtiéndola en una higiene mental de la vida sexual femenina. El preparador madrileño también se zambulló en el universo de la sofrología, importando de esta disciplina reciente herramientas concretas de trabajo así como algunas premisas que le permitían rediseñar la estructura de su programa educativo.

Como explica el historiador Ángel González de Pablo, la sofrología fue ideada por el psiquiatra Alfonso Caycedo Lozano a finales de los años 1950, cuando este colaboraba en el servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Madrid, dirigido por López-Ibor. Allí, defraudado por la agresividad de los tratamientos psiquiátricos convulsivantes corrientes en la época, como el shock cardiazólico, el electroshock o el coma insulínico, y respaldado tanto por su mentor como por un contexto internacional de repunte del interés clínico por la hipnosis tras la Segunda Guerra Mundial, Caycedo comenzó a explorar el manejo de técnicas hipnóticas de forma autodidacta<sup>1021</sup>. Tras fundar una sección de Hipnosis Clínica y técnicas de relajación en el servicio del hospital y un «departamento de medicina psicosomática» en la Maternidad Provincial bajo el mando de Botella Llusíá<sup>1022</sup>, Caycedo dio el primer paso para la creación de su nuevo método. Esta primera aportación consistía en practicar con pacientes

---

<sup>1018</sup> «Problemas» [mesa redonda], *II Reunión*, *op. cit.*, p. 44.

<sup>1019</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, prólogo.

<sup>1020</sup> «La donna di fronte alla maternità», p. 8. (EEEM).

<sup>1021</sup> González de Pablo, *op. cit.*, pp. 95-97.

<sup>1022</sup> *Ibid.*, p. 97.

hipnotizados las distintas fases del Entrenamiento Autógeno de Johannes H. Schultz, un método de relajación concentrativa del que me ocuparé en (*Fisio*) *terapia*.

Pero no fue hasta la década siguiente cuando el joven psiquiatra fundó realmente su propia escuela, cosa que, como explica de Pablo, pudo hacer gracias a una estrategia de resignificación de la hipnosis y a una intensa tarea de divulgación y autopromoción. Caycedo se inspiró en los escritos de Pedro Laín Entralgo para configurar el neologismo «sofrología» en resonancia con el término *sophrosyne*, que vendría a significar templanza de las almas, y a partir de las raíces *sos* (seguridad, tranquilidad, serenidad), *phren* (mente, conciencia, espíritu), *logos* (estudio, tratado)<sup>1023</sup>. Asimismo, un punto crucial en la consolidación de la disciplina fue el abandono de una definición de tipo procedimental, centrada en las técnicas que actúan sobre la consciencia, por otra definición que de Pablo llama «dúctil» u operativa, aunque también cabe considerarla fenomenológica: la sofrología se asentaba así como el estudio de la consciencia en todas sus modalidades, manifestaciones y estructuras, dejando abierta la cuestión de los procedimientos varios que permitían modularla<sup>1024</sup>.

A pesar de estas aportaciones y de su lenguaje novedoso, la corriente propuesta por Caycedo no implicó una ruptura con el carácter católico y conservador de la psiquiatría del régimen, un ámbito que Salvador Cayuela ha calificado como «psiquiatría del orden» por su carácter fatalista y autoritario, y por su falta de atención hacia la influencia del medio como factor relevante en la génesis de la enfermedad mental<sup>1025</sup>. Según de Pablo, si la sofrología estuvo apadrinada por figuras como López-Ibor en Madrid o Sarró i Burbano en Barcelona, ello fue en parte porque dicha disciplina daba respuesta a las inquietudes renovadas en torno a la práctica y los fundamentos de la hipnosis a nivel internacional, pero también porque su estilo científico modernizado permitía sintonizar la psiquiatría autóctona en la fase de aperturismo que se inició en España tras el Plan de Estabilización de 1959<sup>1026</sup>. Casi como una cuestión de maquillaje.

Otro asunto relevante para nuestro análisis es sin duda la deriva mística que esta disciplina tomó con el tiempo. De Pablo se pregunta cómo la sofrología caycediana, considerada en principio una rama de la medicina psicosomática, acabó integrando las llamadas «medicinas alternativas o no convencionales», proceso al que entre otros factores coadyuvaban tanto sus técnicas de sofronización como su ampuloso lenguaje<sup>1027</sup>.

---

<sup>1023</sup> *Ibid.*, pp. 102-103.

<sup>1024</sup> *Ibid.*, pp. 105-106. El propio Caycedo explicita esta decisión en «Introducción a la sofrología. Criterios actuales frente a los antiguos conceptos del Magnetismo y el Hipnotismo», en Caycedo, *op. cit.*, p. 23.

<sup>1025</sup> Cayuela, «La biopolítica del franquismo desarrollista», *op. cit.*, p. 169.

<sup>1026</sup> González de Pablo, *op. cit.*, p. 95.

<sup>1027</sup> *Ibid.*, p. 114.



En lo que a la EM se refiere, esta progresiva transformación del rol terapéutico de la sofrología en una técnica de autoayuda o incluso en una filosofía de vida es fácilmente apreciable. Los escritos de Aguirre de Cárcer manifiestan una suerte de veneración por las capacidades que cada individuo posee para hacer frente a un mundo cuyos problemas nunca son pensados en términos de colectividad o constructos sociales, sino como síntomas palpables de patologías psicósomáticas atomizadas. La adopción de la sofrología caycediana como metodología de base en la preparación al parto puede entonces interpretarse no solo como un gesto de gran intuición comercial –la oferta de un producto nuevo en un creciente mercado de técnicas de autoayuda– sino también como una táctica para perpetuar el programa conservador de la maternología con ciertos retoques que adaptaran sus mensajes a los nuevos tiempos. Exactamente como la sofrología en el ámbito psiquiátrico en general.

Como veremos a continuación, el resultado de aunar el bagaje psicoanalítico a la sofrología caycediana se manifestó principalmente en la manera en que de Cárcer concebía su pedagogía y en las técnicas de relajación que aprenderían sus alumnas. En realidad, al trasfondo psicoanalítico –que debía servir de guía orientativa más que de terapia propiamente dicha<sup>1028</sup>– se sumaron tanto las prácticas de relajación sofrológicas como algunas herramientas conceptuales que redefinían el rol del personal preparador, las capacidades de la paciente y el objetivo de la preparación. Si el análisis de las técnicas de relajación lo reservo para el último capítulo de la tesis, el presente epígrafe aborda brevemente las modificaciones estructurales que el marco sofrológico motivó en el sistema de preparación al parto de Álvaro Aguirre de Cárcer.

La relación de la alumna con su preparador pasó a un primer plano, volviéndose un especie de tamiz por el que se filtraban el resto de elementos de la preparación, cual la instrucción teórica o el entrenamiento corporal. Tras considerar brevemente la reformulación del dolor obstétrico bajo el prisma de la sofrología y las características principales que la nueva disciplina instituye en la relación médico-paciente, el análisis que sigue termina con las ambigüedades de la sofrología obstétrica en el debate en torno a la hipnosis, la sugestión y la autonomía de las pacientes. En la cuarta y última parte de la tesis se retoma esta temática al hilo de la discusión sobre las técnicas fisioterápicas.

Con la incorporación de la sofrología a la preparación al parto la finalidad analgésica de dicha práctica quedó sustancialmente transformada. En efecto, el modelo educativo de la EM trajo consigo una nueva aproximación del dolor

---

<sup>1028</sup> Como ya hemos señalado, de Cárcer reconocía que la terapia psicoanalítica propiamente dicha no era viable en su EM. No obstante, el preparador pensaba que dicha forma de terapia sí era útil «para el que intente preparar y en especial si lo que intenta es conocer a fondo los problemas de las gestantes, crear una escuela y profundizar sobre ellos». Véase *«Los métodos de preparación»*, op. cit., p. 2.

obstétrico, pues ya no se trataba tanto de combatir el dolor a toda costa como de aceptarlo en tanto que manifestación natural del proceso reproductivo. En la reunión leonesa sobre preparación al parto, Godoy aludía a la polémica recurrente «entre psicoprofilácticos y sofrólogos», en la que los primeros ignoraban el dolor por carecer de base fisiológica y los segundos preferirían asumirlo como signo positivo de que «algo trascendente va ocurrir»<sup>1029</sup>. Y es que como decía el obstetra y sofrólogo Vallejo-Moriones, de Santa Cristina, «¿cómo no creer en el dolor del parto? Mujeres anestesiadas con pentotal, escopolamina, dolantina, etc., se quejan durante las contracciones», aseguraba, y hasta «la enferma eclámpica en coma se queja durante la contracción», añadía recordando una célebre frase de su superior, Francisco Orengo Díaz del Castillo<sup>1030</sup>.

Como ya sabemos, Aguirre de Cárcer tendía un tanto a la aglomeración, de modo que el madrileño mantuvo la idea del descondicionamiento del dolor obstétrico además de distinguir entre dos tipos de dolor: un dolor fisiológico y moderado que servía a la mujer de alerta o señal del trabajo de parto, y un dolor sobreañadido por causas psicógenas que se manifestaban en la angustia o la ansiedad de la paciente. El programa de EM por sofropedagogía obstétrica proporcionaba medios para combatir el segundo tipo de dolor, aceptando como un elemento natural del parto algunas molestias que el preparador entendía como fácilmente soportables<sup>1031</sup>. Según su artífice, la sofrología carceriana desplegaba su acción sobre una panoplia de conocimientos que iban desde las explicaciones psicoanalíticas del desarrollo de la personalidad al condicionamiento operante skinneriano, pasando por los saberes de última hora sobre la anatomo-fisiología del dolor<sup>1032</sup>. Ninguno de estos factores, señalaba Aguirre, debía desecharse si uno quería avanzar en el estudio y la terapéutica del dolor del parto.

Por encima del popurrí teórico, y con el fin de evitar que el dolor del parto se convirtiera en verdadero sufrimiento moral, de Cárcer primaba la sofrología por los recursos que supuestamente esta ofrecía para equilibrar la identidad, la conciencia y el estado afectivo de las alumnas. La disciplina ideada por Caycedo era una técnica encaminada al autodomínio, pero cuyo aprendizaje requería entablar un estrecho vínculo con el sofrólogo o preparador, una relación muy similar a la que el psicoanálisis u otras formas de terapia psicosomática establecían entre el profesional y su paciente. A diferencia del psicoanálisis, no obstante, la sofrología trataba los desequilibrios psíquicos de la mujer a través de un trabajo sobre su experiencia corporal de la gestación, de la maternidad y de otras vivencias en general.

---

<sup>1029</sup> «Problemas» [mesa redonda], *II Reunión*, op. cit., pp. 45-46.

<sup>1030</sup> Vallejo-Moriones, «*El parto sin dolor*», op. cit., p. 229.

<sup>1031</sup> «*Nuestra experiencia*», op. cit., p. 8.

<sup>1032</sup> «*Introducción*», borrador. (EEEM).

Desde el primer peldaño de la educación carceriana –el de la entrevista personal de la paciente–, el preparador no solo ejercía un rol psicoterapéutico, sino también sofrológico. La entrevista debía motivar a la mujer, cosa que en sofrología recibe el nombre de «acción positiva» o manera de influenciar positivamente el equilibrio psicosomático de un individuo. Como decía Becerro de Bengoa, discípulo de Aguirre de Cárcer, el «ambicioso» objetivo de la Educación Maternal por Sofropedagogía Obstétrica podía situarse dentro de lo que Pedro Laín Entralgo llamaba «medicina mejorativa», referida al principio de que no vale con estar bien, si se puede estar mejor<sup>1033</sup>.

La entrevista era entonces el gesto inaugural de lo que de Cárcer llamaba, según la denominación caycediana, la «alianza sofrónica», una relación entre el preparador y su alumna cuya finalidad era producir una acción positiva sobre esta última. Los requisitos básicos para erigirse en sofrólogo y establecer una alianza sofrónica con las alumnas eran, según de Cárcer, tener estudios de medicina y conocimientos de psicología, dominar las técnicas de relajación completamente y utilizar la sofrología siempre con criterio científico y con la voluntad de apoyar a la paciente en cualquier aspecto de su vida. También una cierta disposición natural, relacionada con la tonalidad de la voz, y otra adquirida, relacionada con la personalidad del médico y su prestigio profesional, facilitaban enormemente la tarea del sofrólogo según de Cárcer.

La curiosidad, el ánimo de lucro o el deseo de perfeccionar la práctica profesional contaban entre las motivaciones legítimas del potencial sofrólogo. Otras, en cambio, caían en el terreno de lo anormal: intentar el desenmascaramiento de la sofrología como hipnosis, la búsqueda inconsciente de una solución a problemas íntimos o a una situación de inseguridad personal, el uso de la técnica como forma de aumentar la agresividad hacia el paciente o como medio para satisfacer deseos «perversos» eran algunos de los ejemplos que daba de Cárcer en una suerte de código deontológico exprés<sup>1034</sup>.

De cumplir con esta guía rápida sobre las motivaciones y virtudes del buen terapeuta, el educador maternal podía consagrarse a entablar la alianza sofrónica con la gestante, una relación que según de Cárcer aportaba múltiples beneficios. Entre otras muchas cosas, la alianza sofrónica buscaba un reencuentro con la naturaleza, es decir la búsqueda de una forma de vida «armónica», o simplemente «evitar lo antinatural», cosa que se conseguía desactivando las tensiones latentes en el paciente y por tanto también sus reacciones automáticas de defensa ante un medio de vida que sofrólogos como de Cárcer tildaban de frenético y agresivo<sup>1035</sup>. En efecto, las supuestas virtudes curativas de la alianza sofrónica para tratar estados latentes de ansiedad, tensión

---

<sup>1033</sup> Becerro de Bengoa, *op. cit.*, p. 78. La cita interna es de Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, Editorial Salvat, 1982.

<sup>1034</sup> «Relación médico-enfermo en sofrología», p. 3. (EEEM).

<sup>1035</sup> Sobre el vínculo que de Cárcer postula entre modernidad y tensión nerviosa véase y Aguirre de Cárcer, *Lecciones*, *op. cit.*, p. 75, y «Sofronización simple, activación intrasofrónica, desofronización simple», p. 2. (EEEM).

o agresividad recuerdan al modo en que el psicoanálisis teoriza la transferencia, si bien este se focaliza en el desarrollo psicosexual del paciente y no en los factores ambientales como origen de los problemas psicosomáticos. Kroger y Freed señalaban por ejemplo en su manual de medicina psicosomática que «el aspecto más importante de la psicoterapia es el establecimiento de una situación (situación terapéutica) en que la paciente tenga el valor de hacer frente a su ansiedad, aquilatándola y abandonando gradualmente sus mecanismos de defensa corporales»<sup>1036</sup>.

Aguirre de Cárcer entendía la alianza sofrónica como un «trasvase, trasiego –y casi podríamos decir trasplante– de sentimientos, pero sobre todo de vivencias primarias e infantiles» hacia la figura del médico<sup>1037</sup>. El paciente, desestabilizado por su enfermedad o, en el caso del embarazo, por los cambios fisiológicos y las repercusiones vitales de la próxima maternidad, trataba de apropiarse «de ese ser omnipotente que es el médico –del mismo modo que lo hace el niño con la madre durante su fase “oral”», comentaba de Cárcer<sup>1038</sup>. En la alianza sofrónica, por tanto, el paciente tomaba posesión simbólica de su médico con el fin de recuperar el control psicosomático de su propio cuerpo. Y aunque en el caso del embarazo la alianza sofrónica apuntase únicamente a aspectos relacionados con la gestación, como por ejemplo la regulación del sueño de la mujer, el tratamiento de sus dolores lumbares o de sus angustias frente al parto, el principio de acción positiva implicaba que la paciente podía beneficiarse de ello de una manera global, haciendo progresar su personalidad y dotándola de recursos para adquirir una cierta independencia en el manejo de sí misma.

El tipo de relación médico-paciente del modelo no incluía rasgos como la camaradería o la solidaridad, y tampoco era exactamente una relación jerarquizada de protección y tutelaje, como en el modelo readiano. La alianza sofrónica, muy próxima a la transferencia psicoanalítica, era un proceso más cercano al chamanismo o al amor, donde se produce una comunión momentánea con otro espíritu o con otro ser. Geométricamente la imagen sería la de dos círculos concéntricos. Como decía de Cárcer, se trataba de un trasplante: una apropiación del otro (o de parte de él) para transformar el propio sí.

La alianza sofrónica era a su vez una relación de transferencia de un tipo especial, pues se creaba sobre la base de un estado particular de conciencia en el que la mujer se mostraba perfectamente relajada y especialmente receptiva hacia los mensajes transmitidos por el preparador. El relevo del término «transferencia» por el de «alianza sofrónica» encontraba su justificación, pues, en el hecho de que una palabra «recibida en un estado de conciencia sofrónica tiene una fuerza, una significación y una resonancia que no tiene ese mismo mensaje recibido por una conciencia ordinaria»<sup>1039</sup>.

---

<sup>1036</sup> Freed y Kroger, *op. cit.*, p. 172.

<sup>1037</sup> «Relación médico-enfermo», *op. cit.*, p. 3.

<sup>1038</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>1039</sup> «Nuestra experiencia», *op. cit.*, p. 6.

Con el fin de trabajar sobre los estados de conciencia la sofrología caycediana teorizó un uso especial del lenguaje con fines terapéuticos, pero muy alejado de la asepsia psicoprofiláctica: el *terpnos logos* o decir placentero, una expresión adoptada de la antigüedad clásica, se refería a la forma en que el sofrólogo enviaba mensajes a sus pacientes mediante un tono armónico y un lenguaje persuasivo<sup>1040</sup>. El término, acuñado por Homero y posteriormente por Platón, designaba un tipo de terapia verbal basado en la entonación suave, monótona y monocorde<sup>1041</sup>. Para sosiego del alma humana, comentaba Caycedo, él mismo había «exhumado» el *terpnos logos* de las ruinas de la historia<sup>1042</sup>. Y es que como decía Laín a propósito de este tipo de cura en el legado platónico, «sin la obra psicológica de la persuasión verbal no sería enteramente eficaz, ni totalmente humana, [...] la acción terapéutica que por sí mismos pueden ejercer el fármaco, la dieta y la indicación quirúrgica»<sup>1043</sup>.

¿Pero en qué consistían, exactamente, las operaciones encaminadas a informar, educar y motivar a las alumnas que preconizaba de Cárcer? En concreto, el sofrólogo-preparador de la EM iba esculpiendo, de una sesión a otra, «los estados de conciencia más favorables para la futura madre»<sup>1044</sup>. Por ejemplo, una clase dada con entusiasmo y convicción conseguía poner a la paciente, según de Cárcer, en un estado llamado «sofroatención», y también se producía entre médico y alumna un fenómeno de «sofrocomunicación». Asimismo, la «sofroaceptación progresiva» era el procedimiento que se usaba para diluir miedos profundos de la gestante, como el de morir en el parto, mediante la sugerencia del sofrólogo de anticipar tal hecho futuro durante un estado de relajación. De forma similar, la vivencia anticipada del futuro parto en sesiones de relajación sucesivas permitía que la paciente ganase seguridad en sí misma, y ello recibía el nombre de «sofrocorrección seriada». Aprovechando otros estados de conciencia, como el que se conseguía durante la visualización de material fílmico («sofrocontemplación»), el sofrólogo o educador maternal podía realizar sugerencias que permitiesen, por ejemplo, desactivar el rechazo inconsciente de la mujer hacia su maternidad o incluso desencadenar el parto en el caso de un embarazo inconscientemente prolongado<sup>1045</sup>.

---

<sup>1040</sup> Según la definición de González de Pablo, *op. cit.*, p. 104.

<sup>1041</sup> Véase W. Jane Bancroft, *Suggestopedia and Language Acquisition: Variations On a Theme*, Gordon and Breach Publishers, Amsterdam, 1999, p. 195. En España, Manuel Usandizaga consideraba que «la palabra rítmica de las técnicas psicoprofilácticas» guardaba mucha similitud –antes de la aparición de la sofrología– con los «ensalmos de las parteras en tiempos de Platón», y citaba un artículo de Laín Entralgo sobre la genealogía de la cura verbal, titulado «La racionalización platónica del ensalmo y la invención de la psicoterapia verbal» (en *Archivos Ibero-Americanos de Historia de la Medicina y Antropología Médica*, 9, 1957, pp. 133-160). Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 67.

<sup>1042</sup> Alfonso Caycedo, «La Sofrología y el concepto de sugestión», en Caycedo, *op. cit.*, p. 180.

<sup>1043</sup> Pedro Laín Entralgo, *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Madrid, 1958, citado por Carreras, «*Ataraxia y obstetricia*», *op. cit.*, p. 311.

<sup>1044</sup> «*Nuestra experiencia*», *op. cit.*, p. 8.

<sup>1045</sup> *Ibid.*, pp. 8-9.

La semejanza de algunos de estos procederes con técnicas hipnóticas de larga tradición era innegable. Recordemos por ejemplo la sugestión post-hipnótica que Santiago Ramón y Cajal ejerció sobre Silveria Fañanás para alumbrar a su sexto hijo sin dolor. Precisamente a causa de estas similitudes Alfonso Caycedo había elaborado una terminología específica para nombrar las diversas técnicas y estados de consciencia que englobaba su método, siempre precedidos por el sufijo *-sofro*. Como señala de Pablo, además de la nueva definición dada por Caycedo, el propio nombre de la disciplina y la configuración de esta semántica propia, compuesta por más de 160 términos, fue una de las estrategias clave en la fundación de la escuela caycediana, liberándola con ello de las connotaciones que –como la magia y el misterio– el lenguaje ordinario atribuía a todo lo relacionado con la hipnosis<sup>1046</sup>.

Como vemos, la EM de Aguirre de Cárcer no tardó en aplicar dicha semántica en referencia a las técnicas de preparación al parto. Y es que, entre otras cosas, la alianza de la EM y la disciplina fundada por Caycedo permitía a de Cárcer refutar una de las críticas más recurrentes de sus opositores: a saber, que como había pregonado Manuel Usandizaga, los métodos de preparación al parto actuaban sobre la respuesta individual al dolor somático mediante un mecanismo que oscilaba entre la simple sugestión y la hipnosis de vigilia<sup>1047</sup>.

Fiel al discurso de su mentor, de Cárcer admitía que él mismo dominaba las técnicas hipnóticas y que estas conformaban «un capítulo experimental dentro de la sofrología», pero sus escritos marcaban distancia con la hipnosis y describían a la sofrología como un estadio superior de la investigación terapéutica en torno a los fenómenos de la consciencia humana<sup>1048</sup>. Como vimos, los esfuerzos que Caycedo llevó a cabo para matizar la definición de la disciplina permitieron operar un pequeño salto epistemológico y situarse no en un mismo plano que la hipnosis, sino ligeramente por encima: «la sofrología dejaba así de ser un mero sustituto de la hipnosis con otro nombre más moderno», señala de Pablo, «y pasaba a englobar a la hipnosis dentro de un sistema progresivamente complejo al que se fueron añadiendo varios métodos»<sup>1049</sup>.

Aguirre de Cárcer esgrimió varios argumentos para desvincular la hipnosis de su práctica sofrológica. En primer lugar la hipnosis requería la presencia del hipnólogo durante el parto, lo cual dificultaba la difusión del método<sup>1050</sup>. Asimismo, una de las diferencias entre la hipnosis y la sofrología residía en que esta última era universalmente aplicable, pues «todos nos relajamos, el que no se relaja es que tiene un problema», comentaba Aguirre, mientras que la hipnosis sí

---

<sup>1046</sup> Sobre cómo Caycedo propugnó la abolición del término hipnosis véase González de Pablo, *op. cit.*, 103-104. Véase también al respecto el artículo de su hija, heredera actual de la escuela: Natalia Caycedo y Koen van Rangelrooy, «La sofrología caycediana: más que una técnica de relajación», *Natura Medicatrix*, 21 (6), 2003, p. 357.

<sup>1047</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, pp. 72 y 92.

<sup>1048</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación a la maternidad*, *op. cit.*, p. 151.

<sup>1049</sup> González de Pablo, *op. cit.*, p. 105.

<sup>1050</sup> «Los métodos de preparación», *op. cit.*, p. 3.

dependía de que el paciente fuera hipnotizable, condición que no todo el mundo reunía<sup>1051</sup>. Por otro lado la sofrología no recurría a un lenguaje antitético como la hipnosis, donde según él se insistía en la idea de «no-dolor» con el fin de sugestionar a la parturienta y evitar la percepción de la contracción como un estímulo doloroso<sup>1052</sup>. Según el madrileño, al contrario, la EM substituía la «idea fija» de dolor por verdaderos «conocimientos», cual los binomios «parto-trabajo de un músculo» o «parto-contracción de la matriz», conservando así además un núcleo de condicionamiento típico de la terapia psicoprofiláctica<sup>1053</sup>.

La hipnosis constituía pues para de Cárcer una «técnica impositiva» porque en ella el hipnotizador presidía sobre las sensaciones del paciente; la sofrología, en cambio, era «una técnica que el paciente practica y consigue o no», es decir, donde hay acompañamiento pero no imposición<sup>1054</sup>. Para de Cárcer el problema más grave de la hipnosis era que mediante dicha técnica la mujer no hacía «nada», los logros recaían sobre el profesional y el resultado minaba la autonomía y el protagonismo de la paciente. Incluso la técnica de Dick-Read, con su requisito de presencia continua en el cabezal de la parturienta, conllevaba en el fondo según Aguirre un cierto grado de desconfianza y de infantilización de la paciente<sup>1055</sup>. Con la sofropedagogía obstétrica, en cambio, la mujer vencía sus miedos ancestrales, lograba relajarse, controlar su cuerpo y crear sus propios reflejos: «en suma», concluía de Cárcer, «es ella la que se prepara para ser madre y es ella la que triunfa»<sup>1056</sup>.

Una vez más, Aguirre de Cárcer traducía casi literalmente aquí la inquietud de su maestro por desmarcarse de los fenómenos hipnóticos o sugestivos. Como advierte González de Pablo, Caycedo se afanaba siempre en resaltar que el *terpnos logos*, o sugerencias habladas, requerían siempre «la aceptación racional del paciente», conformando una suerte de «persuasión razonada»<sup>1057</sup>. Cabe recordar aquí que para Caycedo y sus colaboradores la hipnosis y la sugestión podían funcionar como términos equivalentes por dos razones: porque en lo conceptual ambos habían confluído en ciertos periodos de la historia<sup>1058</sup>, y especialmente porque ambos eran vocablos que se desgastan y que padecían, según una expresión de E. Kretschmer, de «correlaciones esféricas», es decir que dichos términos entrañaban «lateralmente» contenidos peyorativos que

---

<sup>1051</sup> «Problemas» [mesa redonda], *II Reunión, op. cit.*, p. 51.

<sup>1052</sup> «Nuestra experiencia», *op. cit.*, p. 8.

<sup>1053</sup> *Ibid.*

<sup>1054</sup> «Problemas» [mesa redonda], *II Reunión, op. cit.*, pp. 51-52.

<sup>1055</sup> «Los métodos de preparación», *op. cit.*, p. 4.

<sup>1056</sup> «Los métodos de preparación», *op. cit.*, p. 3.

<sup>1057</sup> González de Pablo, *op. cit.*, p. 104. Caycedo desarrolla esta idea en «La Sofrología», *op. cit.*, p. 178.

<sup>1058</sup> Este proceso de confluencia se encuentra descrito en *Ibid.*, pp. 174-176, y Caycedo alude a él, citando una expresión del psiquiatra Santiago Montserrat i Esteve, como «Resurgimiento Pendular».

enturbiaban su sentido original<sup>1059</sup>. Si en la hipnosis una de estas correlaciones era el sueño, en la sugestión era sin duda la idea de engaño<sup>1060</sup>.

Frente a los escrúpulos de Aguirre de Cárcer por lavar la imagen de su escuela bajo este tipo de argumentos, otros médicos afines a la sofrología se mostraban menos susceptibles. Para Vallejo-Moriones, por ejemplo, todos los métodos de preparación al parto albergaban «un gran contenido de Waking Hypnosis (hipnosis vigil)», pues muchos preparadores hacían «sofrología sin saberlo» cuando usaban sus dotes persuasivas o recurrían a la autoridad o al prestigio<sup>1061</sup>. En otra ocasión Moriones argüía que también el médico sofronizaba a menudo –deliberadamente o no– a algunas pacientes sin que lo advirtieran siquiera: es decir, sin que ellas otorgaran su consentimiento previo<sup>1062</sup>. De la ponencia de Moriones se deduce por tanto que la cuestión de la aceptación racional o la implicación recíproca en la sofronización obstétrica era, en este sentido, más delicada en la práctica que en la teoría. Fuese como fuese, para este entusiasta de las técnicas de *psicoanalgesia*, como él decía, el empleo deliberado de la sugestión daba resultados óptimos en la conducción de los partos<sup>1063</sup>.

Como veremos en la siguiente parte de la tesis, el debate en torno a la sugestión y el rol de la conciencia durante la instrucción prenatal y el parto preparado ponía sobre el tablero cuestiones de índole fenomenológica, ética y deontológica y marcó un periodo de confrontación entre las distintas versiones del parto sin dolor. En el caso de la EM carceriana, y en lo que a su diseño conceptual se refiere, el término «sugestión» dio paso a otro, menos sesgado, que ya hemos ido apuntando: la motivación.

En efecto, uno de los pilares de la sofrología era el afán por neutralizar las emociones negativas mediante otras positivas<sup>1064</sup>, y esa fue precisamente la táctica que según de Cárcer dio sentido a su propia escuela. En lugar de sugestionar a las mujeres contra el dolor, o de descondicionarlas mediante aparatosos sistemas de reflejos, el madrileño se decantó por hablarles de su trascendencia como madres. En particular de Cárcer insistió en la idea de la urdimbre afectiva pre y postnatal asumiendo para ello una retórica cuasi económica del coste-beneficio: con un mínimo de esfuerzo por su parte, les decía,

---

<sup>1059</sup> *Ibid.*, p. 174. La alusión al desgaste de vocablos como hipnosis o sugestión es de López-Ibor y se encuentra en la p. 173.

<sup>1060</sup> *Ibid.*, p. 174.

<sup>1061</sup> «*El método*», *op. cit.*, p. 27. Ernesto Vallejo-Moriones fue, junto a Aguirre de Cárcer, pionero en la aplicación de la sofrología al parto. Antes de experimentar con casi todos los métodos de preparación al parto disponibles a partir de los años 1950, Vallejo-Moriones ya se había interesado por los tratamientos alternativos para afecciones ginecológicas y obstétricas. Véase su publicación sobre balneoterapia, «La hidrología médica en relación con la especialidad tocoginecológica», *El Siglo Médico*, Semana Médica Española, tomo 92, vol. 114, Madrid, 2º semestre de 1946, pp. 532-535.

<sup>1062</sup> Vallejo-Moriones, «*El parto sin dolor*», *op. cit.*, p. 222. En esta ponencia, Vallejo-Moriones presentaba la primera estadística española sobre pacientes obstétricas sofronizadas, con un total de 224 casos.

<sup>1063</sup> *Ibid.*, p. 231.

<sup>1064</sup> Así lo expresa Josep Maria Dexeus en «La Sofroterapia en Ginecología y Obstetricia», *en* Caycedo, *op. cit.*, p. 207.



las alumnas no solo reducían el dolor de parir, sino que además intervenían favorablemente en el desarrollo de las «potencialidades genéticas» de sus hijos<sup>1065</sup>. La idea, ubicua en la obra del educador maternal, suponía que las relaciones maternofetales eran decisivas en la formación y estructuración de la personalidad del futuro adulto, y cabe suponer que tal aserto supusiese un aliciente para muchas mujeres a la hora de escoger un curso de preparación al parto e implicarse a fondo en el aprendizaje.

Tratar la personalidad de la madre ya no era pues el único objetivo confesable de la EM, sino que de paso el método procuraba también la genialidad del hijo. El desplazamiento sutil que la sofrología operaba del concepto de sugestión por el de motivación, así como la insistencia en la autonomía de la alumna y el recurso a engranajes teóricos del psicoanálisis explican tal vez el éxito que alcanzó esta variante modernizada del parto sin dolor en la España de los años 1970 y 1980. El nuevo método menguaba la relevancia de las especulaciones causales sobre el dolor, dotaba al tocólogo o preparador de amplias aptitudes para conducir psíquicamente a sus pacientes y, a pesar de dicho margen de influencia, también proporcionaba un marco procedimental que supuestamente fomentaba la independencia de la mujer y prometía su encaje harmónico en el mundo.

Con su adhesión a la sofrología caycediana la escuela española de EM se desmarcó de modelos anteriores de preparación al parto y poco después otros países imitaron su ejemplo<sup>1066</sup>. Aguirre de Cárcer contribuyó personalmente a esta generalización, pues además de sus giras por países de Centroamérica y Suramérica el madrileño también participó en todos los eventos relacionados con la sofrología y la preparación al parto en suelo europeo<sup>1067</sup>. El inicio de los años 1970 supuso un periodo de intensa actividad divulgadora para de Cárcer, que impartió conferencias, seminarios y cursillos en ciudades como París, Bruselas, Londres, Berlín, Burdeos o Roma<sup>1068</sup>. Además, desde 1979 Aguirre contaba con una publicación francesa de su obra *Maternidad Serena*, de la que

---

<sup>1065</sup> «Los métodos de preparación», *op. cit.*, p. 5.

<sup>1066</sup> La sofrología caycediana tuvo pronta repercusión en países como Francia, Bélgica o Suiza tanto en el ámbito obstétrico como en otros campos de la medicina y del deporte. El médico y sofrólogo Raymond Abrezol desarrolló su propio método prenatal mediante técnicas sofrológicas, pero su labor ha pasado a la posteridad por la divulgación que hizo de la disciplina en el ámbito deportivo. En Francia, una de las primeras publicaciones en aunar sofrología y preparación al parto fue la de Jean-Luc Audouin et Joëlle Souffir, *Pour la femme. 50 exercices de sophrologie : puberté, sexualité, accouchement, ménopause*, Retz, París, 1980. Otra autora pionera en la divulgación de la sofrología obstétrica en Francia fue una matrona que prestaba servicio en las maternidades parisinas de Notre-Dame De Bon Secours y Saint-Antoine: Élisabeth Raoul, *Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité ou sophro-pédagogie obstétricale et maternelle*, Maloine, París, 1983. Asimismo, obras de referencia en este campo son las del director de la Academia de Sofrología de París, Patrick-André Chéné, que ha escrito varias monografías sobre sofrología obstétrica, ginecológica y sexológica, de entre las cuales la más reciente es *Maternité et Sophrologie*, Ellébore Livre, París, 2017.

<sup>1067</sup> En concreto, de Cárcer dio a conocer su método de EM mediante una ponencia y una película tanto en el Primer Congreso Mundial de Sofrología (Barcelona, 1970) como en el Segundo Simposio Europeo de Sofrología, celebrado en Beaulieu (Lausana) en 1973.

<sup>1068</sup> «Méritos profesionales», *op. cit.*, y «Repercusión de la labor de la sección de Educación Maternal a nivel internacional». (EEEM).

vendió unos veinte mil ejemplares y que se reeditó posteriormente en varias ocasiones<sup>1069</sup>. El primer enclave francés de la EM fue el Institut Français de Sophropédagogie Obstétricale de Tours, donde su director –el sofrólogo Christian Loisel– quedó encargado de la formación de profesionales en el territorio galo<sup>1070</sup>. En Bélgica, un equipo de la maternidad de Saint-Michel (Bruselas) adaptó la EM carceriana rebautizándola «método del parto responsable» y exportándola después a otras clínicas europeas<sup>1071</sup>. De esta forma, pues, el educador maternal lograba propagar el mensaje de la sofrología más allá de nuestras fronteras.

Con todo, el papel que se reservaba al médico o preparador en el sistema de Aguirre de Cárcer era, y así lo reconocía él mismo, el de «droga» o «arma curativa»<sup>1072</sup>. Mediante los procedimientos arriba descritos, el preparador rectificaba la disposición emocional de la embarazada para conseguir apaciguar el dolor el día del parto pero, sobre todo, para que dicho acontecimiento actuara en la herida abierta de la sexualidad femenina como un unguento desinfectante y regenerador.

En la relación entre el preparador y la futura madre el lenguaje se revelaba también decisivo, pero no únicamente para «limpiar» el cerebro de falsas asociaciones como sucedía en la psicoprofilaxis. El lenguaje no solo operaba a ese nivel cortical, sino que funcionaba en toda la superficie corporal de la alumna, pues en medicina psicosomática el cuerpo es indisociable de la vida anímica del sujeto. A este respecto, por ejemplo, Aguirre de Cárcer consideraba que las lecciones teóricas sobre fisiología y anatomía reproductivas no solo servían para acabar con la ignorancia de la mujer: también colmaban las posibles lagunas que esta tenía de su esquema corporal, es decir, de la representación mental que una se hace de su propio cuerpo y que, durante el embarazo, debe modificarse en coherencia con los cambios fisiológicos sufridos por el organismo. Los posibles desfases entre el cuerpo metamórfico de la embarazada y su apreciación subjetiva constituían para de Cárcer una fuente de angustia nefasta para el parto<sup>1073</sup>. Mediante este tipo de razonamientos, y junto a las técnicas de relajación derivadas de la sofrología, la EM se distanciaba de la psicoprofilaxis

---

<sup>1069</sup> «Méritos profesionales», *op. cit.* Para una referencia francesa del libro de Aguirre de Cárcer véase *La Femme Femme: être mère dans la sérénité*, Christian Loisel (trad.), AVA, Tours, 1982. Asimismo, de Cárcer escribió el capítulo «Sophrologie» para la *Encyclopédie Française de Médecine et Parapsychologie*, Ed. Martinsart, París, 1978.

<sup>1070</sup> «L'Éducation Maternelle», p. 5. (EEEM).

<sup>1071</sup> La referencia la extraigo de una obra colectiva (p. 193) disponible online en: [myslide.es\\_boon-henri-y-davrou-yves-la-sofrologia-565de3f0b5658-1.doc](https://myslide.es_boon-henri-y-davrou-yves-la-sofrologia-565de3f0b5658-1.doc) La primera edición del texto es de 1978, y una edición más reciente es Henri Boon, Yves Davrou y Jean-Claude Macquet, *La sofrología*, Ediciones Mensajero, Madrid, 2001. Según el texto, el equipo estaba dirigido por el médico Henri Boon y el ginecólogo «Van der Vellen». También lo componían dos fisioterapeutas (Jean-Paul Crépin y Janine Boon Custin) y un psicólogo (Michel Overloop).

<sup>1072</sup> «Nuestra experiencia», *op. cit.*, pp. 7 y 6 respectivamente.

<sup>1073</sup> *Ibid.*, p. 2.

original al convertir la teoría médica de sus cursillos en una suerte de terapia más fenomenológica que cognitiva y en la que la vivencia del cuerpo primaba sobre el conocimiento de él.

Por otro lado, la revalorización del papel del preparador y del tipo de comunicación que se establecía entre este y la embarazada permitía reformular el concepto de «asepsia verbal» en una vuelta al sentido readiano: de Cárcer pedía que tocólogo y matrona se limitaran tan solo a no mostrarse negativos hacia la preparación seguida por la parturienta. Como vimos, en el contexto de hospitalización masiva de los partos en que escribía Aguirre de Cárcer, a partir de los años 1960, la mayor parte de las veces no podía garantizarse la continuidad entre los profesionales que ofrecían la preparación y los que se encargaban de la asistencia. Este era un problema característico de la modernidad obstétrica y que no existió en el laboratorio europeo de la psicoprofilaxis, situado en la calle de Bluets, donde Lamaze y Vellay concretaron el método soviético. Allí la psicoprofilaxis ortodoxa había teorizado el condicionamiento verbal como un procedimiento que permitía prevenir el dolor pero al mismo tiempo llevar a la perdición. Y de esta fuerza y fragilidad simultáneas del lenguaje derivaba todo un sistema que concedía una atención escrupulosa a la educación de los profesionales, cuya actitud resultaba lógicamente decisiva en los resultados finales.

De Cárcer oponía a este modelo otro en el que la simple «abstinencia» del equipo médico bastaba para acompañar a una mujer cuyas heridas del pasado habían sido cerradas gracias a la preparación al parto<sup>1074</sup>. La «curación», si la había, sucedía antes del nacimiento, no durante este, pues la EM no trataba el dolor del parto, sino la identidad entera de la mujer, y solo a raíz de dicha terapia previa podía prevenirse, tal vez, también el dolor<sup>1075</sup>.

La EM carceriana, diseñada específicamente para implantarse en la que durante mucho tiempo fue la mayor maternidad del territorio español, poseía pues la ventaja de reducir la presión sobre el equipo obstétrico e intensificar la atención sobre los logros de la mujer. Si además tales logros dependían de los méritos del preparador, y estos a su vez de la adhesión del preparador a la pedagogía sofrológica de la EM, entonces la rentabilidad del proyecto estaba asegurada.

Hasta aquí los dos primeros capítulos se han volcado sobre las dimensiones didáctica y psicoterápica de la preparación al parto, mostrando cómo el modo de administrar la teoría y de plantear la interacción entre los distintos actores traducía una visión implícita del dolor. Esta causalidad inherente a las medidas

---

<sup>1074</sup> De Cárcer no cuestionaba la utilidad de la «asepsia verbal» tal y como la entendieron los psicoprofilácticos franceses, sino que ponía en duda su puesta en práctica y asumía una actitud a la vez derrotista y pragmática ante ella: «Por desgracia la Psicoprofilaxis no puede llegar a todas partes», se lamentaba el madrileño, y por ello era necesario «profundizar en la preparación de la gestante». Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1969], *op. cit.*, p. 302.

<sup>1075</sup> *Ibid.*, pp. 78-80.

terapéuticas era relativamente fija en los razonamientos de los defensores de la psicoprofilaxis y del parto natural readiano: falsa conexión nerviosa para los unos, tensión muscular de una paciente temerosa para los otros, pero en ambos casos el sistema entero operaba de forma preventiva en base a esa premisa estructural. Con la EM carceriana y su fundamentación en el psicoanálisis y la sofrología, dicha causalidad se vuelve líquida o escurridiza, pues el dolor no obedece a mecanismos que puedan acotarse, sino que refleja la complejidad del inconsciente y de la subjetividad. De ahí que el modelo subsuma lo didáctico en lo psicoterápico, lo formativo en lo relacional, justo al revés que la psicoprofilaxis, y algo más que en el sistema readiano. Vista así la evolución de ambas dimensiones de la preparación al parto, el capítulo siguiente vuelve al punto de partida para elucidar nuevamente, desde el ángulo de las prácticas evaluativas esta vez, ese juego de posiciones en torno al dolor.



## 9. Crítica

*«The value of a theory lies ultimately in the results obtained by its practical implementation.»*

Grantly Dick-Read, 1961.

Del pupitre al diván, la preparación al parto se dejó mecer por la suave brisa de la medicina psicosomática en la segunda mitad del siglo. Si el ímpetu pedagógico del principio pudo marchitarse, en realidad nunca se perdió del todo. Para la psicoterapeuta Leonor Lorenzo, por ejemplo, el análisis de la gestante era el factor clave del método, pero en la consulta del octavo mes la alumna debía demostrar que había comprendido el mecanismo del parto «con todo conocimiento de causa y “a pie firme”»<sup>1076</sup>. La instrucción teórica era en efecto la ocasión de descubrir el funcionamiento de dos cuerpos: el del propio cuerpo y el del cuerpo médico que asistiría a la embarazada y junto al cual ella debía aprender a parir. Fuese el que fuese el modo de enseñanza –más o menos ameno o riguroso–, la formación teórica permitía familiarizar a la embarazada con el escenario en el que se desarrollaría el parto y medicalizar su comprensión del fenómeno obstétrico, facilitando con ello la comunicación y la compenetración entre el equipo y la interesada. Según Aguirre de Cárcer, por ejemplo, el acercamiento al universo biomédico no pasaba tanto por la memorización cuanto por la integración inconsciente de nuevos contenidos<sup>1077</sup>. Pero la mujer debía, en todos los casos, llegar al parto «con la lección bien aprendida»<sup>1078</sup>.

Michaels observaba que los métodos de educación prenatal postularon una causalidad psicogénica del dolor obstétrico y ofrecieron en consecuencia una representación del parto como prueba de la fortaleza psíquica de la gestante<sup>1079</sup>. Ciertamente, el reverso de las etiologías psicologizantes eran metodologías inculpatorias que tendían a rechazar cualquier responsabilidad sobre la ineficacia de la preparación contra el dolor. Como decía Aguirre de Cárcer sin despeinarse: «El fracaso hay que buscarlo, la mayoría de las veces, en la mujer»<sup>1080</sup>.

---

<sup>1076</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 60.

<sup>1077</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 132.

<sup>1078</sup> *Ibid.*, p. 62. De Cárcer insiste en la importancia de enseñar bien las bases teóricas de la preparación y en que en ningún caso las alumnas debían salir de sus cursillos, por sencillos que fueran, con dudas o preguntas, en p. 110.

<sup>1079</sup> Michaels, «*Pain and Blame*», *op. cit.*, p. 237.

<sup>1080</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 99.

Si en última instancia era la cabeza de la madre, y no la del feto, la responsable del sufrimiento en el parto, según la expresión de Nikolaev, cada escuela desarrolló una serie de criterios que permitían comprobar la capacidad de la preparación para encauzar y moldear el psiquismo de la gestante. Dentro del marco psicologizante que se dieron los teóricos del parto preparado había, entonces, cierto margen para la autocrítica. De hecho, y con independencia de la cobertura mediática que tuvo el «parto sin dolor» en los momentos de mayor impacto social o de la falsa promesa contenida en dicha nomenclatura, ninguna escuela de preparación al parto se declaró del todo infalible. Como decía Lamaze tras tres años de aplicación de la psicoprofilaxis en Francia, el éxito del método era innegable, pero también había que reflexionar sobre «sus límites a la medida de toda empresa humana, las mejoras pendientes, y sobre todo las condiciones materiales y morales indispensables para una generalización deseable»<sup>1081</sup>.

Cada propuesta de preparación al parto elaboró procedimientos para valorar la consecución de sus propios objetivos en relación a una multiplicidad de factores, si bien el papel que desempeñaba la mujer en el proceso de aprendizaje era el más relevante de todos ellos. Dicho de otro modo, el aparato crítico de cada escuela estaba en concordancia con sus objetivos de base: a saber, reprogramar el córtex de la embarazada en el caso de la psicoprofilaxis o tratar aspectos sombríos de su personalidad con recursos de inspiración más o menos psicoanalítica para los métodos cercanos a la fuente readiana. Por este motivo, los criterios que definían el éxito de un parto preparado apuntaban directamente, en el modelo psicoprofiláctico, al grado de analgesia conseguido por las parturientas, mientras que el resto se focalizó más en el comportamiento de la mujer durante su parto. Cada escuela *cifraba* su valor en los resultados obtenidos y, en consecuencia, las polémicas en torno a estos debilitaban la pretendida objetividad de los esfuerzos de cuantificación, especialmente los de la psicoprofilaxis por ser la corriente que más se expuso a este respecto.

Con el tiempo la clasificación de parturientas en tipos, la atribución de calificaciones personalizadas y la confección general de porcentajes y estadísticas fue renqueando. La manera en que las alumnas se desenvolvían en plena labor y la experiencia mental que aseguraban haber derivado del nacimiento fue desplazando a la percepción del dolor como blanco principal de la preparación. Para cuando el furor numérico inicial se hubo deshinchado un poco, pues, el objeto de dichas mediciones –ya sistematizadas pero también menos ambiciosas– había mutado para siempre. Los números de la preparación al parto son, en este sentido, un buen reflejo del cambio gradual en la conceptualización del dolor y del fin último del aprendizaje.

A pesar de estas transformaciones la evaluación de resultados fue, desde el principio, una estrategia fundamental para adquirir legitimidad científica, ganar adeptos entre el público y, en el caso de la psicoprofilaxis parisina, una

---

<sup>1081</sup> Lamaze, *L'Accouchement sans douleur* [conferencia], *op. cit.*, p. 14.

herramienta terapéutica más del propio método. El juicio crítico que elaboró este último método proyectaba la mirada hacia adentro, iluminando los intersticios inoperantes en la formación de las futuras madres y la actuación del personal. Si el parto era el examen en el que la alumna debía brillar, la posterior estimación del resultado equivalía a realizar la prueba del algodón sobre la mujer, los profesores y el aula entera.

El último de capítulo de *(Psico)terapia* empieza planteando la relevancia de los debates sobre la medición de resultados en los métodos de preparación al parto tras su implantación en España. Después de analizar la postura que Ángel Hernández Jiménez exhibió al respecto, minoritaria pero paradigmática del mensaje que la psicoprofilaxis pretendía lanzar sobre su alcance y eficacia, abordaré a continuación las críticas que recibió el tocólogo madrileño (y la corriente a la que representaba) por parte de personalidades influyentes de la élite ginecológica española. A continuación el análisis se centrará en un texto crucial de la psicoprofilaxis donde sus ideólogos franceses incorporan, reaccionan y contraatacan frente a dichas críticas, mostrando el purismo de su quehacer evaluativo así como su originalidad: esta práctica tenía, en la escuela francesa, el valor añadido de ser la que soldaba el proceso terapéutico de forma definitiva.

Por último el foco se pone de nuevo sobre las aportaciones autóctonas en materia evaluativa, considerando también su evolución en el tiempo: en primer lugar los psicoprofilácticos españoles adujeron que la variabilidad en la eficacia analgésica del método dependía de los tipos nerviosos de las pacientes sobre las que se aplicaba, pero sus colegas hicieron caso omiso de tal explicación. Con la consolidación de la perspectiva psicosomática en obstetricia, los actores concernidos por la preparación prenatal concluyeron que calibrar el efecto analgésico de esta era una quimera y prefirieron aprehender sus ventajas estrictamente psicoterápicas, como la madurez y la estabilidad que dicha preparación debía incitar en la personalidad de la futura madre.

## 9. 1. Contar y ganar

Como tantos otros aspectos del método psicoprofiláctico, la difusión de sus resultados casi milagrosos<sup>1082</sup> puede entenderse como un dispositivo más del engranaje propagandístico que sostuvo esta práctica médica. La retórica triunfalista amenizaba las publicaciones, con proclamas que cantaban a los

---

<sup>1082</sup> Tomo aquí prestada la expresión de Carlos Carceller Blay, quien aducía que «para enjuiciar» la utilidad de los métodos de preparación al parto la clase médica debería sustraerse «no solo del ambiente local de neurosismo en que vivimos, sino de este halo milagroso y entusiasta con que las pacientes y profesionales sanitarios rodean a sus descripciones». Carceller, *op. cit.*, pp. 344-345.



cuatro vientos «la realización impresionante, en la historia de la humanidad, de la disociación entre el acto de la reproducción, de una parte, y la supuesta fatalidad del dolor, de la otra»<sup>1083</sup>. Lamaze pedía pues fondos a las instituciones francesas para «la realización total de una obra humana y social cuya prodigiosa importancia sería vano señalar»<sup>1084</sup>.

Las cifras acompañaban esta narrativa épica corroborando no solo el carácter revolucionario del método, sino su exitosa implementación. La mayoría de adeptos a la psicoprofilaxis de inspiración francesa recogen una tasa de éxitos, es decir de partos indoloros, del 85-90%. Según el barcelonés Pedro Puig Massana, por ejemplo, estos resultados confirmaban que la preparación influía notablemente sobre «lo que parece esencial del método: el dolor»<sup>1085</sup>. Ahora bien, en la búsqueda de tan noble propósito los adeptos de la educación prenatal chocaban con múltiples obstáculos, como la falta de convicción de las embarazadas, la mala coordinación entre la asistencia y la preparación, la disparidad en el nivel intelectual de las gestantes<sup>1086</sup>, el efecto inhibitor de la preparación en grupo<sup>1087</sup>, la «frágil perseverancia femenina»<sup>1088</sup> o la resistencia de un entorno incrédulo. Siempre había, no obstante, formas para sortear las dificultades: así por ejemplo, Puig Massana comentaba que a menudo las pacientes originarias de pueblos o ciudades pequeñas debían a su vez «preparar» a sus allegados y conocidos, lo cual requería «un mayor esfuerzo cerebral por su parte, que se ha traducido el día del parto en unos reflejos condicionados más fijos»<sup>1089</sup>.

Confiados y optimistas, quienes se lanzaron a la aventura señalaban ventajas adicionales de la preparación al parto, independientes de la indolorización: entre ellas figuraba el acortamiento del trabajo, la reducción de

---

<sup>1083</sup> Lamaze, *L'Accouchement sans douleur* [conferencia], *op. cit.*, p. 1.

<sup>1084</sup> Lamaze y Vellay, «*L'Accouchement Sans Douleur*», *op. cit.*, p. 12.

<sup>1085</sup> Pedro Puig Massana, «Comentario a nuestras observaciones sobre parto sin dolor», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa*, *op. cit.*, p. 9.

<sup>1086</sup> A este respecto, Julio Cruz y Hermida declaraba: «Qué duda cabe que una mujer culta e inteligente, en principio, está en mejores condiciones de comprender y sacar provecho a nuestras explicaciones. No se puede hablar en igual forma de los reflejos condicionados y la receptividad del córtex, por ejemplo, a una universitaria que a la mujer de un peón de albañil». Cruz y Hermida, *op. cit.*, pp. 401-402. La necesidad de amoldar la preparación teórica al capital cultural de las alumnas se repetía de modo recurrente en los textos. Véase, por ejemplo, Ucieda, *op. cit.*, p. 23.

<sup>1087</sup> Según Cruz y Hermida, las lecciones grupales acomplejaban a «la que es timorata, apocada». Las mujeres de esta clase, decía el ginecólogo, callaban sus dudas con tal de no ser etiquetadas por las demás, creando lagunas en la preparación teórica. Cruz y Hermida, *op. cit.*, p. 402. De la misma opinión era Francisco Ucieda Losada, Ucieda, *op. cit.*, p. 20.

<sup>1088</sup> Según Cruz y Hermida, esta condición hacía que muchas mujeres abandonasen los cursillos antes de haber completado su formación, fracasando por tanto el día del parto. Cruz y Hermida, *op. cit.*, p. 402. En la misma línea, el eminente Santiago Dexeus opinaba, en una entrevista, que el «temperamento meridional» de la sociedad española no constituía un serio obstáculo al método. «Si tuviese algo que temer», declaraba en fin, «sería el escaso espíritu de constancia de algunos de nuestros sectores sociales femeninos». Dexeus i Font, «*El parto sin dolor*», *op. cit.*, p. 117. Francisco Ucieda Losada realizaba una apreciación análoga en Ucieda, *op. cit.*, p. 22.

<sup>1089</sup> Puig Massana, «Comentario», *op. cit.*, p. 10. Francisco Ucieda señalaba que en las capitales de provincia, los primeros casos sentaban precedente, y el éxito o fracaso de esas pacientes repercutía enormemente «sobre el porvenir del método». Por ello, este médico leonés aconsejaba realizar una selección previa de las candidatas. Ucieda, *op. cit.*, p. 19.

las gestosis o alteraciones del embarazo, de las intervenciones obstétricas y del recurso a la anestesia, del riesgo de hemorragias, del sufrimiento fetal y la asfixia del recién nacido, de la prematuridad e incluso de la mortalidad infantil global, además de un ligero aumento de la lactancia entre las madres preparadas<sup>1090</sup>. Claro que habría, como veremos, quien se tomase a guasa semejante ratio de victorias.

Esta sección considera brevemente el valor estratégico de la difusión de resultados para la promoción del método psicoprofiláctico en España. El texto describe primero la cronología y las condiciones de trabajo de la práctica de Ángel Hernández Jiménez, hechos que determinaron algunos sesgos en las evaluaciones así como su número insuficiente. En segundo lugar, el análisis se centra sobre el uso discursivo que el médico madrileño hizo de tales resultados, pues si bien los suyos no eran demasiado representativos, él los consideró una muestra del funcionamiento general del método psicoprofiláctico, y una prueba definitiva de su eficacia analgésica.

El principal traductor de la psicoprofilaxis a España captó desde el primer momento la importancia capital de las estadísticas. En el laboratorio psicoprofiláctico que constituyó la consulta de Vital Aza en la clínica de Santa Alicia, Ángel Hernández Jiménez pudo experimentar las ventajas de la educación prenatal en las primeras mujeres españolas que accedieron a probar el método. El primer año, entre los otoños de 1953 y 1954, fue un periodo de ensayo en el que ambos tocólogos trabajaban con «casos aislados», seleccionando a algunas embarazos según su tipo constitucional nervioso, el cual debía ser «estable»<sup>1091</sup>. Aunque Hernández Jiménez reconocía que al principio hubo de «plegarse un poco» a los prejuicios de sus pacientes, el éxito de los resultados fue suficiente como para presentar el método ante la Sociedad Ginecológica Española<sup>1092</sup>.

Pasado el periodo inicial y según ganaba «confianza» en la aplicación del método, el equipo de Santa Alicia multiplicó el número de casos, amplió el espectro de pacientes y organizó la preparación por grupos de mujeres<sup>1093</sup>. Los nuevos resultados, tan espectaculares como los de Lamaze si bien a menor escala, probaban que con el método las mujeres parían sosegadas y sin dolor<sup>1094</sup>.

---

<sup>1090</sup> Muchos profesionales coincidían en que la preparación al parto redundaba en beneficios como estos, y así lo señalaban en sus publicaciones. Como referencia, escojo aquí la lista de ventajas que anotaba Pedro Puig Massana en su «Estadística comparativa de partos preparados y no preparados», *Práctica Médica*, año V, n.º 60, diciembre de 1957, pp. 41-42. (CM-HJ).

<sup>1091</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, pp. 149 y 145.

<sup>1092</sup> *Ibid.*, p. 150.

<sup>1093</sup> *Ibid.*, p. 145.

<sup>1094</sup> Por desgracia, ninguna de las fuentes consultadas para esta sección especifica cómo medían los profesionales el dolor de la parturienta. De ello se deduce que probablemente tomaban constancia del dolor, como se indica precisamente a continuación, en base a las expresiones de la paciente (gritos, movimientos, gestos faciales, etc.). En las secciones siguientes se recogen algunas de las críticas que recibió esta forma de

En una época en la que tocólogos y matronas aún medían el grado de dilatación por los gritos de la parturienta, los partos de las mujeres preparadas asombraban a todos. Como decía un discípulo de Hernández Jiménez, «aquello parecía brujería»<sup>1095</sup>.

A pesar de este comienzo alentador, las condiciones en las que trabajaba Ángel Hernández Jiménez distaban mucho de las facilidades con las que contaban sus mentores parisinos, pues la clínica de Santa Alicia, y posteriormente la del Rosario, eran instituciones relativamente pequeñas y con una clientela poco variada. Hernández Jiménez no podía alardear, como hacía el equipo de Bluets, de haber aplicado el método en miles de mujeres, ni de haberlo usado con pacientes provenientes de estratos sociales y entornos culturales muy diversos. En un texto muy interesante sobre el funcionamiento de la maternidad Pierre Rouquès, el entonces director François Le Guay explicaba que el 50% de las pacientes eran mujeres de obreros de la siderurgia, mientras que la otra mitad procedían de otros sectores sociales y profesaban «opiniones políticas o filosóficas» de lo más variadas. Este argumento servía a Le Guay para contrarrestar las voces críticas que buscaban denigrar los resultados alegando que las pacientes de Bluets daban a luz sin dolor porque estaban convencidas de antemano y que su fe en el método reflejaba la fidelidad ideológica al sindicato que gestionaba la institución<sup>1096</sup>.

Tras las descripciones que Hernández Jiménez hacía del método ante el público español asomaba, al contrario, un cierto complejo de inferioridad. Mientras que el tocólogo madrileño iba reportando las tasas de éxito del parto sin dolor en la maternidad de los metalúrgicos, donde Lamaze y Vellay elaboraban estadísticas en base a 3.370<sup>1097</sup>, 4.847<sup>1098</sup> o 10.000 casos<sup>1099</sup>, la estadística propia de Hernández Jiménez quedó estancada, muchos años, en escasas 100 parturientas, una cifra modesta que él excusaba en cada ocasión o que llegó incluso a ocultar deliberadamente una vez, ofreciendo a sus oyentes el porcentaje de éxitos y fracasos de su práctica sin especificar la amplitud de la muestra<sup>1100</sup>.

En concreto, el ginecólogo madrileño había obtenido un 32% de éxitos totales, un 21% de partos dolorosos únicamente al final de la dilatación, un 28% de casos donde el dolor apareció al final de la dilatación y persistió hasta terminada la expulsión y un 19% de fracasos donde el parto se condujo convencionalmente, es decir, con medicación analgésica desde una etapa

---

estimar la vivencia de parturienta (9. 2), así como algunas propuestas más concretas para determinar los criterios de lo que constituye un parto doloroso (9. 3 y 9. 4).

<sup>1095</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15).

<sup>1096</sup> Le Guay, *op. cit.*, pp. 3-4.

<sup>1097</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 145.

<sup>1098</sup> Hernández Jiménez, «*Antecedentes*», *op. cit.*, p. 7.

<sup>1099</sup> Hernández Jiménez, «*Nuevos comentarios*», *op. cit.*, p. 6.

<sup>1100</sup> Así sucedió en una ponencia que Hernández Jiménez presentó ante la Société de Médecine Psychosomatique Française, donde refería los mismos porcentajes que llevaba publicando desde hacía tiempo sobre su primer centenar de casos. Hernández Jiménez, «*La pratique*», *op. cit.*, p. 150.

temprana del trabajo<sup>1101</sup>. Frente al escueto 4,5% de fracasos de la escuela francesa, la tasa de fracasos de Hernández Jiménez era sensiblemente superior, circunstancia que él explicaba por el escepticismo de muchas de sus pacientes, la falta de colaboración de los maridos y la preparación insuficiente de algunas parturientas que o bien daban a luz de forma prematura o que comenzaban demasiado tarde los cursillos. Asimismo, Hernández Jiménez admitía que la formación que él ofertaba era una preparación «estándar» que no se amoldaba a la personalidad de cada paciente, y aprovechaba para hacer un llamamiento a la colaboración entre obstetras, neurólogos y psicoterapeutas, como sucedía en la sede parisina, a fin de mejorar el sistema sobre este punto<sup>1102</sup>.

Por lo demás, Hernández Jiménez resaltaba la concordancia entre sus resultados favorables y los de otros colegas psicoprofilácticos que ejercían en el extranjero, pues en España, al menos en los primeros años tras la importación del método, apenas se conocían estadísticas<sup>1103</sup>. La homogeneidad de resultados entre profesionales que trabajaban en Francia, Italia, Suiza, Holanda o la Unión Soviética significaba, para Hernández Jiménez, dos cosas: primero, que la psicoprofilaxis era un método eficaz, como el repertorio de cifras internacionales demostraba; y segundo, que la psicoprofilaxis era *más* eficaz que los métodos «sui-generis» que combinaban las enseñanzas readianas con ciertas técnicas propias de la psicoprofilaxis<sup>1104</sup>. Los resultados de estos métodos híbridos también se asemejaban entre sí, pero sin superar el 10% de éxitos totales y fluctuando siempre en torno a un 40% de éxitos parciales y un 50 % de fracasos<sup>1105</sup>.

El desfase estadístico entre uno y otro modelos de preparación al parto se debía según el madrileño a «las [diferencias] existentes entre sus bases teóricas y sus aplicaciones prácticas»<sup>1106</sup>. Además, que los métodos de inspiración readiana ofrecieran tan decepcionante perspectiva era comprensible dado que el patrono de dichos métodos nunca había aspirado al verdadero «parto sin dolor», proseguía Hernández Jiménez, aunque «en otros países se hayan traducido libros de él o de sus seguidores con este nombre»<sup>1107</sup>. La acusación, expresada no sin cierta inquina, se refería a la edición francesa del libro de Dick-Read, titulada *Accouchement sans douleur*. Como indica Paula A. Michaels, este hecho fue tomado por los psicoprofilácticos como una afrenta o usurpación del médico

---

<sup>1101</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 145.

<sup>1102</sup> *Ibid.*, pp. 148-149.

<sup>1103</sup> Hernández Jiménez, «*Antecedentes*», *op. cit.*, p. 10. El tocólogo madrileño señalaba entonces la estadística del médico valenciano Francisco José Derqui Lleó, de tan solo 16 casos y un solo fracaso.

<sup>1104</sup> Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», *op. cit.*, p. 2. El madrileño repetía esta idea en varias ocasiones, por ejemplo en «*Nuevos comentarios*», *op. cit.*, p. 2, y «*Antecedentes*», *op. cit.*, p. 9.

<sup>1105</sup> Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», *op. cit.*, p. 3.

<sup>1106</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, pp. 146-147.

<sup>1107</sup> *Ibid.*, p. 148.

inglés, aunque seguramente primó un criterio editorial independiente de la voluntad de Dick-Read<sup>1108</sup>.

De cualquier forma, tan importante era el recuento general de las bajas como la valoración a posteriori de las estrategias desplegadas en el campo de batalla –el paritorio– que habían conducido a la derrota o la victoria: Hernández Jiménez se negaba por ejemplo a reconocer la falta de entrenamiento físico de sus pacientes como causa de fracaso en la aplicación del método<sup>1109</sup>. Por su parte, Álvaro Aguirre de Cárcer apuntaba precisamente a esta particularidad del método franco-soviético como motivo principal de un gran número de fracasos contundentes e irreversibles de la psicoprofilaxis. Estas discrepancias se concretaron en una ocasión en que Hernández Jiménez se encontraba criticando las metodologías heterodoxas de educación prenatal en una reunión a la que había asistido también su contrincante. Entonces Aguirre de Cárcer, dándose por aludido, esgrimió en respuesta la estadística de una colega suya, especialista en medicina reeducativa, para mostrar la superioridad de ciertos elementos de la concepción readiana del parto sobre los resultados finales<sup>1110</sup>.

Por otro lado Hernández Jiménez protestaba contra «la suspicacia excesiva de algunos detractores» del método, quienes discutían que los partos parcialmente indoloros pudieran contar como resultados positivos de la psicoprofilaxis<sup>1111</sup>. Hernández Jiménez alegaba que sus fracasos se daban siempre hacia el final del parto, quedando la mujer a merced del sufrimiento tan solo por cortos lapsos de tiempo. «¿Cuántas mujeres querrían tener la seguridad de que solamente tendrían dolor durante una hora?», interrogaba el preparador a su auditorio. Además, proseguía, dichos dolores eran siempre soportables, sin quejas, con un franco control del comportamiento por parte de la mujer. «Ahí están las cifras porcentuales... y que cada cual haga sus cuentas y deduzca cuántos partos, sin preparación ni método alguno, se asisten en medio de la calma, sin gritos», añadía Hernández Jiménez, concluyendo que la eficacia del método psicoprofiláctico era «un hecho»<sup>1112</sup>. A su parecer, quienes cuestionaban la eficacia de la preparación psicoprofiláctica bajo el argumento de todo o nada demostraban su desconocimiento de la teoría y de la práctica del método, ya que la aparición brusca del dolor se debía siempre a distocias de tránsito o de motilidad, o a una «caída brusca de la función inhibitoria de la corteza cerebral»<sup>1113</sup>.

---

<sup>1108</sup> Michaels, *Lamaze*, op. cit., pp. 71-72.

<sup>1109</sup> Hernández Jiménez, «*La pratique*», op. cit., p. 149.

<sup>1110</sup> Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», op. cit., p. 6. Más adelante, en (*Fisio*)*terapia*, 11. 1., analizo el fuego cruzado que se dio en esta sesión abierta en la Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián con motivo de la formación gimnástica de las gestantes. La estadísticas que refirió de Cárcer en esta ocasión son las de la Dr. Rocher, en Burdeos, con quien de Cárcer se formó en el verano de 1955.

<sup>1111</sup> Hernández Jiménez, «*Antecedentes*», op. cit., p. 7. El médico aludía a ello también en «*El método psicoprofiláctico*», op. cit., p. 3, y «*Nuevos comentarios*», op. cit., p. 7.

<sup>1112</sup> Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», op. cit., p. 3.

<sup>1113</sup> Hernández Jiménez, «*Nuevos comentarios*», op. cit., p. 7.

Las estadísticas y sus valoraciones servían para delimitar con precisión la frontera entre diferentes aproximaciones de la preparación al parto y entre sus respectivos modelos causales. Así que sí, Hernández Jiménez se disculpaba cada vez que aludía a su exigua casuística con expresiones como «siete casos no hacen estadística»<sup>1114</sup>, en su primera charla sobre el método en España, o «con poco más de 100 casos no podrían deducirse muchas consecuencias en el terreno de los números»<sup>1115</sup>, más adelante. Pero a su vez el tocólogo madrileño cuadraba los resultados de su propia cosecha con los de otros profesionales para legitimar su participación en la epopeya: luchando contra viento y marea, argüía Hernández Jiménez, los resultados animaban a los héroes de la psicoprofilaxis a no desistir en el noble empeño de «suprimir un dolor que enturbia ese gran acto que es el parto»<sup>1116</sup>. En un tono cercano a la falsa modestia, Hernández Jiménez se aferraba pues a los números como quien blande el puñal de la victoria<sup>1117</sup>.

## 9. 2. Petición de cuentas

En realidad Ángel Hernández Jiménez tenía razones para sentirse acorralado. Incluso aquellos que, como él, aprobaban y practicaban el método (o versiones muy cercanas a este), se mantenían prudentes en lo referente a porcentajes. El epígrafe que sigue recopila en primer lugar algunas de estas posturas ambivalentes, y se centra a continuación sobre posiciones más abiertamente hostiles. En concreto, el texto desgrana los argumentos que adelantó Manuel Usandizaga para impugnar los logros numéricos de la psicoprofilaxis.

En España primó una conducta precavida por parte de quienes practicaban la psicoprofilaxis obstétrica. Francisco Carreras evitaba por ejemplo «discutir estadísticas difíciles de justipreciar, ya que se basan en la percepción dolorosa», aunque asumía que los resultados eran «sumamente satisfactorios»<sup>1118</sup> y que no cabía «el menor escepticismo» sobre el avance que suponía la preparación al parto<sup>1119</sup>. Víctor Cónill Montobbio, por su parte, titulaba su célebre charla sobre

---

<sup>1114</sup> Hernández Jiménez, «*Reseña de Reuniones*», *op. cit.*, p. 249.

<sup>1115</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 145.

<sup>1116</sup> Hernández Jiménez, «*Nuevos comentarios*», *op. cit.*, p. 6.

<sup>1117</sup> El fundador de la psicoprofilaxis española no fue el único en adoptar esta actitud. En general, los adeptos al parto sin dolor empezaron su trayectoria excusándose continuamente por las limitaciones de sus contribuciones a la estadística, al tiempo que proclamaban frases como «el método psicoprofiláctico debe aceptarse hoy universalmente», en L. G. Alén, A. Novo y L. Sánchez, «*Algunos comentarios a la aplicación del parto natural*», León, p. 3. (CM-HJ).

<sup>1118</sup> Carreras, «*Dos escuelas*», *op. cit.*, pp. 270.

<sup>1119</sup> *Ibid.*, p. 272.

el parto sin dolor «Metron to Beltiston» –un aforismo de Esquilo que significa «la medida lo mejor»– y avisaba de que «la primera y principal medida debe aplicarse a la apreciación de los resultados»<sup>1120</sup>. Al mismo tiempo, Cónill Montobbio reconocía que en al menos la mitad de los casos la preparación conllevaba una franca atenuación del dolor y eso hacía del método un recurso «de valor propio»<sup>1121</sup>.

En su primera publicación sobre el tema, Pedro Puig y Roig avanzaba que sus resultados eran «halagüeños», pero al no disponer de un centenar de casos siquiera, el maternólogo de la Clínica Corachán prefería abstenerse de dar a conocer su criterio sobre el método, el cual debía basarse en «estadísticas extensas, estudiadas sin prejuicios y desapasionadamente»<sup>1122</sup>. Más adelante, e imitando la ocurrencia de Cónill Montobbio, Puig y Roig lamentaba las voces críticas contra el método, pero también aquellas que exageraban sus beneficios, y basándose en una máxima aristotélica el ginecólogo catalán clamaba: «*virtus in medio consistit*»<sup>1123</sup>.

Carlos Carceller Blay, jefe de sección en la Casa Provincial de Maternidad, en Barcelona, también consideraba que evaluar la utilidad de los métodos de preparación al parto revestía el mayor interés, si se prescindía, eso sí, «de toda la marejada extracientífica que ha desorbitado el asunto», a saber, «toda una literatura sobrecargada de calificativos tales como «sorprendente», «maravilloso», «impresionante», etc.»<sup>1124</sup>.

El jefe del servicio de Obstetricia de la Cruz Roja madrileña, el doctor Julio Cruz y Hermida, basculaba como tantos otros entre el recato y la celebración. Tras enumerar los puntos mejorables en la aplicación del método, Cruz y Hermida declaraba que «limando imperfecciones, y elaborando un ambiente propicio y serio, se pueden conseguir resultados de tal magnitud que coloquen a este método psicofiláctico en el lugar preponderante que, por su íntima razón de ser e importancia, tiene derecho a ocupar en la moderna Obstetricia»<sup>1125</sup>. Pero la ilusión que suscitaba el potencial del método no le impedía reconocer que él había tenido en su consulta, «como en la viña del Señor», de todo un poco, y que por tanto había que proceder con cautela para no estropear el invento «con una euforia inconveniente», pues «las estadísticas falsas son evidentemente perniciosas»<sup>1126</sup>.

También Antonio Clavero Núñez aprovechaba la reseña a un nuevo manual de preparación al parto para adoptar el tono del sermón: «Menos mal», exclamaba el ginecólogo, «parece que se va imponiendo la sensatez –y la

---

<sup>1120</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 187.

<sup>1121</sup> *Ibid.*, p. 188.

<sup>1122</sup> Puig i Roig, «*Cómo puede realizarse*», *op. cit.*, p. 206.

<sup>1123</sup> Pedro Puig i Roig, «Reseña del libro *La ataraxia en el parto* del Profesor Manuel Usandizaga», *Revista Médica*, año II, n.º 7, marzo de 1960, p. 48. (CM-HJ).

<sup>1124</sup> Carceller, *op. cit.*, p. 342.

<sup>1125</sup> Cruz y Hermida, *op. cit.*, p. 402.

<sup>1126</sup> *Ibid.*, p. 401.

honestidad– y comienza a abandonarse el arriesgado y mentiroso título de “Parto sin dolor”». Una valoración que Clavero fundamentaba en el hecho de que, si bien el contenido del manual no distaba mucho del de otros ya editados, sus autores presentaban los resultados mostrando «un desapasionamiento, un deseo de sinceridad, de los que, ordinariamente, suelen estar exentas las publicaciones de este tipo. Es el camino», concluía Clavero, «para que no caiga en un total desprestigio un método cuyas indiscutibles ventajas nadie puede poner en duda»<sup>1127</sup>. Los ejemplos de esta clase podrían seguir hasta el infinito.

Más allá de estas posturas o más o menos moderadas, también había quien desconfiaba abiertamente de las ventajas asociadas a los nuevos métodos de preparación al parto. Félix Fernández Portal asumía por ejemplo que los datos estadísticos eran aún insuficientes, además de «incompletos e imprecisos», como para formarse al respecto «un juicio definitivo y ajustado»<sup>1128</sup>. Según él la inestabilidad en la eficacia del método psicoprofiláctico había trocado el alborozo y la euforia del primer momento en pesimismo o indiferencia, y se preguntaba si, para confeccionar las «brillantes estadísticas» que correteaban como rumores por el ambiente, se habrían «tenido en cuenta todas las causas que pudieran desvirtuarlas»<sup>1129</sup>.

En la misma línea escribía José Luis Oliva Marra-López, del Hospital Noble de Málaga, declarándose «un escéptico de las cifras como expresión de hechos biológicos, en parte por la extrema variabilidad de los mismos que escapa a toda objetivación guarísmica, en parte por el convencimiento de los malabarismos que la personal intervención del que las elabora puede imponer»<sup>1130</sup>. Por otro lado, Cónill Montobbio ya había opinado que la inconstancia en los resultados se debía a que el método, «quiérase o no», confiaba fundamentalmente en la «magia de la palabra», es decir, la sugestión<sup>1131</sup>.

Quien más ahondó en la crítica a este respecto fue Manuel Usandizaga, cuyo libro *La ataraxia en el parto* estaba destinado a desmontar algunos de los mitos que rodeaban a la psicoprofilaxis, en particular el de sus proezas estadísticas. Ya iniciada la década de los 1960, el ginecólogo bilbaíno repasaba la evolución de los posicionamientos de la clase médica ante el parto sin dolor coincidiendo a grandes rasgos con la visión de Fernández Portal. En medio del «enorme barullo» y la «conmoción» que supuso la implantación del método al principio, las opiniones iban desde la «hostilidad manifiesta» hasta la «entrega incondicional» pasando por el optimismo moderado o el escepticismo discreto.

---

<sup>1127</sup> El libro reseñado por Clavero es el de E. Lepage y S. Langevin-Droguet, traducido al castellano como «Preparación al parto sin temor» (Paz Montalvo, Madrid, 1958), en *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, año XV, tomo XVII, n.º 102, Valencia, noviembre-diciembre de 1958, sección «Comentarios de Libros», p. 348.

<sup>1128</sup> Fernández Portal, *op. cit.*, p. 25.

<sup>1129</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>1130</sup> Oliva, *op. cit.*, p. 304.

<sup>1131</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, pp. 187-188.



Él mismo, confesaba, se había mantenido en un estado voluntario de «inhibición»<sup>1132</sup>. Inhibición porque el planteamiento del fenómeno le parecía inaceptable al mezclarse la medicina con la prisa, la política y la propaganda, y al contemplar la avalancha de afirmaciones categóricas que tenían poco «aire de pureza científica»<sup>1133</sup>. Abochornado, más que inhibido, Usandizaga había preferido esperar, haciendo uso de un concepto tradicional del escepticismo, la epojé o suspensión de juicio, igual que ahora escribía sobre el parto aludiendo a la ataraxia, es decir, la impasibilidad de los estoicos frente al tormento.

Pero ya estaba bien de comedimientos: era hora de desinhibirse. Para empezar, decía Usandizaga, el recurso a las estadísticas en la valoración de procedimientos terapéuticos resultaba una auténtica falacia si estas se basaban en pocos casos y si se manejaban con criterios ambiguos. En lo referente a los criterios que permitían establecer diferencias de grado entre distintos partos, Usandizaga creía que los límites que definían tales categorías eran tan imprecisos que resultaba demasiado fácil desplazarlos a conveniencia. Además, el bilbaíno señalaba que por muy deslumbrado que estuviera el público profano, los especialistas seguían sumidos en la reserva años después de la implantación del método; solo unos pocos intrépidos ofrecían cifras elevadísimas de éxitos – cifras por lo demás no confirmadas– y el resto de actores implicados se limitaban a decir que con el método se obtenían resultados interesantes, cosa que, según él, «compromete a bien poco»<sup>1134</sup>.

Por otro lado el ginecólogo alertaba a sus lectores de que no merecía el mismo crédito una estadística publicada por un establecimiento «de reconocida solvencia» que otra basada en pocos casos «de clientela privada, completamente desconectados de una organización hospitalaria de importancia y, por tanto, sin la libre crítica de un servicio abierto a todo el mundo». No es que Usandizaga dudara de la «probidad» de estos autores sino que dichos resultados no tenían, sencillamente, suficiente «nivel»<sup>1135</sup>.

Había que tener igualmente en cuenta las particularidades regionales de cada escenario al comparar estadísticas, pues con toda probabilidad los resultados optimistas de la URSS, por ejemplo, obedecían en gran medida a la especial situación de la mujer rusa, «con un sentido estoico de la vida, con la sensibilidad embotada por siglos de privaciones y miserias, sin elección posible respecto a clínicas en que ser asistidas, ni siquiera el método de asistencia, y sometidas a una disciplina política que impone las verdades oficiales, incluso sobre la medicina»<sup>1136</sup>. Tampoco cabía conceder demasiado crédito a los relatos de las propias pacientes, porque con frecuencia «no enjuician serenamente lo

---

<sup>1132</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, op. cit., p. 73.

<sup>1133</sup> *Ibid.*, p. 78.

<sup>1134</sup> *Ibid.*, p. 81.

<sup>1135</sup> *Ibid.*, p. 85.

<sup>1136</sup> *Ibid.*, p. 86. En *Etiología*, 6. 2., recojo otros ejemplos de la instrumentalización de la idea de idiosincrasia para atacar o vitorear el método.

ocurrido en el parto»<sup>1137</sup>. Tras el nacimiento solía producirse, según Usandizaga, un «contagio psíquico en las salas de púerperas», que o bien exageraban los dolores vividos o bien defendían a ultranza el método, dada la «sumisión a unas ideas políticas» de muchas de las mujeres preparadas mediante psicoprofilaxis<sup>1138</sup>.

A estas reservas generales Usandizaga añadía otras más concretas: en primer lugar la relación entre el número de partos preparados y el total de partos asistidos debía quedar patente en las estadísticas, pues los primeros constituían una proporción ínfima de los segundos, es decir un ejemplar difícilmente valorable y que además no tenía visos de aumentar. Los datos debían también integrar información detallada sobre el uso de medicación analgésica, anestésica o tranquilizantes, cuyo empleo no era en sí mismo «deshonroso, pero sí índice del valor de un método del que se ha dicho que con solo el juego de reflejos condicionados hacía que no se presentase el dolor en casi la totalidad de los partos»<sup>1139</sup>. Las mismas explicaciones debían darse para las intervenciones obstétricas, pues Usandizaga sospechaba que estas se practicaban a menudo «para ocultar el fracaso de la psicoprofilaxis»<sup>1140</sup>.

Como veremos, este era uno de los puntos problemáticos a la hora de calibrar la ayuda que la preparación de la embarazada brindaba en el momento del parto. Carceller Blay apuntaba, a tal efecto, que de nada servía congratularse por los méritos de la preparación al parto con los datos provenientes del ámbito canadiense o norteamericano, donde el empleo de medicación y el intervencionismo eran tan habituales que resultaba imposible determinar la diferencia entre un parto preparado de allí y un parto altamente medicalizado en la cultura obstétrica española<sup>1141</sup>. En todo caso, y volviendo a Usandizaga, si la psicoprofilaxis (u otros métodos) preconizaban un concepto más expectante de la asistencia obstétrica, la cifras debían reflejar claramente la consecución de dicho ideal o de lo contrario contarían como pruebas contundentes de un engaño estrepitoso.

Usandizaga tampoco se dejaba convencer sobre la influencia de la instrucción prenatal en el mecanismo del parto. Algunas mediciones pretendían demostrar la menor duración del trabajo en mujeres preparadas, pero ello dependía, según el bilbaíno, de cuándo se fijaba el comienzo del parto, siendo probable que la preparación actuase más sobre la percepción temporal que la mujer obtenía de los acontecimientos que sobre el funcionamiento uterino propiamente dicho. Aún más reacto era Usandizaga a aceptar los datos relativos

---

<sup>1137</sup> *Ibid.*, p. 83. El tocólogo César Fernández Ruiz mostraba el mismo recelo respecto al crédito que la psicoprofilaxis ortodoxa concedía a los testimonios directos e inmediatos de las mujeres tras el parto. Fernández Ruiz, «*El parto psicofísico*», *op. cit.*, p. 223.

<sup>1138</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 84.

<sup>1139</sup> *Ibid.*, p. 82.

<sup>1140</sup> *Ibid.*, p. 83.

<sup>1141</sup> Carceller, *op. cit.*, p. 344. Sobre la imbricación entre preparación al parto e intervencionismo obstétrico volveré en (*Fisio*)*terapia*, epílogo.

a la disminución de la mortalidad infantil o las distocias. Y es que como alegaba un defensor del método, una de las virtudes del procedimiento era el conseguir que «muchas distocias sean al fin difíciles eutocias»<sup>1142</sup>.

Semejantes afirmaciones eran, a ojos de Usandizaga, inadmisibles: una cosa eran las distocias «en el sentido más amplio de la palabra», lo cual incluía dilataciones lentas, partos de riñones, dolores espasmódicos o comportamientos inadecuados de la parturienta, y otra cosa eran «las auténticas distocias», cuyo feliz desenlace el método no podía jactarse de propiciar. Y además las víctimas de lo primero –es decir, de distocias suaves o incluso psicógenas– tampoco salían siempre airosas del trance, conformando el persistente 20 o 10% de fracasos que señalaban «hasta las estadísticas más optimistas»<sup>1143</sup>.

Con preparación o sin ella, en realidad, la tasa de partos muy dolorosos y de partos excelentes se mantenía estable. Según Usandizaga, entonces, un estudio detallado de partos no preparados y bien atendidos mostraría que siempre se producen nacimientos indoloros y muchos de excelente comportamiento<sup>1144</sup>. Entre otras muchas cosas, pues, Usandizaga protestaba porque la psicoprofilaxis se atribuía ilegítimamente logros alcanzables también en el marco de una asistencia obstétrica tradicional y de calidad.

El bilbaíno no era el único en patear. Fernández Portal había propuesto descontar de «esas listas de éxitos totales» los casos de parto espontáneo indoloro, los de las múltiparas y los de las mujeres que, por las razones que fueran, se quejaban discretamente. Como ilustración el conferenciante describía el caso de una de sus pacientes, una primípara que tuvo un parto tan veloz y anodino que poco faltó para que alumbrara al hijo en el ascensor ante la incredulidad del personal. «Indudablemente», ironizaba Portal, «esta señora, de haber sido preparada, figuraría como un éxito entre las estadísticas»<sup>1145</sup>. Incluso el célebre tocólogo Francisco Orengo, quien desarrolló la preparación al parto en la maternidad de Santa Cristina, señalaba que solo un 10% de las parturientas conseguían alumbrar sin padecer daño físico, algo que sucedía habitualmente y con independencia de la preparación<sup>1146</sup>.

El argumento era de hecho recurrente entre los profesionales que veían el método como un instrumento para encauzar a las parturientas, más que para apaciguar su dolor. Usandizaga convenía que, «tal vez», la psicoprofilaxis resultaba útil en la parte más amplia del espectro, a saber, los tres quintos de mujeres cuyos partos acaecían con dolores soportables y buen comportamiento.

Ahora bien, para Usandizaga la psicoprofilaxis solo lograba influir decisivamente sobre la parturienta aderezando la situación con una densa

---

<sup>1142</sup> Puig Massana, «Comentario», *op. cit.*, p. 8.

<sup>1143</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 97.

<sup>1144</sup> *Ibid.*

<sup>1145</sup> Fernández Portal, *op. cit.*, p. 28.

<sup>1146</sup> Francisco Orengo Díaz del Castillo, «La preparación sicofísica para el parto. Su estado actual (Conferencia en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona el día 9 de diciembre de 1961)», *Revista Española de Obstetricia y ginecología*, año XIX, tomo XXI, n.º 121, Valencia, enero-febrero de 1962, p. 37.

farmacopea. Sin ella, decía el autor, los resultados eran siempre muy inferiores a los que se conseguían «con una conducta humana y medicación razonable»<sup>1147</sup>. Usandizaga consideraba por ejemplo que una de las técnicas analgésicas de mayor importancia en la psicoprofilaxis, la respiración pautada, no era más que un pasatiempo tranquilizante, útil para distraer a la embarazada de caer en el dramatismo. Además el entrenamiento previo en dicha técnica no suponía gran diferencia, pues igual de bien respiraban las mujeres preparadas que aquellas que recibían una asistencia y unas consignas correctas en el momento del parto. Unida a la relajación y a la formación teórica, en todo caso, la respiración no bastaba para reducir el dolor ni refinar los modales si no se empleaba medicación<sup>1148</sup>.

La concesión de Usandizaga era pues una concesión a medias o, si se quiere, un falso elogio: la preparación al parto mejoraba, ciertamente, la respuesta conductual de la mujer a la situación de parto, pero si se hacía mediante apoyo anestésico el objetivo se desdibujaba, como vimos, y ya no procedía contar dichos casos entre las hazañas de ningún método. Las apreciaciones de Usandizaga sobre la preparación al parto se reforzaban o, como en este caso, se contrarrestaban entre sí, dando en suma la sensación de que el mérito de la psicoprofilaxis era escaso o incluso inexistente.

El catedrático de la Universidad de Barcelona sugería también que la psicoprofilaxis fracasaba al atajar, de manera simplista y rutinaria, el complejo psiquismo de la parturienta. Dicho psiquismo se encontraba, para Usandizaga, imbuido de determinantes sociales, económicos, sexuales y psicoanalíticos, volviendo harto compleja la tarea de dar una pauta de entrenamiento que sirviera a todas las mujeres por igual<sup>1149</sup>. Además, las reacciones aleatorias de las mujeres ante los dolores del parto se traducían a menudo, según el bilbaíno, en signos de rebeldía, contrariedad y falta de resignación –más de que miedo propiamente dicho–, especialmente en aquellas culturas marcadas por una «disminución de la entereza ante el dolor», como la inglesa, por ejemplo, pionera precisamente en la solvente y extendida anestesia a la reina, o la norteamericana, «un país de tragadores de píldoras»<sup>1150</sup>. Así, la aversión al parto se manifestaba tanto en las mentalidades particulares como en las configuraciones colectivas y, en este sentido, el repudio del dolor inherente a la idea misma de la preparación no podía traer nada bueno.

Aunque Usandizaga no llegaba a explicitarlo, sus reproches al método psicoprofiláctico se unían para transmitir el mensaje de que, por mucho que la preparación previniese ciertas conductas impertinentes, su difusión podía acrecentar la tendencia social al victimismo y contribuir a lo que él llamaba una

---

<sup>1147</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, op. cit., p. 99.

<sup>1148</sup> *Ibid.*, pp. 64-65.

<sup>1149</sup> *Ibid.*, p. 41.

<sup>1150</sup> *Ibid.*, p. 36.

época de «“tremendismo” en Obstetricia»<sup>1151</sup>. Y esto era diametralmente opuesto a lo que él consideraba el mejor y único comportamiento loable ante el dolor, a saber, el de la mujer que se ofrecía en «oblación»<sup>1152</sup>.

Usandizaga escribía, como tantos otros, soliviantado por las grandiosas pretensiones de la preparación al parto y por el trasfondo político que acompañaba en concreto a la psicoprofilaxis. Pero esta escuela adelantó y se defendió de los ataques que pretendían reducir su eficacia a la de un fenómeno meramente sugestivo. Como en otros aspectos de la pedagogía psicoprofiláctica, los propulsores del método sistematizaron sus propios resultados emulando el estilo propio del razonamiento científico y ello les permitió marcar distancias con otros métodos, cual el parto natural readiano.

Grantly Dick-Read, en efecto, también declaraba tener una proporción de partos relativamente indoloros tan alta como del 95%, pero no ahondaba demasiado en los criterios que lo llevaban a discernir qué era un dolor «desdeñable» y qué no<sup>1153</sup>. Con la superioridad del buen clínico, el británico afirmaba que los defectos académicos de su teoría no le preocupaban porque en el paritorio era patente que esta funcionaba considerablemente bien<sup>1154</sup>. No había en la teoría readiana, en suma, una regla de oro para controlar la aplicación de sus preceptos, como no la había para «preparar» a la embarazada. Sus discípulos, o aquellos profesionales que combinaron las ideas readianas y las técnicas pavlovianas, sí publicaron estadísticas, pero a menudo estas sirvieron para cuestionar la sospechosa eficiencia de la psicoprofilaxis, y señalaban como ventaja principal de la preparación la modulación de la actitud de la embarazada y la conversión de su parto en una experiencia más gratificante.

La práctica evaluativa de la psicoprofilaxis «pura» se caracterizó en cambio por una actitud ambivalente que consistía en demostrar la atenuación del dolor que el método procuraba a la par que se sometían a juicio todos y cada uno de los gestos y símbolos de la asistencia al nacimiento. Esta mirada inquisitiva cobraba sentido dentro del marco teórico del método, para el que el dolor era un artefacto del condicionamiento, solo vencible mediante nuevos reflejos y la certeza cognitiva de su esencia relacional. En su versión más radicalizada, por tanto, la psicoprofilaxis francesa entendió los procesos evaluativos de los partos como el aspecto final del descondicionamiento de las mujeres (y en su caso, también del personal). De este modo el comprender los acontecimientos del parto en clave pavloviana suponía, para la recién parida, la etapa culminante del aprendizaje.

---

<sup>1151</sup> *Ibid.*, p. 27.

<sup>1152</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>1153</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 176.

<sup>1154</sup> *Ibid.*, p. 33 y lo mismo en p. 247.

En España, Ángel Hernández Jiménez se mantuvo muy exigente en la atribución de calificaciones o «notas» –valores que reflejaban el éxito logrado en el parto– a sus parturientas, pero no hay constancia de que el tocólogo madrileño acompañara esta rutina de la consiguiente explicación y diálogo con las alumnas, como sí sucedía en la maternidad de los metalúrgicos<sup>1155</sup>. Tampoco parece que dicho gesto desempeñase un papel relevante entre otros profesionales más o menos afines a la psicoprofilaxis.

Si la práctica de esta suerte de exégesis terapéutica no tuvo mayor resonancia entre los autores españoles, detenerse sobre ello permite sin embargo dar relieve al método psicoprofiláctico en base a sus planteamientos teóricos, destacando su originalidad e iluminando con ello el resto de medidas de su aparato terapéutico. Por otro lado la literatura ha visto a menudo la faceta calificativa de la psicoprofilaxis como el reflejo de la mezquindad de sus autores: ¡además del timo perpetrado, Lamaze y compañía ponían (malas) notas a las pobres mujerucas<sup>1156</sup>! Y sin embargo los razonamientos implícitos al frenesí examinador de los parisinos han recibido poca o nula atención<sup>1157</sup>. El objetivo del siguiente apartado es por tanto esclarecer los entresijos de la dimensión *crítica* de esta corriente de preparación al parto, abordándolos simultáneamente como herramientas literales y novedosas de terapia obstétrica, y como armas defensivas en la guerra epistemológica en torno al dolor.

### 9. 3. Calificaciones y tratamiento: la terapia hermenéutica de la psicoprofilaxis

El método que se gestó en la URSS y se alumbró al mundo en París era según sus adeptos un objeto siempre perfectible<sup>1158</sup>. Como decía François Le Guay, director de la maternidad, cada fracaso era la oportunidad para refinar las técnicas, los relatos de las mujeres mostraban al personal las consecuencias de un fallo por su parte, la rutina era el principal enemigo a la praxis psicoprofiláctica y finalmente –y en concordancia con la premisa igualitaria del

---

<sup>1155</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15).

<sup>1156</sup> Este sería el mensaje que lanzaron algunas críticas feministas francesas a la psicoprofilaxis durante los años 1970. Vuille cita por ejemplo a una periodista que acudió a Bluets a dar cuenta del nuevo método y juzgó negativamente la mano dura del personal en las valoraciones a las pacientes en Vuille, *Le militantisme*, *op. cit.*, p. 60. Por su parte, Michaels demuestra que las experiencias de las mujeres eran a menudo malas (o al menos no tan satisfactorias como los datos anunciaban), en Lamaze, *op. cit.*, pp. 58-65 y 123-126. La historiadora Marianne Caron-Leulliez defiende el sistema de notaciones de los psicoprofilácticos franceses alegando que estos no pretendían en ningún caso culpabilizar a las pacientes de los fracasos del método en «*Fernand Lamaze*», *op. cit.*, p. 8.

<sup>1157</sup> Paula A. Michaels sí comenta un documento evaluativo de los psicoprofilácticos soviéticos en Michaels, «*Childbirth Pain Relief*», *op. cit.*, pp. 26-29.

<sup>1158</sup> Leopoldo Rodés de Sisternes, «El método psico-profiláctico. Nuestra experiencia después de 200 casos», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa*, *op. cit.*, p. 13.

centro-, «todos de arriba a bajo de la escala» debían asumir una postura autocrítica y confiar en la mejora del método<sup>1159</sup>.

El equipo de la policlínica Pierre Rouquès elaboró un documento guía para valorar la actuación de cada parturienta bajo los criterios pavlovianos. El escrito aclaraba tres aspectos de la práctica evaluativa de la escuela francesa, aspectos que analizaré a continuación por este orden: en primer lugar su finalidad concreta –medir la analgesia– y los factores generales que entraban en juego en la estimación de resultados; en segundo lugar la necesidad de las calificaciones, tanto desde un punto de vista deontológico como desde una óptica más instrumental; por último una descripción extensa de cada tipo de mención, cosa que permitía recapitular los principios decisivos de la evaluación psicoprofiláctica.

Dos requisitos antecedían cualquier formulación evaluativa: por un lado, la mujer debía encontrarse en verdadera labor<sup>1160</sup>, las contracciones debían ser más o menos regulares y su intensidad no debía rebasar los límites de lo fisiológico; por el otro, su asistencia tenía que ser correcta «en duración y en calidad», esto es, un trato que se amoldara a cada escenario concreto o, como ellos decían, una asistencia «plástica»<sup>1161</sup>. Si estas condiciones previas no se respetaban, avisaba el texto, el resultado estaba falseado de partida.

El criterio determinante para atribuir una nota a cada paciente de la policlínica tenía que ver con las distintas formas de expresión de la analgesia. Era lo que el equipo denominaba factor «subjetivo» (o narrativo) y constituía, según el texto, el elemento más difícil de valorar. Su apreciación debía ser tanto cualitativa –en función del análisis más o menos atinado que la mujer hacía de sus vivencia– como cuantitativa, ya que cabían formas de analgesia parcial, continua e intermitente. Destacaba entre las distintas modalidades narrativas la charla que el equipo mantenía con cada mujer sobre su parto. El objetivo de esta entrevista post-parto no era determinar el grado de satisfacción de la paciente por el trato recibido, sino una suerte de anamnesis en la que ella debía precisar la naturaleza de sus sensaciones<sup>1162</sup>. Cada alumna de la maternidad era en principio capaz de acometer dicha tarea, pues la instrucción las proveía de un vocabulario pormenorizado y específico para calificar las interocepciones viscerales propias del momento. Aunque era deseable dejar la iniciativa a las pacientes, a veces el equipo podía ayudarlas a encontrar la palabra o la expresión

---

<sup>1159</sup> Le Guay, *op. cit.*, p. 8.

<sup>1160</sup> «Quelques réflexions à propos des «Mentions» (Contribution à un essai de codification des critères d'appréciation)», p. 4. (IHSM). El texto se refiere a los casos de falso trabajo de parto, en los que la mujer confunde las contracciones del final del embarazo (contracciones de Braxton Hicks) con el inicio del parto. En general, el «falso parto» se da en el contexto de los pródromos o fase latente del parto y se caracteriza por la aparición de contracciones espaciadas e irregulares, no muy dolorosas, y que no contribuyen a la dilatación del cérvix uterino.

<sup>1161</sup> *Ibid.*

<sup>1162</sup> *Ibid.*, p. 5.

más adecuada para narrar su vivencia. Teorizar así el aprendizaje continuo que la mujer hacía incluso después del parto suponía sin duda cierta tensión entre la autonomía deliberativa que el método perseguía potenciar y la dependencia del saber médico que en el fondo fomentaba. Como decía el documento, la mujer no debía posicionarse, en relación al método, «sin nosotros», pues «nosotros le ayudaremos a determinar tal posición siempre y cuando hayamos cumplido bien con nuestro papel»<sup>1163</sup>.

Esta conversación se sumaba al relato de la mujer intra-parto, en el que ella daba cuenta espontáneamente de lo que iba sintiendo durante el trabajo, y a las deliberaciones extraídas de las entrevistas colectivas, que la maternidad organizaba semanalmente. En ellas la mujer tenía la oportunidad de comparar su resultado al de sus compañeras, discutir colectivamente sobre el desarrollo del parto y situar más exactamente su caso en una escala general mediante los elementos de referencia puestos al alcance en la reunión<sup>1164</sup>. Hasta las parturientas con peores resultados salían de estas tertulias convencidas de que la analgesia psicoprofiláctica era posible, declaraban los firmantes.

Este conjunto de elementos se contraponía al criterio «objetivo» (o comportamental), establecido por el informe de la matrona sobre la conducta de la parturienta, y a los factores «relativos», que incluían tanto los antecedentes obstétrico-ginecológicos de la paciente como sus condiciones psicológicas y sociales<sup>1165</sup>. El informe de la matrona juzgaba la calidad del aprendizaje y el esfuerzo de adaptación realizado por la paciente, que se traducían en «sus técnicas analgésicas, su actividad de respuesta a las contracciones uterinas, la concentración de su atención»<sup>1166</sup>. En cuanto a las circunstancias diversas que rodeaban cada nacimiento, el texto recordaba que estas imprimían un estilo propio a la preparación, coloreándola con matices que el equipo debía conocer de antemano para adaptar las técnicas pedagógicas, conducir la asistencia y explicar a posteriori la conducta de cada mujer durante el parto. Sin llegar al extremo de postular la necesidad de una psicoterapia individualizada, la psicoprofilaxis respondía así a las críticas que le llegaban de la pluma de psicoanalistas como Quijada o ginecólogos como Manuel Usandizaga, para quienes el método franco-soviético militarizaba a las pacientes y obviaba su individualidad como sujetos. No obstante, el documento alertaba contra el exceso de parcialidad o de indulgencia por parte del equipo, y recordaba que no convenía alejarse del objetivo esencial de desactivar el dolor. Desde el principio, por tanto, la finalidad de valorar conjuntamente todos estos elementos no era otra que la de determinar, «de la manera más exacta posible, la calidad de la analgesia obtenida»<sup>1167</sup>. Y en la medida en que el equipo se mantenía fiel al

---

<sup>1163</sup> *Ibid.*, p. 10.

<sup>1164</sup> *Ibid.*, pp. 10-11.

<sup>1165</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>1166</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>1167</sup> *Ibid.*, p. 3.



término «parto sin dolor», decía el texto, la apreciación del «sin dolor» debía pues hacerse con el más puro rigor analítico<sup>1168</sup>.

Más allá de los criterios evaluativos, el equipo de Bluets argumentaba por qué era tan importante conceder dichas menciones. La calificación de las parturientas era, según el texto, un «imperativo» del método, una «actitud psicoprofiláctica» por su capacidad para objetivar el dolor<sup>1169</sup>. Puntuar a las pacientes aseguraba, además, la continuidad de la preparación desde la entrevista individual hasta el parto mismo. En esa primera entrevista, el personal rectificaba las expectativas de la mujer y trataba de persuadirla de las posibilidades reales de analgesia que brindaba el método, preparándola así para recibir la pedagogía psicoprofiláctica. Por una cuestión de deontología, el texto señalaba que la mujer que hubiese asimilado lo que podía exigir de la psicoprofilaxis tenía asimismo derecho a saber lo que finalmente había conseguido gracias a ella. Tras el parto, por tanto, era imprescindible sacar conclusiones del aprendizaje y del resultado final desde una óptica estrictamente psicoprofiláctica.

Ya nacida la criatura y fuera de la esfera de influencia del equipo, la mujer ejercía un rol publicitario ante un entorno generalmente incrédulo. Los redactores del texto daban en consecuencia un valor capital a instruir a la paciente y convencerla de su propio resultado con «argumentos sólidos e irrefutables» que proyectaran al exterior una imagen del método conforme a sus principios<sup>1170</sup>. Por ejemplo, si una mujer dejaba la maternidad diciendo: «Me han puesto un «excelente», [el método] me ha sido de mucha ayuda, [el parto] ha sido muy soportable», el equipo consideraba que este comentario estaba infundado y por tanto evidenciaba un fracaso en toda regla, tan pernicioso incluso como las difamaciones y falsificaciones que circulaban sobre el método<sup>1171</sup>.

Por último, la atribución de una mención a cada parto no era un fin en sí mismo para el equipo, sino que el diálogo entablado con la paciente y el proceso evaluativo debían contribuir a enriquecer sus conocimientos, confrontar los resultados y realizar un análisis de conjunto del trabajo en la maternidad. Y es que como dijimos, las reglas del método no podían fijarse de partida, sino que evolucionaban junto a la práctica y las interacciones cotidianas entre las mujeres y el personal.

Con las bases de la praxis evaluativa aclaradas, el equipo se detenía en comentar los distintos tipos de resultados, empezando por los peores, es decir, los mediocres y desastrosos conjuntamente. Los autores reconocían que «se aprende a veces más de un fracaso que de un excelente»: el primero daba relieve

---

<sup>1168</sup> *Ibid.*, p. 11.

<sup>1169</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>1170</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>1171</sup> *Ibid.*, p. 11.

a las faltas cometidas, ya fuese en el uso del vocabulario o en la actitud del personal hacia la mujer<sup>1172</sup>. Puesto que la mención no era «ni una sanción ni una recompensa», el equipo no debía ni sobreestimar el éxito de un parto, por complicidad con la parturienta, ni ensañarse con ella bajo el pretexto de un mal resultado<sup>1173</sup>. La psicoprofilaxis debía llevar a la paciente a admitir dicho resultado de forma sopesada. Razonando sobre sus sensaciones, sobre las insuficiencias de la preparación y sobre el valor del esfuerzo desplegado por ella, toda mujer sacaba a largo plazo un beneficio del método, aun cuando la analgesia no hubiera sido perfecta. El equipo también debía espantar «cualquier sentimiento de culpabilidad», pues la noción de culpa estorbaba la progresión del método y muchos de los fracasos se podían explicar, según el texto, por el contexto social en que se desarrollaba el parto sin dolor<sup>1174</sup>.

Una parte anexa al documento versaba sobre las múltiples vicisitudes que podían conducir a las menciones de «bien» y de «excelente». Dados los progresos que el equipo registraba en diversos ámbitos, los criterios para otorgar el «excelente» a una parturienta también habían evolucionado<sup>1175</sup>. En sus inicios, la mención máxima de la psicoprofilaxis había incluido la noción de facilidad o «desenvoltura», pero el texto corregía este enfoque y argumentaba que, al contrario, el esfuerzo de la mujer al dar a luz constituía un signo inequívoco de parto exitoso<sup>1176</sup>. El parto espontáneo indoloro era, en este sentido, un lujo de unas pocas, mientras que el parto sin dolor era el mérito de muchas. Asimismo, la idea del esfuerzo, dentro del imaginario psicoprofiláctico, aludía a la actividad cortical de la mujer y reflejaba, por lo tanto, la supremacía de su voluntad sobre las inclemencias del cuerpo. La noción de esfuerzo condensaba los ideales de participación, actividad y autonomía de la psicoprofilaxis, pues como decían los autores, «no se hace nacer sin dolor», sino que la mujer lo consigue por sí misma<sup>1177</sup>.

Para obtener un parto calificado como «excelente» la mujer también debía analizar sus sensaciones conforme a los contenidos vistos en la preparación. El escrito recordaba que una de las primeras carencias del método fue precisamente no ofrecer suficientes recursos verbales para identificar y expresar la variada panoplia de impresiones viscerales que asaltaban a la mujer durante el parto. «A menudo las parturientas se veían sorprendidas, estorbadas, disgustadas por tiranteces, presiones pélvicas óseas, excitaciones no integradas en la contracción uterina, sino consideradas por la mujer como parasitarias y

---

<sup>1172</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>1173</sup> *Ibid.*, p. 10.

<sup>1174</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>1175</sup> Según el texto, y en un plano cuantitativo, las tasas de éxito permanecían más o menos iguales, si bien los resultados habían cambiado en su calidad. En los últimos años, por ejemplo, el equipo parisino había conseguido más expulsiones espontáneas, aplicaciones de fórceps sin anestesia y una mejora del comportamiento de las mujeres en el periodo de borrado del cuello uterino. «Considération sur les mentions "Excellent" et "Bien"», p. 1. (IHSM).

<sup>1176</sup> *Ibid.*, p. 1.

<sup>1177</sup> *Ibid.*, p. 2.

rápidamente dolorosas», afirmaban los autores<sup>1178</sup>. La mujer entendía estos elementos como «sobreañadidos» y se rendía dando el fracaso por asegurado<sup>1179</sup>. A raíz de esto el equipo empezó a informar en detalle a las alumnas de la evolución de las interocepciones durante el trabajo de parto. El resultado eran pacientes que se libraban «a una búsqueda minuciosa», a una «interpretación exacta de todos los estímulos de la esfera genital» y a una actividad de respuesta frente a estos de eficacia redoblada, por fundarse en una estructura cognitiva sólida<sup>1180</sup>.

La traducción verbal de las sensaciones tras el parto era pues un ejercicio en el que la experiencia personal de la paciente y el marco epistemológico que proponía la psicoprofilaxis debían estar perfectamente fusionados: en la ventura de un parto excelente, la mujer manifestaba no haber sufrido e interpretaba correctamente su vivencia sensorial, sin retomar literalmente la terminología de los cursillos y utilizando metáforas evocadoras de la analgesia de una manera singular. Orgullosos de este rasgo de la psicoprofilaxis, los autores aludían a la iniciativa de los relatos co-construidos como la primera aproximación científica a la naturaleza específica de la sensación uterina y como un recurso psicoterápico de primer orden. Fuera de eso, decían, no se ofrecía a las futuras madres nada «más allá del ineluctable dolor»<sup>1181</sup>.

En cuanto al comportamiento prototipo del parto excelente, este cristalizaba en una mímica del no-dolor, a saber: «voz pausada, rostro lúcido, atento, un relajamiento neuromuscular perfecto, una respiración adaptada desde el inicio de la contracción uterina»<sup>1182</sup>. La parturienta que transmitía esta imagen de calma no necesitaba un contacto verbal permanente y tampoco era aconsejable interrumpir su concentración con consignas o correcciones, pues estas eran una causa de irritación para «la mujer que *sabe* dirigir su trabajo»<sup>1183</sup>.

La calidad de la asistencia que recibía la mujer era en este sentido indispensable para conseguir la mención honorífica, pues como sabemos el parto sin dolor era un trabajo de equipo. Si la conducción del parto debía ser silenciosa, discreta y expectante frente a la paciente que se dominaba, una asistencia tonificante se imponía cuando la mujer se encontraba en apuros. Se trataba, como vimos, de la idea de una asistencia plástica o, en otras palabras, de «adaptar la forma (selección de palabras, entonación, actitud general) a la dinámica cortical» de cada paciente y en cada momento del parto<sup>1184</sup>.

---

<sup>1178</sup> *Ibid.*

<sup>1179</sup> *Ibid.*

<sup>1180</sup> *Ibid.* Un ejemplo de ello eran los experimentos que el equipo había realizado con algunos casos de lumbalgia: pidiendo a la paciente que localizara la sensación y tratara de comprender su tipología, algunas habían logrado suprimir el molesto dolor lumbar. *Ibid.*, p. 3.

<sup>1181</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>1182</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>1183</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>1184</sup> *Ibid.*

La mención «bien» indicaba un éxito parcial y era la más compleja de conceder. La dificultad residía en que en estos casos la indolorización y el comportamiento de la paciente eran fluctuantes, por lo que el personal realizaba una síntesis de las valoraciones y extraía una nota media que permitiese calificar el parto globalmente. Las multíparas que perdían bruscamente el control de sí mismas al comenzar el periodo expulsivo eran un ejemplo corriente de esta categoría. Desde la óptica psicoprofiláctica, esta circunstancia se explicaba porque a menudo un condicionamiento anterior hacia esta fase del parto se anclaba en «el mosaico cortical» de las multíparas, haciendo imposible evitar la aparición de asociaciones negativas a pesar de una asistencia vigilante por parte del personal<sup>1185</sup>. Además, la precipitación de la expulsión en estas pacientes, la presencia de un perineo cicatricial, la fatiga en el embarazo como consecuencia de las tareas de cuidado de la que ya es madre, la preparación insuficiente y la falta de participación del marido hacían de la multípara un ejemplar sensible.

De este modo, y contra el manido argumento de que la psicoprofilaxis era más eficaz en las reincidentes que en las novatas, el escrito razonaba las desventajas de la multiparidad a pesar de que la labor propiamente dicha se desarrollaba por lo general más rápido. En contrapartida, las mujeres que daban a luz por primera vez solían tener resultados más homogéneos en las distintas fases del parto. Como ventajas, las primíparas llegaban al parto en mejor forma física, se entrenaban regularmente y su pareja estaba «al día» en cuanto a las posibilidades de la psicoprofilaxis, ello frente a matrimonios acostumbrados a culturas obstétricas «del pasado»<sup>1186</sup>. A veces, no obstante, «excelentes» en potencia se transformaban en partos simplemente «buenos» bajo el efecto del cansancio asociado a las dilataciones lentas, cosa que a su vez menguaba el rendimiento y la concentración de la parturienta.

Muy importante en la valoración de los partos con ambiguo desenlace era la charla que la puerpera mantenía con el equipo tras el parto. Como hemos visto, esta era sin duda la ocasión para comprobar el nivel de comprensión que la mujer había alcanzado gracias a la pedagogía psicoprofiláctica. Ante un resultado impreciso, el equipo consideraba positivas dos tipos de reacciones: primero cuando la mujer, satisfecha, entendía el valor del método, se había entrenado con ahínco y calibraba sus errores con respecto a la norma comprendiendo asimismo las causas de tales deslices. Sin caer en la autocomplacencia, esta clase de paciente se percataba del abanico de posibilidades que ofrecía el método y se prometía a sí misma mejorar la próxima vez. La segunda reacción positiva era la de aquella mujer que se sentía decepcionada de no haber alcanzado la meta en la que creía y por la que había luchado, sin que el fiasco conllevase una animadversión hacia el método o «*el cuestionamiento de su eficacia*»<sup>1187</sup>.

---

<sup>1185</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>1186</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>1187</sup> *Ibid.*, p. 9.

Las reacciones negativas ante un resultado mediano eran también dos: la primera, cuando la mujer se sentía satisfecha, «a menudo muy satisfecha», porque a pesar de no haberse preparado convenientemente y de no confiar del todo en la psicoprofilaxis, finalmente había mantenido la calma y había sufrido poco, y en cualquier caso mucho menos que en partos precedentes. También era el caso de las mujeres que se confesaban encantadas del aspecto educativo y humano de la preparación, pasando por alto el hecho de que, en realidad, habían alumbrado con algo de sufrimiento y que ello estaba injustificado. Tales consideraciones, decía el texto, «no son criterios, pero parecen serlo para la mujer», y la discusión post-parto con la interesada debía colmar, precisamente, aquello que no había sido captado por la alumna en la preparación, a saber, «*la realidad del parto sin dolor*»<sup>1188</sup>.

Semejante error de perspectiva era frecuente también entre el personal: a menudo, ante un parto catalogado como «bastante bueno» o «mediocre», la matrona o el tocólogo señalaban que, en comparación a un parto no preparado, la diferencia saltaba a la vista. Pero cualquier alumna de la psicoprofilaxis se comportaba siempre mejor que una mujer sin preparación, o al menos eso alegaba el texto. De este modo el desafortunado comentario, si bien pretendía juzgar con optimismo un resultado decepcionante, se contentaba de un comportamiento previsible y emborronaba la finalidad concreta del método, que como ya sabemos, era la analgesia. La psicoprofilaxis quería darle a sus resultados un «contenido científico», y para ello necesitaba codificar sus evaluaciones en base a criterios precisos que tuvieran resonancia dentro de un sistema cerrado y coherente. El parto de una paciente de la clínica y de una mujer no preparada eran, en este sentido, elementos inconmensurables<sup>1189</sup>. La segunda reacción negativa ante un parto bueno, por último, la encarnaban quienes protestaban con un «pensaba que sería más fácil», comentario que exhibía, según los autores, la incomprensión absoluta de la idea de superación personal inherente a la empresa psicoprofiláctica.

Manuel Usandizaga había acusado a las adeptas del método de manipular la narración de sus partos con un fin proselitista. Pues bien, esta circunstancia estaba prevista en el Código Evaluativo de la Psicoprofilaxis: y es que la sistematización de las evaluaciones contribuiría al desarrollo del método y a su popularización universal, pero en tanto que procedimiento terapéutico la recapitulación del proceso evaluativo debía también modificar la perspectiva de la mujer *a posteriori*, saneando los condicionamientos que la preparación no

---

<sup>1188</sup> *Ibid.*

<sup>1189</sup> «*Quelques réflexions*», *op. cit.*, p. 7.

había sido capaz de purgar<sup>1190</sup>. Amarás al método sobre todas las cosas, ciertamente, pero no tomarás sus preceptos en vano.

#### **9. 4. De la taxonomía al test: el pulso entre medir el dolor y evaluar el comportamiento**

De este lado de los Pirineos, los médicos psicoprofilácticos también hicieron lo suyo por anticipar y devolver los golpes que el método sufría. Como vimos, el aparato (auto)crítico de la escuela parisina no solo era un recurso para perfeccionar el desarrollo del método y rematar sus efectos terapéuticos, sino que además refutaba de pasada los ataques que la psicoprofilaxis recibía sobre su eficacia, su fundamento o su naturaleza sugestiva. Dentro de este mismo objetivo teleológico-terapéutico y discursivo, la práctica española despuntó con una estrategia distinta: la ofensiva o el despliegue –en un sentido casi militar del término– caracterológico. Es decir que, si los franceses se afanaron en clasificar los partos, sus colegas peninsulares pusieron su granito de arena catalogando a las mujeres, para solo a continuación clasificar los partos de estas y demostrar la potencialidad analgésica del método. Con el tránsito gradual hacia concepciones psicósomáticas de la maternidad, no obstante, estas tentativas marginales quedaron diluidas por el consenso general en torno a los beneficios que reportaban los métodos de preparación al parto, primera y principalmente, sobre el bienestar anímico de la mujer.

El último epígrafe del capítulo pretende ilustrar los cambios acaecidos en la aprehensión y priorización de los objetivos de la preparación al parto. A tal efecto, el análisis presenta en primer lugar el espíritu clasificador como un denominador común de los métodos del parto sin dolor, y contrasta el carácter improvisado de estas clasificaciones en los profesionales de influencia readiana con dos tentativas rigurosas de los psicoprofilácticos Leopoldo Rodés de Sisternes y Ángel Hernández Jiménez. En segundo lugar, el texto plantea la obsolescencia temprana de la iniciativa psicoprofiláctica, eclipsada por las voces que reivindicaron las consecuencias comportamentales de la preparación al parto como su principal virtud, independientemente de su eficacia contra el dolor. A continuación sugiero que una de las derivas del nuevo enfoque fue el hecho de asumir la preparación al parto como un medio para mejorar los protocolos de intervención obstétrica gracias a la colaboración de las pacientes. La otra tendencia, finalmente, consistió en identificar la nueva mansedumbre de las pacientes con los méritos psicoterapéuticos de la educación prenatal, una

---

<sup>1190</sup> «*Considération sur les mentions*», *op. cit.*, p. 11.

interpretación que cristalizó en el uso de tests clásicos de la psicología clínica en el ámbito del parto.

Grantly Dick-Read había declarado «*varium et mutabile semper femina*, pero nunca tanto como en el parto»<sup>1191</sup>. Una de las constantes en la literatura de preparación al parto de este periodo era, en efecto, la tendencia a clasificar a las mujeres en tipos o categorías. Dick-Read, por su parte, no sistematizó nunca dichas taxonomías. Si venía al caso, el médico inglés podía elaborar un perfil psicológico detallado de alguna de sus parturientas, pero esas descripciones más literarias que científicas estaban desconectadas unas de otras y quedaban diluidas en el fluir de su prosa.

En España, preparadores como Álvaro Aguirre de Cárcer sí catalogaban a las pacientes, pero sin seguir un criterio definido. En su primera publicación, de Cárcer relacionaba los fracasos del método con defectos de técnica, con las circunstancias sociales y la influencia del medio, y finalmente con causas «inherentes a la mujer». Entre estas últimas, el médico madrileño elaboraba una lista variopinta compuesta de elementos tales como: «juventud excesiva», «estériles antiguas», «las intelectuales. Especialmente las literatas»<sup>1192</sup>, «múltiparas escépticas», «mujeres a las que en la primera consulta se les ha dicho que su pelvis era estrecha o plana», «partos prematuros», «solteras que viven en la angustia de su pesimista porvenir», «graves problemas de tipo moral en los días que anteceden el parto», «matrimonios mal avenidos» y «temperamentos excesivamente nerviosos»<sup>1193</sup>. En el batiburrillo, como vemos, cabían factores somáticos, psíquicos, morales y neurológicos.

Muy distinta fue la iniciativa de Leopoldo Rodés de Sisternes, una de las figuras más emblemáticas de la psicoprofilaxis barcelonesa en los primeros tiempos. Con el fin de esclarecer cuáles eran los rasgos de la personalidad normal más favorables a la aplicación del método psicoprofiláctico, Rodés de Sisternes estudió 144 casos en base a la clasificación caracterológica elaborada por el filósofo y psicólogo holandés Gerardus Heymans y el psiquiatra Enno Dirk Wiersma. Esta tipología ya clásica distinguía entre tres dimensiones del temperamento, a saber: la emotividad o la menor o mayor facilidad con que un evento provoca una reacción afectiva en el sujeto, la actividad o capacidad de reacción ante una situación determinada, y la resonancia (también llamada primariedad o secundariedad), es decir la medida en que los acontecimientos

---

<sup>1191</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, p. 139.

<sup>1192</sup> Aguirre de Cárcer no era el único en exhibir desconfianza ante las mujeres cultas o con formación académica. Véase por ejemplo el comentario de tres discípulos de este: «Las muy ignorantes y torpes las hemos apartado y nos han inquietado siempre las mujeres excesivamente intelectuales», en Alén, Novo y Sánchez, *op. cit.*, p. 2. En todo caso, el preparador madrileño explicaba su suspicacia ante las pacientes cultas por tratarse de mujeres cuya «falta de modestia» les impedía «adaptarse a su nueva condición de alumnas», Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 90.

<sup>1193</sup> *Ibid.*, pp. 89-91 para la enumeración completa de tipos de mujer.

producen un impacto a largo plazo en el sujeto. Combinando estos tres factores entre sí resultaban ocho categorías inspiradas de las teorías humorales: nervioso, sentimental, colérico, apasionado, sanguíneo, flemático, amorfo y apático.

Además de utilizar el cuestionario tipo de Heymans y Wiersma para la valoración de la personalidad, Rodés de Sisternes añadió al examen de las pacientes el cuestionario realizado por el matrimonio de psicólogos norteamericanos Louis Leon y Thelma Gwinn Thurstone sobre la tendencia a la neurosis en jóvenes universitarios, aunque el médico barcelonés modificó algunas de sus preguntas de manera que quedaran «adaptadas a la mujer»<sup>1194</sup>.

Una vez distribuidas las pacientes en las distintas casillas y tras recopilar los resultados que cada una había obtenido en su parto, Rodés de Sisternes concluía que el rasgo decisivo para el buen desenvolvimiento de las mujeres en el parto era el de «actividad». Las alumnas con una buena capacidad de reacción ante los estímulos obtenían tasas altísimas de éxitos, de un 96% para la calificación del parto como excelente y de un 70% para los partos buenos. En contra de lo que pudiera suponerse, además, el factor de emotividad de la mujer no era relevante por sí mismo: en compañía de un talante activo, la emotividad resultaba un criterio favorable, derivando «hacia la ejecución de actividades útiles a lo largo de todo el trabajo»<sup>1195</sup>. En cambio, la emotividad sí resultaba un agravante de las dificultades por las que pasaban las mujeres no-activas, carentes por tanto de la reactividad y el empeño necesarios para dominar y encauzar un temple impresionable. El criterio de la resonancia, señalaba por último el autor, no parecía influir notablemente sobre la actitud de la embarazada durante el parto.

Del curioso artículo se deducía que la psicoprofilaxis funcionaba con mayor eficacia en las mujeres activas, lo cual venía a confirmar los supuestos teóricos del método acerca del ascendente de la vida cortical sobre los fenómenos viscerales y, en particular, sobre la percepción del dolor del parto. Asimismo, Rodés de Sisternes insinuaba que, probablemente, un diagnóstico previo de los «tipos *no activos*» permitiría configurar una preparación especial para esta clase de mujeres, modificando su actitud hacia el parto y mejorando así sus resultados<sup>1196</sup>. Para ello, concluía, una colaboración de obstetras y psiquiatras sería necesaria.

Ya en los años 1960, Ángel Hernández Jiménez y sus colegas el psiquiatra Antonio Colodrón y el neurólogo Alberto Rábano, todos afines al pavlovismo,

---

<sup>1194</sup> Leopoldo Rodés de Sisternes, «Aspectos psiquiátrico-fisiológicos del método psicoprofiláctico», *Medicamenta*, año XVI, n.º 319, febrero de 1958, p. 125. (CM-HJ). El cuestionario en cuestión es el L. L. and T. G. Thurstone, «A Neurotic Inventory», *The Journal of Social Psychology*, v. 1, n.º 1, pp. 3-30. Louis Leon Thurstone es mayormente conocido por sus contribuciones en el campo de la psicometría y el análisis factorial, y en particular por el Test de Aptitudes Mentales Primarias sobre las capacidades cognitivas de los individuos.

<sup>1195</sup> *Ibid.*, p. 126.

<sup>1196</sup> *Ibid.*



propusieron un esquema distinto para determinar los factores adversos al método. El «criterio científico-natural» en el que los autores basaban su estudio era el de la patología cortico-visceral en un sentido amplio<sup>1197</sup>. Por consiguiente, los factores en el punto de mira eran el tipo de actividad nerviosa superior en primer lugar, seguido de la constitución somática, el nivel cultural, la adaptabilidad al medio, la edad y la paridad.

Ahora bien, para la determinación del tipo de actividad nerviosa los autores descartaban una clasificación en base a los procesos fundamentales que regían la vida neuronal según Pavlov, a saber, la *intensidad* de la excitación y de la inhibición cortical, el *equilibrio* entre una y otra y la *movilidad* o facilidad con la que el sistema nervioso pasaba de una modalidad a otra. En su lugar, Hernández Jiménez y compañía escogieron el criterio de la mayor o menor «influenciabilidad» de los caracteres, tal y como el hipnólogo húngaro Ferenc András Völgyesi había sugerido planteando una triple tipología: en los extremos estaban las pacientes del tipo «intelectual, lógico o neocortical» y las del tipo «paleocortical, muy influenciado por los estímulos sugestivos», además de las que pertenecían a un tipo intermedio<sup>1198</sup>.

Estos criterios, señalaba el artículo, coincidían de lleno con los tipos que Pavlov había determinado sobre la influencia de los sistemas de señalización en la vida nerviosa. Así, las pacientes «neocorticales» podían ser también catalogadas como los «pensadores» de Pavlov, es decir, aquellos sujetos en los que predominaba el segundo sistema de señalización –el lenguaje– en la elaboración de las respuestas. Las «paleocorticales» correspondían al tipo artístico pavloviano, es decir, más cercano a «lo primitivo»<sup>1199</sup> y funcionando mayormente con las estimulaciones directas del mundo sensible, y el tipo intermedio coincidía evidentemente con el tipo equilibrado del esquema pavloviano.

Dicho esto, los autores pasaban a analizar la influencia de estas categorías sobre el aprovechamiento de la preparación y el desenlace del parto. Si la mayoría de factores considerados presentaban cierta influencia sobre los resultados de las 400 mujeres estudiadas, ningún criterio era tan relevante como el tipo de actividad nerviosa que las caracterizaba. En efecto, la suma de los resultados no satisfactorios alcanzaba el 73,2% entre las mujeres del grupo paleocortical, mientras que las neocorticales fracasaban tan solo en el 12,1% de los casos<sup>1200</sup>. Frente a críticas como las esgrimidas por Manuel Usandizaga en su obra contra la psicoprofilaxis, esta circunstancia demostraba que el método era ante todo una auténtica terapia cognitiva y no un mero truco sugestivo, pues las

---

<sup>1197</sup> Hernández Jiménez, Rábano y Colodrón, *op. cit.*, p. 421.

<sup>1198</sup> *Ibid.*, p. 422.

<sup>1199</sup> Así define el tipo artístico Luis Zabalegui Rodríguez en *La medida de la personalidad por cuestionarios. Guía práctica*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1990, p. 44.

<sup>1200</sup> Hernández Jiménez, Rábano y Colodrón, *op. cit.*, p. 423.

mujeres más propensas a la sugestión eran precisamente aquellas que obtenían peores resultados<sup>1201</sup>.

Por ello, y en la misma línea que Rodés de Sisternes, los autores aconsejaban una selección previa de las embarazas con el fin de preparar a las neocorticales insistiendo en el segundo sistema de señalización, y a las paleocorticales insistiendo en el primero, esto es, en las actividades físicas de respuesta condicionada a la contracción uterina, cual la relajación y la respiración. Por último, una estrecha colaboración entre psiquiatras y obstetras se imponía aquí también como requisito para sortear estas disposiciones naturales de la mujer que ensombrecían el brillo fulgente de la psicoprofilaxis<sup>1202</sup>.

Los intentos anteriores tendieron a dilucidar la falibilidad analgésica de la psicoprofilaxis mediante una metodología afín al marco pavloviano que la cimentaba. Pero fueron escasos y fracasaron, es decir, no fueron más que eso: intentos. Poco a poco, los actores de la preparación al parto fueron generando consenso sobre el hecho de que, a priori, la educación prenatal era útil para atenuar el dolor, mientras que para domesticar a la embarazada la preparación resultaba implacable.

Esta era la conclusión, por ejemplo, de los psicoprofilácticos barceloneses en la segunda reunión de la Sociedad Ginecológica española, celebrada en Málaga en 1958. Según ellos, el rasgo más sobresaliente de la psicoprofilaxis era el haber modificado positivamente la conducta de la paciente «debido a la calma, estímulo y disciplina adquiridos»<sup>1203</sup>.

Asimismo, y tan pronto como en 1959, Álvaro Aguirre de Cárcer decía que los años habían servido para «entibiar entusiasmos desmedidos» y «dejar las cosas en su justo medio». Si en lo que concierne al dolor no se había alcanzado, según él, «la meta deseada», el método suponía un «avance decisivo» porque trataba, como el madrileño no se cansaba de repetir, «de algo más profundo, algo que repercute beneficiosamente sobre la madre y sobre el hijo»<sup>1204</sup>. Aguirre de Cárcer se refería aquí a esa actitud, a ese clima distinto que su EM pretendía instigar<sup>1205</sup>. En el prólogo a la obra, Juan José López-Ibor decía no entender «por qué se discute la eficacia del método», pues en él intervenían valencias psíquicas y dependía por tanto de la individualidad de cada paciente. En todo caso, al psiquiatra le parecía de sumo valor establecer una pauta para resolver el problema del parto. Como Aguirre de Cárcer, además, López-Ibor alegaba que

---

<sup>1201</sup> Manuel Usandizaga no era el único en opinar así. Carlos Carceller Blay, por ejemplo, también le quitaba méritos al método psicoprofiláctico alegando que este siempre daba buenos resultados en mujeres «psíquicamente predisuestas, que son precisamente las que con más disciplina y entusiasmo siguen los ejercicios. Son pacientes muy conocidas por los ginecólogos de experiencia y que acreditan siempre nuestra labor, sea cual fuere». Carceller, *op. cit.*, p. 346.

<sup>1202</sup> Hernández Jiménez, Rábano y Colodrón, *op. cit.*, p. 424.

<sup>1203</sup> Altès y otros, *op. cit.*, pp. 15-16.

<sup>1204</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 199.

<sup>1205</sup> Véase el desarrollo de esta idea en *Genealogía*, 3. 3.

«todas las innovaciones se decantan con el tiempo», significando que el parto sin dolor, más que una expresión científica, se había revelado un simple «slogan»<sup>1206</sup>.

Muchos eran los que confirmaban el cambio de actitud de las mujeres ante el parto y la asistencia obstétrica gracias a los métodos de educación prenatal. Así lo apreciaba, por ejemplo, Asterio Feroso Movilla, tocólogo del Hospital Militar Gómez Ulla, en Madrid:

«¿Qué diferencia entre asistir un parto de una mujer preparada y otra sin preparación? Esta chilla, grita, está inquieta, se agita, se revuelve, no respira como debe, hace molesta su presencia y da la impresión de que está sufriendo la más espantosa de las agonías; se vuelve a veces agresiva, y con frecuencia emplea un lenguaje impropio de su condición social, conducta de la que se siente avergonzada cuando lo recuerda en la tranquilidad de su puerperio. Sin embargo, en la primera todo es tranquilidad, calma, silencio; obedece las palabras del tocólogo, y cuando el parto termina, ambos quedan satisfechos»<sup>1207</sup>.

Combinada con las técnicas fisioterápicas que trataré más adelante, la educación prenatal disciplinaba a las parturientas, amoldando su labor a unas normas de conducta que facilitaban la actuación de los profesionales, y que supuestamente debían reducir o suprimir el dolor. Y a defecto de ello, la formación teórica sentaba al menos las bases de una nueva aprehensión de la maternidad. Movidas probablemente por este concepto novedoso, la mayoría de mujeres no medían la eficacia de los planteamientos teóricos del método contra su experiencia individual en el paritorio, sino que evaluaban su experiencia de parto en base a su capacidad para integrar y practicar los preceptos aprendidos en la preparación. Es decir que, aun cuando el resultado dejaba que desear, las alumnas desviaban la responsabilidad hacia su propia persona, asumiendo una actitud de autocrítica y autosuperación que deleitaba a sus cuidadores.

Francisco Carreras refería, a este respecto, el caso de una señora de origen británico que se había preparado por cuenta propia con la ayuda de un libro de Grantly Dick-Read. «Al preguntarle yo, después del parto, cómo le había ido», comentaba Carreras, «me dijo que muy doloroso, pero que todo dependía de que no había sabido captar bien el sistema, pero que en otro parto estaba convencida de que iría bien». Y el tocólogo catalán proseguía diciendo:

«Compárese con otra embarazada a quien hablaba de una posible preparación y me dijo sinceramente que prefería pasar un mal día que *trabajar* nueve meses y que alborotaría todo lo posible para que se terminase pronto con un fórceps. Y un marido me dijo que acababa de descubrir que los dolores del parto eran un mito inventado por las mujeres»<sup>1208</sup>.

---

<sup>1206</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, prólogo.

<sup>1207</sup> Feroso, «*Nuestra experiencia*», *op. cit.*, p. 250.

<sup>1208</sup> Carreras, «*Dos escuelas*», *op. cit.*, pp. 269-270.

El propio Carreras afirmaba que, gracias a la buena conducta de las pacientes preparadas, que colaboraban en todo momento con el personal, la preparación al parto evitaba muchas «psicosis de fracaso», refiriéndose a partos terminados con una maniobra operatoria y en los que la mujer se culpabilizaba por la intervención<sup>1209</sup>. Ahora bien, Carreras obviaba las psicosis de fracaso que surgían con motivo de la falibilidad analgésica del método, pues ese tipo de reacciones autoinculporatorias eran, como señala Michaels, muy corrientes<sup>1210</sup>.

Al margen de la mayor o menor eficacia contra el dolor, todos los actores admitían el beneficio de educar a las mujeres para dar a luz, pues los paritorios dejaban de parecer salas de tortura. Pero de ello cabían dos interpretaciones: por un lado, como veremos, algunos entendieron la docilidad de las mujeres como signo de una mejora global de la salud anímica de la embarazada. Otros, por su parte, veían la disciplina conductual inherente a la preparación como la ocasión perfecta para experimentar con nuevas metodologías de conducción técnica y medicamentosa del parto.

Este era el caso de César Fernández Ruiz, quien preconizaba un modelo de asistencia que mezclaba la preparación de la mujer, fármacos oxitócicos y analgésicos y un procedimiento de extracción fetal mediante un tipo particular de ventosa. Con esta metódica «ecléctica, no fanática»<sup>1211</sup>, según sus propias palabras, el director de la maternidad provincial de Palencia decía lograr un 95% de partos más rápidos y más cortos, menos dolorosos y, «la gratitud de las mujeres»<sup>1212</sup>. Las auténticas ventajas de la preparación, para Fernández Ruiz, eran pues dos: «educación y disciplina», e «insistir en asignar al método [psicoprofiláctico] la supresión del dolor», comentaba, «lleva el peligro de su descrédito»<sup>1213</sup>.

En apoyo de esta opinión, el ginecólogo citaba algunas de las conclusiones de los obstetras soviéticos reunidos en Kiev en 1956 para debatir sobre los beneficios que la psicoprofilaxis venía reportando después de más de un lustro de vida. El ciclo de conferencias, que duró cuatro jornadas, confirmó el declive del método soviético. A grandes rasgos, los profesionales concluyeron que la psicoprofilaxis tenía muchas limitaciones, abrían la puerta a su combinación con tratamientos farmacológicos y señalaban la disciplina que se respiraba en las maternidades como su mayor ventaja, aunque esta era suficiente para continuar fomentando el método a escala nacional<sup>1214</sup>.

---

<sup>1209</sup> Carreras, «Ataraxia y obstetricia», *op. cit.*, p. 304.

<sup>1210</sup> Michaels, «Pain and Blame», *op. cit.*

<sup>1211</sup> César Fernández Ruiz, «La dirección médica del parto en el momento actual», *Revista Ibys*, año XIX, n.º 4, enero-febrero de 1961, p. 37. (CM-HJ).

<sup>1212</sup> *Ibid.*, p. 39.

<sup>1213</sup> Fernández Ruiz, «El parto psicofísico», *op. cit.*, p. 223.

<sup>1214</sup> César Fernández Ruiz se refería a ello en su artículo «Nueva metódica en la asistencia al parto», *Revista Española de Obstetricia y ginecología*, año XV, tomo XVII, n.º 102, Valencia, noviembre-diciembre de 1958, p.

Que los detractores del método (o los adeptos críticos, como en el caso de Fernández Ruiz) se aferraran a este argumento para cuestionar los resultados de la psicoprofilaxis en cuanto a su prevención del dolor, era algo habitual. Por ejemplo, Lorenzo Abad Colomer describía, en su reseña de la segunda reunión nacional de ginecólogos españoles, en Málaga, el enfrentamiento entre una corriente «exaltada» que defendía el potencial terapéutico de la psicoprofilaxis, y otra moderada que no veía razones para privarse de los recursos anestésicos convencionales, aplicados a mujeres preparadas. Los permisivos, decía Abad Colomer, recurrían al congreso de Kiev para defender su posición. Y tomando partido por dicho bando, él mismo concluía:

«Escandalizarse porque a una mujer preparada con este método pueda inyectársele un espasmolítico o un occitócico es absurdo e inoperante, como también lo es pensar que cuando haya necesidad de hacer un fórceps, tengamos que violentar nuestra vivencia del método no narcotizando a la parturienta»<sup>1215</sup>.

Otro que no desperdició esta oportunidad para minar el valor de la psicoprofilaxis fue Manuel Usandizaga<sup>1216</sup>. Fuese como fuere, lo importante era, para quienes enfatizaban el lado conductual de la psicoprofilaxis, el potencial que una parturienta amaestrada ofrecía para la práctica obstétrica.

Frente a esta argumentación, otros autores enfatizaban el impacto que la psicoprofilaxis –u otros modelos de educación prenatal– tenía sobre la vivencia de la maternidad: drásticamente, la mujer había pasado de sufrir en el parto a disfrutar del nacimiento<sup>1217</sup>. Por primera vez en la historia del pensamiento obstétrico, el parto se teorizaba sistemáticamente como un evento capaz de suscitar gozo o placer, en un sentido más moral que físico, cierto es<sup>1218</sup>. Y ese disfrute se lograba a costa de una disciplina del cuerpo y del espíritu durante los meses previos al parto.

En el caso de los modelos psicosomáticos de educación prenatal, el ordenamiento de la conducta era el objetivo inmediato de dicha disciplina, pero no la causa última del regocijo que sentía la mujer al dar a luz. Había un paso intermedio. Aunque el comportamiento equilibrado de las mujeres era un factor clave en el desarrollo del parto y en la aprehensión que la paciente hacía del

---

309, (CM-HJ), y en «*El parto psicofísico*», *op. cit.*, p. 223. Para un análisis del encuentro en la capital ucraniana, véase Michaels, *Lamaze, op. cit.*, pp. 80-83.

<sup>1215</sup> Lorenzo Abad Colomer, «II Reunión de ginecólogos españoles (Málaga, diciembre del 57)», *Revista Española de Obstetricia y ginecología*, año XV, tomo XVII, n.º 102, Valencia, noviembre-diciembre de 1958, sección «Variedades, I-II».

<sup>1216</sup> Así lo hizo aludiendo al congreso soviético en *La ataraxia, op. cit.*, pp. 23 y 86-87.

<sup>1217</sup> Hay múltiples menciones a ello en la literatura. Véase, por ejemplo, Carreras, «*Ataraxia y obstetricia*», *op. cit.*, p. 304, Ucieda, *op. cit.*, p. 34, o Altès y otros, *op. cit.*, p. 15, etc. La idea estaba, asimismo, muy presente en toda la obra de Álvaro Aguirre de Cárcer.

<sup>1218</sup> En cambio, y como apunta el investigador Javier Moscoso, obstetras como W. Tyler-Smith ya señalaban en el siglo XIX la naturaleza sexual, y a veces incluso orgásmica, del alumbramiento. Moscoso, *Historia, op. cit.*, p. 150.

momento a nivel afectivo, esta mirada de la preparación al parto contemplaba la mejora conductual de las parturientas, de hecho, como el *síntoma* de su salud mental. Dicho de otro modo, las mujeres no disfrutaban de la experiencia porque se portaban bien, aplicando dócilmente las normas aprendidas. Las mujeres se portaban bien porque aceptaban mejor su maternidad –gracias obviamente a la preparación– y por tanto podían disfrutar del instante metamórfico.

Tal y como prometía la EM carceriana y otras versiones de corte psicosomático, la preparación al parto no solo reconciliaba a las mujeres con su rol de madres, sino que incluso les daba el último hervor para consagrarse como seres maduros en general. Como decía la psicoterapeuta y preparadora Leonor Lorenzo, la educación prenatal contribuía a «*la mejor adaptación de la mujer como ser sociable y humano*, ya que recibe una preparación que la hace más responsable en su “estar en la vida”»<sup>1219</sup>. De lograrse la deseada analgesia en el nacimiento, además, el mérito era de la psicoterapia «*de inspiración psicoanalítica*», realizada de manera empírica en todos los modelos de preparación al parto, según la autora<sup>1220</sup>. Llevando más lejos su razonamiento, Lorenzo afirmaba que si la mujer solía revivir perturbadoras fantasías de infancia durante el embarazo, los tocólogos también tenían una personalidad «narcisista, omnipotente» y «viejos problemas infantiles sin resolver» que se expresaban en la agresividad, el «excesivo intervencionismo» y la incomprensión del «gran problema psicosomático que representan la gestación y el parto»<sup>1221</sup>. Lorenzo recomendaba por tanto el psicoanálisis previo de los tocólogos y el personal auxiliar o, a falta de ello, una estrecha colaboración entre el equipo obstétrico y el gremio psicoterapeuta.

Frente a los tipos caracterológicos de los psicoprofilácticos más duros, Aguirre de Cárcer planteaba, ya a finales de los 1960, una taxonomía muy distinta sobre los rasgos de la personalidad desfavorables a la preparación al parto: las mujeres que rechazaban su maternidad o su feminidad, «consciente o inconscientemente», decía el madrileño, así como las «inmaduras, psicológicamente hablando (infantiles, narcisistas, edipos no resueltos, etc.)», las neuróticas y más generalmente todas aquellas mujeres que tuvieran «conflictos psicológicos importantes (sentimientos de culpabilidad, etc.)» debían reforzar la formación mediante una psicoterapia y/o técnicas sofrónicas si realmente querían parir con éxito<sup>1222</sup>.

Aunque esta no era la postura más aglomerante, lo cierto es que el prisma psicosomático caló en la valoración que los profesionales hacían de la preparación y de sus posibles ventajas. Ello conllevó un alejamiento del ideal psicoprofiláctico de supresión del dolor, así como de la aritmética específica que permitía demostrar sus hipotéticas virtudes balsámicas.

---

<sup>1219</sup> Leonor Lorenzo, «Parto sin dolor», *Revista Ibyx*, volumen XI, n.º 2, marzo de 1957, p. 149.

<sup>1220</sup> Lorenzo, «Comentarios», *op. cit.*, p. 295.

<sup>1221</sup> *Ibid.*, p. 296.

<sup>1222</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1969], *op. cit.*, pp. 299-300.

De forma muy significativa, Francisco Carreras declaraba, recién despuntados los años 1960: «Nuestras pacientes no son cifras de una estadística»<sup>1223</sup>. En esta publicación, que marcaba un giro irreversible en la práctica profesional del catalán, Carreras disenta de su colega Rodés de Sisternes sobre la utilidad de entregarse a determinaciones caracterológicas, pues las etiquetas psiquiátricas repercutían negativamente en la relación que la mujer establecía con su preparador, cosa que para Carreras era el pilar fundamental del método.

Con resonancias decididamente carcerianas e incluso readianas, pues, Carreras subrayaba otras ventajas de la preparación, como sus efectos saludables sobre el feto, la higiene mental de la mujer, la valorización de su «condición femenina» y la humanización del acto del parto<sup>1224</sup>. El catalán, como Aguirre de Cárcer, también dejaba traslucir cierto rechazo hacia la deriva intervencionista, sin condenarla, y resumía su postura diciendo «que la preparación psicosomática para el parto no constituye *un procedimiento* más de analgesia obstétrica o *una nueva técnica de asistencia al parto*, representa una *actitud distinta del tocólogo* respecto a sus pacientes, que establece un clima de mutua comprensión»<sup>1225</sup>. Por todas estas razones, Francisco Carreras proponía abandonar la denominación de parto sin dolor, substituyéndola por la de «parto atarácico» para designar el «estado de calma y estabilidad emocional» que el método podía y debía conseguir<sup>1226</sup>.

Otro ejemplo al respecto es el del sevillano José Fernando Fernández Godoy, tocólogo de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío y discípulo de Aguirre, quien propuso una nueva evaluación del dolor del parto mediante el test Gestáltico Visomotor de la neuropsiquiatra estadounidense Lauretta Bender. La prueba consistía en dibujar nueve figuras geométricas durante el trabajo de parto, pero que la mujer había ensayado previamente en el embarazo. El grado de pericia que la parturienta mostraba –entre contracción y contracción– en la ejecución de cada uno de los trazados permitía valorar los factores afectivos que daban «colorido» a su sufrimiento, ya que Godoy daba por imposible la valoración objetiva del dolor obstétrico<sup>1227</sup>.

Los resultados eran esclarecedores: la mujer de parto, incluso si estaba preparada, padecía un «estado de ansiedad y vacilación» y un «gran trastorno de coordinación visomotora e inestabilidad emocional» que se reflejaban en las líneas tenues, indecisas, los numerosos cambios y las omisiones de sus dibujos<sup>1228</sup>. Aunque en su comparativa con mujeres no preparadas esta prueba mostraba que la preparación psicológica al parto reducía significativamente el

---

<sup>1223</sup> Carreras, «Ataraxia y obstetricia», *op. cit.*, p. 302.

<sup>1224</sup> *Ibid.*, p. 305.

<sup>1225</sup> *Ibid.*, pp. 320-321.

<sup>1226</sup> *Ibid.*, pp. 319-320.

<sup>1227</sup> Godoy, «Valoración», *op. cit.*, p. 9.

<sup>1228</sup> *Ibid.*, p. 11.

sufrimiento de la mujer, el estudio se distanciaba de los análisis que los psicoprofilácticos habían hecho sobre las causas de la aparición del dolor. Los resultados del test gestáltico evidenciaban, al contrario, el dolor como una realidad inherente al propio parto y disertaban sobre los elementos de la personalidad que, en todo caso, daban peso y consistencia a ese sufrimiento de algún modo insorteable.

En lo que parecía una *gala de los tests*, finalmente, dos autores más proponían, en la misma reunión en la que participaba Godoy, diferentes pruebas psicodiagnósticas para desenmascarar «los contenidos inconscientes de la personalidad» susceptibles de perturbar el proceso reproductivo o de estimar el comportamiento de las mujeres preparadas<sup>1229</sup>. Algunos de estos test proyectivos eran el test de Hermann Rorschach (1921), el test de Herbert Phillipson (1955) y el «test del interior del cuerpo», en el que el sujeto dibujaba el cuerpo con sus órganos y respondía posteriormente a unas preguntas<sup>1230</sup>, así como el Test de Apercepción Temática de Henry A. Murray y Christiana D. Morgan (1937), el Test de los Colores de Max Lüscher (1948) y el Cuestionario de la Personalidad Cornell-Index<sup>1231</sup>. Con todo, el crecimiento y la expansión de la escuela carceriana de EM marcó sin duda la facilidad con la que muchos se deslizaron desde una postura de cierto rigorismo psicoprofiláctico hasta una posición en la que los números y el dolor pasaban, cuando menos, a un segundo plano.

En definitiva, muchos profesionales seguían evaluando el potencial analgésico de la preparación, pero esta perspectiva se marchitaba cada más entre el denso follaje de la subjetividad y del inconsciente. Incluso Ángel Hernández Jiménez, con el paso de los años, reconoció la casi imposibilidad de medir el dolor, asumiendo que evaluar el comportamiento era una tarea más factible y urgente: en efecto, la actitud de la mujer en el parto ya no se consideraba tanto el resultado de un complejo sistema de nefastos condicionamientos como el reflejo del estrés y la ansiedad, síntomas somáticos de la falta de seguridad y confianza psíquica de las pacientes<sup>1232</sup>. Curiosamente, Hernández Jiménez argüía en esta ocasión que la preparación debía tender a hacer de la tecnología obstétrica un elemento tranquilizador, pues *de facto* constituía una causa de ansiedad<sup>1233</sup>.

Tras el razonamiento brotaba de nuevo la tensión que los métodos de educación prenatal, y la psicoprofilaxis en particular, mantuvo con la creciente

---

<sup>1229</sup> Pilar Ballesteros, «Aportación de los métodos psicodiagnósticos de tipo proyectivo a la psicoprofilaxis obstétrica», en *II Reunión, op. cit.*, p. 142.

<sup>1230</sup> *Ibid.*

<sup>1231</sup> Miguel Ángel Rosales Escribano, por su parte, se centraba en el estudio de la feminidad, la ansiedad y la agresividad de las gestantes mediante tests. Rosales Escribano, *op. cit.*

<sup>1232</sup> Hernández Jiménez, «*The Effects*», *op. cit.*, p. 3.

<sup>1233</sup> *Ibid.*, p. 2.



maquinización y medicalización de los partos. Pues gracias a su impacto sobre la conducta de las gestantes, la preparación al parto pasó de ser «la última palabra del snobismo obstétrico»<sup>1234</sup>, o sea una herramienta en principio independiente para cercar al dolor, a ser la muleta de apoyo de cualquier método de dirección activa del parto, fuese cual fuese su visión implícita del dolor. De tal manera que los resultados, y en concreto el despliegue de comentarios y porcentajes que les otorgaban consistencia, perspectiva y visibilidad, no cuentan únicamente la historia de las aptitudes femeninas, o del grado de eficacia de uno u otro método. Los números y los criterios para evaluar a las mujeres permitían a los actores de la preparación hacer un metaexamen del procedimiento, cosa que, en el caso de la psicoprofilaxis además, conformaba el remate de su terapia cognitiva, la técnica que alicataba el entendimiento del parto en la corteza femenina. Los números y la crítica, también, permiten una lectura histórica sobre la evolución de los objetivos de cada método, y de su instrumentalización progresiva por la práctica obstétrica convencional.

\*

En uno de los pocos –si no el único– testimonios publicados de una mujer preparada para el parto sin dolor a principios de los años 1960, la joven narra su experiencia al acudir a la primera clase en la consulta de privada de Álvaro Aguirre de Cárcer:

«Nos reunieron a todas en un cuarto alargado, lleno de sillas en fila y un espacio libre delante con una mesa y una silla para el doctor-preparador. A su derecha, sobre una estantería, había varios dibujos relacionados con la matriz, el feto, etc., que atraían nuestras ansiosas miradas como imán. A su izquierda, una pequeña pizarra. Apenas se oía una voz, solo las afortunadas amigas que venían juntas a prepararse se comunicaban en voz baja sus impresiones. Las demás estábamos cohibidas y sin saber qué hacer; nos mirábamos unas a otras con curiosidad, pero disimuladamente. Pronto me di cuenta de que era la menos gorda del grupo. Afortunadamente, estábamos en invierno y no me había quitado todavía el abrigo; me hundí más aún en él para que no se notara. Me sentía como un párvulo que se ha colado en la clase de los mayores»<sup>1235</sup>.

El párrafo refleja bien lo insólito de la situación: un grupo de mujeres reunidas para aprender algo que sus antepasadas hicieron sin precisar

---

<sup>1234</sup> Cruz y Hermida, *op. cit.*, p. 401.

<sup>1235</sup> Teresa Gómez Estrada, *Mi experiencia del parto sin dolor*, prólogo del Dr. Aguirre de Cárcer, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1965, p. 23.

formación científica alguna durante milenios. Las asistentes se sienten pues nerviosas por la novedad, la ilusión, el misterio y la aventura que encierra todo rito iniciático o todo aprendizaje. Pero hay también una complicidad velada, un sentimiento latente de pertenencia, que resulta sin duda del hecho de saberse pioneras, y también transgresoras, en su forma de encarar la maternidad: la curiosidad y el dinamismo de las asistentes poco tiene que ver con la actitud pasiva y de espera del paciente convencional. Por eso Teresa, la protagonista del relato, observa que el ambiente de la sala «recordaba más el bullicioso vestíbulo de una academia que el de la consulta de un médico»<sup>1236</sup>.

Para Aguirre de Cárcer, la preparación al parto –o al menos la suya propia– era un «movimiento educacional» trascendente e imparabile, «un hecho histórico en evolución» dirigido a «ennoblecir la propia existencia» pues la educación, para el madrileño, entrañaba una «relación fecunda de lo íntimo del ser con el mundo de los valores espirituales»<sup>1237</sup>. Como ha señalado Marilène Vuille, había algo paradójico en el afán didáctico de «maestros» como de Cárcer, empeñados en que las mujeres reaprendieran algo que ellos consideraban un instinto perdido –la desentolura durante el parto–, y en que lo hicieran mediante un proceso que supuestamente les otorgaba dignidad o grandeza moral<sup>1238</sup>. Porque el instinto, por definición, ni se aprende ni se enseña ni tiene a priori que ver con la moralidad. Tras la rimbombancia en la promoción del parto sin dolor asoman objetivos más concretos, dice Vuille, como la aculturación médica de las mujeres a los fenómenos reproductivos, o la incorporación por parte de las pacientes de normas y pautas de conducta que facilitasen la labor del personal durante el nacimiento<sup>1239</sup>.

A ello añadiríamos el hecho de que la preparación al parto, dependiendo de cómo se teorizasen sus principios, servía para plantear modelos identitarios específicos, sobre todo relacionados con el ejercicio de la maternidad y la crianza por parte de las mujeres, pero también relacionados con su adscripción de género y sexual o con la integración de la población femenina en el mundo laboral y en el seno de la comunidad. Por último, y además de diseñar dichos modelos o identidades de mujer, los métodos de preparación al parto también contribuían a hacerlos realidad. En cierto modo las pacientes encarnaban esos arquetipos abstractos al asistir a las clases, asumir sus preceptos y practicar sus consignas: al pasar por el filtro de cada aparato terapéutico, en suma.

Si en la parte que viene a continuación abordaré los mecanismos terapéuticos que permitían, mediante el entrenamiento fisioterápico de la

---

<sup>1236</sup> *Ibid.*, p. 20.

<sup>1237</sup> Dos primeras citas de Álvaro Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto*, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1976, prólogo a la 7ª edición, y dos últimas de «Educación Maternal. Sus proyecciones», *op. cit.*, p. 2.

<sup>1238</sup> Vuille, *Accouchement et douleur*, *op. cit.*, p. 57. Como indicio del nexo entre aprendizaje, moralidad y preparación prenatal la autora recuerda que en el contexto anglófono algunos profesionales optaron por la denominación de «educated childbirth».

<sup>1239</sup> Vuille, «L'invention», *op. cit.*, pp. 50-51.

embarazada, incorporar cada método y materializar el ideal de mujer que les daba fundamento, *(Psico)terapia* se ha centrado en la estructura pedagógica de estas metodologías. Para ello, el primer capítulo apuntaba hacia dos ejes básicos de toda educación: la gestión del conocimiento, por un lado, y la relación que entablan el que enseña y el aprendiz, por el otro.

Como hemos visto, uno de los denominadores comunes de los primeros métodos de preparación al parto en la segunda mitad del siglo pasado fue precisamente el de lanzarse a una empresa de desinfección epistemológica de la obstetricia. Había que renombrar ciertos fenómenos, el primero de ellos el de los «dolores» de parto, pero también se necesitaba con urgencia un saneamiento preventivo de las relaciones entre expertos y *profanas*, del lenguaje en que se daban dichas relaciones y de las palabras que debían designarlas. No es de extrañar, por tanto, que Fernand Lamaze y Pierre Vellay compararan las dificultades que atravesaron para implantar el método con los avatares que experimentó I. P. Semmelweis al dar a conocer su planteamiento revolucionario sobre la asepsia<sup>1240</sup>. De hecho, también Dick-Read recurrió a dicha comparación<sup>1241</sup>.

La posición del que emitía el conocimiento –médico, preparador o ambas cosas al mismo tiempo– se reformuló en base a ideas subyacentes sobre la etiología del dolor del parto y sobre las relaciones entre mente y cuerpo en general. Pero más allá del modelo de confianza, cercanía y terapia verbal que asumiese cada método de preparación al parto, lo cierto es que todos propusieron una revisión de la conducta de los profesionales. En lo que respecta a la mujer, unos se centraron en la limpieza de sus ideas, mientras que otros prefirieron sanar sus emociones; en todos los casos, no obstante, ella quedaba libre de agentes contaminantes.

El capítulo central, dedicado a la EM carceriana, analizaba las modulaciones que sufrieron estas primeras metodologías del parto sin dolor cuando el madrileño las retomó desde el prisma del psicoanálisis y la sofrología. Aquí, la supuesta inmadurez afectiva de la mujer encinta y su exacerbado estado de feminidad servían para justificar una inversión de prioridades: ya no se trataba de corregir al intelecto ni de proteger a la paciente de su propia ignorancia y de la inseguridad que le iba aparejada. Ahora se trataba más bien de hacer aflorar las pulsiones y conflictos de la mujer para ir remendando distintas facetas de su personalidad, y capacitarla de este modo como madre. En esta versión de la preparación al parto, pues, la instrucción cedía ante la psicoterapia, marcando una clara ruptura con el espíritu inicial de la psicoprofilaxis. Como señalaba el director de la Maternidad de La Paz en su prólogo a la décima edición del manual de Aguirre de Cárcer, la EM había resultado en una «mentalización progresiva

---

<sup>1240</sup> Lamaze y Vellay, «*Cinq ans*», *op. cit.*, p. 28.

<sup>1241</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 3.

para aprender que tan necesario como preparar el parto, es preparar la llegada de un nuevo ser al mundo»<sup>1242</sup>.

Por otro lado, la relación con el preparador adquiría en este modelo una función decisiva. En una especie de disección emocional permanente, y mediante sus mejores dotes persuasivas, el preparador debía desentrañar –nunca mejor dicho– los contenidos psíquicos que producían el sufrimiento del parto. A su vez, la «Educación Maternal por sofropedagogía obstétrica» planteaba una relación terapéutica íntima e intensa, pero razonada y en todo caso consentida. Alejándose del estigma de la pasividad del paciente propio de las prácticas hipnóticas, Aguirre incluso hablaba de su método de educación prenatal como el mejor garante de la autonomía de la mujer: la sofrología no obliteraba la voluntad de la paciente, sino que la motivaba y reforzaba.

Ahora bien, que de Cárcer estaba más preocupado por responsabilizar a la mujer que por exigir una mejor calidad en la asistencia obstétrica es a estas alturas evidente. Poco antes de su conversión al psicoanálisis y a la sofrología, de Cárcer ya apremiaba a sus lectoras a que solicitasen, hacia la mitad de la dilatación, «que las preparen»: es decir, que pidieran el aseo y afeitado del vello púbico, la irrigación o el lavado rectal, etc. La parturienta debía así anticiparse al protocolo, generalmente aplicado al final de la dilatación, para evitar las molestias que dichos gestos ocasionaban en ese estadio del parto<sup>1243</sup>. De Cárcer no solo dejaba sin cuestionar la eficacia y necesidad de tales maniobras, sino que también hacía pesar la habilidad de la atención obstétrica sobre el manejo de la mujer preparada.

Con la llegada del psicoanálisis y la sofrología a los paritorios, esta deriva se intensificó aún más, pues el dolor extremo y la mala actitud de la parturienta solo revelaban una psique turbulenta o a lo sumo el fracaso de la preparación, no la torpeza o brutalidad de los asistentes. De este modo se desvanecía la máquina de precisión de la psicoprofilaxis franco-soviética, en la que contaban tanto el tesón que la mujer manifestaba en su instrucción como el cuidado escrupuloso del detalle por los profesionales. Así pues, el ideal de autonomía y maduración emocional que asumía el nuevo enfoque de la preparación al parto refleja la obsolescencia del espíritu revisionista que prevaleció entre ciertos profesionales en los albores de dicho movimiento, dejando a la embarazada a merced de sus propias capacidades en lo que a su experiencia psicológica se refiere.

Finalmente, la última sección también daba cuenta, mediante el análisis de las prácticas evaluativas, de la transición de lo psiconeurológico a lo psicosomático, una transición que, como observa Michaels, no fue repentina sino gradual<sup>1244</sup>. Durante la emergencia y primera difusión de la preparación al parto, la medición y comparación de resultados constituyó uno de los aspectos más

---

<sup>1242</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al la maternidad*, op. cit., p. 17.

<sup>1243</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], op. cit., p. 181.

<sup>1244</sup> Michaels, *Lamaze*, op. cit., p. 111.

debatidos entre los profesionales. En efecto, la voluntad de objetivación de cada método a través de puntuaciones, estadísticas y criterios evaluativos cumplía varias finalidades: a saber, ganar legitimidad frente al público y las autoridades, pero también delimitar minuciosamente el alcance de cada procedimiento, que por sus características intrínsecas traía aparejados unos porcentajes, y no otros. Así, el juego de correspondencias que los profesionales establecían entre los resultados observados en el parto y los principios teóricos de cada método servía para justificar una aproximación determinada al dolor obstétrico y hacer frente a las calumnias de la oposición. En otras palabras, la medición de resultados era una forma de adquirir validez científica *a posteriori*.

La escuela psicoprofiláctica francesa fue la que llegó a un argumento más logrado al respecto: la imbricación entre las calificaciones de las parturientas y la fundamentación teórica del método era tal que la paciente resultaba ser la primera interesada en comprender y deshilar esa lógica proyectiva, ya que al hacerlo afianzaba su descondicionamiento del parto en clave pavloviana. En este sentido el argumento, más que perfecto, era sencillamente circular, pues integraba dentro de los recursos terapéuticos cualquier explicación o pretexto que encubriese la variabilidad analgésica del método. No había fracaso en psicoprofilaxis, tan solo existía el fracaso en la aplicación de sus criterios.

El furor derivado de esta guerra de los números fue amainando con el tiempo. Algunos autores españoles intentaron demostrar la fiabilidad de la psicoprofilaxis en base a clasificaciones caracterológicas, pero pronto se impuso la idea de que los beneficios analgésicos del método eran solo secundarios en relación a sus ventajas sobre el comportamiento y la docilidad que exhibían las mujeres preparadas. Esta circunstancia se interpretó bajo la premisa de que la preparación al parto era una terapia psicosomática que mejoraba la relación de las mujeres hacia su nuevo rol maternal, y de esta forma los resultados no hacían más que confirmar –como antes hicieron los de la psicoprofilaxis– el marco interpretativo que los profesionales proyectaban sobre sus pacientes.

De nuevo, este cambio de perspectiva afectó principalmente a la consolidación de la preparación al parto como práctica de apoyo de la obstetricia hospitalaria. Con toda seguridad, muchas mujeres se beneficiaron de la psicoterapia ligera que ofrecían métodos como el de Aguirre de Cárcer, o aun otros, y accedieron a una experiencia más satisfactoria del parto y la maternidad. Pero el declive de la psicoprofilaxis, con su fe ciega en el potencial analgésico del método, dejó en manos del saber obstétrico convencional la gestión del cuerpo doliente de las parturientas: como ya sabemos, el dolor matemático y tisular propio de las concepciones mecánicas del parto invitaba a procedimientos duros como la anestesia, la conducción activa del parto o las intervenciones para acortar su duración.

No se trata de idealizar aquí la preparación psicoprofiláctica, una corriente que como observa Michaels fue de hecho pionera en culpar a la mujer de las

dificultades que ella misma experimentaba durante el parto<sup>1245</sup>. Se trata tan solo de señalar que, a pesar de esta severidad patente, el idealismo implícito en el método de inspiración pavloviana concernía tanto a profesionales como a pacientes, exigiendo también a los primeros gran implicación y meticulosidad para la consecución del parto sin dolor. Marilène Vuille recuerda en este sentido que la psicoprofilaxis nació con cierta voluntad de crítica y ruptura respecto a la asistencia obstétrica convencional, y en particular para con su creciente espíritu intervencionista <sup>1246</sup>. El revisionismo innegable de esta primera etapa «comportamentalista», dice Vuille, se vio obstaculizado por la focalización *psi* de la psicoprofilaxis tardía, cuando tanto sus preceptos como sus técnicas pasaron a confundirse con los de las aproximaciones psicosomáticas a la maternidad, dando lugar a la era «comunicológica» de la preparación al parto<sup>1247</sup>.

Esta es pues la cronología de una derrota, la de las concepciones reflexológicas del dolor obstétrico, con su peculiar idea de asepsia y su trama ideológica subversiva, con su resuelto talante para la autocrítica y su descomunal anhelo disciplinario. Es también la historia de una victoria, la de la visión psicologizante del fenómeno reproductivo, cuyo postulado de plasticidad justificaba una psicoterapia global de la futura madre. Si en el modelo readiano el profesional ejercía sobre ella con el recato y el mimo de quien cultiva una frágil flor, versiones posteriores abogaron por conducirla como una obra inconclusa. A su vez, el nuevo enfoque resultaba en beneficio de quienes optaron por un quehacer sintético que, además de tratar las retenciones del inconsciente, recurría a la mecánica y la alquimia como remedios definitivos contra el dolor.

*(Psico)terapia* espera haber demostrado que las dimensiones pedagógica, psicoterápica y evaluativa de la preparación al parto no solo están estrechamente relacionadas entre sí, sino que mantienen una correspondencia diáfana con los modelos conceptuales sobre las causas del dolor obstétrico. Como veremos a continuación, las prácticas corporales de la preparación también mantienen ese vínculo con los principios etiológicos y, al igual que los rasgos estructurales de la terapia, presuponen distintas formas de participar en y realizarse a través del parto.

---

<sup>1245</sup> Michaels, «*Pain and Blame*», *op. cit.*

<sup>1246</sup> Vuille, *Médecine, femmes et politique*, *op. cit.*, pp. 129-132. Vuille insiste en esta idea en la conclusión del último capítulo de sus tesis dedicado a la psicoprofilaxis obstétrica, en p. 139.

<sup>1247</sup> Según la denominación del francés Emmanuel Galactéros, citado por Vuille en la misma obra, pp. 122 y 124.



## IV. (Fisio)terapia





#### IV. (Fisio)terapia

Junto a las enseñanzas teóricas y la dimensión relacional y más o menos psicoterápica de cada método, la preparación comprendía un entrenamiento práctico de la mujer. Dicho entrenamiento consistía en aprender o desarrollar ciertas habilidades corporales que facilitarían la labor el día del parto. Como apuntaba Álvaro Aguirre de Cárcer, las armas de la mujer preparada –a saber, respiración y relajación– eran los enemigos de la mujer no preparada –fatiga y contractura<sup>1248</sup>. Otros, menos específicos en cuanto a las reacciones habituales de la mujer durante el parto, hablaban de la preparación como una herramienta para evitar la anarquía<sup>1249</sup>. En efecto, la actividad física de los ejercicios preparatorios y la integración automática de ciertas pautas conductuales hacían del parto un evento ordenado, y de la parturienta un sujeto a tono, calibrado, regulable y previsible.

Salvo en algún caso aislado, la literatura de la época exhibe consenso sobre la ineptitud generalizada de las mujeres para parir. ¡Y no solo para eso! La premisa iba tan lejos que una publicación ofrecía ejemplos ilustrados sobre cómo enseñar a la embarazada a caminar correctamente<sup>1250</sup>. Como de costumbre, la excepción que confirma la regla procede de Manuel Usandizaga. El bilbaíno no negaba exactamente el supuesto de la ineptitud de la mujer para dar a luz: en su opinión, las mujeres sabían amoldarse bien a la labor de parto, siempre y cuando tuvieran una buena orientación por parte del tocólogo. Por ejemplo, decía el académico, «la parturienta cambia fácilmente el ritmo respiratorio según se le ordene, sin necesidad de preparación alguna. Es casi constante que obedezca», y la mayoría de mujeres hacían según él «buenos esfuerzos expulsivos» de forma espontánea. De hecho, el argumento era simétrico a aquél otro con el que Usandizaga negaba las aportaciones de la psicoprofilaxis en materia terapéutica y que le servía, en general, para discutir la utilidad de la preparación al parto: el arte de la psicoterapia amenizaba las relaciones en los paritorios antes de la emergencia de los métodos de profilaxis del dolor, del mismo modo que algunos gestos fisioterápicos –como los masajes y ciertas posturas– formaban el acervo procedimental de tocólogos, matronas y «aficionadas» desde tiempos inmemoriales. Es decir que ni las terapias del parto sin dolor eran tan nuevas, para el bilbaíno, ni estas transformaban significativamente el comportamiento de las parturientas respecto a los usos anteriores<sup>1251</sup>.

---

<sup>1248</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 170.

<sup>1249</sup> Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», *op. cit.*, pp. 2-3. Fernández Portal, *op. cit.*, p. 23.

<sup>1250</sup> «*Parto sin temor, parto sin dolor*» [editorial], *op. cit.*, p. 16. Casi una década después, un conocido manual dedicaba un capítulo entero a dar consejos a la embarazada sobre la forma de mejorar la posición bípeda, la marcha y las posturas sentada y acostada: Domeque y Soriano, *op. cit.*, p. 196.

<sup>1251</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, pp. 64, 83 y 66 respectivamente. Carlos Carceller Blay exponía una opinión similar en su artículo sobre los métodos emergentes de preparación al parto. Según el catalán muchas mujeres realizaban de forma instintiva los gestos y operaciones necesarios para facilitar el trabajo

Más allá de los conocimientos propios de la formación teórica, la preparación enseñaba a la alumna qué hacer con su cuerpo en cada fase del parto<sup>1252</sup>. Es decir que, además de saber, había que saber hacer. Para ilustrar los beneficios que la preparación tendría sobre las madres, los educadores recurrían a la comparación del parto con una actividad física intensa: el manejo de un camión voluminoso, la ascensión a un pico de montaña, el nado a mar abierto. La diferencia entre flotar y hundirse, comentaba Aguirre de Cárcer al respecto, estribaba en el aprendizaje<sup>1253</sup>. La idea de la necesidad de prepararse físicamente para el nacimiento hizo mella hasta tal punto que el parto se contemplaba como un examen; como decía un manual de embarazo entre muchos, «para salir bien de él hay que prepararse, y esto requiere un entrenamiento, si la mujer va bien preparada el resultado será excelente, si no se prepara el resultado será peor»<sup>1254</sup>. En dicho examen, además, la mujer se jugaba su reputación de futura madre: en efecto el esfuerzo, la constancia, la adaptabilidad y el autodomínio – virtudes necesarias a la crianza– destacaban en quien conseguía un parto sin dolor.

También había consenso sobre cuáles eran las destrezas que toda embarazada debía cultivar. No se trataba de hacer acrobacias ni de levitar: con relajarse, respirar y haber desperezado el cuerpo durante el embarazo bastaba. Ahora bien, el nexo teórico entre estas habilidades y un mejor rendimiento en el momento del parto variaba enormemente en los distintos modelos. Como vimos en el capítulo anterior, los gestos de la preparación estaban consensuados, pero sus explicaciones subyacentes no. El análisis de las discrepancias en torno a las destrezas implícitas al parto sin dolor ilumina los contornos etiológicos de cada escuela, delata sus servidumbres ideológicas y proyecta el ideal femenino que entre todas lograron construir.

De estas pugnas doctrinales resalta una en particular: la del control mental que la mujer ostentaba en el desempeño de tales destrezas. Sin duda, esta fue la cuestión más controvertida de la preparación al parto, porque era la única que concedía a esta moda obstétrica cierta ventaja sobre los medios anestésicos a disposición. Visto de cerca, el asunto del papel de la mente en su dominio del cuerpo es más complejo de lo que pudiera parecer, pues las parturientas preparadas permanecían conscientes en su parto, ciertamente, pero la idea de

---

de parto, pero «los partidarios de estos métodos creen que gran parte de las parturientas no son capaces de improvisarlo en el momento del parto, sin previo adiestramiento durante el embarazo, debido a lo cual aparecen a menudo distocias de no progresión y sufrimientos fetales». Carceller, *op. cit.*, pp. 341-342.

<sup>1252</sup> Vélez-Frías, *Cartilla*, *op. cit.*, p. 24.

<sup>1253</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 81. Aguirre vincula el parto con la ascensión al pico de Peñalara (en la Sierra de Navacerrada) en las pp. 82-85 y en escritos subsiguientes. Consuelo Ruiz también utiliza el ejemplo de la natación. Véase Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 6. La comparación entre el parto y el manejo de un camión se encuentra en *Ibid.*, p. 19. Otro en realizar la misma comparación es Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 26-27.

<sup>1254</sup> Asterio Feroso Movilla, *¡Atención al embarazo, mujer! Normas de higiene pre-natal*, Valladolid, 1958, pp. 57-58. La idea era muy común en la literatura. Aguirre de Cárcer alude explícitamente al parto como examen en *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, pp. 26-27 y en *Lecciones*, *op. cit.*, p. 41, entre otros.

«conciencia» albergaba dimensiones de la subjetividad tangenciales entre sí, como pueden ser la sensorialidad, el entendimiento, la memoria o la voluntad.

Tras las tensiones manifiestas en torno al tipo de presencia mental que cada método exigía de sus pacientes, otro tipo de contradicción atravesaba el conjunto de los discursos: diríase que aun persiguiendo la autonomía de la mujer en su parto, lo que estos métodos aseguraban era en todo caso su docilidad. Esta paradoja latía ya en las primeras teorizaciones de la preparación al parto. Como decía un manual a mediados de los 1950, la preparación no era «exclusiv[a]», en el sentido de no eximir a la paciente de las reglas convencionales de asistencia obstétrica<sup>1255</sup>. Otro reconocía, en esta misma época, que para mayor eficacia del método se familiarizaba a las alumnas con el instrumental, la institución, el personal y rutinas como las exploraciones tocológicas, practicando algunas de ellas por anticipado «para acostumbramiento»<sup>1256</sup>.

En adelante, y a medida que menguó el consenso sobre el potencial analgésico de la preparación al parto, como vimos, esta mantuvo su rol de mediador entre la paciente y la escena hospitalaria. Ya en la última etapa de su carrera, por ejemplo, Aguirre de Cárcer contemplaba la monitorización fetal como un protocolo de vigilancia que sus pacientes vivirían siempre de un modo «muy positivo», puesto que en los cursillos habrían aprendido que el gesto constituía una garantía para el hijo y a su vez permitía una lectura clara de los vaivenes de la contracción, facilitando así a la mujer su adaptación al trabajo de parto<sup>1257</sup>.

Otro ejemplo de esta paradoja clásica de la historia de la preparación al parto lo ofrece el propio Ángel Hernández Jiménez, quien al inicio de su carrera consideraba la tecnología obstétrica como un mal prescindible y causa justificada del miedo ancestral de las mujeres al (manejo del) parto<sup>1258</sup>. En pocas décadas, el madrileño teorizaba ya sobre cómo hacer de tales proceder, mediante la instrucción prenatal, factores tranquilizantes para la embarazada<sup>1259</sup>.

La tensión entre docilidad y autonomía, en todo caso, quedaba neutralizada por la conceptualización que estos métodos hicieron de la instrucción corporal de la embarazada: esta robustecía su sentido de la disciplina, y con ello doblegaba también su voluntad. Dicho de otro modo, si la retórica de la participación activa de la parturienta fue a la larga compatible con la intensificación de los procedimientos medicamentosos y quirúrgicos en los paritorios, ello fue gracias al esfuerzo insistente de los actores de la preparación en amoldar la conducta de las pacientes a los requerimientos del trabajo hospitalario. Cada gesto fisioterapéutico buscaba esta adecuación, esta armonía,

---

<sup>1255</sup> Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 111.

<sup>1256</sup> Lorén, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 61.

<sup>1257</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación a la maternidad, op. cit.*, p. 224.

<sup>1258</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 152. Véase lo dicho en *(Psico)terapia*, cap. 7.

<sup>1259</sup> Hernández Jiménez, «*The Effects*», *op. cit.*, p. 2. Véase también la opinión coincidente de su discípulo Carlos J. de la Cal en *Embarazo y parto, op. cit.*, p. 95.

este ajuste milimétrico entre la fisiología imprevisible de cada parto, la actuación estandarizada de los profesionales y la subjetividad irreductible de la mujer en labor. Así, la relación de la preparación al parto con la deriva intervencionista pasó de la ambigüedad latente o del repudio iniciales a una instrumentalización progresiva de la primera por la segunda, realizada mediante los logros incontestables del entrenamiento reglado y masivo de las mujeres.

El capítulo *Marionetas* analiza los dos gestos básicos de la instrucción física de las embarazadas: la respiración, por un lado, y un conjunto de ejercicios que pueden englobarse bajo el nombre de educación neuromuscular, por el otro. Esta educación neuromuscular derivó en ciertos casos en procedimientos de tipo gimnástico, pero el capítulo se centra en la forma en que esta técnica se utilizó para fundamentar las prácticas de relajación prenatal en una primera etapa de la preparación al parto sin dolor.

En concreto, el texto procede siempre en dos tiempos: primero describe dichas técnicas desde el punto de vista de su ejecución, para después abordar la panoplia de explicaciones teóricas que los actores de la preparación desplegaron a fin de justificar su eficacia. En el caso de la respiración, este doble análisis – procedimental y doctrinal, digamos– se encuentra condensado en un mismo apartado, y se extiende hasta los cambios que afectaron a la conceptualización de los ejercicios respiratorios como consecuencia de la adscripción psicoanalítica y sofrológica de Aguirre de Cárcer, ya en los años 1970. En el caso de la educación neuromuscular dedico un primer apartado a la obra del fisiólogo estadounidense Edmund Jacobson, y un segundo a discutir las distintas interpretaciones que hicieron los profesionales de la preparación al parto en España de este referente clave para la relajación, y en particular de su visión de esta como una forma de ahorro energético.

En el capítulo *Funambulistas* continuó el análisis de la educación neuromuscular, pero esta vez desde el punto de vista de los debates que suscitó otra de sus premisas, o más bien imperativos: el de la necesaria presencia mental de la alumna en un entrenamiento que comprendía desde la gimnasia más o menos improvisada hasta la más estricta relajación.

Si la primera sección se ocupa de los debates en torno a la utilidad de la gimnasia y su conceptualización como una forma de endurecimiento de la voluntad de la paciente, la segunda atiende a los debates paralelos sobre el rol de la conciencia en la práctica de la relajación por parte de las pacientes. La hipótesis consiste en mostrar que, durante su implantación y primer desarrollo, la preparación al parto argumentó sus requisitos terapéuticos *contra* el fantasma de la sugestión y el hipnotismo, por lo que estos significaban al público de pérdida de control y, en última instancia, también de la libertad del paciente.

La última parte del capítulo presenta, con el advenimiento de la sofrología al mundo de la obstetricia, el cambio de planteamiento con respecto a la problemática de la conciencia, pues si bien la educación neuromuscular se

mantuvo, la acogida de nuevas técnicas corporales abría la puerta a aproximaciones menos dualistas, y menos verticales, de la relación mente-cuerpo que la preparación fomentaba en la embarazada en particular y en la mujer sana en general.

Por último, el epílogo recapitula sobre los criterios que tradicionalmente subyacieron a la indicación anestésica y analiza fugazmente la evolución que sufrieron dichos parámetros con el tiempo. Asimismo, este apartado final retoma y somete a juicio algunas de las ideas vistas a lo largo del capítulo con el fin de contrastar su valor epistémico frente a los usos convencionales de anestesia obstétrica. En este sentido, el epílogo pretende contextualizar *après-coup*, esto es de forma retroactiva, la emergencia de los métodos de preparación al parto en los discursos preexistentes sobre la modulación farmacológica de la conciencia en los paritorios.



## 10. Marionetas

En paralelo a la formación teórica y a su acompañamiento psíquico, las candidatas al parto sin dolor debían aprender, o incluso re-aprender, ciertas habilidades corporales. Estas destrezas eran tan simples como respirar y relajarse, pero su correcta ejecución conllevaba un entrenamiento minucioso. Como regla general, los ejercicios demandaban una descomposición del cuerpo en sectores o parcelas: solo así podía la alumna hacerse con el dominio consciente de las funciones asociadas a esas regiones del cuerpo. El día del parto, y cual títeres animados, las mujeres respiraban de forma acompasada, siguiendo la cadencia que sugería el preparador y obrando tan solo con los músculos útiles para el trabajo, ni uno más, ni uno menos. También se relajaban durante la contracción, aislando la fuerza del útero por un aflojamiento prodigioso del resto del cuerpo, desde los miembros inferiores hasta la cara.

El capítulo abre con un análisis de la respiración pautada, gesto representativo de la preparación al parto y que remite a la conducta sosegada, obediente y reactiva que se esperaba de la parturienta. La analogía de la respiración clásica del parto sin dolor con el jadeo de un perro sediento sugiere la idea de amaestramiento inherente a la instrucción práctica de las embarazadas. La segunda sección introduce las bases difusas de la educación neuromuscular que propusieron los métodos de instrucción prenatal, tomando como referencia la obra de Edmund Jacobson sobre la relajación científica aplicada al parto sin dolor. Por último, el tercer apartado analiza las distintas interpretaciones que surgieron en torno a uno de los postulados de la educación neuromuscular, derivado en gran medida de la obra de Jacobson: a saber, que el entrenamiento físico era una medida contra el desperdicio energético.

El capítulo pretende explicar en qué consistieron estos gestos mayores de la instrucción práctica de las mujeres –la respiración y el dominio del cuerpo–, pero también situarlos dentro del esquema general de posicionamientos teórico-prácticos que suscitó la preparación al parto durante los primeros años tras su llegada a Europa. Como sucedía con la asepsia verbal o la relación médico-paciente, las ideas sobre la eficacia terapéutica de estas destrezas y sobre su sentido general para la mujer que las cultivaba responden a argumentaciones generales sobre el dolor obstétrico y a las representaciones del cuerpo y la mente femenina implícitas en tales modelos.

El uso de una perspectiva diacrónica, por último, permite identificar la discontinuidad de estos modelos al hilo de las mutaciones de sentido que sufrieron las distintas medidas fisioterápicas de la preparación. El presente capítulo aplica dicha perspectiva diacrónica tan solo al entrenamiento



respiratorio, que en líneas generales pasó de teorizarse como un eficaz condicionamiento contra el dolor a pensarse como una manifestación más del lazo afectivo que la madre establece con el hijo durante el embarazo. En cuanto a la educación neuromuscular y su relación con el rendimiento energético de la embarazada, contemplo aquí tan solo el juego de posiciones característico de los primeros años de la preparación al parto –o sea desde mediados de los 1950 hasta principios de los 1960–, pues estas se mantuvieron estables en el tiempo. La premisa que sí estuvo sujeta a una clara evolución fue la de la actitud mental de la mujer durante la práctica de la educación neuromuscular. Pero el asunto merece un tratamiento aparte por su relevancia en el levantamiento de fronteras conceptuales entre las diferentes versiones de la educación prenatal, y lo reservo por tanto para el capítulo siguiente.

## 10. 1. Respiración

De manera un tanto inquietante, la relación de la antigua psicoprofilaxis con el universo canino no se restringía a la teoría de los reflejos condicionados. También una de sus técnicas más emblemáticas, la respiración jadeante, remitía a la imagen de un «foxterrier cansado»<sup>1260</sup>. Durante décadas, muchas mujeres se prepararon al parto y aprendieron esta técnica respiratoria, también llamada respiración anhelante, bronquítica, en rastrillo, torácica superficial o respiración costal superior. De hecho, este es probablemente el único elemento residual de la psicoprofilaxis en el imaginario colectivo contemporáneo sobre la preparación al parto: en la era de la conducción química del nacimiento, la imagen de la mujer respirando entrecortadamente hasta hiperventilarse se usa a menudo en el ámbito audiovisual como caricatura. Pero lo cierto es que la respiración jadeante no era ni tan sencilla como parece ni la única modalidad que propusieron los fundadores del parto sin dolor.

En primer lugar, esta sección describe brevemente los beneficios que los promotores de la preparación al parto atribuyeron al entrenamiento de la respiración en general. A continuación el análisis se detiene sobre los diversos tipos de respiración comprendidos por dicho entrenamiento –profunda, jadeante y bloqueada– atendiendo a las razones que apoyaban su uso en las distintas fases del trabajo de parto. Tras esquematizar de este modo los tipos respiratorios, el texto plantea algunos de los problemas asociados a esta parte de la instrucción física de la embarazada: su difícil realización, tanto a nivel postural como en un orden temporal, por un lado, y la confusión derivada de la multiplicidad de patrones respiratorios, por el otro. Por último, la sección aborda el abandono

---

<sup>1260</sup> Así la designaba Vital Aza en su comentario a Hernández Jiménez, «*Reseña de Reuniones*», *op. cit.*, p. 249.

gradual de la respiración jadeante en la EM carceriana a medida que su autor fue priorizando la función psico-afectiva de esta rutina frente a sus virtudes estrictamente sedativas.

La «gimnasia respiratoria»<sup>1261</sup> o respiración pautada fue un rasgo común a todos los métodos de preparación al parto<sup>1262</sup>. Sus defensores coincidían en las ventajas de una buena oxigenación, pues la embarazada se mantenía en forma y se ahorraba algunas de las molestias propias de su estado, como las náuseas matutinas, relacionadas con la acumulación de sustancias fetales de desecho en la sangre materna<sup>1263</sup>. Tampoco dudaba nadie de que una respiración correcta prevenía la fatiga muscular durante el parto y, en menor medida, la hipoxia fetal<sup>1264</sup>. Por todo ello, y contra el precepto popular de que durante el embarazo la mujer debe comer por dos, muchos preparadores puntualizaban que lo que la gestante debía aprender era, en realidad, a respirar por dos<sup>1265</sup>.

Álvaro Aguirre de Cárcer llegó incluso a declarar que la oxigenación natural de la mujer preparada daba como resultado niños con cocientes intelectuales más altos<sup>1266</sup>. De Cárcer no se planteaba la influencia del nivel socio-cultural de sus pacientes como factor explicativo de la epidemia de superdotados; tampoco creía poder explicarla, simplemente, por el hecho de que la preparación conseguía acortar el periodo expulsivo, volviendo casi siempre innecesaria la reanimación del recién nacido. Para el preparador madrileño el entrenamiento respiratorio de la mujer era una de las múltiples maneras que tenía la preparación al parto de fortalecer la «urdimbre afectiva» o «troquelaje» entre la madre y el feto, relación de afectividad que como vimos tendría gran repercusión

---

<sup>1261</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 43.

<sup>1262</sup> Para un análisis específico de la respiración en la psicoprofilaxis parisina, véase Vuille, *«L'invention»*, op. cit., pp. 43-45. Asimismo, Paula A. Michaels se refiere a los cambios que va sufriendo la práctica de la respiración pautada a medida que los métodos readiano y psicoprofiláctico van siendo asimilados en distintos lugares del mundo en *Lamaze*, op. cit., pp. 3-4, 35 y 145-146.

<sup>1263</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 35.

<sup>1264</sup> La hipoxia fetal designa la disminución del oxígeno en la sangre o los órganos fetales, pudiendo producir graves complicaciones como la parálisis cerebral o la muerte. Puede darse por múltiples causas, como la interrupción de la circulación umbilical, alteraciones placentarias o una mala oxigenación materna. Cónill Montobbio alegaba al respecto que mientras que en partos no preparados el dolor obliga a la mujer a realizar inspiraciones profundas que disminuyen la hipoxia del feto durante la contracción, en los partos preparados esta situación se compensa mediante la «administración abundante de oxígeno». En este sentido, la observación de Montobbio constituye una defensa de la metodología readiana, pues supone que la respiración más eficaz es también la más natural para la mujer, a saber, la inspiración profunda (en lugar de la respiración entrecortada o jadeante que, junto al oxígeno, preconizaban los métodos de influencia psicoprofiláctica). Cónill Montobbio, op. cit., p. 182.

<sup>1265</sup> La mayoría de manuales sobre higiene del embarazo y/o preparación al parto incluían en esta época tablas nutricionales y consejos sobre alimentación de la gestante. Muchos de ellos alertaban contra el dicho popular de que la mujer encinta debe comer por dos. Véase, por ejemplo, Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 9, o Aguirre de Cárcer, *Lecciones*, op. cit., pp. 35 y 45.

<sup>1266</sup> Aguirre de Cárcer, *Lecciones*, op. cit., p. 35. La idea no era original, pues los antecesores de Aguirre de Cárcer, como Grantly Dick-Read, ya apuntaban a la mejora de la salud de los bebés nacidos de madres preparadas. Véase Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], op. cit., prefacio.

sobre el desarrollo corporal, emocional y cognitivo del bebé<sup>1267</sup>. He aquí pues otro ejemplo de cómo la preparación al parto tumbó ciertos mitos populares sobre el embarazo, entronando otros a su vez.

Más allá de promesas sobre linajes de sabios e intelectuales, los actores del parto sin dolor consideraban la respiración como una de las armas principales del método por el efecto que esta causaba tanto sobre la sensación dolorosa como sobre el comportamiento de la parturienta. Se trataba, en cierto sentido, de rentabilizar la contracción. Es decir, la aplicación de una pauta respiratoria en el trabajo de parto permitía canalizar la respuesta de la mujer a sus contracciones. Incluso Grantly Dick-Read, quien rechazaba el jadeo [*panting respiration*] por considerarlo un procedimiento extenuante e indeseable, proponía su propio patrón respiratorio, seguido en España por algunas publicaciones que se situaban claramente a su estela: una respiración natural y profunda, pero controlada, durante la dilatación, y una respiración bloqueada para el periodo expulsivo<sup>1268</sup>.

Pero que la mujer se entregara a un tipo de respiración o a otro en cada fase del parto era en última instancia irrelevante. Incluso autores abiertamente reacios a generalizar la preparación al parto, como Manuel Usandizaga, admitían la utilidad de los ejercicios respiratorios como fuente de distracción y por su acción tranquilizante<sup>1269</sup>. En lo que todos concordaban era, sin duda, en que la respiración voluntaria y consciente lograba contrarrestar el temor al parto producido por un reflejo condicionado negativo. En otras palabras, respirar era una forma provechosa de condicionar a la mujer.

Suponiendo que ninguna mujer respiraba correctamente ni en su embarazo ni mucho menos durante el parto, obstetras y preparadores aconsejaban empezar el aprendizaje por una deconstrucción del gesto cotidiano: la respiración tenía una fase activa de inspiración y otra fase pasiva de expiración. A su vez, el mecanismo se descomponía en su manifestación abdominal, torácica o completa, cuando el movimiento implicaba ambos grupos musculares simultáneamente.

Según la técnica que enseñaba el equipo de Lamaze en la Maternité des Métallurgistes, la gestante debía aprender a disociar estos elementos mediante un ejercicio en tres tiempos: una inspiración profunda, una expiración libre (dejando escapar el aire con la boca abierta) y por último una expiración activa o forzada, evacuando el aire complementario como se hace al soplar una vela<sup>1270</sup>. Con ello la mujer fortalecía los músculos que utilizaría ulteriormente en la

---

<sup>1267</sup> Aguirre de Cárcer, *Lecciones*, op. cit., p. 36.

<sup>1268</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], op. cit., p. 220; «Parto sin temor, parto sin dolor» [editorial], op. cit., p. 10, o Cónill Montobbio, op. cit., p. 182.

<sup>1269</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, op. cit., p. 65.

<sup>1270</sup> Carreras, «*Dos escuelas*», op. cit., p. 286.

expulsión y, de paso, corregía vicios posturales como la lordosis lumbar<sup>1271</sup>. Pero por encima de todo, este ejercicio le permitía avanzar «en el conocimiento objetivo de la situación y de las relaciones de órganos y músculos involucrados en el trabajo de parto»<sup>1272</sup>. Desde una perspectiva de psicoprofilaxis pura, tomar conciencia de los puntos de apoyo y zonas de compresión durante la respiración era un arma más pedagógica que terapéutica, y precisamente por ello Lamaze advertía que el ejercicio no tenía correspondencia ninguna en el momento del parto. El procedimiento participaba, en líneas generales, de la educación global que, como señala Vuille, buscaba reestructurar el cerebro o, lo que es lo mismo, rediseñar los conceptos (mal) labrados en la corteza femenina sobre el mecanismo del alumbramiento<sup>1273</sup>.

Sin embargo, en versiones suavizadas de la psicoprofilaxis francesa o métodos de inspiración readiana, la respiración profunda, también llamada «respiración soplante»<sup>1274</sup>, sí podía realizarse durante la dilatación puesto que garantizaba un buen recambio gaseoso y no presentaba mayor dificultad en su aplicación<sup>1275</sup>. La respiración profunda es por tanto una prueba de cómo un mismo procedimiento revestía finalidades prácticas distintas en función del andamiaje teórico del que se acompañaba cada sistema.

A su lado, la respiración superficial parecía generar unanimidad (pero eran solo apariencias): en efecto, pocos se resistían a aplicar el jadeo psicoprofiláctico entre la dilatación de «un duro»<sup>1276</sup> y la fase de *transición*, también llamada «fase de la desesperanza» por la expresión de la célebre matrona Louise Lachapelle<sup>1277</sup>. Convencionalmente, el parto se divide en tres etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento (o expulsión de la placenta). La fase de transición es la última fase activa de dilatación cervical, es decir, de 8 a 10 cm o «dilatación completa». Generalmente, el feto inicia en este periodo sus movimientos de encaje en la pelvis de la mujer antes de descender por el canal de parto ya en la fase expulsiva. Esta fase suele caracterizarse por un malestar general de la paciente, que puede sentir la presión del cuerpo fetal contra sus huesos pélvicos y sus órganos genitales y rectales.

Pues bien, la literatura de preparación al parto mostraba cierto consenso sobre las ventajas de esta modalidad respiratoria, especialmente en la fase crítica

---

<sup>1271</sup> *Ibid.*, o Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 144. Este último concede la misma utilidad para la respiración bloqueada del periodo expulsivo: véase Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 49-50.

<sup>1272</sup> Lamaze, «*L'Accouchement Sans Douleur*» [Étude], *op. cit.*, p. 3.

<sup>1273</sup> Vuille, «*L'invention*», *op. cit.*, p. 41.

<sup>1274</sup> Es la denominación que utiliza Aguirre de Cárcer en *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 171.

<sup>1275</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 54, o «*Parto sin temor, parto sin dolor*» [editorial], *op. cit.*, p. 10.

<sup>1276</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 47. La expresión «dilatación de un duro» o «a cinco pesetas» se refiere a una abertura del orificio uterino de 2 cm aproximadamente.

<sup>1277</sup> Marie-Louise Dugès Lachapelle fue la fundadora y directora del hospicio maternal del Hôtel-Dieu a finales del siglo XVIII en París, y el nombre que dio a esta fase del parto ha quedado grabado en el uso lingüístico común de la obstetricia.

y «desesperante» del trabajo, al final de la dilatación. Durante la respiración anhelante la mujer tomaba aire de manera fragmentada, repitiendo ciclos muy cortos de inspiración y expiración y movilizándolo únicamente la cavidad torácica en sentido horizontal. El objetivo era evitar que el diafragma, al descender para acoger un gran volumen de aire, aumentara la presión sobre un fondo uterino ya de por sí sensibilizado y cansado por la tarea que lo ocupaba. Estas micro-tomas proporcionaban una cantidad suficiente de oxígeno en sangre e impedían la creación de un reflejo doloroso en el punto más alto de la matriz<sup>1278</sup>.

Además, esta modalidad respiratoria debía parte de su fama a su carácter de comodín, pues también podía emplearse para evitar el deseo de pujar, cuando la dilatación no se había completado<sup>1279</sup>; en los últimos segundos de la expulsión, cuando el feto coronaba y la mujer debía cesar los pujos si no quería traer su bebé al mundo como quien descorcha una botella de champán<sup>1280</sup>; o incluso tras inevitables desgarros, para dar «un par de puntos» sin recurrir a la anestesia local<sup>1281</sup>.

Como prueba del vínculo terapéutico entre respiración jadeante y analgesia, el tocólogo jienense Gabriel Sagra refería sus experiencias al respecto: «Caso 10.–Primípara. En el periodo de dilatación, que es lento, hace la respiración y la relajación y no siente dolor uterino, pero sí en la zona renal. Como la respiración la hace poco intensa, la forzamos a hacerla mejor, y cuando así lo realiza desaparece hasta el dolor renal». Inversamente, un defecto de técnica suponía para Sagra una mengua de la efectividad analgésica: «Caso 11.–Gran Multípara. Ruptura de bolsa veinticuatro horas antes de iniciarse las contracciones. Estas son espaciadas y poco intensas; la relajación la hace bien; la respiración mal, y en este periodo dice sentir la mitad del dolor que en los [partos] anteriores»<sup>1282</sup>.

En esta ocasión, Sagra parecía conceder de manera algo simplificada una efectividad del 50-50% a cada elemento fisioterapéutico –jadeo y relajación–, con lo que fallando la mitad de la técnica, la mujer lograba proporcionalmente mitigar la mitad del dolor.

Dicho esto, los argumentos que apoyaban el uso de esta consigna, sobre todo en la fase transicional del trabajo de parto, diferían dependiendo de la adscripción teórica de los preparadores. Mientras unos insistían en la lógica del

---

<sup>1278</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 186.

<sup>1279</sup> Por ejemplo en *El parto sin dolor: guía indispensable*, *op. cit.*, p. 39 o en De la Cal, *Embarazo y parto*, *op. cit.*, pp. 92-93. Solo de Cárcer se desmarcó desde el principio del uso del jadeo para la última fase de la transición. En su lugar, de Cárcer aconsejaba la respiración soplante lenta, precisamente por el empuje suave que esta respiración producía sobre el contenido uterino, contribuyendo así a finalizar la dilatación. Véase, por ejemplo, Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 182 y *Lecciones*, *op. cit.*, p. 110 para una argumentación explícita de su preferencia para esta fase del parto.

<sup>1280</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 28-29. Incluso Grantly Dick-Read apoyaba el uso de la respiración jadeante durante la coronación, pues con ello se prevenían roturas perineales debidas a una expulsión de la cabeza fetal demasiado rápida. Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, pp. 219-220. Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 50.

<sup>1281</sup> Puig Massana, «Estadística», *op. cit.*, p. 42.

<sup>1282</sup> Sagra, *op. cit.*, p. 74.

encontronazo mecánico del útero y el diafragma o en la prevención de la isquemia y la contractura uterina, otros resaltaban el efecto inhibitorio del jadeo sobre las interocepciones viscerales provocadas por la dinámica uterina. Ciertamente, la técnica buscaba disociar el binomio contracción-dolor sustituyéndolo por un nuevo reflejo que vinculara contracción y respiración. Por ejemplo, un manual de adscripción psicoprofiláctica aconsejaba contar el número de respiraciones por minuto con el fin de que la técnica se hiciera «lo más consciente posible»<sup>1283</sup>. Tras el consejo asomaba sin duda la idea pavloviana según la cual la activación de un foco nervioso en la corteza contribuía a silenciar el flujo informativo vehiculado por las instancias subcorticales, en este caso los estímulos producidos por las contracciones uterinas. El autor destacaba así que el proceso de aprendizaje respiratorio consistía en «imprimir» ciertas modificaciones a la respiración natural para convertir lo que a priori no era más que un acto reflejo inconsciente en un reflejo condicionado y deliberado<sup>1284</sup>.

Por otro lado, la mayoría de autores asociaban el efecto analgésico del jadeo a un mecanismo reflexológico ligeramente distinto: el estímulo uterino no era «frenado» por la concentración mental que implicaba llevar a rajatabla la respiración jadeante. Más bien, el valor fisiológico del estímulo mutaba al devenir señal de la respiración. Dicho de manera profana: en la mujer entrenada en el jadeo, la contracción uterina alumbraba aquí en vez de encender allá. Como todo reflejo condicionado, esta nueva conexión nerviosa se adquiría mediante repeticiones y por tanto era eficaz solo en la medida en que la mujer conseguía integrarlo a su actividad corporal como un automatismo<sup>1285</sup>. Al igual que en otros puntos de aplicación de la teoría pavloviana a la psicoprofilaxis obstétrica, no quedaba muy claro, pues, si la respiración jadeante actuaba como inhibición cortical o como condicionamiento simple.

Una explicación aparte de la eficacia del jadeo la ofrecía Cónill Montobbio, quien presumía que dicho ejercicio causaba «tal vez» un déficit de oxígeno en los centros nerviosos analizadores del dolor. Esta hipótesis bioquímica y no «eléctrica» del fenómeno estaba sin duda en consonancia con su concepción etiológica del dolor, pues Cónill Montobbio reconocía la trascendencia de la función cortical en la percepción dolorosa pero a su vez consideraba que la reacción nerviosa ante el parto denotaba un reflejo innato y no una respuesta condicionada. Más que reprogramar el cerebro, pues, el jadeo permitía anestesiarlo<sup>1286</sup>. En cualquier caso, bloqueado, transformado o asfixiado, el estímulo uterino parecía insignificante para la mujer que se afanaba en jadear.

---

<sup>1283</sup> Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 66.

<sup>1284</sup> *Ibid.*, p. 65.

<sup>1285</sup> Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», *op. cit.*, p. 4; Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 93.

<sup>1286</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 186.

Junto a la respiración jadeante de la dilatación, que las mujeres practicaban en las últimas semanas del embarazo con ocasión de las contracciones indoloras de Braxton-Hicks<sup>1287</sup>, los cursillos de preparación también entrenaban a las futuras madres para optimizar su rendimiento durante la expulsión. A tal efecto, la respiración bloqueada o apnea respiratoria consistía, como su nombre indica, en retener el aire inspirado durante el mayor tiempo posible, expulsando el aire y repitiendo la operación si era necesario en el transcurso de una misma contracción.

La práctica de la apnea, poco aconsejada hoy en día por los profesionales, era entonces una evidencia. Con el fin de potenciar la capacidad pulmonar de sus alumnas, Aguirre de Cárcer proponía por ejemplo un ejercicio de tres minutos de apnea respiratoria (con pausas) para realizar a domicilio<sup>1288</sup>. Obviamente, nadie trataba de asfixiar embarazadas voluntariosas, sino entrenarlas en un ejercicio de supuesta utilidad para acortar el parto. La respiración bloqueada era el reverso del jadeo, pues si esta última buscaba suprimir toda excitación imputable al diafragma, la primera, al contrario, trataba de rentabilizar el esfuerzo expulsivo bloqueando las costillas (punto de apoyo óseo de la musculatura abdominal) y usando el diafragma como émbolo o pistón del contenido uterino<sup>1289</sup>. Para facilitar la comprensión de dicha técnica, Vélez-Frías no dudaba en compararla con el acto de la defecación trabajosa y se extendía en ejemplos sobre el cierre automático de la glotis para bloquear la respiración y la postura que uno adoptaba instintivamente para acompañar la tarea<sup>1290</sup>. Otros, más reservados, se excusaban alegando que «la comparación no es muy bella pero sí se adapta a la realidad» de una «evacuación intestinal difícil»<sup>1291</sup>.

Como advierte Marilène Vuille, el dominio de estas técnicas no era nada simple<sup>1292</sup>. En tanto que «movimientos respiratorios», como decía Hernández Jiménez, ninguna era del todo indisociable de la postura que la mujer realizaba durante su aplicación<sup>1293</sup>. Por ejemplo, la respiración bloqueada podía ejercitarse tumbada boca arriba o directamente en la posición ginecológica que se adoptaría durante el parto, sujetando las rodillas con las manos y tirando de ellas hacia el pecho<sup>1294</sup>. La mujer debía vigilar que sus codos no reposaran sobre la cama o el

---

<sup>1287</sup> Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 67.

<sup>1288</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 67.

<sup>1289</sup> Por ejemplo en Vélez-Frías, *El parto sin dolor, op. cit.*, pp. 26-27, Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, pp. 50-51, Carreras, «*Dos escuelas*», *op. cit.*, p. 268, Lorén, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 29 y Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 67. Una publicación reciente aconseja el mismo ejercicio: véase José Fernando Fernández Godoy, *El parto en la especie humana*, Guadalturia Ediciones, Sevilla, 2011, p. 248.

<sup>1290</sup> Vélez-Frías, *Cartilla, op. cit.*, p. 73 y *Cómo se hace, op. cit.*, p. 25.

<sup>1291</sup> Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 66. Santiago Lorén describe esta técnica en *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 28.

<sup>1292</sup> Vuille, «*L'invention*», *op. cit.*, p.44.

<sup>1293</sup> Hernández Jiménez, «*La pratique*», *op. cit.*, p. 149.

<sup>1294</sup> En Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 50, Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 151, o Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 49 y *Preparación al parto [1959], op. cit.*, p. 186.

suelo, sino que debía hacerlos flotar en los laterales para ejercer con sus brazos una suerte de tracción<sup>1295</sup>.

En versiones más gimnásticas del método, como la de Aguirre de Cárcer, la respiración bloqueada también se practicaba en posición hindú, esto es, juntas las plantas de los pies, las manos en los tobillos, la espalda redonda y los hombros relajados. Al inspirar, las alumnas debían enderezar la espalda y retener luego la respiración. De este modo, las mujeres se acostumbraban a la separación de los muslos inherente a la fase expulsiva y a aguantar el aire en dicha postura, cosa muy útil, como vimos, «ya que en la expulsión empujarán sin respirar»<sup>1296</sup>.

Por su parte, la respiración anhelante se practicaba ya fuera tumbada sobre la cama en decúbito supino o recostada sobre una silla o butaca<sup>1297</sup>. En todos los casos, el jadeo debía ser silencioso y rítmico y la mujer debía velar por la inmovilidad del vientre, así como la de los hombros<sup>1298</sup>. Además, la precisión requerida por esta modalidad respiratoria para no perturbar la relajación paralela ni ahogarse en el intento era a veces milimétrica. Como explicaba Consuelo Ruiz:

«Esta respiración se hace durante la contracción uterina, al mismo tiempo que la relajación. Si está bien ensayada y aprendida no causa fatiga alguna. El truco consiste en equilibrar la frecuencia y profundidad de las inspiraciones a fin de que la cantidad de aire aportada sea la necesaria y espirar la misma cantidad de aire que inspiramos para poder prorrogar la respiración anhelante durante toda la contracción»<sup>1299</sup>.

A ello se añadía el empleo progresivo de esta respiración, que debía ir en armonía con el aumento gradual de intensidad de las contracciones uterinas<sup>1300</sup>. A pesar de esta aceleración progresiva, los preparadores españoles alertaban también sobre la importancia, según la frase de Aguirre, de «coger la contracción a tiempo», una regla de anticipación que como vimos se basaba en la idea pavloviana de que el reflejo condicionado se fija más eficazmente cuando el estímulo indiferente [aquí, la respiración jadeante] precede levemente al estímulo absoluto [contracción uterina]<sup>1301</sup>. A medida que las contracciones se sucedían cada vez más rápido y aumentaban en intensidad, pues, la mujer aceleraba la velocidad del recambio respiratorio, adelantándose a cada ola

---

<sup>1295</sup> *El parto sin dolor: guía indispensable, op. cit.*, p. 40.

<sup>1296</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 146.

<sup>1297</sup> Vallvé Miró, *op. cit.*, pp. 59-60.

<sup>1298</sup> *El parto sin dolor: guía indispensable, op. cit.*, p. 39, y Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 48.

<sup>1299</sup> Vélez-Frías, *Preparación, op. cit.*, pp. 64-65.

<sup>1300</sup> Así lo aconsejaban Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 47, o *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 148, y Vélez-Frías, *Preparación, op. cit.*, p. 64, y el manual *El parto sin dolor: guía indispensable, op. cit.*, p. 22.

<sup>1301</sup> «Reflejos condicionados», *op. cit.*, p. 3. La expresión «coger la contracción a tiempo», muy repetida en todas las publicaciones del preparador, aparece por primera vez en Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, p. 47. Es una traducción literal de una consigna de los psicoprofilácticos franceses. Véase Vuille, «L'invention», *op. cit.*, p. 44.



contráctil sin movilizar más que los músculos de su cuerpo necesarios para tal acción.

Reactivas, precisas y relajadas, las mujeres desarrollaban una pericia respiratoria digna de encomio. Pero además, a veces las alumnas debían aprender una amplia gama de respiraciones sutilmente distintas entre sí. Así por ejemplo en el sistema de Aguirre de Cárcer, quien aconsejaba iniciar la dilatación con una respiración costal superficial lenta, realizada por la nariz por fatigar menos. Hasta llegar a la respiración superficial rápida (o respiración jadeante), realizada únicamente con la boca en el periodo de transición, la mujer podía combinar ambas modalidades en función de la duración de las contracciones. El preparador de La Paz proponía asimismo una respiración específica para el goteo, otra para la expulsión con ventosa obstétrica, etc.

La prestigiosa clínica Dexeus, en Barcelona, también presentaba una serie elaborada de casos ilustrada con gráficos curvilíneos y dentados a cada cual más rocambolésco<sup>1302</sup>. De conseguir aplicar dicha combinatoria, la destreza de la alumna adquiría tintes casi sobrenaturales. Según reconocía el tocólogo Carlos de la Cal, de la maternidad de Santa Cristina, el exceso de tipos respiratorios en sistemas como el de Aguirre de Cárcer conllevaba a menudo que las mujeres se embrollaran y dejaran de confiar en su capacidad para hacer frente al dolor, provocando una quiebra de su entereza psicológica y un fracaso estrepitoso en la aplicación del método<sup>1303</sup>. Como confirma Paula A. Michaels, la proliferación de patrones respiratorios complicaba la práctica del entrenamiento prenatal, y dicha proliferación se intensificó en métodos que difuminaban las fronteras entre el parto natural readiano y la psicoprofilaxis, exactamente como sucede en la EM de Aguirre de Cárcer<sup>1304</sup>.

La respiración jadeante pervivió cierto tiempo en la práctica corriente de asistencia al parto y es difícil situar el momento de su desaparición. Vestigio de la psicoprofilaxis francesa en su sistema, Aguirre de Cárcer mantenía la respiración jadeante, que él llamaba torácica superficial, pero restringía su uso al de «última arma» a emplear, tras la distracción y la relajación<sup>1305</sup>.

El preparador madrileño explicitó algunos argumentos para el declive de esta modalidad respiratoria en una intervención que marcaría la nueva ruta seguida por su escuela: si el objetivo principal de esta respiración era evitar la fatiga general de la mujer, el término «jadeo» debía rechazarse por expresar «la respiración de una persona fatigada»<sup>1306</sup>. Con la lucidez que lo caracterizaba, de Cárcer apuntaba: «Señores, este es un sistema profundamente psicológico;

---

<sup>1302</sup> Carrera, *Preparación*, op. cit., p. 61, 62, 64, 66, 68. Otros gráficos interesantes en *El parto sin dolor: guía indispensable*, op. cit., pp. 40-41.

<sup>1303</sup> Entrevista a De la Cal (9/12/15).

<sup>1304</sup> Michaels, *Lamaze*, op. cit., p. 122.

<sup>1305</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1969], op. cit., p. 301.

<sup>1306</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, op. cit., p. 11.

empecemos, pues, por fijarnos en las palabras que empleamos para designar lo que hacemos»<sup>1307</sup>.

Además, decía el madrileño, el aprendizaje de esta respiración debía ser progresivo y el preparador debía enseñarlo «prácticamente» en vez de limitarse, como Lamaze, a indicar a la mujer cómo debía respirar<sup>1308</sup>. Para ello, de Cárcer retomaba el ejercicio de descomponer la respiración en tres modos: abdominal, torácica y completa. Una vez que sus alumnas dominaban dichas distinciones, entonces de Cárcer las animaba a practicar una respiración torácica «de pequeña amplitud» y solo en última instancia enseñaba la respiración superficial acelerada<sup>1309</sup>. Por último, sus alumnas realizaban la respiración jadeante propiamente dicha en tres etapas: primero, por la nariz y en posición de relajación sobre la espalda; a continuación, de nuevo por la nariz y recostadas sobre un lateral del cuerpo; finalmente, expulsando ya el aire por la boca aunque de nuevo tumbadas sobre la espalda<sup>1310</sup>.

Todas estas precauciones y consignas buscaban minimizar la sospecha de que la respiración jadeante, mal practicada, producía una hiperventilación de la mujer y se tornaba contraproducente para el manejo del parto<sup>1311</sup>. Según un colega sufrólogo de Aguirre de Cárcer, el peligro de la respiración al estilo canino era, de hecho, la hipoxia (o déficit de oxígeno en sangre) y la hipercapnia (o elevación anormal de dióxido de carbono en la sangre arterial), un cuadro causado por el aumento del «espacio muerto» de las vías aéreas superiores, que es la región donde se almacena un volumen de aire que no entra en contacto con los alveolos pulmonares y no contribuye a una ventilación real. De este modo, la respiración jadeante podía ocasionar «más perjuicios que si estuviera la paciente simplemente en apnea»<sup>1312</sup>.

Sumándose ya explícitamente a esta revisión de la respiración psicoprofiláctica al final de su trayectoria profesional, el preparador de La Paz tildaba el jadeo como «disparate antifisiológico», negaba haberlo usado nunca y afirmaba haber reemplazado la respiración torácica superficial acelerada por la «respiración sincrónica de Aguirre de Cárcer», una respiración abdominal lenta, fluida y simétrica (con inspiración nasal y expiración bucal de la misma duración cada una). Acompañada de una buena relajación, esta nueva respiración podía servir durante todo el trabajo de parto, aunque de no conseguir la finalidad perseguida el preparador aconsejaba pasar a otros tipos de respiraciones

---

<sup>1307</sup> *Ibid.*

<sup>1308</sup> Hernández Jiménez, «El método psicoprofiláctico», *op. cit.*, p. 5.

<sup>1309</sup> *Ibid.*

<sup>1310</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 148.

<sup>1311</sup> La propia Colette Malye reconocía que la respiración jadeante había pasado de moda por revelarse un ejercicio inútil y hasta peligroso porque con ella la mujer «hiperventilaba». Entrevista a Malye (16/5/17).

<sup>1312</sup> Pedro Vicente Monjo, *Bases fisiológicas de la respiración adaptadas a la relajación dinámica*, comunicación presentada al segundo simposio de sofrología médica, p. 13. (EEEM). El espacio muerto es el formado por los conductos de la tráquea, los bronquios gruesos y el cavum.

superficiales entrecortadas muy similares al jadeo<sup>1313</sup>. Por último, la EM de Aguirre de Cárcer acompañaba la práctica de la gimnasia con ejercicios de «respiración controlada» a fin de propiciar en la alumna, como veremos, un estado de conciencia parecido al que se obtenía con algunas técnicas de relajación: una conciencia liminal o por debajo del umbral de la actividad nerviosa normal en estado de vigilia<sup>1314</sup>.

Así, de Cárcer mantuvo a regañadientes la respiración jadeante (o torácica superficial) como recurso de emergencia para el parto, pero su sistema concedía más generalmente a la respiración una función terapéutica distinta: la práctica de la respiración menguaba el estado de vigilancia de la mujer a lo largo del embarazo, mejorando su equilibrio psicoafectivo y situándola en un estado propicio para acoger al hijo, el día del parto. En la ecléctica EM carceriana, pues, existía cierta tensión entre este uso de la respiración y la idea de reprogramación y activación cortical inherente al jadeo psicoprofiláctico. Como veremos a continuación, mientras que otras formas de «tensión» –emocional y muscular, concretamente–, estaban proscritas en la EM, la *tensión* derivada de los choques y contradicciones entre sus distintos preceptos teóricos no parecía incomodar a nadie.

Fuese como fuere, el apogeo de la respiración jadeante marcó de manera icónica la época en que los actores de la preparación al parto decidieron hacer tabula rasa e incluir sistemáticamente en la formación de las embarazadas un ejercicio tan simple e instintivo como el de respirar. Pero si la práctica de algún patrón respiratorio pervivió entre las costumbres de este submundo de la obstetricia, los argumentos que la legitimaban fueron mutando con el tiempo. Para Lamaze y compañía, los ejercicios respiratorios pretendían crear la «disciplina de espíritu» necesaria al parto sin dolor<sup>1315</sup>. Cosa que, en clave pavloviana, significaba obtener nuevos reflejos condicionados y una férrea voluntad para esculpirlos contra natura.

Con la transición de la preparación al parto a un modelo psicósomático impregnado de psicoanálisis y sofrología, la idea del condicionamiento quedaría en parte eclipsada por el énfasis que figuras como Aguirre de Cárcer pusieron en los beneficios que una buena respiración suponía para la relación «madre-hijo»<sup>1316</sup>. De este modo la respiración, que según de Cárcer era uno de los pilares de «esa temida gimnasia» que el público asociaba con la educación prenatal, adquirió nuevos significados en detrimento de su valor analgésico original<sup>1317</sup>. Con todo, dicha práctica ofrece un ejemplo en miniatura de la transformación

---

<sup>1313</sup> «Respiraciones (2)». (EEEM). El documento es una hoja informativa que repartía a sus alumnas de La Paz y privadas.

<sup>1314</sup> «Nuestra experiencia», *op. cit.*, p. 17.

<sup>1315</sup> Lamaze, *L'Accouchement sans douleur* [conferencia], *op. cit.*, p. 12.

<sup>1316</sup> «Nuestra experiencia», *op. cit.*, p. 16.

<sup>1317</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 144.

que sufrió la preparación al parto en general: por encima del objetivo limitado del procesamiento de la sensación dolorosa, la respiración permitía ahora colocar a la mujer en la disposición mental óptima para su conversión en madre<sup>1318</sup>.

## 10. 2. Educación neuromuscular, el precedente de Edmund Jacobson

Para parir sin dolor, o al menos intentarlo, la mujer no solo debía ser educada y modificar su respiración. También debía ejercer un control sin precedentes sobre toda la musculatura de su cuerpo. Gracias al entrenamiento respiratorio, la embarazada aprendía a movilizar músculos como el diafragma o los abdominales. Simultáneamente, otro tipo de técnicas la llevaban a explorar la función de regiones musculares más distantes, en un intento de que la alumna se hiciera con el dominio de cada planicie y recoveco de su cuerpo.

Resulta difícil encontrar un término que recoja y haga justicia a un conjunto de técnicas heterogéneas que iban desde la gimnasia sueca hasta la meditación yóguica pasando por procedimientos mecánicos de relajación totalmente alejados del esoterismo. Sin embargo, quienes defendían estas técnicas corporales coincidían en señalar el papel no despreciable que la mente jugaba en ellas. En este sentido, la denominación que escogió la psicoprofilaxis francesa parece ser la que más se ajustaba al fenómeno en cuestión: se trataba de una «educación neuromuscular» en la que las facultades mentales de la mujer se ponían al servicio de un adiestramiento orgánico de alto nivel. Cierto es que el término *-neuro* correspondía mejor al marco explicativo pavloviano que a modelos vinculados al psicoanálisis donde las emociones y el inconsciente gozaban de mayor protagonismo que la fisiología nerviosa propiamente dicha. Pero a pesar de todo la expresión psicoprofiláctica marcaba claramente la dimensión psico-somática del entrenamiento y además poseía la ventaja de prescindir de la distinción entre procedimientos de relajación y procedimientos gimnásticos, una distinción que suscitó no pocas discrepancias entre las escuelas de preparación al parto y cuyos entresijos estudiaré en la siguiente sección del capítulo.

El capítulo emplea pues la expresión «educación neuromuscular» precisamente para evitar el carácter controvertido de los términos «relajación» y «gimnasia». Por otro lado, y a pesar de los desacuerdos, la mayoría de sistemas

---

<sup>1318</sup> El preparador madrileño siempre sostuvo que la mejor manera de preparar a una gestante psíquicamente era a través del entrenamiento físico, pues con él la mujer se familiarizaba con las «armas» de las que dispondría en el parto, convenciéndose así de que este transcurriría felizmente. Véase, por ejemplo, Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor, op. cit.*, pp. 85-86.

de preparación al parto mantuvieron un denominador común en su idea de instrucción corporal para la maternidad: a saber, que para poder distender la musculatura o accionarla a discreción, la mujer debía antes familiarizarse con ella, y eso pasaba por un trabajo de fragmentación fenomenológica del cuerpo. En efecto, uno de los recursos de base de esta «educación neuromuscular», al menos tal y como prevaleció en España, consistía en el juego de alternancia entre activación (o contracción) y desactivación (o distensión) de ciertas partes anatómicas: extremidades inferiores, extremidades superiores, tronco o cara. La mujer iba subiendo peldaño a peldaño por cada una de ellas hasta conseguir manejar su cuerpo como un todo. Por encima de los matices de cada técnica y ejercicio, la educación práctica de la mujer implicaba en todos los casos un procedimiento parcelado y progresivo.

Las líneas que siguen describen el procedimiento según lo concibió el fisiólogo estadounidense Edmund Jacobson, pues sus teorizaciones sobre la relajación son fundamentales para entender el principio de economía energética que sostenía las distintas versiones de la instrucción práctica de la embarazada, en este capítulo, así como los debates sobre el grado de apercebimiento y deliberación que mantenía la mujer cuando se relajaba, en el capítulo siguiente.

En 1959, Jacobson publicaba su manual *How to relax and have your baby: scientific relaxation in childbirth*, editado dos años después en español bajo el título *Relajación para el parto sin dolor*<sup>1319</sup>. El libro concretaba cómo debía usarse en la preparación al parto la llamada «relajación científica», método que el autor había desarrollado en publicaciones anteriores. La ocasión permitía también a Jacobson disipar cierta confusión que había surgido en torno a su obra después de que algunos médicos, entre ellos Grantly Dick-Read, aplicaran su método de forma no siempre ortodoxa. El ex estudiante de Harvard deseaba aclarar dos cosas: primero, que la relajación progresiva que él había descubierto era lo opuesto a cualquier tipo de gimnasia o ejercicio físico y, segundo, que su método no implicaba pérdida de conciencia ni estado hipnótico alguno por parte de quienes lo practicaban.

Con el fin de ayudar a su alumna Maxine –protagonista del relato– a dar a luz relajada y sin dolor, Jacobson la entrenó en el hábito de detectar el fenómeno de la tensión muscular. Sentada en una silla, Maxine flexionaba su mano izquierda a la señal de Jacobson, mantenía la postura unos instantes, y cesaba su acción cuando su preparador se lo indicaba. Así, sucesivamente, Maxine aprendió

---

<sup>1319</sup> Edmund Jacobson, *How to Relax and Have Your Baby: Scientific Relaxation in Childbirth*, Mc Graw-Hill, New York, 1959. La referencia de la edición argentina que usaré en adelante es *Relajación para el parto sin dolor*, Compañía General Fabril Editora, Buenos Aires, 1961.

a reconocer la presencia de tensión en todas las partes de su cuerpo, de pies a cabeza, incluyendo los músculos del habla y de la visualización.

Tal agudeza perceptiva no era un fin en sí mismo: era un medio para conseguir reducir la tensión, o incluso anularla, pues permitía en contrapunto realizar el gesto de abandono que Jacobson ordenaba con la expresión *go negative*<sup>1320</sup>. Una primera fase del entrenamiento consistía en desactivar la contracción voluntaria de los diferentes grupos musculares para conseguir un efecto de relajación rápida o casi instantánea. En la siguiente fase, Jacobson instruía a Maxine en la práctica de una relajación lenta y progresiva mediante la disminución gradual del esfuerzo muscular. Finalmente, Jacobson instaba a su alumna a concluir cada serie con una relajación progresiva partiendo directamente del músculo en reposo.

Según Jacobson, esta técnica era un procedimiento puramente mecánico. Sin embargo, el autor se afanaba en aclarar que la relajación no se lograba como resultado de los ejercicios físicos de contracción y distensión muscular. Al contrario, la relajación era un estado de alargamiento pasivo del músculo y, por tanto, no podía identificarse ni al acortamiento de este durante la contracción, ni al efecto de distensión espontánea que le seguía, ni tan siquiera al estiramiento artificial de la musculatura que uno podía llevar a cabo mediante un movimiento de tipo gimnástico, es decir mediante un cierto grado de esfuerzo. La relajación se conseguía, precisamente, no haciendo ninguno de esos gestos. O, como él decía poéticamente, «no puede obtenerse blanco cuando se pinta negro»<sup>1321</sup>.

En realidad, para desconectar el cuerpo de esta manera, el paciente debía antes pasar por la fase activa de exploración minuciosa de su vida muscular, cosa que le permitía observar nítidamente la tensión. Pero la relajación como tal, insistía Jacobson, era el efecto de un aflojamiento muscular operado tan solo mediante la voluntad y la percepción agudizada del paciente. En este sentido, la tendencia a referirse a su método como una serie de «ejercicios de relajación» era según Jacobson de cabo a rabo incorrecta, pues la relajación constituía un estado, en modo alguno una acción del cuerpo o «ejercicio»<sup>1322</sup>.

El objetivo último de la relajación científica era pues eliminar completamente toda forma de tensión, ya fuera la rigidez y contractura muscular propiamente dicha o la tensión residual inherente a los procesos emocionales e incluso cognitivos, pues la abstracción y la imaginación también producían actividad nerviosa en los músculos eferentes. Jacobson registraba eléctricamente el aumento de potenciales de acción del tejido muscular con la ayuda de un neurovoltímetro de fabricación propia. Sus investigaciones, se jactaba Jacobson, habían probado la falsedad de la premisa según la cual la expresión muscular sigue al acto mental del pensamiento: una y otro formaban parte de un mismo

---

<sup>1320</sup> Expresión que en la edición hispanófono aparece como «negativícese». *Ibid.*, p. 36.

<sup>1321</sup> *Ibid.*, p. 41.

<sup>1322</sup> *Ibid.*, p. 22.

«circuito de esfuerzo»<sup>1323</sup>. Así, y aun cejando cualquier actividad motriz, las personas solían conservar tensiones residuales «muy leves, evanescentes y abreviadas»<sup>1324</sup>, a menudo «microscópicas»<sup>1325</sup>, pero siempre nocivas para su bienestar, ya que la tensión suponía una fuente de desgaste. Por eso mismo, la relajación científica no era otra cosa, decía Jacobson, que «la economía de las energías humanas en la vida diaria»<sup>1326</sup>.

La dialéctica del ahorro/consumo energético iba a ser crucial en las teorizaciones ulteriores sobre la utilidad de la relajación en el momento del parto. Según Jacobson, era menester encontrar un «equilibrio tensional»<sup>1327</sup> entre las tensiones primarias, necesarias a la ejecución de cualquier tarea, y la tensión sobreañadida que conducía al rápido agotamiento de la persona<sup>1328</sup>. La relajación científica contribuía de este modo a una mejora notable del rendimiento energético en los quehaceres cotidianos.

Por otro lado, Jacobson protestaba repetidas veces contra la vinculación de su procedimiento con estados de trance, sugestivos o hipnóticos. ¡Nada más alejado de su relajación fisiológica! Mediante los análisis electromiográficos concebidos en su laboratorio, Jacobson demostró que la actividad neuromuscular de pacientes hipnotizados tendía a persistir o incluso a aumentar a pesar de las sugerencias de relajación del hipnotizador y de la confirmación subjetiva del paciente que decía sentirse totalmente distendido. En su defensa, Jacobson añadía que mientras que en este tipo de estados el paciente se sometía al dominio del instructor, la práctica de la relajación fomentaba el autocontrol, la autoconfianza y la independencia. El posible efecto analgésico de la hipnosis, proseguía Jacobson, se conseguía siempre a expensas de la percepción y la lucidez del paciente, quien, en cierta medida, perdía de ese modo también «la conciencia»<sup>1329</sup>. Así, frente a la madre hipnotizada que traía al mundo a su hijo como una autómatas, la madre relajada ejercía un control sobre su cuerpo y guiaba su conducta «en perfecta libertad»<sup>1330</sup>.

Con todo, la obra de Jacobson fijaba un doble criterio en el estudio de las técnicas de relajación. En primer lugar, estas debían conducir a la reducción de la tensión nerviosa y a la conservación de la energía humana. En segundo lugar, y frente a técnicas de control del cuerpo como la hipnosis, en las que el estado del paciente dependía de la acción de otra persona, su procedimiento mantenía un

---

<sup>1323</sup> *Ibid.*, p. 81. La descripción del neurovoltímetro y otros aparatos de medición que Jacobson creó en el Laboratorio de Fisiología Clínica de Chicago se encuentra en las páginas 130-131.

<sup>1324</sup> *Ibid.*, p. 85.

<sup>1325</sup> *Ibid.*, p. 133.

<sup>1326</sup> *Ibid.*, p. 17.

<sup>1327</sup> *Ibid.*, p. 17.

<sup>1328</sup> *Ibid.*, p. 63.

<sup>1329</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>1330</sup> *Ibid.*, p. 25.

compromiso genuino y verificable con el autodomio y la «liberación de la voluntad»<sup>1331</sup>. Esta doble exigencia era teleológica y procedimental al mismo tiempo, es decir, constituía el objetivo del método pero también la propia herramienta de trabajo. O en otras palabras, a la optimización del rendimiento energético se llegaba obrando sobre las tensiones y el perfeccionamiento de las capacidades de autodomio era una cuestión de disciplina y determinación. Sea como fuere, ambos criterios constituyen constantes en las argumentaciones que los promotores de los distintos modelos de preparación al parto desarrollaron respecto a la enseñanza de técnicas corporales como la relajación o incluso la gimnasia.

### 10. 3. Economías de la tensión

En el contexto de politización de la maternidad a principios de la segunda mitad del siglo, ninguna idea escapaba del tamiz de las racionalidades científicas enfrentadas. En cuanto a la técnica de la relajación, la mayoría de métodos de preparación al parto realizaban una versión más o menos fiel de los ejercicios que alternaban contracción y distensión muscular como forma de ganar conciencia de la tensión acumulada en el cuerpo. De algún modo, todos retenían la idea jacobsoniana de que la habilidad para advertir la tensión era el preámbulo a la capacidad para aflojarla. Manuel Usandizaga fue de los pocos en protestar ante la utilización que se hizo de Jacobson en tocología. El catedrático de la Universidad de Barcelona consideraba que la técnica de Jacobson era «mucho más complicada que la rudimentaria empleada en la preparación psicoprofiláctica» y refería las quejas del estadounidense sobre los usos impropios de su método<sup>1332</sup>.

Grantly Dick-Read sí se reconocía abiertamente discípulo de Jacobson, pero desconocemos el verdadero origen de las técnicas corporales preconizadas por los psicoprofilácticos soviéticos<sup>1333</sup>, que además incluían masajes y presión en ciertos puntos del cuerpo<sup>1334</sup>, y aun otros procedimientos que Usandizaga refería

---

<sup>1331</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>1332</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 64.

<sup>1333</sup> Paula A. Michaels no menciona cuál fue la fuente de inspiración del equipo de psico-neurólogos que concibió el método en la URSS a mediados de siglo. No obstante, es probable que, en su traducción francesa, el método psicoprofiláctico se basara en el entrenamiento jacobsoniano para definir con precisión la educación neuromuscular de las embarazadas, pues Lamaze conocía el parto natural de Grantly Dick-Read antes de su viaje a la URSS, y por tanto debía de conocer el principio de la relajación científica del estadounidense. Claudio Becerro de Bengoa considera que el principio y la ejecución de la educación neuromuscular (es decir la relajación psicoprofiláctica) «corresponden completamente a la relajación de Read-Jacobson», Becerro de Bengoa, *op. cit.*, pp. 64-65.

<sup>1334</sup> Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 45. En España, el ginecólogo Anicet Altès debió de practicar regularmente el masaje obstétrico, a juzgar por una alusión un tanto condescendiente del médico bilbaíno Manuel Usandizaga. Según este, el catalán confesaba «un poco ingenuamente» el valor psicoterápico del masaje, por constituir «un acto afectivo, acogedor». Esta formulación es idéntica a la que poco más tarde



escandalizado como las fricciones abdominales con cloroformo mientras se irradiaba a la parturienta con una luz azul<sup>1335</sup>.

En ambos modelos, sin embargo, la educación neuromuscular de la gestante era muy similar: la mujer se ejercitaba movilizand o ciertos segmentos corporales, jugando con la activación y desactivación de los respectivos grupos musculares. La única diferencia residía en que Dick-Read y sus discípulos realizaban una progresión ascendente, pues la alumna empezaba trabajando con sus pies y terminaba por los músculos faciales, mientras que Lamaze y compañía saltaban de una zona a otra –ora las manos o los hombros, ora los pies o la cabeza–, y en una segunda etapa pedían a la alumna que accionase simultáneamente varios de estos segmentos tratando de distender el resto.

Cada sistema aplicaba a estos procedimientos un filtro relacionado con el modelo etiológico que lo sustentaba: si Dick-Read definía la relajación como «antídoto contra la tensión anormal»<sup>1336</sup>, Lamaze, por su parte, se refería al fenómeno del relajamiento neuromuscular como una «actividad cerebral que se traduce negativamente desde el punto de vista motor»<sup>1337</sup>. Aunque no hay evidencias para probar que la fuente de inspiración de Lamaze y los soviéticos fue la obra de Jacobson, lo cierto es que tal definición, como la de Dick-Read, encajaba con las teorizaciones del estadounidense sobre la relajación y la educación neuromuscular que permitía alcanzarla.

En España, el modelo que prevaleció para la educación corporal de la gestante tenía claras resonancias jacobsonianas, lo cual no es de extrañar teniendo en cuenta que la obra de Dick-Read tuvo mucha influencia en nuestro país. Pero a sabiendas o no, los promotores de la preparación al parto también dialogaron con los principios básicos de la relajación científica desde posiciones cercanas a la psicoprofilaxis, cosa que nos permite trazar una cartografía aproximada de las ideas sobre el aprendizaje corporal y el papel que la mente femenina desempeñaba en ello.

El presente epígrafe describe pues las distintas aproximaciones a la educación neuromuscular como forma de ahorro energético. En primer lugar destaca la interpretación psicoprofiláctica, para la cual dicho ejercicio desemboca en un consumo moderado de la energía cerebral necesaria en la consecución de un buen parto. El texto sugiere que esta idea prevalece en profesionales de distinta adhesión porque el mecanismo de la inhibición cortical como freno del dolor supone una premisa pavloviana mejor aceptada que la del condicionamiento reflexológico propiamente dicho. Frente a esta concepción eléctrica, el análisis presenta la visión plástica de los efectos de la educación

---

resumiría el principio de la haptonomía o ciencia del contacto afectivo, práctica desarrollada en España por Álvaro Aguirre de Cárcer, véase *(Fisio)terapia*, 11. 3. Usandizaga, *La ataraxia*, op. cit., p. 66.

<sup>1335</sup> *Ibid.*, pp. 66-67.

<sup>1336</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], op. cit., p. 220.

<sup>1337</sup> Lamaze, «*L'Accouchement Sans Douleur*» [Étude], op. cit., p. 3.

neuromuscular: esta sería un medio para evitar la crispación del cuerpo y por tanto también las secuelas emocionales de la tensión. Por último, el texto alude a la heterogeneidad explicativa presente en la mayoría de autores y concluye con las consideraciones readianas sobre la relajación facial para mostrar que sus fundamentos psicosomáticos también calaron en la valoración que los profesionales hicieron de la educación neuromuscular.

En general, los manuales de embarazo y publicaciones sobre el parto sin dolor describían el entrenamiento físico como forma de optimizar la eficacia energética del cuerpo durante el parto. Sin embargo, autores de la órbita psicoprofiláctica como el catalán Juan Vallvé Miró y por supuesto el madrileño Ángel Hernández Jiménez explicaban que el aprendizaje de la relajación, por ejemplo, no solo buscaba evitar un consumo innecesario de oxígeno y glucógeno por parte de la musculatura general, reservando estas sustancias para el útero, sino que además, y fundamentalmente, impedía debilitar la tensión cerebral necesaria para una buena gestión del parto. Cualquier movimiento intempestivo de un músculo no directamente relacionado con la marcha del parto constituía el origen de un reflejo que debilitaba la función cortical, función que interesaba mantener concentrada en su tarea inmediata para preservar un alto dintel de excitabilidad. En clave psicoprofiláctica, pues, la relajación no implicaba únicamente una economía fisio-química de la fuerza vital, sino también una racionalización del consumo eléctrico que las células nerviosas hacían de los estímulos propioceptivos<sup>1338</sup>.

Otros autores, como Álvaro Aguirre de Cárcer, Consuelo Ruiz o Santiago Lorén también mencionaban la idea del necesario aprovechamiento de la «energía del cerebro»<sup>1339</sup> y su relación con la percepción del dolor: cuando la parturienta se centraba únicamente en aplicar las técnicas de respiración y relajación, abandonando cualquier otra actividad, la paciente obtenía una percepción depurada de sus contracciones uterinas, de igual manera que la jaqueca o el dolor de muelas menguaban en cuanto uno se entregaba a una labor absorbente que lo distrajera de ellos<sup>1340</sup>. En efecto, el mecanismo inhibitor de la corteza cerebral podía, como vimos, acallar los quejidos del cuerpo mediante una correcta estimulación.

Reflexiones como esta última eran una suerte de denominador común en la literatura de preparación al parto, pues adherían a un grado de pavlovismo suave o asumido y resultaban fácilmente comprensibles por las alumnas. Pero convencer a las futuras madres de someterse a cualquier disciplina corporal era

---

<sup>1338</sup> Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 57, o Hernández Jiménez, «*Reseña de Reuniones*», *op. cit.*, p. 247 y «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 150.

<sup>1339</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 16 y *Preparación*, *op. cit.*, p. 25.

<sup>1340</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 17 y 33, y Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 25.

todo un reto, y para ello la mayoría de autores no dudaban en picotear argumentos variados haciendo gala de cierto eclecticismo. Y aquí es donde solía asomar Grantly Dick-Read. Este también había aconsejado la relajación para ahuyentar «el interés inquisitorial»<sup>1341</sup> de la mente por la actividad uterina, y consideraba que en ausencia de angustia y de temor (o agitación), la fenomenología del parto se revelaba «en su verdadera luz»<sup>1342</sup>. Sin embargo, su argumentación se apoyaba en ideas más psicosomáticas que reflexológicas, ideas que se difundirían en España gracias a la pluma de autores como Pedro Puig i Roig, en Barcelona, y con mayor trascendencia Aguirre de Cárcer, en la capital<sup>1343</sup>.

En concreto, Aguirre de Cárcer entendía la relajación como una «coraza» que protegía a la mujer de caer en un estado emocional pernicioso<sup>1344</sup>. Como Dick-Read, el madrileño pensaba que la mujer en trance de parir presentaba una receptividad mental incomparable y, en este sentido, el parto constituía un episodio de especial vulnerabilidad afectiva<sup>1345</sup>. Por ello, el hecho de desviar la atención de la parturienta hacia una actividad concreta y de bajo consumo calórico, como podía ser la relajación, tenía para el famoso preparador la doble utilidad de suponer una barrera de inhibición cortical y al mismo tiempo un cortafuegos contra la tensión nerviosa, que no era sino la sospechosa número uno en la exacerbación de las sensaciones uterinas según el sistema readiano.

Para entender la relación que de Cárcer –siguiendo a Dick-Read– veía entre la relajación del cuerpo y la tensión nerviosa habría que remontarse unas cuantas décadas hasta la teoría que los psicólogos William James y Carl G. Lange elaboraron a finales del siglo XIX sobre el fundamento biológico de las emociones. Aunque teorizando por separado, ambos autores concluyeron que las reacciones reflejas y vasomotoras del cuerpo eran el detonante fisiológico de los procesos emocionales, y no a la inversa. Dick-Read sacaba a colación dicha teoría, vinculándola a su vez con las observaciones de Jacobson, para quien la tensión nerviosa era un fenómeno de gran plasticidad psicosomática, es decir, que se experimentaba como una emoción pero también se manifestaba carnalmente, bajo la forma de la contractura muscular<sup>1346</sup>. Tal y como Jacobson demostraba en su obra, el tono muscular y el tono emocional estaban tan íntimamente ligados

---

<sup>1341</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 111.

<sup>1342</sup> *Ibid.*, p. 107.

<sup>1343</sup> Pedro Puig i Roig, director de la sección de maternología del instituto Corachán, suscribía a pies juntillas la interpretación que Dick-Read hacía de la obra de Jacobson en lo referente al vínculo entre tensión emocional y estados de relajación. En España, esta visión había sido también divulgada, entre otros, por las publicaciones del argentino Ricardo Gavensky, a quien Puig i Roig mentaba directamente. Véase Puig i Roig, «*Cómo puede realizarse*», *op. cit.*, pp. 198-199. Inspirado en gran medida por esta publicación de Puig i Roig, el editorial de la revista *Analecta Terapéutica* ofrecía una visión jacobsoniana de la relajación, aunque sin citar al estadounidense (pero sí al argentino). En «*Parto sin temor, parto sin dolor*» [editorial], *op. cit.*, pp. 8-9 y 17-18. Desde otra institución de la ciudad condal, Carlos Carceller Blay también contaba entre quienes aludían directamente a Jacobson como precursor de las ideas readianas sobre la relajación. Carceller, *op. cit.*, pp. 337 y 340-341.

<sup>1344</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, pp. 158-159.

<sup>1345</sup> *Ibid.*, 1959, pp. 158-159 y Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 107.

<sup>1346</sup> *Ibid.*, p. 221.

que la desaparición de uno implicaba la extinción del otro. Pero el estado cero de la tensión era muy difícil de alcanzar: por mucho que la tensión emocional no se manifestara en la musculatura más superficial del cuerpo, los registros eléctricos siempre detectaban la tensión y la hiperactividad nerviosa en algún punto. Por este motivo, decía Jacobson, «los estados emocionales, de cualquier naturaleza, son los polos opuestos a la relajación»<sup>1347</sup>.

Amparado en estas ideas, Dick-Read aprovechaba para recordar que, del mismo modo que la tensión nerviosa causaba el espasmo cervical, un cuerpo totalmente relajado era terreno infértil para el miedo. O dicho de otro modo: «mujer relajada, cuello blandito»<sup>1348</sup>, y viceversa. En defensa de esta hipótesis, Dick-Read alegaba que aun cuando la relajación actúa únicamente sobre los músculos esqueléticos, es decir los que obedecen a un control voluntario, la relajación completa podía influir «profundamente» en la actividad de la musculatura lisa<sup>1349</sup>.

Aguirre de Cárcer se sumaba con entusiasmo a esta reciprocidad de los mecanismos etiológicos y los principios terapéuticos y proponía su propia fórmula: al parecer, relajarse durante la dilatación equivalía a «abrir la puerta al niño», mientras que los nervios y la contractura hacían de la mujer una especie de portón blindado<sup>1350</sup>. Para demostrar los beneficios de parir relajada, pues, de Cárcer echaba mano de metáforas de porte readiano y también citaba literalmente a Jacobson, aunque sin mencionar su nombre<sup>1351</sup>.

De manera análoga, Consuelo Ruiz pensaba que la relajación prevenía eficazmente el espasmo cervical<sup>1352</sup>. Así, la matrona combinaba dejes psicoprofilácticos con una visión más «elástica» de la relajación e incluso con elementos típicamente «mecánicos»: por ejemplo, Consuelo era la única que señalaba la utilidad de efectuar la relajación en la postura de Sims, una posición semi-lateral que movilizaba las partes internas del canal de parto y el uso a favor de la fuerza de gravedad para facilitar los movimientos de rotación del feto en su salida al exterior<sup>1353</sup>.

Santiago Lorén también basculaba entre dos polos explicativos. Como vimos, la práctica de la relajación y de la respiración obligaban a la mujer a fijar su atención sobre los ejercicios, llevando a cabo una «acción psíquica» que alejaba el dolor de su mente en un claro ejemplo de inhibición pavloviana<sup>1354</sup>. Por otro lado, Lorén afirmaba que la mujer percibía los «latidos» de su matriz

---

<sup>1347</sup> Jacobson, *op. cit.*, p. 81. En España, la traducción del *Natural Childbirth* de Frederick W. Goodrich recogía literalmente esta idea y citaba a Jacobson como referencia. Véase Goodrich, *op. cit.*, pp. 82-85.

<sup>1348</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 222. Obviamente, la expresión que utilizaba Dick-Read era «*relaxed woman, relaxed cervix*», pero me permito la licencia para «relajar» la lectura.

<sup>1349</sup> *Ibid.*, p. 232.

<sup>1350</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 160.

<sup>1351</sup> *Ibid.*, p. 158. También Gavensky y Palacios se sumaban a la equivalencia entre tensión nerviosa y muscular en Palacios y Gavensky, «*Parto sin temor*», *op. cit.*, p. 699.

<sup>1352</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 21 y *Preparación*, *op. cit.*, pp. 25-26.

<sup>1353</sup> *Ibid.*, pp. 25 y 59-63 y *Cartilla*, *op. cit.*, pp. 32 y 68.

<sup>1354</sup> Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 25.

como sensaciones dolorosas solo cuando el factor emocional del miedo amplificaba y transformaba dichos estímulos en el cerebro, como había sugerido Dick-Read, siendo por tanto la relajación un arma precisa contra la crispación nerviosa<sup>1355</sup>.

Lorén, que era un readiano declarado, aconsejaba una cierta prudencia en la enseñanza de la relajación: no se trataba ni de hacer el yogui ni de exigir demasiado de la embarazada, cuya «sensible psicología» podía resultar «atormentada» al no conseguir determinados objetivos, como por ejemplo el de la relajación facial, grado sumo de la relajación en la genealogía Jacobson-Dick-Read<sup>1356</sup>. De hecho, Jacobson consideraba que las tensiones del aparato respiratorio eran las más directamente relacionadas con las emociones, pero el vacío mental, según el norteamericano, solo podía lograrse con el dominio de la relajación de la zona ocular, razón por la cual aconsejaba aunar ambos tipos de relajación<sup>1357</sup>.

En cuanto a Dick-Read, este conceptualizaba las dificultades que surgían en la práctica de la relajación facial como una cuestión más relacionada con el pudor que con la proeza. Dick-Read advertía a sus alumnas que el ejercicio implicaba poner entre paréntesis su «personalidad básica y su finura femenina», y en ningún caso forzaba a quienes precisamente por ello optaban por practicar en la intimidad del hogar<sup>1358</sup>. Además, Dick-Read asumía que el parto era para la mujer un asunto «privado y doméstico», hecho que aventajaba a las mujeres instructoras (y además madres) sobre cualquier hombre preparador. Solo ellas eran capaces de «impresionar» sin escandalizar, ya que para Dick-Read la fe en la verdad que encierra la experiencia vivida suprimía el posible efecto traumático de las descripciones de un parto natural y de los sacrificios que había que padecer durante la preparación<sup>1359</sup>.

En España, el ginecólogo pro-readiano Víctor Cónill Montobbio también reivindicó la conveniencia de confiar el entrenamiento físico al personal femenino<sup>1360</sup>. Y es que una no podía relajarse en una situación que chocase con las convenciones sociales o que hiriese su sensibilidad. Como sucedía con la asepsia verbal y la depuración de las enseñanzas teóricas, tales posicionamientos cobraban sentido dentro de un modelo que priorizaba la fragilidad afectiva de la embarazada sobre una falla neurológica y socialmente inducida como causa explicativa del dolor.

---

<sup>1355</sup> *Ibid.*, p. 55.

<sup>1356</sup> *Ibid.*, p. 45.

<sup>1357</sup> Jacobson, *op. cit.*, pp. 74-75.

<sup>1358</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, pp. 232-233.

<sup>1359</sup> *Ibid.*, pp. 235-236.

<sup>1360</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 185.

El tema del ahorro energético al que apuntaba la educación neuromuscular se bifurcaba en dos y, como vemos, muchos preparadores no dudaron en simultanear ambas interpretaciones. Gracias a la preparación, la mujer podía alcanzar el «equilibrio tensional» postulado por Jacobson, es decir, un estado de aprovechamiento de su energía vital que, entre otras cosas, mejoraba la calidad y la intensidad de la concentración de la mujer durante el parto. Para las interpretaciones cercanas a la psicoprofilaxis, la atención bien dirigida de la parturienta frenaba –o al menos ensordecía– la emboscada procedente de la matriz, convirtiendo la mente en un bunker insonorizado y pilotado desde su interior. Desde posiciones más próximas al modelo readiano, la atención que la mujer fijaba en el proceso de distensión de sus músculos reblandecía también su espíritu, impidiendo así un endurecimiento inoportuno de los tejidos, todo ello en un proceso circular derivado de la naturaleza psicosomática de la tensión. En ambos casos, no obstante, la cuestión de la eficiencia energética permitía a los autores transmitir sus propios razonamientos sobre la hermenéutica del dolor del parto como deformación del estímulo contráctil<sup>1361</sup>.

---

<sup>1361</sup> A este respecto, Grantly Dick-Read describía la habilidad de la mujer para relajarse como «concomitante de un estado de confianza en sí misma y ecuanimidad inteligente que permite la correcta interpretación de la fenomenología cambiante del parto sin pérdida de autocontrol», en *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 226.



## 11. Funambulistas

Si la idea de enseñar prácticamente a las mujeres a parir se convirtió rápidamente en una perogrullada, las teorías sobre la educación corporal denotaban siempre un mismo punto de fricción: ¿cuál era el rol de la mente en la mujer preparada? En concreto, la preocupación principal giraba en torno al grado de conciencia de la paciente que, gracias a la relajación, parecía ajena a las contracciones más impetuosas. Una percepción sensorial aguda, pero también una cierta presencia moral, parecían necesarias para una experiencia completa del parto como tránsito hacia la maternidad.

Como sucedía con el tipo de relación médico-paciente que promovieron los distintos sistemas de preparación al parto, la dimensión más práctica de la preparación también levantaba sospechas de no ser más que un procedimiento sugestivo. Y en el imaginario popular así como en el experto, la sugestión era la gran responsable de que la mujer experimentara menos dolor, pero a su vez iba en detrimento de la autonomía y la racionalidad de la paciente.

Del mismo modo que la literatura relacionaba la mayor o menor adaptabilidad hacia el método de las mujeres o los pueblos con su idiosincrasia cultural, el tema de la influencia de mecanismos sugestivos en la percepción del dolor obstétrico hacía también de común en las publicaciones de la época. Si era muy frecuente que los profesionales achacaran la aminoración del dolor a factores para-fisiológicos como la coyuntura humana en la que se produce el parto, la personalidad de la parturienta o su deseo de tener un bebé, también era frecuente que los obstetras vincularan a esos mismos factores una magnificación del dolor o, incluso, su exageración involuntaria por parte de la parturienta. Así opinaba Carlos Carceller Blay, según el cual «es posible que la constante presencia del médico, individuo de sexo opuesto y más fácil de conmover ante los lamentos femeninos, moviera al subconsciente de la mujer a dramatizar más vivamente los dolores del parto»<sup>1362</sup>. En realidad, la idea se remontaba a una larga tradición de investigaciones sobre la histeria, el magnetismo y la hipnosis en el ámbito de la neurología, y en particular se hacía eco de las aportaciones de la Escuela de Nancy, según la cual los síntomas del paciente eran el resultado de la sugestión que el médico producía sobre este.

En cualquier caso, la supuesta cesión de las facultades de la mujer ante la influencia del preparador tocaba de lleno cuestiones delicadas como la responsabilidad maternal, la subjetividad inviolable del paciente o la voluntad y la libertad individuales. Ahora bien, los debates no se situaron únicamente en un plano dentro-fuera, es decir, entre los actores del método y la población (experta

---

<sup>1362</sup> Carceller, *op. cit.*, p. 336.



o profana) en general. También tenían cabida entre los propios profesionales de la preparación al parto: así, diferencias muy sutiles en la actitud que la mujer tomaba durante su preparación o en el desarrollo del parto eran motivo de graves acusaciones entre ellos.

Con todo, pueden distinguirse tres tiempos en la evolución del discurso con que los profesionales justificaron su propio modelo de educación corporal y, por consiguiente, el tipo de relación mente-cuerpo que parecía deseable fomentar. En un primer momento, la fiabilidad moral de cada método dependía del grado de conciencia que la parturienta mostraba durante el parto; asimismo, la conservación de un estado de atención o de vigilia pura (en oposición a la somnolencia inducida por la mayoría de fármacos) constituía la garantía fenomenológica que distinguía los nuevos métodos de preparación al parto de las prácticas corrientes de anestesia obstétrica y que permitía también promocionarlos frente a estas.

El requisito de una conciencia despierta se extendía tanto a las prácticas de relajación como a los procedimientos gimnásticos, y ello queda reflejado en los debates que mantuvieron los actores en torno a ambos gestos. El grueso del capítulo (secciones 11. 1 y 11. 2) analiza por tanto los debates concretos relativos a la práctica de la gimnasia y la relajación en la preparación al parto. El foco del capítulo, en este sentido, se centra en ese momento controvertido en que el asunto de la (preservación de la) conciencia constituyó un pulso entre las dos grandes escuelas prenatales: la readiana y la psicoprofiláctica. Metafóricamente hablando, y dada la sutileza de los criterios que permitían distinguir una actitud mental activa de un estado sensorial más ligero o embotado, este pulso se tradujo para las mujeres en una suerte de equilibristismo fenomenológico. Caminando por la tenue línea de la «conciencia», pues, cualquier despiste podía abocarlas al fracaso, pero al otro lado del hilo esperaba la gloria. De ahí el título del capítulo.

Posteriormente, la aplicación de la sofrología a la preparación al parto marcó un segundo tiempo que podría llamarse de «desinhibición» de los discursos: lejos de trazar la línea divisoria entre lo lícito y lo ilícito, la conciencia, o mejor dicho la consciencia en sus distintos niveles, pasaba a ser una herramienta versátil, un espacio escalonado que la mujer debía necesariamente transitar en la búsqueda de un parto indoloro y satisfactorio<sup>1363</sup>. En esta época se superaron las reservas morales sobre el estado mental de las mujeres preparadas y se expandieron las posibilidades técnicas de la educación corporal. La última sección estudia pues cómo la EM de Aguirre de Cárcer transformó el

---

<sup>1363</sup> Tomo aquí la distinción que usa el propio Aguirre de Cárcer basándose en las definiciones que ofrece el marco sofrológico. La *conciencia* designaría así un fenómeno de índole moral, mientras que *consciencia* se refiere a un «supra-proceso mental» que regula dinámicamente otros procesos mentales como la sensación, la percepción, la memoria, la reflexión o la motivación. Esta consciencia se declina en distintos niveles y estados, y constituye el objeto de estudio y trabajo de la sofrología caycediana. Aguirre de Cárcer, *Lecciones*, op. cit., p. 56.

tema de la conciencia de un estado fundamentalmente estático a un proceso dinámico.

Por último, el interés en torno a estas cuestiones se desvaneció sustancialmente con la generalización de la epidural, tecnología poderosa que aniquilaba el dolor sin perjudicar las facultades psíquicas ni sensoriales de la mujer. Una tecnología, por tanto, ante la cual parecía superfluo seguir hablando, como antaño, de prepararse «a conciencia» para la maternidad<sup>1364</sup>. Con esta expresión, acuñada por Aguirre de Cárcer en 1959, el preparador implicaba que la instrucción práctica era «un verdadero juego de niños» que no ofrecía «la menor dificultad», pero que en ningún caso debía hacerse «a la ligera»<sup>1365</sup>. Más allá de este sentido literal, no obstante, opino que la expresión alude simbólicamente al marco en que se produjeron los debates sobre las prácticas corporales de la preparación al parto en la segunda mitad del siglo XX, y que la epidural invalidaría para siempre: un marco estructurado por el problema de la conservación y la modulación de la conciencia de la mujer en todo momento.

A guisa de conclusión, el epílogo que cierra el capítulo realiza un balance de cómo las diferentes propuestas de instrucción práctica de la embarazada fijaron este nuevo marco para la valoración de la experiencia del parto, y del encaje concreto que las tecnologías químico-quirúrgicas de la obstetricia podían y debían asumir en dicho proceso. Sin ánimo de catalogar las distintas modalidades de anestesia obstétrica prevalentes en la primera mitad del siglo XX, el apartado empieza describiendo las razones de su alcance limitado así como las pautas de conducta que regulaban el recurso a dichos procedimientos. A ello el texto contrapone las críticas y pretensiones de los métodos de preparación al parto, cuya emergencia planteo en términos comerciales: en efecto, las reacciones de este movimiento frente a la práctica anestésica convencional suponen contraofertas poderosas dentro de un mercado todavía precario y estancado en gran medida por el excesivo riesgo que implican sus servicios. Por último, el análisis enjuicia las contradicciones internas de estas propuestas, en particular la de la psicoprofilaxis, primero en relación al empleo de fármacos durante el parto y después en lo tocante a su tecnificación instrumental.

El epílogo supone por tanto un flashback en el tiempo, pero permite observar la evolución de los discursos en torno al gobierno del cuerpo y de la mente en la obstetricia comprendida entre el primer tercio del siglo XX y la consolidación de la epidural, a principios de los años 1990. Vistas las aportaciones concretas de las distintas escuelas de educación prenatal en este periodo, el objetivo de dicho salto cronológico –a riesgo de dificultar la lectura– es calibrar en qué medida la preparación al parto enriqueció, subvirtió o reforzó

---

<sup>1364</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 110.

<sup>1365</sup> *Ibid.*

los esquemas y debates preexistentes sobre la sensibilidad de la mujer, las posibilidades de dominarla y la conveniencia clínica y moral de hacerlo o no.

### 11. 1. Gimnasia del cuerpo, fuerza del espíritu

Como hemos visto, la mujer que educaba su cuerpo mejoraba su rendimiento energético durante el parto. Y para tal fin, por supuesto, el entrenamiento reforzaba el control que la mente ejerce sobre el organismo, cosa que a su vez constituía un objetivo en sí mismo de los métodos de preparación al parto para los cuales la madre del dolor era la psique de la parturienta.

Por otro lado, aunque los actores de la preparación al parto concordaban en que la educación neuromuscular debía fomentar el autodomínio, la forma en que unos y otros teorizaban sobre la cuestión parecía enfrentarlos sin remedio. En la práctica, y a pesar de las reticencias de Jacobson, la educación neuromuscular se extendía en un continuo que iba desde los ejercicios gimnásticos de inspiración escandinava hasta la relajación propiamente dicha. De un extremo a otro, el problema era saber qué lugar ocupaba en cada gesto la conciencia de la mujer, entendida esta como el reverso de la voluntad o, en otras palabras, como la condición psicológica de un sujeto para ser dueño de sí mismo.

La dimensión más atlética de la preparación, por ejemplo, resultaba problemática desde un punto de vista psicoprofiláctico. Al mismo título que la relajación, la gimnasia planteaba escrúpulos de orden moral, político o incluso epistémico, en el sentido de que dicha práctica devolvía una imagen falseada de la etiología del dolor y decantaba la balanza hacia el método readiano. Por este motivo la psicoprofilaxis se atuvo, premeditadamente o no, a una definición de la educación física de la embarazada muy próxima al modelo que Jacobson propuso para la relajación científica.

Desde una posición más liberal de la praxis médica, Aguirre de Cárcer sí se permitió operar ciertos deslizamientos de sentido en torno a los procederes gimnásticos del método, dotándolos a veces de un componente deportivo. Hasta la entrada en juego de la sofrología, no obstante, el punto de convergencia entre las distintas aproximaciones consistía en demostrar que –con simples ejercicios neuromusculares o con una calistenia algo más sofisticada– esta educación fortalecía el aguante psicológico de la mujer ante el test del parto. El ejemplo más claro de este consenso lo ofrece Manuel Usandizaga, quien coincidía por una vez con sus oponentes –simpatizantes de la psicoprofilaxis– en la inutilidad de la gimnasia para «mejorar el rendimiento muscular en el momento del parto», pero sin embargo admitía sin problema que esta mejoraba el estado psíquico y físico de la embarazada, siendo un buen augurio para el nacimiento<sup>1366</sup>.

---

<sup>1366</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, op. cit., p. 62.

La sección empieza presentando algunas de las múltiples acepciones que existen del término «gimnasia» en la literatura, a menudo teorizado como un medio para conseguir la relajación, como un tipo de condicionamiento que opera moldeando el córtex de cara al parto, o incluso como una necesaria puesta a tono para prevenir la fatiga muscular para la ardua labor del nacimiento. Acto seguido, el análisis explora la filiación readiana de las concepciones más deportivas de la gimnasia, como la de Álvaro Aguirre de Cárcer u otros autores, que atribuían beneficios orgánicos y psicológicos a la práctica de ciertos ejercicios más o menos vigorosos. A continuación el texto reflexiona sobre las reticencias concretas de algunos preparadores respecto a este último uso de la gimnasia: las de Hernández Jiménez, por la distorsión que ello causaba sobre la comprensión de la verdadera patogenia en el parto; o las de Consuelo Ruiz Vélez-Frías, más centradas en el aspecto de control, infantilización y adoctrinamiento de las gestantes que dicha práctica solía conllevar. Por último, el análisis destaca las ambigüedades latentes en la gimnasia y la educación neuromuscular en general: ambas condensaban significados políticos como la disciplina y el control social y planteaban además la paradoja de presentar la primera como un medio para reforzar la autonomía personal.

En su presentación del método psicoprofiláctico del parto sin dolor, Consuelo Ruiz dejaba muy clara una cosa: «nada de medicinas ni de gimnasias», el método consistía solamente en una preparación verbal, dirigida a la inteligencia de la alumna, quien al prepararse se capacitaba moralmente para su maternidad y lograba con ello colaborar activamente durante el parto<sup>1367</sup>. La realidad es que la matrona, junto a Ángel Hernández Jiménez, fue de las pocas personas en rechazar tajantemente el término «gimnasia». En Catalunya, un pequeño grupo de tocólogos fieles a Lamaze también recordaba a sus pacientes que no se trataba de asistir a clases de gimnasia, sino que con la preparación iban a adquirir a la par conocimientos y «actividades reflejas»<sup>1368</sup>.

La mayoría de manuales eran menos escrupulosos a la hora de emplear el término prohibido, si bien sus autores se apresuraban a precisar que la preparación incluía ejercicios musculares pero no podía reducirse, como opinaba «el vulgo», a un método de gimnasia<sup>1369</sup>. Aguirre de Cárcer, por ejemplo, empezaba el prólogo a su primer libro sobre el parto sin dolor aludiendo directamente al «sistema de gimnasia fisiológica preparatoria del parto» procedente de Suecia e Inglaterra, un sistema que consideraba prometedor a la luz de su propia experiencia en medicina reeducativa<sup>1370</sup>. No obstante, el

---

<sup>1367</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 7.

<sup>1368</sup> Altès y otros, op. cit., p. 14.

<sup>1369</sup> Lorén, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 31.

<sup>1370</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, op. cit., prólogo.

preparador madrileño matizaba más tarde que el objetivo primordial de los ejercicios gimnásticos era enseñar a la mujer a reconocer el estado de los músculos para que comprendiera, por contraste, el significado de la verdadera relajación<sup>1371</sup>. Claramente, este era el propósito de los procedimientos jacobsonianos con los que Dick-Read enseñaba a la mujer a distinguir entre tono y reposo muscular para lograr el aflojamiento voluntario del cuerpo. Como decía Santiago Lorén, lo que la gimnasia perseguía era, de este modo, «hacer descansar»<sup>1372</sup>. O según aquella frase de Anatole France, que de Cárcer sacaba ahora a relucir: «El hombre está hecho de tal forma que solo es capaz de descansar de un trabajo realizando otro diferente»<sup>1373</sup>.

Pero la gimnasia no era solo el atajo hacia la relajación muscular. Además de exigir un dinamismo mental que, como vimos, subía el dintel de la excitabilidad cortical, la educación neuromuscular era para Aguirre de Cárcer una forma de «gimnasia cerebral», pues el cerebro, plástico como los músculos, también se habituaba a los ejercicios, de manera que el día del parto daba las órdenes adecuadas<sup>1374</sup>. De hecho, el propio Nikolaev acabó reconociendo la influencia positiva del ejercicio físico sobre el organismo en general y sobre la corteza cerebral en particular pues la gimnasia, como cualquier otra actividad continuada, era una sana fuente de reflejos<sup>1375</sup>.

Bajo el paraguas del término «educación neuromuscular», de Cárcer también introducía algunos movimientos y ejercicios destinados a prevenir la fatiga. Según él, la fatiga era una forma de «autointoxicación» que podía ser local, por el déficit de oxígeno y de riego sanguíneo en un músculo contraído, o general, cuando las sustancias de desecho como el ácido láctico y otros derivados inundaban organismo entero deprimiendo la actividad física pero también psíquica de la mujer<sup>1376</sup>. Y esto, desde el punto de vista de la psicoprofilaxis del dolor, era signo de mal agüero.

En una ocasión en la que Ángel Hernández Jiménez expuso las bases del método ante una comunidad de médicos católicos, la relación entre gimnasia y fatiga cobró tintes de rirrafe. Tanto el conferenciante como Aguirre de Cárcer, que figuraba entre los asistentes, concedían que la prevención del cansancio y de la isquemia en el trabajo de parto era un factor relevante del método psicoprofiláctico tal y como lo practicaban Lamaze y compañía. Hernández Jiménez, quien aplicaba las instrucciones parisinas al pie de la letra, empleaba a tal efecto la enseñanza de la relajación y el uso de la oxigenoterapia a voluntad. Pero nada más. Hasta ahí, ambos convergían en que la relajación conseguida por

---

<sup>1371</sup> *Ibid.*, p. 32.

<sup>1372</sup> Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 31. La misma idea puede encontrarse también en Lorenzo, «Parto sin dolor», *op. cit.*, p. 145.

<sup>1373</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 159.

<sup>1374</sup> *Ibid.*, p. 150.

<sup>1375</sup> Citado por Ángel Sopena Ibáñez, «La educación física y el deporte en el sexo femenino», *Revista de Obstetricia y Ginecología*, 1963, p. 307.

<sup>1376</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, pp. 152-153.

la educación neuromuscular era, tal y como Jacobson habría dicho, «una lucha científica y eficaz»<sup>1377</sup>.

Ahora bien, Hernández Jiménez acusaba a de Cárcer de ser un readiano encubierto y de querer mezclar los métodos al dotar su preparación de una preponderancia física que la psicoprofilaxis, sin duda, no tenía. Es decir que, para Hernández Jiménez, su concurrente no solo entrenaba a sus alumnas en una estricta educación neuromuscular, encaminada únicamente al aprendizaje del relajamiento muscular; de Cárcer iba más allá y practicaba verdadera gimnasia.

El acusado se defendía alegando que, en efecto, Lamaze enseñaba la relajación, pero minusvaloraba la fatiga. En la clínica de Bluets, decía el noble madrileño, había presenciado fracasos bruscos y rotundos por falta de preparación física: «la fatiga se apodera de la mujer y todo se derrumba», sentenciaba. Además, y aquí de Cárcer hendía el puñal, las estadísticas de Hernández Jiménez confirmaban esta triste particularidad de la psicoprofilaxis ortodoxa: era un sistema con éxitos espectaculares, pero cuyos fracasos, totales e irreversibles, no eran menos llamativos. Por esta razón de Cárcer presentaba el parto a sus alumnas como un «ejercicio muscular intenso»<sup>1378</sup>, aun a riesgo de asustarlas un poco, y dedicaba a la calistenia neuromuscular nada menos que diez lecciones prácticas. No se trataba de mezclar sistemas, decía finalmente el acusado, sino que usaba el método «psicoprofiláctico» pero intentando a su vez «subsanan» los defectos que veía en él<sup>1379</sup>.

En realidad, de Cárcer sí sintonizaba, en lo referente a la educación física de la embarazada, con la visión readiana de la gimnasia, y así lo reconocía tanto en el prólogo a su primer libro como en múltiples fragmentos de sus escritos. Aunque el británico alertaba contra los preparadores que exageraban la importancia de la fisioterapia a expensas de la instrucción teórica de las gestantes, él mismo aconsejaba a sus pacientes prepararse para los «rigores del parto», entendiéndolo que este era una prueba corporal intensa<sup>1380</sup>. Según Dick-Read, la práctica regular de ejercicio físico constituía una forma de higiene prenatal, mejoraba el bienestar general de la paciente y reforzaba la eficiencia de la mente y el cuerpo, pero no poseía de por sí un impacto real sobre el mecanismo del parto<sup>1381</sup>. Por esta razón, un entrenamiento rudimentario bastaba para desoxidar a las pacientes más sedentarias.

Dick-Read elaboró una tabla de ejercicios inspirados de la gimnasia médica de Pehr Henrik Ling, pionero de la disciplina, principalmente destinados a

---

<sup>1377</sup> Es de hecho Aguirre de Cárcer quien utilizó esta expresión, condensando en apenas cuatro palabras el sentido que Jacobson daba a la relajación científica como forma de anestesia fisiológica. *Ibid.*, p. 152. Jacobson, *op. cit.*, p. 110.

<sup>1378</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, p. 11.

<sup>1379</sup> Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», *op. cit.*, p. 6. Véase la mención anterior a este asunto en *(Psico)terapia*, 9. 1.

<sup>1380</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 238.

<sup>1381</sup> *Ibid.*, p. 236-237.

fortalecer la prensa abdominal, dar elasticidad a los abductores y a la articulación y los músculos pélvicos, movilizar la columna vertebral, mejorar la circulación sanguínea en la región del tórax y trabajar el control de esfínteres<sup>1382</sup>. En España, las publicaciones que se situaban en esta tradición recomendaban sin tapujos ejercicios de la misma clase<sup>1383</sup>. En particular, el superventas *Maternidad sin dolor*, del estadounidense F. W. Goodrich, describía el parto como una «empresa deportiva», una expresión que se inspiraba de la utilizada por la preparadora británica Kathleen Vaughan, cuyo libro se titulaba *Childbirth as an Athletic Event*<sup>1384</sup>.

La idea más generalmente compartida era pues desperezar a las futuras madres, reforzando aquella musculatura que tuvieran atrofiada debido a «ciertas exigencias de la civilización y a un descuido de la educación física en la niñez y la juventud», según el catalán Pedro Puig i Roig<sup>1385</sup>. Pero de nuevo muchos preparadores –de Cárcer incluido– advertían que tampoco había necesidad de convertir a las pacientes en «atletas»<sup>1386</sup>. El moderado Cónill Montobbio proponía, por ejemplo, «gimnasia con medida»<sup>1387</sup>.

Tal y como Dick-Read había señalado, además, la práctica de la gimnasia no solo tenía repercusiones beneficiosas para el organismo, sino que sus virtudes se apreciaban en el humor de las pacientes. Gracias a la gimnasia, decía Puig i Roig, las pacientes confiaban en su capacidad «de dar a luz a su hijo con sus propias fuerzas», fomentando así «el optimismo necesario» para afrontar con éxito el parto<sup>1388</sup>. Por su parte, de Cárcer hizo de este argumento casi su emblema. El médico fisioterapeuta argüía entusiasta y repetidamente que no había mejor forma de preparar psíquicamente a la mujer para el parto que prepararla físicamente. De esta manera, la alumna se familiarizaba con las armas de las que dispondría el día señalado y sus temores se disipaban progresivamente según progresaba en el entrenamiento y a medida que comprendía la utilidad de cada ejercicio<sup>1389</sup>.

---

<sup>1382</sup> *Ibid.*, pp. 238-241.

<sup>1383</sup> Entre las publicaciones locales que suscribían esta visión de la utilidad de la gimnasia para el parto destaca la de Puig i Roig, «*Cómo puede realizarse*», *op. cit.*, pp. 200-204. Para el autor catalán, la gimnasia mejoraba la elasticidad del canal del parto y la respiración pulmonar y celular, equilibraba la circulación periférica y aliviaba determinadas molestias típicas del embarazo. La misma visión puede encontrarse en «*Parto sin temor, parto sin dolor*» [editorial], *op. cit.*, pp. 7 y 9-17. Otro autor que se situaba en la misma línea de razonamiento era Antonio Ferreira Gómez en Ferreira, *op. cit.*, pp. 294-309.

<sup>1384</sup> Goodrich, *op. cit.*, p. 18.

<sup>1385</sup> Puig i Roig, «*Cómo puede realizarse*», *op. cit.*, p. 200.

<sup>1386</sup> Por ejemplo Aguirre de Cárcer en «*¿La preparación [...] es beneficiosa?*», *op. cit.*, p. 75 y *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, p. 9, o Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 31.

<sup>1387</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 188.

<sup>1388</sup> Puig i Roig, «*Cómo puede realizarse*», *op. cit.*, p. 201.

<sup>1389</sup> Aguirre de Cárcer en «*¿La preparación [...] es beneficiosa?*», *op. cit.*, p. 76, o *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, pp. 9-10, y *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 85.

Frente al «tratamiento psico-quesiterápico»<sup>1390</sup> de Aguirre de Cárcer, según su propia denominación, Ángel Hernández Jiménez se mantenía tibio. La «explicación científica» de los efectos analgésicos derivados de una preparación física le parecía «poco convincente» y además la gimnasia sobrecargaba en exceso a las mujeres, ya de por sí atareadas y con dificultades para asistir a los cursillos teóricos<sup>1391</sup>. Por estas razones, el médico psicoprofiláctico no se oponía a que sus pacientes practicasen cierta forma de gimnasia, si querían, pero de ningún modo lo aconsejaba<sup>1392</sup>. En general, la relajación le parecía suficiente para lograr una buena actuación de la mujer en el parto. Por poner un ejemplo, el relajamiento neuromuscular conducía a la distensión del perineo y a una expulsión suave del feto sin necesidad de trabajar previamente la elasticidad de la zona mediante estiramientos o posturas pintorescas. Si a pesar de todo las piernas de la mujer se contracturaban durante el esfuerzo expulsivo, bastaba con sujetarlas lateralmente para que la mujer relajara automáticamente el suelo pélvico evitando así bloqueos, desgarros o episiotomías<sup>1393</sup>.

Para Hernández Jiménez, por tanto, el énfasis que concedía de Cárcer a la preparación física podía llevar a engaño sobre la causa del dolor que el método «psicoprofiláctico» buscaba prevenir. Como dice el refrán, un clavo saca otro clavo, es decir, los reflejos condicionados de respiración y relajación eran las armas pertinentes contra el miedo reflejo al parto, volviendo superflua y hasta contraproducente la búsqueda de elasticidad o de fuerza muscular<sup>1394</sup>. Como solución terapéutica, pues, la gimnasia desvirtuaba la naturaleza del problema etiológico, que no era otro que el de un procesamiento cortical defectuoso de los estímulos de la matriz. Si había una gimnasia imprescindible, esta era sin duda la que operaba el córtex durante la formación teórica. En el fondo, pues, era un escrúpulo de tipo doctrinal lo que mantenía a Hernández Jiménez en guardia. Años después de su encontronazo público con de Cárcer acerca del papel de la gimnasia en el método, Hernández Jiménez devolvía la puñalada escribiendo que algunos «se creen eclécticos, sin pensar, quizá, que el eclecticismo no consiste en escoger simplemente opiniones de uno y otro sistemas, sino en escoger aquello que es realmente bueno y útil»<sup>1395</sup>.

Para Consuelo Ruiz, por su parte, el rechazo de la gimnasia tenía que ver con una cuestión de orden moral y casi ideológica. Según su propio relato de los hechos, cuando la matrona solicitó por primera vez aplicar el método franco-soviético en una maternidad española, el director de la institución se negó a ello y la despidió diciendo: «De los rusos no queremos ni siquiera el parto sin dolor». Como vimos en el primer capítulo, un año después de estos acontecimientos, tras

---

<sup>1390</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>1391</sup> Hernández Jiménez, «*La pratique*», *op. cit.*, p. 149.

<sup>1392</sup> *Ibid.*, y «*El método psicoprofiláctico*», *op. cit.*, p. 4.

<sup>1393</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, pp. 150-151.

<sup>1394</sup> Hernández Jiménez, «*La pratique*», *op. cit.*, p. 149.

<sup>1395</sup> *Ibid.*



la alocución papal sobre el parto sin dolor, proliferaron en España los profesionales que deseaban configurar, según Vélez-Frías, un «método nacional», fácilmente distinguible del soviético y que planteara algún tipo de «aliciente» para la mujer. Y este atractivo sería la gimnasia.

Desde su posición marginada y con su clientela humilde, Consuelo Ruiz tuvo que presenciar el salto a la fama de Aguirre de Cárcer, quien además de trabajar para la Seguridad Social poseía clínicas privadas desde principios de los cincuenta. Aunque Consuelo Ruiz nunca nombró a de Cárcer explícitamente en sus escritos, la matrona tenía en mente el tipo de clientela acomodada del médico madrileño cuando identificaba la moda de la preparación «chic» con una cuestión de clase. Según Vélez-Frías, «eso de ir a un buen gimnasio, ponerse un chándal, ducharse después de los ejercicios, etc., vestía mucho. [...] El dolor era lo de menos porque luego en el parto las anestesiaban»<sup>1396</sup>. Por el contrario, ella ofrecía una preparación «de muchísima menos categoría [...], para gentes de a pie [...], no apta para mujeres elegantes, mujeres de la alta sociedad»<sup>1397</sup>.

En uno de sus escritos póstumos, Consuelo Ruiz ofrece la pista confirmativa de que el blanco de sus críticas era efectivamente Aguirre de Cárcer. Hablando de la «preparación del parto nacional-sindicalista», conocida como «ir a la gimnasia», la matrona esgrime que el inventor de la nueva modalidad preparatoria la bautizó «Educación Maternal», y comenta con sagacidad: «porque, además de la gimnasia, se enseñaba a las mujeres a parir «educadamente», a aguantar todo lo que les hicieran, sin rechistar»<sup>1398</sup>.

Pero además del sesgo político que Consuelo Ruiz veía en la moda de la gimnasia, esta suponía un atentado contra la inteligencia y la capacidad de raciocinio de la mujer. La matrona lo ilustra con una escena que presencié en un centro de salud municipal, donde la psicoprofilaxis obstétrica acababa de encomendarse, ya en los años 1980, a asistentes sociales en vez de a personal especializado. Ante las quejas de una de tales trabajadoras, que no sabía cómo emprender la educación de las gestantes, otra respondió: «no te preocupes [...]. Les dices cuatro tonterías y las [sic] mandas hacer gimnasia»<sup>1399</sup>. Según Consuelo Ruiz, esta era una tendencia generalizada y revelaba una actitud –la de obligar a hacer ejercicios sin mediar justificación teórica–, muy humillante para la mujer<sup>1400</sup>. De hecho, Vélez-Frías reivindicaba a menudo que no se minusvalorase a las pacientes, pues «la embarazada [...] está dotada de razón, no es un ser intermedio entre el animal y el hombre», protestaba la matrona<sup>1401</sup>. Lúcida y tajante, Consuelo Ruiz concluía que la embarazada no era, justamente, ningún perrito<sup>1402</sup>.

---

<sup>1396</sup> Vélez-Frías, *Cómo se hace*, op. cit., p. 28.

<sup>1397</sup> *Ibid.*

<sup>1398</sup> Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, op. cit., p. 235.

<sup>1399</sup> Vélez-Frías, *Cómo se hace*, op. cit., p. 14.

<sup>1400</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>1401</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>1402</sup> *Ibid.*, p. 27.

Ahora bien, el prisma psicoprofiláctico de Vélez-Frías y Hernández Jiménez no les impedía sacar rédito al principio de la educación neuromuscular, cuyos ejercicios, idénticos a los que Jacobson y Dick-Read usaban para la enseñanza de la relajación, también servían para fortalecer la prensa abdominal que tan útil resultaba durante la expulsión. Gracias al procedimiento, la mujer tomaba conciencia de sus propios músculos abdominales, aprendía a accionarlos aisladamente y, si repetía el ejercicio de forma sistemática, lograba instaurar un reflejo condicionado de gran utilidad el día del parto: en lugar de librarse a un estado de pánico y dolor en el instante en que la cabeza fetal colisionaba con el canal de parto, durante la fase expulsiva, la mujer aprendía a reaccionar mediante un pujo controlado y dirigido por las señales verbales de quien la asistía<sup>1403</sup>. En este sentido, la preparación muscular era «un complemento», puntualizaba Hernández Jiménez, «al servicio de la idea fundamental que es la conservación de toda la actividad nerviosa superior»<sup>1404</sup>.

Los preparadores de la órbita psicoprofiláctica no veían problema en hablar de dicha preparación en términos de «adiestramiento»<sup>1405</sup>, señalando la necesidad de repetir los ejercicios «cientos de veces» pues, como todo reflejo condicionado, el proceso debía automatizarse<sup>1406</sup>. Pero ni la idea ni el término, claro, eran nuevos. Jacobson ya había advertido que su sistema, si bien pretendía únicamente obtener la relajación, suponía un enorme sacrificio y requería «una disciplina que sólo se adquiere después de un adiestramiento severo»<sup>1407</sup>. De hecho, Hernández Jiménez reconocía que una de las dificultades del método, y causa de muchos fracasos, era precisamente la falta de colaboración de la embarazada debido a su pereza para ensayar «los ejercicios musculares»<sup>1408</sup>. Consuelo Ruiz, por su parte, alegaba que la preparación al parto exigía «obediencia», además de «una alta moral y una estricta disciplina»<sup>1409</sup>.

Aguirre de Cárcer adoptaba un tono más conciliador. El célebre preparador negaba que la formación física fuera penosa para la mujer, quien según una idea extendida se pasaba el día tumbada haciendo acrobacias esperando parir luego sin dolor<sup>1410</sup>. Nada más lejos de la realidad: el método –en este caso el suyo–

---

<sup>1403</sup> Hernández Jiménez, «*Reseña de Reuniones*», *op. cit.*, p. 247, Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 9 o Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 26-28. También de Cárcer usaba los ejercicios de base del sistema Jacobson-Dick-Read para trabajar la musculatura abdominal. Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 133.

<sup>1404</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 151.

<sup>1405</sup> Vallvé Miró, *op. cit.*, prólogo. Otro ejemplo al azar entre la literatura española es la descripción que hace Carceller Blay de los beneficios del aprendizaje respiratorio: «Durante el parto, si la gestante ha sido adiestrada, el tipo de respiración de la mujer se adapta a cada uno de los periodos del mismo parto y contribuye a facilitar su curso sin dolor». Carceller, *op. cit.*, p. 341.

<sup>1406</sup> Hernández Jiménez, «*El método psicoprofiláctico*», *op. cit.*, p. 4, Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 18, y Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, p. 93.

<sup>1407</sup> Jacobson, *op. cit.*, p. 51.

<sup>1408</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 151.

<sup>1409</sup> Vélez-Frías, *Preparación*, *op. cit.*, p. 56.

<sup>1410</sup> Aguirre de Cárcer, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, pp. 86-87. El tocólogo Vallvé Miró explicaba que la gimnasia no debía resultar «estorbo» para la mujer, e incluso uno de los manuales más explícitamente entusiastas respecto al entrenamiento gimnástico, como era el *Maternidad sin dolor* de F. W. Goodrich, reconocía que las

proponía ejercicios al alcance de cualquiera, y la habilidad para llevarlos a cabo no residía ni en el carácter de la paciente ni en su experiencia previa, sino en su constancia<sup>1411</sup>.

Como en otros aspectos, de Cárcer emulaba aquí a su mentor británico. En efecto, aunque el método de Dick-Read conllevaba sacrificios y esfuerzos regulares por parte de las pacientes, la prosa del inglés se caracterizó más bien por un estilo tan comedido y suave que parecía excluir toda severidad o exceso de rigor en el trato del médico hacia estas. No obstante, profesionales que suscribían abiertamente el método readiano como Santiago Lorén o Félix Fernández Portal tampoco dudaron en hablar de la disciplina férrea y el adiestramiento riguroso que era indispensable a la preparación<sup>1412</sup>. Como sucede en el caso de Consuelo Ruiz o Aguirre de Cárcer, la mayoría de discursos sobre la preparación al parto solían mezclar elementos terapéuticos, etiológicos y de estilo, dando lugar a batiburrillos difíciles de clasificar. En todo caso, la doble moral de los obstetras en el trato a las embarazadas era a veces asombrosa. Hasta Usandizaga, que como sabemos se mantuvo crítico con ambos métodos, aconsejaba combinar la afabilidad con la mano dura en la asistencia: «Aunque propugnamos al máximo un profundo sentido de conmiseración y de afecto humano», decía el bilbaíno, «no faltan ocasiones en que un grito a tiempo del médico es muy útil»<sup>1413</sup>.

Por contraste, la dulzura con que Dick-Read pintaba la calistenia prenatal dio lugar a caricaturas sobre el origen soviético y comunista del método psicoprofiláctico, hecho que en sí mismo constituía para muchos médicos españoles una buena razón para sumarse al parto natural del inglés. Víctor Cónill Montobbio, que como de Cárcer flirteaba con el modelo readiano por motivos más confesionales e ideológicos que estrictamente científicos, desconfiaba por ejemplo del estilo de instrucción corporal de los psicoprofilácticos en su intervención titulada «Metron to Beltiston». Como vimos, el ginecólogo catalán aprovechaba su charla para hacer un llamamiento a la mesura en la valoración de los principios, las técnicas y los resultados de la preparación al parto, y por ello se mofaba del «rigor militar» con que se practicaba la gimnasia en maternidades y películas, «con un doctor que reprende a una gestante porque no sabe relajar sus brazos y que excluye a otra del pelotón porque está distraída con el flamante uniforme deportivo que le han puesto»<sup>1414</sup>.

Como vemos, la gimnasia despertaba reticencias morales, políticas e ideológicas por el mismo motivo por el que seducía a buena parte de profesionales del parto sin dolor: porque era un medio sumamente eficaz para

---

prácticas no debían suponer nunca un «engorro» en la vida cotidiana de la embarazada. Vallvé Miró, *op. cit.*, p. 110 y Goodrich, *op. cit.*, p. 104.

<sup>1411</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, pp. 93 y 96.

<sup>1412</sup> Véase Fernández Portal, *op. cit.*, p. 24, y Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 31.

<sup>1413</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 59.

<sup>1414</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, pp. 187-188.

disciplinar a las mujeres y convertirlas en colaboradoras del trabajo efectuado por el equipo tocológico<sup>1415</sup>. La sombra del autoritarismo oscurecía de este modo la dimensión gimnástica de la preparación al parto, aunque los distintos actores agitaban el fantasma hacia un lado u otro en función de las posiciones ideológicas de cada uno. Donde autores como Cónill Montobbio o Manuel Usandizaga denostaban el uso de la gimnasia por reflejar el componente totalitario de los regímenes socialistas, el mismo enfoque podía aplicarse, como hacía Consuelo Ruiz, a la alienación que fomentaba en la España franquista esta veneración por la disciplina, el orden, y la sumisión de las mujeres a cualquier fuente exterior de autoridad. De hecho, no es casual que la Sección Femenina utilizara el mismo método de gimnasia –el de Henrik Ling– que estaba en la base del sistema inglés y de la educación neuromuscular carceraria<sup>1416</sup>. Y es que la dimensión política de la gimnasia se remonta en realidad a su constitución misma como especialidad médica. Los estudios sobre el asunto señalan que dicho proceso de institucionalización daba continuidad a los usos galénicos de tratamientos no farmacológicos contra el dolor y la enfermedad, informándolos del imaginario sobre la eugenesia, la degeneración y la salubridad física que caracteriza a la conciencia burguesa y que da pie a la gestión que los estados decimonónicos hicieron de las poblaciones recientemente industrializadas y urbanizadas del siglo XIX. En este sentido la gimnasia (posteriormente integrada a las escuelas como educación física), así como la rehabilitación fisioterápica o la ortopedia, conforman algunos de los mecanismos preventivos de las políticas de higiene social de este periodo, aunque a su vez evolucionaron también como procedimientos de diferenciación social precisamente por las preocupaciones y aspiraciones de clase que estas prácticas encapsulaban<sup>1417</sup>.

En todo caso, la porosidad de la educación neuromuscular a imaginarios ético-políticos sobre el orden social o el modelo de buen ciudadano explica la abundancia de lenguaje moralizado en la literatura para describir el fenómeno tanto en positivo –constancia, rigor, obediencia– como en negativo –pereza, represión, exclusión social. Así, las embarazadas se limitaban tal vez a estirar y contraer sus miembros, acompañándose de respiraciones rítmicas o de un moderno *cassette*, vestidas en chándal o en ropa de calle, refugiadas en casa o en

---

<sup>1415</sup> El psicoprofiláctico Francisco Ucieda, de León, también se sumaba a la gimnasia como forma de disciplinar a sus pacientes. Ucieda, *op. cit.*, p. 22.

<sup>1416</sup> Morcillo, *The Seduction*, *op. cit.*, p. 199. Morcillo ha analizado la influencia que los discursos de Pío XII tuvieron en la conceptualización franquista del ejercicio físico, pensado como un medio para alcanzar la perfección espiritual y garantizar, según la autora, docilidad y obediencia. Para un análisis del lugar de la gimnasia en la educación de las jóvenes a cargo de la Sección Femenina en los primeros años de la dictadura, véase Mónica García Fernández, «Nuestro puesto está en el hogar». Los campamentos femeninos en Asturias durante el primer Franquismo (1938-1945)», *El Futuro del Pasado*, 3, 2012, pp. 137-159.

<sup>1417</sup> Miguel Vicente-Pedraz y Xavier Torredadella-Flix, «El dispositivo gimnástico en el contexto de la medicina social decimonónica española. De las políticas higiénicas a los discursos fundacionales de la educación física», *Asclepio*, 69 (1), 2017. El artículo es una síntesis del nacimiento de la gimnasia en España como espacio profesional rápidamente copado por la autoridad médica y como antecedente teórico-práctico de la moderna educación física escolar. Para un análisis más exhaustivo de las relaciones entre este ámbito del pensamiento médico, las corrientes pedagógicas y el surgimiento de los estados modernos véase Georges Vigarello, *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2005.

la intimidad de la consulta o del centro de preparación. Pero la forma en que ejecutaban dichos gestos en apariencia anodinos canalizaba la postura de los profesionales sobre asuntos como la jerarquía, el civismo y la vida en comunidad. Por eso mismo, también, triunfar en el aprendizaje del parto sin dolor era conceptualizado como un signo de virtud.

Por último, la ambigüedad de los distintos actores –fuera cual fuera su bandera o su color– llegaba al extremo cuando teorizaban la instrucción corporal como una forma de potenciación de la individualidad. Aunque el objetivo más claro era la estandarización de la conducta de las gestantes de cara a un funcionamiento fluido en el paritorio contemporáneo, las publicaciones insisten en que la finalidad del entrenamiento era agudizar la sensibilidad muscular de la mujer, y de tal modo despertar y robustecer su capacidad de acción sobre su propio cuerpo. Aguirre de Cárcer fue quien más énfasis dio a este aspecto, alegando que su método era el único en Europa, junto al del Doctor Koller en Basilea, en utilizar la gimnasia como «ejercicio de autodomínio con respiración controlada», un proceso de aprendizaje que el tándem suizo-español vinculaba con la «estimulación de la voluntad»<sup>1418</sup>.

La educación corporal servía pues para economizar energías pero también para afianzar un gobierno racional del cuerpo. Este ideal había logrado atravesar todas las reflexiones sobre los procederes corporales que permitían prepararse para un parto sin dolor. Para el «dominio de la voluntad», los distintos métodos partían de un mismo procedimiento: parcelando su cuerpo en varios segmentos, la embarazada alternaba la activación y la desactivación de ciertos grupos musculares con el fin de distinguir la tensión del estado de reposo y, a partir de ahí, el trabajo se orientaba hacia la obtención del uno (el reposo o la relajación) o del otro (la acción y la tensión musculares). Jacobson había protestado porque algunos identificaban lo segundo con lo primero o, aún peor, añadían al sistema elaboradas tablas de ejercicios con estiramientos, posturas y movimientos varios que de ningún modo conducían a la deseada relajación fisiológica.

La psicoprofilaxis había llegado por su cuenta a una conclusión similar y, exceptuando el brío gimnástico necesario para los pujos abdominales de la expulsión, la disciplina corporal del entrenamiento consistía básicamente en un dejarse ir controlado y plenamente consciente. En cambio, el modelo readiano aplicaba al ejercicio una lente más reversible, y de la práctica de la relajación a la calistenia vigorizante los autores pasaban sin solución de continuidad. Además, unos y otros explicaban distintamente esta educación neuromuscular de doble filo. Lo que desde el prisma psicoprofiláctico se teorizaba como la oportunidad para instaurar un nuevo condicionamiento, en el enfoque readiano se

---

<sup>1418</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, op. cit., pp. 20-21.

correspondía con la búsqueda de una tonicidad corporal que mejorase el estado de ánimo de la paciente y por tanto también su rendimiento durante el parto.

Para unos y otros, sin embargo, la acción sobre los músculos era el síntoma de una mente clara que ostentaba autoridad sobre su siervo el cuerpo. Tanto daba si la finalidad era distender la musculatura o al contrario aprovechar su potencia. Como decía Consuelo Ruiz, traer un niño al mundo sin dolor exigía gran «presencia de ánimo»<sup>1419</sup>. Literalmente, pues, el alma de la parturienta debía estar en todo momento presente.

## 11. 2. Cerebros bien despiertos

En la geopolítica del parto sin dolor, cada método elaboró su propio guión de la mujer soberana que, en el trance de convertirse en madre, daba a luz con «dignidad». Como ha señalado Paula A. Michaels, el concepto de soberanía femenina que construyeron los métodos de preparación al parto promocionaba una actitud exenta de cualquier forma de agitación o de protesta por parte de la paciente. La dignidad y la soberanía, en este sentido, estaban más relacionadas con la deferencia hacia la autoridad médica que con la integridad y la autonomía de la parturienta<sup>1420</sup>. Pues bien, para brillar en su papel de recatada intérprete, la mujer podía acogerse a un recurso muy sencillo: la relajación, que no era sino la técnica escénica estrella del comedimiento.

Para relajarse y poder parir con el autocontrol que exigía la ocasión, la mujer se atenía a un código o guión preestablecido. Pero la cuestión de cómo se relajaba una se utilizaba a veces con claros fines estratégicos. Los autores psicoprofilácticos, por ejemplo, no desperdiciaron ocasión para vilipendiar el sistema readiano sobre este preciso punto: la relajación del método inglés implicaba pasividad, cesión, derrota. Así, cuando el británico acusaba a los franceses de comunistas, ellos arqueaban las cejas respecto al estado enajenado de sus parturientas.

Este epígrafe procede en un diálogo constante entre la postura que caracterizó a la psicoprofilaxis en material de control mental de sus pacientes y otras posiciones menos ambiciosas. Las primeras líneas plantean la oposición de base entre el supuesto carácter activo de la relajación psicoprofiláctica y la pasividad mental que solía asociarse a las técnicas del modelo readiano. A continuación el texto explora más en detalle los motivos de esta identificación del parto natural con estados hipnóticos y la réplica de Dick-Read al respecto: calcando los mecanismos naturales de respuesta ante el dolor, su método tan

---

<sup>1419</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, op. cit., p. 24.

<sup>1420</sup> Véase por ejemplo el original análisis que Michaels hace del tema mediante fuentes audiovisuales en «*The Sounds and Sights*», op. cit., pp. 29-33.

solo hacía fluctuar la intensidad de los procesos sensoriales sin alterar de forma relevante el raciocinio de sus pacientes. Acto seguido, y tras destacar algunos de los deslices y sobreinterpretaciones a los que llevó a pesar de todo la semejanza entre el parto natural y la hipnosis, el análisis contempla la propuesta de un defensor confeso de esta última corriente, consistente en asimilar los procesos de conciencia a la fisiología de la vigilia. El texto también aborda los motivos de algunos autores locales para censurar el uso de la hipnosis, y a ello contrapone el discurso prometedor de la psicoprofilaxis, con una definición de la «conciencia» en el parto que no solo abarcaba aspectos deliberativos o intelectivos, sino también sensoriales. Por último, el análisis cierra con la oposición a los preceptos psicoprofilácticos (e incluso a algunos readianos) por parte de un revisionismo católico que pensaba la instrucción prenatal como una oportunidad para la estimulación de la conciencia femenina en su dimensión mística o espiritual, y ello en contrapunto a la conciencia solidaria o de clase que, por encima del resto de ventajas, la psicoprofilaxis decía fomentar. Con todo, la sección pretende iluminar los debates que mantuvieron los métodos de preparación al parto en torno a la actividad mental y el papel de mecanismos sugestivos a raíz de las técnicas fisioterápicas de relajación.

En calidad de alumno predilecto de la escuela franco-soviética, Ángel Hernández Jiménez tenía por supuesto algo que decir. La famosa *relaxation* de Dick-Read, pregonaba el madrileño, era «moralmente discutible»<sup>1421</sup>. Es decir, era una relajación de «mayor alcance» que la simple distensión muscular, era una relajación de tipo «psíquico»<sup>1422</sup>. En el parto natural, la relajación se obtenía por procedimientos físicos de inspiración jacobsoniana, cierto es, pero sus detractores denunciaban que Dick-Read sugestionaba verbalmente a la paciente causando una inhibición difusa de su corteza cerebral. De este modo, la mujer caía en un «estado de semisomnolencia» con efectos, alertaba Hernández Jiménez, «inesperados»: al menguar el umbral de percepción sensible, el dolor aumentaba, Dick-Read se veía forzado a anestesiarse y el parto dejaba de ser natural por mucho que el británico se empeñase en seguir llamándolo así<sup>1423</sup>. Como decía el colega de Hernández Jiménez, el leonés Francisco Ucieda, además de una «perniciosa tendencia a la sugestión», Dick-Read echaba siempre mano a la anestesia al final del parto, destruyendo así «todo el andamiaje de su creación»<sup>1424</sup>.

En clave psicoprofiláctica, en cambio, el objetivo principal era mantener la corteza equilibrada y encendida, para lo cual los preparadores animaban a la

---

<sup>1421</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 148. Ángel Hernández Jiménez mostró cierta fijación en criticar el método readiano y las consecuencias del tipo de relajación que este proponía. Véase a este respecto también «*Antecedentes*», *op. cit.*, y «*La pratique*», *op. cit.*

<sup>1422</sup> Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, p. 148.

<sup>1423</sup> *Ibid.*

<sup>1424</sup> Ucieda, *op. cit.*, p. 15.

mujer a entretenerse durante la primera fase de la dilatación con tareas como el punto, la lectura de revistas y la conversación<sup>1425</sup>. Gracias a su comprensión pavloviana de los procesos sensoriales, la psicoprofilaxis obstétrica popularizó el recurso a la distracción durante el periodo inicial del parto, pero sin duda se usaba con anterioridad y siguió empleándose en las maternidades independientemente de la vinculación del personal con la tradición psicoprofiláctica. Marilène Vuille ha señalado que esta clase de consejos transmitían una imagen precisa de lo que se esperaba de la mujer, pues la «labor fácil» que ocupaba a la parturienta –aquí según la expresión de Hernández Jiménez–, se asociaba con actividades típicamente femeninas. He aquí pues un ejemplo de cómo un gesto terapéutico contribuye a reforzar y normalizar las identidades de género prevalentes<sup>1426</sup>.

Con el ímpetu creciente de las contracciones, la parturienta sí podía (y debía) relajarse, pero desde un punto de vista exclusivamente muscular y únicamente durante la contracción. Tales consignas cobraban sentido dentro de un método que se publicitaba a sí mismo como el único capaz de obtener «un cerebro bien despierto», una expresión de Hernández Jiménez que traducía la idea de una mujer participativa y plenamente consciente durante el parto<sup>1427</sup>.

En esta misma línea, Aguirre de Cárcer explicaba a sus alumnas que mientras la distensión que sigue a una contracción puede ser pasiva, la relajación, sin embargo, era un acto consciente, un acto de la voluntad, una orden del cerebro. Según la concepción pavloviana, pues, la inhibición consciente de la motricidad era un foco de excitación cortical positivo<sup>1428</sup>.

La distinción entre psicoprofilaxis y parto natural era tan diáfana a ojos de Fernand Lamaze que el célebre tocólogo se confesaba molesto y sobrepasado cuando el público confundía ambos métodos: era obvio que Dick-Read perseguía la inhibición, «es decir la pasividad cerebral», mientras que el parto sin dolor de la psicoprofilaxis fomentaba una actividad cortical continua. Pero «las verdades más deslumbrantes solo se revelan ante aquellos que quieren verlas», se lamentaba el francés<sup>1429</sup>. Por esta razón la psicoprofilaxis francesa rechazó siempre el término *relaxation* y prefirió el de *relâchement neuromusculaire* para designar las prácticas corporales que ponían a la mujer en el estado psicofísico más propicio al trabajo de parto<sup>1430</sup>. En la maternidad de Bluets, la idea de relajación se vinculaba a conceptos como el de pasividad, sumisión, y hasta derrota, y por ello preferían la expresión de relajamiento neuromuscular, libre de tales connotaciones. Esta asepsia terminológica «se relajó» un tanto en España, pues los promotores de la psicoprofilaxis sí se permitieron hablar de

---

<sup>1425</sup> Hernández Jiménez, «Nuestra práctica», *op. cit.*, p. 150.

<sup>1426</sup> *Ibid.* Vuille realiza este análisis en «L'invention», *op. cit.*, p. 46.

<sup>1427</sup> Hernández Jiménez, «Nuestra práctica», *op. cit.*, p. 148.

<sup>1428</sup> «Relajación», Maternidad de La Paz, p. 5. (EEEM).

<sup>1429</sup> Lamaze, *Texto del discurso*, *op. cit.*, p. 10.

<sup>1430</sup> Vuille, «L'invention», *op. cit.*, p. 45.



*relajación*, aunque insistiendo a menudo en las diferencias que esta práctica mantenía con su concurrente en el sistema readiano.

Ciertamente, Grantly Dick-Read había sido un tanto ambiguo en sus publicaciones. El británico defendía simultáneamente una relajación física y mental, llamando a menudo a esta última «disociación»<sup>1431</sup>. En las descripciones del estado mental de sus pacientes, Dick-Read observaba con frecuencia la aparición de periodos amnésicos, de percepciones «nubladas», y de una cierta pérdida de control muy similar a la que se produce en la transición entre los estados de vigilia y de sueño<sup>1432</sup>.

Dick-Read precisaba, no obstante, que estos fenómenos eran también observables en los partos de aquellas mujeres que, aun sin instrucción prenatal, acometían el trabajo de parto sin miedo alguno. Era el típico caso de la campesina que pare en el establo sumida en un estado catalogable como «hipnosis de vigilia», comentaba Dick-Read<sup>1433</sup>. En cierta medida, el parto natural buscaba emular estas condiciones fisiológicas espontáneas del cuerpo en labor. Por paradójico que fuese, el propio nombre del método derivaba de este principio naturalista según el cual existía una forma instintiva de parir, con su particular estado de conciencia, que las mujeres civilizadas debían alcanzar tras un cierto aprendizaje. Como ya vimos, y de nuevo alineándome con Vuille, aquí reside la contradicción inherente a la idea misma de la *educación* prenatal, con su aserto sobre la necesidad de rehabilitar el instinto perdido, y los medios empleados por los distintos métodos para lograrlo, cual la asimilación de ciertas técnicas o el aprendizaje de las teorías adecuadas<sup>1434</sup>.

Así pues, independientemente de la dialéctica de inhibición/excitación cortical, que pertenecía al enfoque psicoprofiláctico, el método readiano ofrecía la posibilidad de modular *naturalmente* la aptitud perceptiva de la mujer para reducir el recurso a fármacos y mejorar ostensiblemente la experiencia de la paciente. Pero difuminar la nitidez de las percepciones no significaba, en ningún caso, dormir a la mujer con artes oscuras. Si acaso, Dick-Read podía llegar a admitir que en el periodo expulsivo la mujer quedaba transida entre contracciones, alcanzando una relajación completa «e incluso el sueño», pero «levantándose» a cada nuevo empuje para colaborar en el alumbramiento<sup>1435</sup>. De hecho, se defendía Dick-Read, los estados amnésicos y de cierta enajenación de sus pacientes eran transitorios, y además durante ellos la mujer se mantenía despierta y consciente, al menos en el sentido de oír y comprender lo que se le

---

<sup>1431</sup> Dick-Read, «Aspectos psicósomáticos», *op. cit.*, p. 106.

<sup>1432</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, pp. 113-114.

<sup>1433</sup> *Ibid.*, p. 114.

<sup>1434</sup> Vuille, *Accouchement et douleur*, *op. cit.*, p. 57. Menciono este tema también en la conclusión de *(Psico)terapia*.

<sup>1435</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 157.

decía. Y si de veras la conciencia parecía en exceso abotargada, el obstetra británico aconsejaba despabilar a la parturienta sin dilación<sup>1436</sup>.

A fin de cuentas, pues, el parto natural adormecía a las pacientes en un plano únicamente sensorial, y en ningún caso perturbaba su capacidad de discernimiento. Aunque Dick-Read nunca lo formuló explícitamente, diríase que la línea entre sensorialidad y clarividencia era la que garantizaba la «moralidad» de su método. De hecho, Dick-Read fue siempre crítico con el abuso de anestésicos por parte de sus compañeros de profesión, quienes se dieron como cometido, decía, salvar a la princesa del dragón –el dolor del parto– con la lanza de la ciencia. Pero por muy loable que esto fuera, declaraba Dick-Read, había una gran diferencia entre arrancar el miedo de raíz y huir de él sumiendo a la mujer en la inconsciencia<sup>1437</sup>. Una diferencia que el británico traducía, un poco literariamente, en términos de coraje, y ello tanto desde el punto de vista de la paciente como del médico, pues en el parto natural ambos encaraban la situación con valentía, o sea sin desnaturalizar la entrada en la maternidad escudados tras las drogas<sup>1438</sup>.

De acuerdo con esto último, Dick-Read trataba de regular los procesos de conciencia, adecuándolos a cada etapa del trabajo de parto y reduciendo su intensidad en ocasiones, pero manteniendo la conciencia en todos los casos e inspirándose en lo que sucedía *de todos modos* en muchos partos naturales espontáneos. En cuanto al procedimiento utilizado para relajar la conciencia sensorial, Dick-Read calcaba el modelo de Jacobson: la relajación no era más que «la adquisición práctica y voluntaria de un estado físico», no había que tratarla como un truco de magia ni exigir a las alumnas poner la mente en blanco, ya que la evitación del pensamiento era uno de los más arduos ejercicios mentales, ironizaba el británico<sup>1439</sup>. El blanco mental, de conseguirse, aparecía según Jacobson sin gasto innecesario de energías: al alcanzar el grado máximo o «cero» de la relajación, que era la distensión de la musculatura de la frente y del glóbulo ocular, el norteamericano comprobaba que su alumna –Maxine– detenía automáticamente el flujo de pensamiento. Como vimos, Jacobson justificaba estas observaciones con la idea de una imbricación absoluta entre tensión neuromuscular y procesos cognitivos o emocionales<sup>1440</sup>. Por su parte, Grantly Dick-Read repetía en varias ocasiones el mismo esquema, es decir, que la relajación mental no era sino un síntoma de un estado de relajación fisiológica perfecto.

A la hora de divulgar estos preceptos, no obstante, muchos autores hablaban del factor psíquico de la relajación readiana como de una suerte de

---

<sup>1436</sup> *Ibid.*, p. 166.

<sup>1437</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, p. 40.

<sup>1438</sup> En efecto, la relación entre preparación al parto y coraje, valentía o valor es omnipresente en la obra readiana. Véase, por ejemplo, Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, pp. 4, 10, 12, 14, 40, 47, 65, 68, 70, 79, 88, 107, etc.

<sup>1439</sup> *Ibid.*, pp. 228 y 233.

<sup>1440</sup> Jacobson, *op. cit.*, pp. 80-85.

«cooperación imaginativa»: así por ejemplo un artículo aconsejaba «huir de toda preocupación y pensar en la tranquilidad del campo una tarde de primavera, en una serena noche estrellada, etc.»<sup>1441</sup>. Este tipo de consejos para la relajación, que Dick-Read no suscribió nunca, contribuyeron a engrandecer la polémica que se cernía sobre el británico, su misticismo, y la proximidad de su método con el parto hipnótico. El mismo Jacobson, de hecho, hubo de compadecer en su libro a Grantly Dick-Read por el aluvión de críticas que recibió este último, alegando que la selección de términos de su discípulo –tales como «trance», «éxtasis» o «disociación»– resultaba ciertamente «desafortunada»<sup>1442</sup>. En su defensa, asimismo, el estadounidense explicaba que el criterio de distinción definitivo entre el «trance hipnoidal» y el estado de relajación propio del parto natural estribaba en que las mujeres hipnotizadas presentaban remanentes amnésicos, cosa que no sucedía con las pacientes de Dick-Read, o en todo caso no se llegaba más allá de simples periodos de amnesia parcial o pasajera. En España, obstetras que secundaban a Dick-Read también saltaron a la palestra alegando que la diferencia entre la «auténtica hipnosis» y el parto natural radicaba en la amnesia<sup>1443</sup>.

En efecto, la situación de la hipnosis era por aquel entonces delicada. Como relataba el propio Alfonso Caycedo años más tarde, su disciplina se originó «dentro de la tremenda crisis de los conceptos de la hipnosis», como el de orden post-hipnótica o la semántica relacionada con el sueño natural, la inconstancia de la anestesia hipnótica, el hecho de que la hipnosis se aceptara como proceso inhibitorio de algunos animales o la mala fama de la amnesia<sup>1444</sup>. Así pues, aunque en el ámbito clínico el meridiano del siglo asistió a un repunte del interés por la hipnosis, como señala de Pablo, el fenómeno suscitaba recelo en términos generales<sup>1445</sup>. Usandizaga refería que en el gremio obstétrico, por ejemplo, «la inmensa mayoría» de profesionales seguían sumidos en la reserva hacia dicho procedimiento, a pesar de la proeza y distinción de algunos de sus promotores, como por ejemplo William S. Kroger y su colaborador, quienes lograron salir airosos de una cesárea y una histerectomía «sin más anestesia que la hipnótica»<sup>1446</sup>. William S. Kroger fue, de hecho, una de las figuras más influyentes de la nueva investigación en torno a la hipnosis en este periodo, y sus aportaciones no solo se limitaron a la tocoginecología sino que se aplicaron a otras especialidades e incluso a la medicina forense en colaboración con los cuerpos de seguridad estadounidenses.

---

<sup>1441</sup> Ferreira, *op. cit.*, p. 294.

<sup>1442</sup> Jacobson, *op. cit.*, p. 137. Dick-Read llamaba asimismo al momento en que la mujer oye el primer grito del recién nacido «transfiguración». Véase Dick-Read, «Aspectos psicossomáticos», *op. cit.*, p. 107.

<sup>1443</sup> Carceller, *op. cit.*, p. 346.

<sup>1444</sup> Caycedo «Introducción», *op. cit.*, pp. 20-21.

<sup>1445</sup> González de Pablo, *op. cit.*

<sup>1446</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, pp. 71 y 70 respectivamente.

Al principio de su carrera, Kroger combinaba el parto natural con la hipnosis pero se resistía a aceptar que el procedimiento provocara un adormecimiento real de la paciente. Ni por supuesto admitía que ello fuera deseable. Para el obstetra y psicoterapeuta estadounidense, la reproducción representaba «el acmé de la maduración psicosexual femenina, el principal objetivo de la vida de la mujer», y de ello deducía «que cierto grado de conciencia del parto constituye una prueba psicológica esencial»<sup>1447</sup>.

A su entender, este requisito no era del todo incompatible con la hipnosis. Para empezar, Kroger se mantenía más escéptico que Jacobson en cuanto al carácter escurridizo del método readiano: en él intervenía sin duda algún tipo de sugestión, probablemente una hipnosis de vigilia o trance ligero causado por la influencia de la autoridad y el prestigio que el tocólogo ostentaba ante sus pacientes, decía el norteamericano. Pero además, si el caso lo requería Kroger se permitía ir un poco más allá de la simple sugestión y aplicaba una técnica hipnótica que, según él, actuaba interrumpiendo la transmisión de los impulsos dolorosos mediante «ablación sináptica en la médula»<sup>1448</sup>.

Así y todo, Kroger mantenía que ni la sugestión post-hipnótica del parto natural ni sus propios resultados con hipnosis profunda podían equipararse con la inconsciencia o con el sueño. Kroger se basaba en mediciones de las constantes vitales de pacientes hipnotizados para demostrar que, «fisiológicamente, el estado hipnótico es idéntico al estado de vigilia» y que, por tanto, la hipnosis poseía la virtud de aumentar el umbral del dolor del paciente sin causarle «pérdida de conciencia»<sup>1449</sup>. Ahora bien, que el cuerpo del hipnotizado funcionase como en estado de vigilia no era suficiente para corroborar que los procesos de percepción sensorial o el propio entendimiento fueran equivalentes en ambos estados. A este respecto, Kroger citaba algunas publicaciones que ahondaban en este punto pero no se demoraba con demostraciones<sup>1450</sup>.

Además, proseguía el autor, la sugestión y el hipnotismo no entrañaban engaño o manipulación, sino que al contrario eran medios eficaces para entrenar a la paciente en técnicas autosugestivas que reforzaran su capacidad de autodominio en situaciones de miedo o tensión<sup>1451</sup>. Sin embargo, Kroger reconocía que mientras el éxito del parto natural radicaba en la confianza y el conocimiento de sí mismas que el método brindaba a las pacientes, la terapia hipnótica o «relajación por sugestión», como él la llamaba, prescindía de cualquier tipo de aprendizaje y dependía casi exclusivamente de la pericia del

---

<sup>1447</sup> Freed y Kroger, *op. cit.*, p. 141. Aunque los capítulos de esta obra no vienen firmados a excepción del que escribe Grantly Dick-Read, Kroger deja clara su autoría del capítulo que versa sobre su método de Relajación Sugestiva en la página 143, y por eso me referiré en esta parte solo a él, y no a Charles S. Freed.

<sup>1448</sup> *Ibid.*

<sup>1449</sup> *Ibid.*, p. 145.

<sup>1450</sup> *Ibid.*, p. 160. Los estudios referidos por Kroger eran los siguientes : Wells, W. R., *The Extent and Duration of Post-hypnotic Amnesia*, «J. Psychol.», 9, 1940, (pp. 137-151) y Brenman, M., Gill, M. M., y Hacker, F. J., *Alterations in the State of the Ego in Hypnosis*, «Bull. Menn. Clin.», 11, 1947, (pp. 60-66).

<sup>1451</sup> *Ibid.*, p. 145.

hipnotizador en conducir el proceso. El factor de participación activa de la parturienta era por tanto casi inexistente<sup>1452</sup>.

La relajación sugestiva de Kroger ponía pues a la paciente a merced de la actuación de otra persona y posteriormente la mujer no guardaba recuerdo de lo ocurrido<sup>1453</sup>. Pero ni la delegación ni la amnesia suponían mayor problema a ojos del estadounidense siempre y cuando pudiera justificarse que ella no dormía de veras. La hipnosis eliminaba de la ecuación tres de las variables en juego: a saber, la voluntad de la parturienta, su agudeza sensitiva y también el recuerdo de las impresiones somáticas vividas. La operación seguía siendo válida, no obstante, en tanto que su juicio quedaba intacto. Kroger asimilaba la conciencia con un estado vegetativo de vigilia que permitía a la paciente reflexionar sobre lo ocurrido, al menos como si narrase su parto en tercera persona. Este grado de conciencia intelectual, ya que no sensitiva, era ciertamente mínimo, pero también era suficiente para promover la maduración psicológica que el paso a la maternidad debía entrañar en cualquier joven gestante.

El compromiso de mínimos de Kroger no encontró gran acogida en España. Como ya sabemos, y a pesar de su receptividad metodológica, Aguirre de Cárcer disenta sobre los beneficios de aplicar la hipnosis en el parto. Con dicha técnica, se lamentaba el madrileño, la mujer no hacía nada, «todo lo ha hecho el hipnólogo y no hemos aprovechado el embarazo para prepararla para ser madre»<sup>1454</sup>. Tampoco a Cónill Montobbio le convencía la aplicación de la hipnosis al parto. Según el catedrático, la hipnosis era inocua desde múltiples puntos de vista, pero deprimía «el afecto maternal», haciendo necesario alternar el tratamiento «con lapsos de vigilia y plena conciencia», y con el inconveniente añadido de que la hipnosis conectaba «durablemente la voluntad del hipnotizado a la del hipnotizador»<sup>1455</sup>. La única forma de hipnosis que Montobbio aprobaba, en todo caso, era la sugestión colectiva, más cercana al entusiasmo contagiado o la superstición que a la conducción hipnótica propiamente dicha. Pero más allá de los efectos que pudieran tener estos mecanismos inofensivos de sugestión grupal, el preparador no podía adjudicarse el derecho de alterar la experiencia espontánea de las pacientes, ni su determinación de participar plenamente en el suceso. Conciencia y voluntad eran para Cónill Montobbio la garantía mínima de la moralidad del nacimiento. Por ello, y a pesar de sus reticencias ideológicas y religiosas, el ginecólogo del Hospital Clínic suscribió y practicó en buena medida las enseñanzas psicoprofilácticas, ya que solo «el nuevo método», decía el catalán, «sirve realmente a este concepto»<sup>1456</sup>.

---

<sup>1452</sup> El comentario sobre el parto natural se encuentra en la página 144 y la descripción del método mixto Read-Kroger en pp. 149-151.

<sup>1453</sup> *Ibid.*, p. 145.

<sup>1454</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación a la maternidad*, *op. cit.*, p. 151.

<sup>1455</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 184.

<sup>1456</sup> *Ibid.*

El juego entre sensorialidad y discernimiento amenizaba pues los debates de los distintos métodos de analgesia psicológica del parto. Y como vimos, la psicoprofilaxis poseía a este respecto un as de oros: el trabajo mental que realizaba la parturienta no solo garantizaba que esta se encontraba en plenas facultades racionales, sino que la mujer percibía con diáfana exactitud lo que sucedía en sus entrañas, y además el proceso no dejaba lagunas en su memoria<sup>1457</sup>. Así, la mujer que daba a luz con la ayuda de la psicoprofilaxis lo hacía con capacidad deliberativa y sensorialidad acentuada, pero sin amnesia y sin dolor.

Según Lamaze, la «analgesia cortical»<sup>1458</sup> típica del método psicoprofiláctico consistía en «transformar cualitativamente la percepción»<sup>1459</sup>. Al cortocircuitar el reflejo doloroso, la mujer obtenía un «emocionante conocimiento sensible» de las modificaciones viscerales y somáticas del trabajo de parto, sensaciones que incluso resultaban agradables a la interesada. «Entonces, ¿no has sentido nada?», preguntaba un pariente escéptico a una de tantas mujeres cuyos testimonios poblaban la literatura psicoprofiláctica; «sí, al contrario, ¡lo he sentido todo y eso es lo maravilloso!»<sup>1460</sup>. La baza más valiosa de la psicoprofilaxis consistió, por tanto, en publicitar la posición de la mujer que paría bajo el método como una auténtica narración en primera persona. Como observaba un periodista que entrevistó a Hernández Jiménez en 1956, el método psicoprofiláctico permitía «liberar a las madres españolas y de todo el mundo de los proverbiales dolores del parto, poniendo en juego únicamente sus facultades naturales y elevándola a primerísimo plano no ya en calidad de sujeto pasivo ni de víctima propiciatoria, sino de protagonista de tan glorioso acontecimiento»<sup>1461</sup>.

Por supuesto, no todos estaban de acuerdo con la autoproclamada victoria de la psicoprofilaxis. Santiago Lorén era categórico al respecto: el método franco-soviético era básicamente sugestivo y actuaba desbordando el espíritu de crítica de la mujer. Haciéndose eco del mensaje transmitido por Pío XII, el sistema planteaba el inconveniente, según Lorén, de una «posible lesión de la personalidad, posible transformación de la mujer en un ser sumiso, semi-hipnotizado, con el perjuicio que esto supone para el desarrollo de la fuerza espiritual y afectiva que la futura madre ha de tener»<sup>1462</sup>.

De la misma opinión era Félix Fernández Portal, quien también recordaba el discurso papal sobre la necesidad de «dejar incólume la personalidad humana de la mujer» y arremetía contra los experimentos llevados a cabo en «la

---

<sup>1457</sup> Lamaze y Vellay, «*Cinq ans*», *op. cit.*, p. 39.

<sup>1458</sup> Lamaze, *Texto del discurso*, *op. cit.*, p. 2.

<sup>1459</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 17.

<sup>1460</sup> *Ibid.*

<sup>1461</sup> «El parto psico-profiláctico y su introducción en España. De cómo el Dr. Hernández Jiménez introdujo por primera vez hace más de dos años este revolucionario método», enero de 1956. (CM-HJ)

<sup>1462</sup> Lorén, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 67.

acondicionada Torre de Pavlov», donde supuestamente se pretendía «convertir a la mujer en *un perro más de las experiencias*» del sabio ruso<sup>1463</sup>. Para este obstetra, el pavlovismo aplicado a la obstetricia actuaba como un «lavado de cerebro» y sus logros se obtenían «sepa Dios con qué diabólicas artes»<sup>1464</sup>. Asimismo, Fernández Portal se refería en su discurso a un artículo de Santiago Lorén donde este desconfiaba de la moralidad de los experimentos con personas (embarazadas y lactantes inclusive) realizados por los rusos en locales insonorizados que se conocieron como «la torre del silencio de Pavlov». Lorén insinuaba que el procedimiento soviético no respetaba los derechos humanos, y que esta falta de escrúpulos en la investigación había dado la prioridad al flanco ruso en el conocimiento de la fisiología cortical<sup>1465</sup>.

El ginecólogo Francisco Ucieda Losada situaba estas críticas dentro de una corriente revisionista más amplia, patrocinada por médicos católicos como el prestigioso ginecólogo lionés Armand Notter, jefe de servicio de la maternidad donde trabajó algún tiempo Santiago Lorén. Según Ucieda, estos autores contestaban la idea del reflejo condicionado doloroso y buscaban desprestigiar a la psicoprofilaxis acusándola de deshumanizar a la mujer mediante un marco científico que substituía «el alma por impactos dejados en la corteza por los dos sistemas de señalización»<sup>1466</sup>.

Santiago Lorén, interlocutor español de esta corriente, condenaba en efecto la aspiración oculta de la psicoprofilaxis a educar a la mujer «en una concepción materialista de la vida» con pretexto de la preparación al parto<sup>1467</sup>. Para el aragonés, esta «clara y poco limpia maniobra de propaganda»<sup>1468</sup> se acometía como un «lavado de cerebro»<sup>1469</sup>, siendo el resto de aspectos del método – enseñanzas teóricas y formación práctica– meras «cortinas de humo» para aplastar cualquier signo de rebeldía o lucidez crítica en la mujer<sup>1470</sup>.

Por otro lado, Lorén tampoco dispensó a Grantly Dick-Read de unos ataques propiciados más o menos desde sus propias filas, pues el ginecólogo aragonés practicaba un método más cercano al británico que al parisino y compartía la religiosidad del inglés. Pero el idealismo de Dick-Read, decía Lorén, pecaba de «tímido y ambiguo», pues estaba «dispuesto en cada momento a ceder trocitos, parcelas de la psique al soma»<sup>1471</sup>. Es decir que, aunque Dick-Read reconocía la perfección y la finalidad inmanente de la vida somática, la visión que tenía del mundo psíquico era la de «una especie de tenebroso caos, de infra-yo o subconsciente a lo Freud». Y según el médico zaragozano semejante visión

---

<sup>1463</sup> Fernández Portal, *op. cit.*, p. 25.

<sup>1464</sup> *Ibid.*

<sup>1465</sup> Véase Lorén, «*El aspecto psicoterápico*», *op. cit.*, p. 37.

<sup>1466</sup> Ucieda, *op. cit.*, p. 16.

<sup>1467</sup> Lorén, «*El aspecto psicoterápico*», *op. cit.*, p. 37.

<sup>1468</sup> *Ibid.*, p. 40.

<sup>1469</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>1470</sup> *Ibid.*, p. 38.

<sup>1471</sup> *Ibid.*, p. 37.

pusilánime deshonraba la obra del «supremo relojero», negando su intervención en la creación del alma como «algo perfecto, armónico, dotado de un soplo divino y, por tanto, de capacidad y poder suficientes para imponerse sobre la materia, para triunfar sobre el dolor»<sup>1472</sup>. Grantly Dick-Read subestimaba pues la capacidad de superación de las fuerzas psíquicas, viéndose obligado a suprimirlas o «literalmente, a adormecerlas»<sup>1473</sup>. Una capitulación que según Lorén se entendía por la formación evangélica de Dick-Read.

Para suplementar el «poco convincente» sistema readiano, entonces, el ginecólogo español proponía «un directísimo entendimiento con la mujer para llevar a su ánimo el sentido de su responsabilidad, su condición de elegida por Dios para dar la vida»<sup>1474</sup>. La preparación se convertía así en una educación de la conciencia, entendida esta como el designio divino que regía en el ser humano sobre la materia.

Fuese como fuere, que el método del parto sin dolor desbordaba la personalidad de la paciente era algo en todo caso admitido por los psicoprofilácticos e incluso exhibido como motivo de orgullo. Pero para estos el desbordamiento no tenía que ver con la sugestión, como quería Lorén, sino con el sentimiento de solidaridad que embargaba a la parturienta que, gracias a la psicoprofilaxis, daba a luz con la conciencia de estar contribuyendo a «una obra común de alcance humano»<sup>1475</sup>. Se trataba de una trascendencia ideológica que atravesaba las experiencias de las mujeres, enlazándolas unas a otras, y no de una transmutación mental individual, como sucedía con el intimismo místico en que parían las pacientes de Dick-Read y que encarnaba para los psicoprofilácticos el símbolo de la sumisión y la dependencia propias del capitalismo.

Las rencillas partisanas o aun doctrinales determinaban en buena medida los criterios de lo que unos y otros entendían por sugestión de la paciente. Grantly Dick-Read acusó el grueso de los ataques en lo que a la relajación mental se refería, pero sus acólitos utilizaron igualmente la adhesión política de la psicoprofilaxis para denigrar el rol que la mujer ejercía en ella. En todo caso la polémica revelaba, como decía Francisco Carreras citando a un colega suizo, que «el parto preparado es una cuestión de conciencia»<sup>1476</sup>. Y así era: independientemente del procedimiento que siguiesen, todos los actores señalaban que su modelo de preparación al parto permitía partos más relajados, partos incluso sin dolor, cosa que además representaba «el dominio del espíritu

---

<sup>1472</sup> *Ibid.*, p. 38.

<sup>1473</sup> *Ibid.*

<sup>1474</sup> *Ibid.*, pp. 38 y 40, respectivamente.

<sup>1475</sup> Lamaze y Vellay, «*Cinq ans*», *op. cit.*, p. 39.

<sup>1476</sup> Carreras, «*Momento actual*», *op. cit.*, p. 6. La cita es del Profesor Rodolphe-Louis Rochat, director de la Maternidad de Lausana y de la escuela de matronas de la misma ciudad.



sobre la materia, aspiración máxima de la perfección humana»<sup>1477</sup>. Porque sin la presencia escénica de la mujer en el paritorio, la función carecía totalmente de interés.

En España, Ángel Hernández Jiménez abanderó el lema del «cerebro bien despierto» como fórmula que condensaba la esencia de la psicoprofilaxis. Consuelo Ruiz suscribía el mismo discurso, pero la matrona enfatizó siempre el aspecto moral de la preparación al parto, en el sentido de que la satisfacción de la mujer preparada debía derivar no solo de su rol activo durante el trabajo, sino de la certeza de estar cumpliendo con un noble cometido, estipulado además por Dios. Álvaro Aguirre de Cárcer, por su parte, dispuso a conveniencia de las ideas readianas y psicoprofilácticas para determinar cuál era la actitud más deseable de la mujer en el parto. Sin embargo, cuando a principios de los sesenta el reeducador madrileño se zambulló en el mundo de la sofrología, los términos del debate cambiaron drásticamente: ya no se trataría tanto de parir estando presente como de deambular por los distintos planos de la consciencia.

Además, y en paralelo a la aportación específica de la sofrología, la era de lo psicósomático también modificó los supuestos sobre la relación entre los procedimientos corporales y la acción mental de la gestante. Si en un primer momento el problema consistió en discernir a qué niveles operaba la relajación – a nivel muscular, a nivel central o incluso a nivel afectivo– y en determinar qué modalidad era por tanto la más conveniente, ahora estas fronteras perdían relevancia. Con la influencia del psicoanálisis en los años 1960 y 1970, los actores de la preparación dejaron de ver el tipo de desconexión que operaba la mujer como consecuencia de las técnicas de relajación con que ella se había entrenado: al contrario, era el filtro de «su personalidad profunda» el que dictaminaba, a fin de cuentas, a qué nivel se relajaba la mujer<sup>1478</sup>.

En contraste con la década de los 1950, la idea misma de «sugestión» de la embarazada dejó de ser un tabú: Manuel Usandizaga reconocía, por ejemplo, que esta era la única dimensión realmente útil –e inocua– de la preparación al parto. Así, tanto aquellos preparadores que se unieron a la sofrología, como los que no, se decidieron finalmente a reclamar las técnicas sugestivas como procedimiento legítimo de terapia obstétrica. Los actores de «la preparación psicósomática para el parto» inscribieron cada gesto de la educación corporal en el marco más amplio de la psicoterapia global que el método realizaba, y cuyo mayor objetivo era calmar la ansiedad de la mujer a nivel central<sup>1479</sup>. Así lo manifestaba Francisco Carreras marcando distancias con su debut como psicoprofiláctico.

---

<sup>1477</sup> *Ibid.*, p. 8. En esta ocasión Carreras citaba a un colega psicoprofiláctico italiano, Ferruccio Miraglia.

<sup>1478</sup> Carreras, «*Ataraxia y obstetricia*», *op. cit.*, p. 309.

<sup>1479</sup> *Ibid.*, p. 319. En este artículo, Carreras proponía la denominación de «parto ataráctico» para estos métodos de preparación psicósomática, alegando que el fin que perseguían era promover en la mujer «calma en el espíritu y estabilidad emocional, respetando y favoreciendo su fisiología».

La escuela carceriana de Educación Maternal por Sofropedagogía Obstétrica realizó una reconfiguración análoga de los gestos de la preparación, subordinándolos a un plano superior. La práctica de la relajación en la EM conservaba la función de distensión muscular de la paciente, pero a su vez se acompañaba de un complejo attrezzo destinado a optimizar la adaptabilidad anímica de la mujer en el parto. A finales de los 1980, los planteamientos de la EM carceriana habrían calado hasta tal punto entre los profesionales de la preparación al parto que incluso aquellos que, como Carlos Álvarez de la Cal, se decantaban a priori por el sistema psicoprofiláctico, admitían sin tapujos que la relajación era un proceso a la par físico y mental<sup>1480</sup>.

### 11. 3. La escalera de la conciencia

Si hasta entonces la conservación de la conciencia de la embarazada era la línea roja que nadie osaba franquear, ahora el asunto tomaba forma de escalera: la sofrología caycediana consistía, precisamente, en aprender a transitar entre los distintos estados y niveles de conciencia. De hecho, para distinguirla de la noción convencional de conciencia, relacionada con el grado de reflexividad y discernimiento moral de la persona, los sofrólogos preferían hablar de «consciencia», un supra-proceso mental que regulaba otros fenómenos psíquicos como la sensación, la percepción, la memoria, la reflexión o la motivación. La consciencia podía ser ordinaria, patológica o sofrológica, y se desplegaba en varios niveles: hipervigilancia, vigilancia, sueño, coma, etc.<sup>1481</sup>. En realidad, y según recuerda Ángel González de Pablo, «el esquema didáctico fundamental» de los distintos niveles de conciencia en la sofrología caycediana era el de un abanico español, con la conciencia patológica a la izquierda, y la sofrónica a la derecha<sup>1482</sup>. No obstante, prefiero la imagen de la escalera porque ella permite pensar en el tránsito voluntario que la mujer opera sobre sus estados de conciencia, modulándolos.

Objeto poliédrico y a la par proceso en movimiento, la consciencia de la sofrología no determinaba el límite de ninguna técnica de relajación sino que, al contrario, devenía su principal herramienta de trabajo<sup>1483</sup>. En particular, la sofrosis o técnicas de relajación sofrónica permitían a la paciente situarse en un nivel de consciencia «sofroliminal», es decir, en un estado híbrido o transitorio entre la vigilia y el sueño<sup>1484</sup>. De este modo, la nueva perspectiva permitía

---

<sup>1480</sup> De la Cal, *Embarazo y parto*, *op. cit.*, p. 93.

<sup>1481</sup> Aguirre de Cárcer, *Lecciones*, *op. cit.*, p. 56.

<sup>1482</sup> González de Pablo, *op. cit.*, pp. 105-106.

<sup>1483</sup> Como reconoce él mismo, Caycedo empezó su experimentación con técnicas hipnóticas en paralelo a las medicaciones, siendo su primer resultado alentador el de la «potencialización farmacológica». Caycedo «Introducción», *op. cit.*, p. 18.

<sup>1484</sup> Aguirre de Cárcer, *Lecciones*, *op. cit.*, p. 72.

resucitar a Grantly Dick-Read, aunque no sin cierta condescendencia: tocólogos como Ernesto Vallejo-Moriones, por ejemplo, reinterpretaban los avatares psíquicos del parto natural como estados sofroides que el maestro inglés habría inducido a su pesar<sup>1485</sup>.

Por último, las posibilidades que la sofrología brindaba a la obstetricia hicieron de esta disciplina, a pesar de su relativa marginalidad, una práctica en boga, una tendencia vanguardista en la conducción de los partos durante los años 1970 y 1980. Al parecer, hasta en la URSS proliferaron los «hipnotariums» y Nikolaev y sus colegas soviéticos se pusieron a publicar, retomando de hecho las investigaciones que los llevaron a diseñar la psicoprofilaxis, sus resultados en la asistencia de partos bajo sofroanalgesia<sup>1486</sup>. En España, una comunicación del célebre Josep Maria Dexeus ofrece la prueba fehaciente de que la sofrología logró colarse hasta en las más altas esferas<sup>1487</sup>.

Esta sección analiza brevemente la precariedad de las premisas teóricas de la sofrología y describe a continuación las técnicas sofrológicas preponderantes en la EM carceriana: la sofronización de base, la sofroaceptación progresiva y la Relajación Dinámica de Caycedo. El epígrafe también comenta la aplicación en la EM de otros procedimientos, como el Entrenamiento Autógeno de Schultz o la haptonomía de Veldman, en consonancia con la evolución que sufrieron los discursos sobre la instrucción prenatal de las mujeres a finales del siglo XX.

Dicha evolución se constata en el abandono de la dicotomía excitación/inhibición cortical para definir la actividad de la paciente durante el entrenamiento y el trabajo de parto. En su lugar, el periodo asiste a una revalorización de los mecanismos sugestivos y los profesionales se permiten jugar a conveniencia con el carácter fluido de los estados de consciencia. El resultado de este proceso fue un emborronamiento progresivo de la frontera entre mecanismos fisioterápicos y psicoterápicos, pues los primeros se asumieron como medios directos para alcanzar autonomía personal, estabilidad psíquica y bienestar afectivo. Como se argumenta en las últimas líneas de este capítulo, esta mutación de las formas terapéuticas se asentó en nuevos supuestos sobre la neurofisiología química del dolor, y mantuvo –si no acrecentó– el relato sobre la estimulación de la personalidad de la mujer a la par que condicionaba su protagonismo a la aceptación de las normas del trabajo hospitalario.

Los fundamentos teóricos de la sofrología eran relativamente opacos. Alfonso Caycedo bebió de la fenomenología psiquiátrica del suizo Ludwig Binswanger, amigo de Heidegger y Freud y cuyo método de «análisis existencial» recogía el concepto husserliano de *Lebenswelt* (mundo de la vida). Binswanger

---

<sup>1485</sup> Vallejo-Moriones, «*El parto sin dolor*», *op. cit.*, p. 214.

<sup>1486</sup> *Ibid.*, pp. 216-217.

<sup>1487</sup> Dexeus, «*La Sofroterapia*», *op. cit.*, pp. 203-210.

afirmaba que la enfermedad mental modifica los vínculos estructurales del ser-en-el-mundo. Pero como advierte de Pablo, la manera en que Caycedo concretó la fenomenología existencial en su método resultó ser «más nominal que real, más efectista que efectiva», puesto que dicha influencia tuvo más repercusiones en el plano personal y en cómo orientó Caycedo su formación que a un nivel estrictamente psicoterápico o metodológico<sup>1488</sup>.

Por otro lado, y tras una estancia en países orientales como la India, Japón o el Tíbet, Caycedo adaptó elementos de varias técnicas de meditación a su propia versión de la relajación con fines psicoterapéuticos. Según su discípulo el tocólogo Ernesto Vallejo-Moriones, Caycedo introdujo en su sistema hasta elementos del Vudú brasileño<sup>1489</sup>. Supuestamente, el psiquiatra colombiano tomó de estos exóticos procedimientos tan solo los aspectos verificables desde un punto de vista fisiológico, depurándolos de todo esoterismo y sin suscribir ninguna filosofía particular<sup>1490</sup>. No obstante, tres autores del Colectivo francés de Investigación Transdisciplinar, Espíritu Crítico y Ciencias (CORTECS) señalan que en los años 1990 la sofrología caycediana incorporó a estas enseñanzas una perspectiva ética de refuerzo de valores como la libertad, la individualidad o la divinidad, asumiendo un claro enfoque deísta y haciendo a su vez gala del sincretismo típico de los movimientos pseudo-científicos New Age<sup>1491</sup>.

A pesar de presentarse como una disciplina científica, pues, la vaguedad de los conceptos de la sofrología la aproximan más a un movimiento que a una ciencia, sobre todo a medida que esta se fue concretando como técnica de autoayuda y desarrollo personal. Ello explica que con la aparición de la sofrología brotasen términos hasta entonces desterrados del vocabulario médico como «paz», «equilibrio», o «serenidad». Algo por otra parte coherente con el propio nombre de la disciplina, que Caycedo definía como «estudio de la consciencia en equilibrio» o «en armonía». Como apuntan los miembros del CORTECS, la «indigencia científica» de la sofrología caycediana es patente, y su pretendida eficacia está aún por demostrar<sup>1492</sup>.

---

<sup>1488</sup> González de Pablo, *op. cit.*, p. 106. Asimismo, un artículo reciente señala la ausencia de una definición consensuada, por Caycedo o sus seguidores, sobre la fenomenología existencial y sus repercusiones para la práctica sofrológica. Dicho artículo desmonta las pretensiones científicas de la sofrología, así como sus proclamas en torno a su supuesta eficacia. Gwladys Demazure, Albin Guillaud y Richard Monvoisin, «Les fondements de la sophrologie: entre conte *New Age* et pseudo-science», *Science et pseudo-sciences*, 323, 2018, p. 52.

<sup>1489</sup> Vallejo-Moriones, «*El parto sin dolor*», *op. cit.*, pp. 215.

<sup>1490</sup> Información extraída de la web oficial de sofrología caycediana: [sofrologia.com](http://sofrologia.com). Por otra parte, las técnicas sofrológicas tampoco incluían el uso de música o de colores como medios para transformar los estados de consciencia de la embarazada. La única mención que he encontrado a estos procedimientos en la literatura española es la de Leonor Lorenzo, quien comprobó las propiedades analgésicas de ambos elementos en la Karolinsk Frauenklinik de Estocolmo, lugar donde realizaba una estancia de estudios en 1956. La psicoterapeuta española, no obstante, no menciona haber implantado la medida en su práctica personal, así que puede afirmarse que estas técnicas alternativas de tratamiento del dolor obstétrico no tuvieron cabida en España, al menos hasta los años 1970. Lorenzo, *Lo que sabemos*, *op. cit.*, p. 35.

<sup>1491</sup> Demazure, Guillaud y Monvoisin, *op. cit.*, p. 53.

<sup>1492</sup> *Ibid.*, p. 55.

En lo que respecta a la preparación al parto, Aguirre de Cárcer se apoderó de algunas técnicas de la sofrología, haciendo también suyos los conceptos que las definían y su gran opacidad. Por ejemplo, de Cárcer explicaba a sus alumnas de La Paz que la relajación no consistía ni en un reflejo condicionado ni en una simple transferencia, sino en el camino hacia un «equilibrio físico y mental»<sup>1493</sup>.

Aunque de Cárcer no se molestó en definirla en sus escritos, la técnica de base para alcanzar dicho equilibrio era la *sofronización*, un procedimiento derivado de la hipnosis de Milton H. Erickson que permitía sumir al sujeto sofronizado en un estado intermedio de consciencia en cuestión de pocos minutos o incluso segundos<sup>1494</sup>. Según un manual de sofrología, el preparador madrileño habría añadido a las técnicas habituales de sofronización un procedimiento denominado «método discontinuo» para entrar velozmente en estado sofrónico. A tal efecto, la paciente debía contar de 1 a 5 sincronizando este acto con un parpadeo controlado y una respiración torácica lenta<sup>1495</sup>.

Otra de las técnicas sofrológicas más comunes en la práctica carceriana fue la *sofroaceptación progresiva*, un proceso cuya finalidad sería, según el citado manual, «la activación intrasofrónica de la capacidad de percepción de lo positivo»<sup>1496</sup>. Traducido a un lenguaje comprensible, la activación intrasofrónica es la representación mental de percepciones sensoriales durante el estado intermedio de consciencia entre el sueño y la vigilia al que el paciente ha llegado mediante la sofronización. La *sofroaceptación progresiva*, por tanto, era un proceso de anticipación, durante el estado «sofroliminal» de consciencia, pero no de una sensación, sino de una situación próxima. Dicho de otro modo: era un ejercicio de visualización mental en el que el paciente, en este caso la embarazada, debía imaginarse en un «marco ideal», libremente escogido, y con todo lujo de detalles<sup>1497</sup>.

En una primera fase, de Cárcer solicitaba a la alumna «que vaya mentalmente más allá del periodo del parto propiamente dicho, y que se imagine en perfecto estado con su hijo en la cuna»; en fases posteriores, decía el manual, «la futura mamá se aproximará mentalmente a la fecha del parto, representado siempre en las mejores condiciones»<sup>1498</sup>. Para los autores del libro, la *sofroaceptación progresiva* era una técnica de condicionamiento voluntario y autogestionado que, sin pretender «fabricar optimistas», sí funcionaba como protección importante ante fuertes condicionamientos negativos, como por

---

<sup>1493</sup> «Relajación», *op. cit.*, p. 5.

<sup>1494</sup> Demazure, Guillaud y Monvoisin, *op. cit.*, p. 53.

<sup>1495</sup> Boon, Davrou, y Macquet, *op. cit.*, p. 193. Como muchas de las cuestiones relacionadas con la metódica sofrológica, Aguirre de Cárcer no definía ni describía todos los procedimientos que utilizaba, motivo por el cual me refiero a menudo a fuentes externas. En el caso del «método discontinuo» no he encontrado ni siquiera una alusión a dicha técnica entre los fondos consultados del preparador. Sin embargo, dada la familiaridad de los autores del manual citado con la EM carceriana, es muy probable que la fuente sea fiable.

<sup>1496</sup> *Ibid.*, p. 127.

<sup>1497</sup> *Ibid.*, p. 126.

<sup>1498</sup> *Ibid.*, p. 127.

ejemplo el que rodeaba al dolor del parto<sup>1499</sup>. Como decía de Cárcer, «el condicionamiento lo mismo que el descondicionamiento se logra con mucha más eficacia en hipnovigilancia que en «activación», como suponían los psicoprofilácticos»<sup>1500</sup>. Y esta técnica, además, permitía a de Cárcer retomar parte de las enseñanzas psicoprofilácticas sobre el condicionamiento, pero integrándolas en un marco ideológico liberal e individualista.

Del modo que fuese, la sofronización u otras herramientas más elaboradas como la sofroaceptación progresiva no eran exactamente para Aguirre de Cárcer una forma de psicoterapia, pero sí eran piezas clave del «método integral de entrenamiento de la personalidad» que encarnaba la sofrología<sup>1501</sup>. De hecho, Caycedo y sus seguidores entendían esta disciplina como un complemento a otras especialidades médicas para tratar la dimensión psicosomática de cada patología<sup>1502</sup>.

La sofrología y el psicoanálisis, por otro lado, albergaban como vimos paralelismos importantes. Caycedo había afirmado que «existe una estrecha relación entre la esfera sexual y los niveles de la conciencia», cosa que justificaba la pertinencia de la sofrología en el tratamiento de los miedos, las angustias o incluso los dolores del parto<sup>1503</sup>. Además, ambas corrientes coincidían en que la cura del paciente no pasaba por la aceptación ciega de una idea (o sugestión) ni por la catarsis como proceso repulsivo, sino más bien por la «comunicación afectiva entre médico y enfermo», decía de Cárcer<sup>1504</sup>. Según este, Caycedo creía que Freud subestimó la situación especial de conciencia del paciente tumbado<sup>1505</sup>. Y con el fin de movilizar dicho estado especial de conciencia, propicio al intercambio emocional y a la motivación a través de la cual el paciente empezaba a sanar, el colombiano desarrolló en 1968 la llamada Relajación Dinámica de Caycedo, en adelante RDC.

Si la sofronización era la técnica de base, la RDC era el ejercicio central de la metodología caycediana<sup>1506</sup>. La RDC era una práctica sofisticada consistente en diversas «técnicas de relajación, ejercicios respiratorios, movimientos corporales y estrategias de activación mental»<sup>1507</sup>. La RDC se divide en tres ciclos de cuatro grados cada uno, y según la Academia Internacional de Sofrología Caycediana su objetivo es desarrollar progresivamente el conocimiento y la percepción de la propia corporalidad, así como de la mente, los estados afectivos y los valores del

---

<sup>1499</sup> *Ibid.*, p. 127.

<sup>1500</sup> «Los métodos de preparación», *op. cit.*, p. 4.

<sup>1501</sup> «2ª Conferencia. Sofrología y Sofronización. Conceptos de estados y niveles de la conciencia en Sofrología», p. 4. (EEEM).

<sup>1502</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>1503</sup> Caycedo «La Sofrología», *op. cit.*, p. 183.

<sup>1504</sup> «Psicoanálisis y sofrología», p. 3. (EEEM).

<sup>1505</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>1506</sup> Demazure, Guillaud y Monvoisin, *op. cit.*, p. 53.

<sup>1507</sup> Información extraída de la web oficial de la sofrología caycediana: [sofrologia.com](http://sofrologia.com).

paciente<sup>1508</sup>. En otras palabras, la RDC era un método para profundizar en el conocimiento de uno mismo.

De forma un tanto cándida, Aguirre de Cárcer veía en la RDC una técnica ideal para transformar «un enemigo –la emoción negativa– en un aliado –la emoción positiva»<sup>1509</sup>. La fascinación que el madrileño sentía por la sofrología lo llevó a convertir la primitiva gimnasia prenatal de su sistema en «una auténtica relajación dinámica adaptada al embarazo»<sup>1510</sup>. De Cárcer tomó únicamente los tres primeros grados de la RDC en su método de preparación al parto «por sofropedagogía obstétrica». El esquema de una sesión estándar –de algo menos de un hora de duración– constaba de una serie de ejercicios de relajación y respiración aplicados sobre distintas zonas del cuerpo y separados por intervalos llamados «pausas frónicas». A continuación seguía una «totalización» o vivencia del cuerpo en su conjunto, y se finalizaba con una vuelta al estado de consciencia ordinaria («desofronización») y por una recapitulación y narración de lo experimentado («fenodescripción»). Las cinco parcelas corporales sobre las que trabajaban los ejercicios recibían el nombre de «sistemas Isocay»: el primero correspondía a la zona de la cara y del cráneo, el segundo al cuello y la nuca, el tercero a la zona torácica, el cuarto a la abdominal y el quinto al extremo inferior del cuerpo.

A grandes rasgos, el primer grado de la RDC se inspiraba de las variantes Rāja y Nāda yoga, y la alumna trabajaba de pie, con una relajación de tipo concentrativo: el objetivo era descubrir las sensaciones y el esquema corporal<sup>1511</sup>. En este grado también se recurría a la imaginación y el sofrólogo promovía una actitud positiva de la paciente hacia su propio cuerpo.

El segundo grado tomaba elementos del budismo tibetano y se pretendía «contemplativo», animando a la paciente a ganar conciencia sobre sus emociones, sentimientos y pensamientos. La finalidad de este grado era contrastar la finitud del cuerpo con el carácter ilimitado de la conciencia, una meta que venía motivada por una experiencia personal de Caycedo, quien durante su viaje a Asia experimentó una meditación de cinco horas como un proceso de diez minutos<sup>1512</sup>. La mujer practicaba el segundo grado en posición sentada con la espalda recta, la cabeza agachada, la lengua apoyada contra el paladar y los brazos reposados sobre las piernas.

Por último, el tercer grado derivaba de la tradición Zen japonesa, trataba sobre la «integración cuerpo-mente» y tanto este como el grado anterior empleaban técnicas de preterización y futurización –es decir de rememoración y anticipación– para reconocer el tipo de emociones que, por sus connotaciones positivas para la paciente, le permitían alcanzar cierto control sobre sí misma y

---

<sup>1508</sup> Citado desde la web [sofrocay.com](http://sofrocay.com) por Demazure, Guillaud y Monvoisin, *op. cit.*, p. 53.

<sup>1509</sup> «*Del llamado parto sin dolor*», *op. cit.*, p. 5.

<sup>1510</sup> *Ibid.*

<sup>1511</sup> Demazure, Guillaud y Monvoisin, *op. cit.*, p. 53.

<sup>1512</sup> *Ibid.*

un bienestar duradero. En realidad, Aguirre de Cárcer nunca explicitó en sus publicaciones la metodología de la RDC, limitándose a decir que, junto a la educación neuromuscular de inspiración readiana, la Escuela Española de Educación Maternal aplicaba la técnica sofrológica en materia de relajación<sup>1513</sup>.

Además de los tres grados de la RDC, Aguirre de Cárcer utilizaba el primer grado de las técnicas de relajación conocidas como Entrenamiento Autógeno y creadas por el neurólogo Johannes Heinrich Schultz a finales de los años 1920<sup>1514</sup>. Como vimos en *(Psico)terapia*, una de las primeras maniobras de Caycedo consistió en «empotrar», según la expresión referida por González de Pablo, «los protocolos de Schultz dentro de la hipnosis propiamente dicha»<sup>1515</sup>. Y es que antes de la aparición de la sofrología el Entrenamiento Autógeno era una de las técnicas de relajación y autosugestión más expandidas y solventes de la época. Tal y como lo definía Vallejo-Moriones en una comunicación, el Entrenamiento Autógeno «es al espíritu lo que la gimnasia al cuerpo. Diríamos que es el Yoga del hombre occidental»<sup>1516</sup>.

Partiendo de sus experiencias con la hipnosis, Schultz elaboró una secuencia de ejercicios «fisiológicos y racionales», centrados en la relajación muscular y neurovascular y destinados a promover una «desconexión central psíquica» del sujeto, el cual conmutaba, según de Cárcer, su estado de vigilia por un estado sofoide que repercutía positivamente en su equilibrio psicoafectivo<sup>1517</sup>. El interés de esta técnica en la preparación al parto residía pues en el hecho de que la paciente alcanzaba un estado «de suspensión indiferente afectivo», es decir, «una protección contra los estímulos externos, entre los que se cuentan también los estímulos dolorosos»<sup>1518</sup>.

Como en la mayoría de técnicas de relajación, el entrenamiento se focalizaba sobre ciertas regiones del cuerpo como los brazos, el plexo solar abdominal o la cabeza. Sin embargo, Schultz quería lograr una distensión del paciente a nivel vegetativo y, para tal fin, los ejercicios movilizaban funciones como la respiración, el riego sanguíneo y las pulsaciones cardíacas. En el primer ejercicio, al modo jacobsoniano, el paciente trataba de reducir el tono muscular de un brazo mediante una representación mental de peso en dicha extremidad.

---

<sup>1513</sup> La descripción del tercer grado de la RDC procede por tanto del libro del sofrólogo Antonio Cuenca Mateo, «*La sofrología caycediana. Un método hacia el bienestar*», Ediciones Mandala, Madrid, 2009, descargable en la web [aulafacil.com](http://aulafacil.com).

<sup>1514</sup> Johannes Heinrich Schultz, *Cuaderno de ejercicios para el Entrenamiento Autógeno: autorrelajación concentrativa*, Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1954. Menos conocida es la faceta de experimentación con homosexuales y de exterminio de personas con discapacidad mental que el neuropsiquiatra alemán llevó a cabo durante el periodo nazi. Sobre este asunto, véase Geoffrey Cocks, *Psychotherapy in the Third Reich: The Göring Institut*, Oxford University Press, New York, 1985. Según su currículo profesional, Aguirre de Cárcer debió de tomar contacto por vez primera con el Entrenamiento Autógeno en 1960, durante una estancia de formación en la maternidad parisina de Saint-Antoine: «*Currículum*», *op. cit.*

<sup>1515</sup> González de Pablo, *op. cit.*, p. 99.

<sup>1516</sup> Vallejo-Moriones, «*El parto sin dolor*», *op. cit.*, p. 226.

<sup>1517</sup> «Relajación (técnicas)», p. 5. (EEEM).

<sup>1518</sup> *Ibid.*, p. 1.



Tras dos semanas aproximadamente, el paciente conseguía extender dicha sensación al resto del cuerpo, fenómeno que Schultz llamaba «generalización» y que se daba en el resto de ejercicios también. En la segunda etapa el paciente trataba de sentir calor en el brazo; el ejercicio repercutía sobre la vasodilatación y, en última instancia, permitía alcanzar un estado general de sedación. El tercer ejercicio animaba al paciente a «descubrir» los movimientos del corazón, el cuarto a regular su respiración, el quinto a influir sobre los órganos abdominales a partir de una sensación de calor en el plexo solar, y el sexto a producir una constricción vascular local mediante una representación de frío en la frente<sup>1519</sup>.

Aunque Schultz prefería hablar de «relajación autoconcentrativa» en lugar de autosugestión o «autohipnosis fraccionada», como la llamaba Usandizaga<sup>1520</sup>, el entrenamiento se verificaba por señales o consignas verbales que el sujeto se dirigía a sí mismo tales como «estoy completamente tranquilo», «el brazo derecho está caliente», «algo respira en mí», «el corazón late tranquilo y fuerte», «el plexo solar irradia calor» o «la frente está agradablemente fresca»<sup>1521</sup>. Estas fórmulas eran el equivalente del *terpnos logos* en la RDC, es decir, la acción verbal con la que el sofrólogo dictaba las técnicas y que, como sabemos, constituía una herramienta de persuasión fundamental.

Según un curso cualquiera de formación en sofrología, el *terpnos logos* «conlleva la relajación muscular, disminuye la excitación cortical, modifica el nivel de conciencia dirigiéndolo hacia el nivel sofroliminal, permite la desconexión cerebral y la adaptación comportamental del organismo»<sup>1522</sup>. A diferencia de la sugestión hipnótica, además, el *terpnos logos* y la comunicación que se establece en la alianza sofrónica influye favorablemente sobre la consciencia del paciente mediante la adhesión de este o su aceptación a ser sofronizado<sup>1523</sup>. Como vimos en la parte anterior, la sofrología se desmarcaba de la hipnosis señalando el contraste entre el carácter impositivo de esta última técnica y sus propios procedimientos, los cuales buscaban una «activación de sensaciones» consentida en todo momento<sup>1524</sup>. En cualquier caso, de Cárcer era muy consciente del poder de la voz y la entonación y además tenía una gracia particular para ello, tal y como se comprueba en las grabaciones sonoras que realizó para entrenar a sus alumnas en las distintas modalidades de relajación psicológica<sup>1525</sup>. Mediante consignas verbales dadas con voz suave y tono monótono, Aguirre de Cárcer acompañó a muchas mujeres españolas en sus

---

<sup>1519</sup> *Ibid.*

<sup>1520</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 63.

<sup>1521</sup> «Relajación (técnicas)», *op. cit.*, pp. 3 y 4.

<sup>1522</sup> «La Sophrologie», *Module théorique n.º 2 de Sophrologie*, Institut Cassiopée (Chatou, France), Formation aux métiers des Thérapies du Bien-être, p. 10. Consultable online en: <http://www.cassiopee-formation.com/media/Les-concepts-fondamentaux.pdf>

<sup>1523</sup> *Ibid.*

<sup>1524</sup> «Sofronización simple, activación intrasofrónica, desofronización simple», p. 5. (EEEM). Véase lo dicho anteriormente en *(Psico)terapia*, 8. 2.

<sup>1525</sup> «Relación médico-enfermo», *op. cit.*, p. 2. Para los cassettes, véanse por ejemplo *Preparación al parto*, Fonogram, Madrid, 1965 o *Escúchame: mensaje madre-hijo*, Iberofón, Madrid, 1973.

ejercicios de relajación, invitándolas a graduar sus procesos de conciencia con el fin de preparar al cuerpo para la experiencia del dolor.

En una tercera y última etapa de su carrera, de Cárcer pasó de la voz al tacto. O más bien, tal y como venía haciendo desde el principio, el madrileño añadió una práctica alternativa más a su ya rica metodología. Pues si algo caracterizó al célebre preparador, como sabemos, fue sin duda su eclecticismo y su intuición para adentrarse en vías de investigación que resultaran fecundas en el campo de la obstetricia tanto a nivel terapéutico como en un plano de captación de clientes y de beneficio económico.

La haptonomía o contacto haptonómico fue desarrollada por el médico holandés Frans Veldman, con quien Aguirre de Cárcer entabló amistad a finales de los 1970 o a principios de la década de los 1980<sup>1526</sup>. El nombre de este tipo de terapia viene igualmente del griego, como en el caso de la sofrología, y significa ciencia o ley del tacto, aunque generalmente se define como ciencia de la afectividad<sup>1527</sup>. El objetivo de la haptonomía era, de nuevo como en sofrología, establecer una comunicación afectiva entre el preparador y su paciente, principalmente a través del sentido del tacto pero también con la presencia y la mirada<sup>1528</sup>. Además, practicada por la paciente o en tándem entre esta y su pareja, la haptonomía afianzaba la «urdimbre afectiva» entre la embarazada y el futuro bebé, relación que como vimos constituía el blanco de la EM como psicoterapia global de la maternidad<sup>1529</sup>. De este modo, y de forma similar a la sofrología, la haptonomía dotaba a la EM de herramientas terapéuticas para concretar las premisas del psicoanálisis y de la medicina psicosomática en general.

En cualquier caso, más que de una técnica propiamente dicha, la haptonomía implicaba el desarrollo de facultades que, según Veldman, poseen todos los seres humanos, como son por ejemplo la capacidad de comunicarse con, palpar y tranquilizar a otra persona. Y gracias a este tipo de contacto el paciente basculaba de un estado «de alerta, alarma o de estrés» hacia uno de «seguridad de base»<sup>1530</sup>.

Según Aguirre de Cárcer, las mujeres que daban a luz practicando alguna clase de contacto haptonómico tendían «a dormirse, a colocarse en un estado especial de conciencia –como si se aislaran de su entorno– y algunas nos decían que ese contacto no era solo agradable, sino incluso placentero»<sup>1531</sup>. Cabe

---

<sup>1526</sup> Ninguna de las fuentes consultadas para esta tesis confirma en qué año se produjo exactamente el encuentro con Veldman.

<sup>1527</sup> La primera publicación francesa de Veldman fue *Haptonomie: science de l'affectivité*, Presses Universitaires de France, París, 1989. Véase también Aguirre de Cárcer, *Preparación a la maternidad*, op. cit., p. 225.

<sup>1528</sup> *Ibid.*, p. 226.

<sup>1529</sup> *Ibid.*, pp. 225-226.

<sup>1530</sup> «Haptonomía». (EEEM).

<sup>1531</sup> *Ibid.*

precisar, sin embargo, que Veldman desechó siempre los paralelismos entre su propuesta y otras clases de masaje fisioterapéutico o sensual. Para de Cárcer y quienes siguieron su ejemplo, en todo caso, la haptonomía se perfilaba como una nueva vía de investigación, y sobre todo como una útil muleta en los devaneos que daba la conciencia al parir sin dolor.

En sintonía con nuevas líneas de investigación sobre la etiología del dolor obstétrico, Aguirre de Cárcer llevó a cabo un estudio sobre la relación entre los efectos ansiolíticos y analgésicos de la haptonomía y los niveles de beta-endorfinas en el plasma sanguíneo de un grupo de embarazadas de La Paz. Las beta-endorfinas, dicho sea de paso, son hormonas de producción endógena de la familia de los opiáceos. Suelen ser segregadas por la hipófisis en situaciones de ansiedad o estrés y su función es bloquear la transmisión de impulsos dolorosos o reducir su impacto.

Los resultados del estudio corroboraron la hipótesis de partida, a saber, que el dolor del parto dependía directamente del estado emocional de la parturienta, y que la haptonomía obstétrica tenía la virtud de calmar notablemente a la mujer, cosa que se traducía químicamente por un descenso drástico del nivel de beta-endorfinas en el plasma materno. Esta sustancia, junto a la adrenalina y la noradrenalina, caracterizaba el «síndrome general de adaptación» que, en palabras de Aguirre de Cárcer, determinaba la respuesta del organismo frente al estrés o la ansiedad<sup>1532</sup>.

El estudio, como otros que siguieron, pretendía ofrecer de una vez por todas la demostración objetiva de los beneficios de la preparación al parto: la educación de la parturienta adquiriría por fin el estatus de «realidad tangible», es decir, cuantificable y observable empíricamente mediante los avances tecnológicos y epistémicos en el marco de la bioquímica cerebral<sup>1533</sup>.

A decir verdad, los sofrólogos llevaban tiempo tratando de conferir bases científicas a su práctica clínica. Para el discípulo de Aguirre y tocólogo barcelonés Ángel Zilvetti Salazar, por ejemplo, los logros a veces inexplicables de las técnicas orientales de meditación, la hipnosis, la sugestión verbal o la sofrología derivaban de un denominador común: la secreción de endorfinas<sup>1534</sup>. Dentro de este paradigma neuroendocrino, pues, Zilvetti describía el cerebro como «verdadero laboratorio de sustancias que protegen el cuerpo»<sup>1535</sup>. En este sentido, las técnicas de relajación de la sofrología, pero podríamos incluir también aquí el contacto afectivo de la haptonomía, conseguían una «activación a nivel bio-psíquico», es decir, la movilización de «las sinapsis nerviosas,

---

<sup>1532</sup> «Extracción a gestantes de parto para determinación de Betaendorfinas», p. 1. (EEEM).

<sup>1533</sup> Además de la investigación llevada a cabo por Aguirre de Cárcer, Claudio Becerro de Bengoa, discípulo del primero y ginecólogo del Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco de Madrid (actual H. Gregorio Marañón), dedicó su tesis doctoral al estudio de este fenómeno. Becerro de Bengoa, *op. cit.*, pp. 201-202.

<sup>1534</sup> Ángel Zilvetti Salazar, «Bases de la auto-anestesia psicósomática», *II Reunión, op. cit.*, p. 153.

<sup>1535</sup> *Ibid.*

segregando a nivel de las neuronas formadoras la gama de las sustancias morfínicas naturales necesaria para la defensa contra el fenómeno doloroso»<sup>1536</sup>. Así es como las nuevas metodologías de la preparación al parto lograban conciliar el criterio científico con el anhelo un tanto esotérico de penetrar «en los terrenos fantásticos y apasionantes de nuestro mundo interior»<sup>1537</sup>.

Para cerrar el círculo, Zilvetti alegaba que aunque estas «técnicas de realización de la personalidad» operaban sobre el diseño bioquímico de la consciencia, transformando sus estados como quien realiza experimentos, sus maniobras dejaban intactos «los demás circuitos conscientes» del lóbulo frontal, considerado el asiento del yo<sup>1538</sup>. Como su nombre indicaba, eran técnicas de realización –no de anulación– de la personalidad. En lugar de obrar en detrimento de la subjetividad del paciente, por tanto, este conjunto de saberes, gestos terapéuticos y filosofías new-age potenciaba al contrario su independencia y su singularidad. Pues si la cláusula de mantener a la embarazada consciente y despierta de la primera época ya no era vigente, la metafísica de la preparación al parto seguía aferrada a un concepto individualista y cerebral de la identidad.

Como se sabe en meteorología, tras el fulgor del relámpago llega el eco del trueno. Esto, aplicado a la historia de la ciencia, equivale a preguntarse por el efecto sordo de las teorías médicas. En su escrito sobre las virtudes bioquímicas de la haptonomía, Aguirre de Cárcer delataba el sentido de esta aplicación práctica. En primer lugar, el preparador madrileño aprovechaba la ocasión para hacer un alegato por la humanización de la asistencia obstétrica y señalar la influencia de las conductas intervencionistas en el estrés que padecían las parturientas<sup>1539</sup>. Pero como sabemos, la posición de Aguirre de Cárcer respecto al intervencionismo obstétrico era más de aquiescencia que de rechazo. En lugar de condenar tales derivas, pues, el médico madrileño se congratulaba de la mejora que la EM suponía para la experiencia psicológica de las pacientes sometidas a esta clase de situaciones invasivas<sup>1540</sup>.

Y tenía toda la razón: mediante tentáculos terapéuticos como la sofrología y la haptonomía, la EM servía precisamente para conseguir que las mujeres soportaran mejor la coyuntura hospitalaria, su estandarización de los cuerpos, su invasión de la privacidad y su funcionamiento muchas veces kafkiano. Como observó agudamente Consuelo Ruiz en su momento, parte de la empresa consistió siempre en enseñar a parir sin rechistar. Además de aplacar el dolor, pues, el entrenamiento de la embarazada y en particular sus técnicas de relajación se emplearon en esta fase tardía como recursos ansiolíticos, para

---

<sup>1536</sup> *Ibid.*, pp. 155 y 154, respectivamente.

<sup>1537</sup> *Ibid.*, p. 155.

<sup>1538</sup> *Ibid.*, pp. 153 y 154, respectivamente.

<sup>1539</sup> «*Haptonomía*», *op. cit.*

<sup>1540</sup> *Ibid.*

calmar no solo el estrés de la mujer por el propio parto, sino el estrés hacia el hospital como nuevo lugar hegemónico donde dar la vida.

## Epílogo

En la segunda mitad del siglo pasado, las técnicas físicas de preparación al parto se inscribieron en un espacio histórico que guió a mujeres y profesionales de la «anestesia a la reina» a la reina de las anestésicas. Es decir, del cloroformo a la epidural. En el lapso de sustancias innovadoras, ensayos y errores, esperanza y desgracia que dejaron los métodos clásicos de anestesia obstétrica antes de la relativa estabilización que trajo consigo la epidural, el fenómeno de la preparación al parto encontró un lugar donde construirse, asentarse y también mutar. Pues más de un siglo después de la aportación de J. Y. Simpson, la misma pregunta seguía atosigando a facultativos y pacientes: «¿a qué precio se paga un parto sin dolor?»<sup>1541</sup>. En el mercado de las terapias, ese precio era de suma importancia y venía delimitado por imperativos religiosos, morales, o simplemente por las exigencias de una medicina progresivamente centrada sobre la noción de riesgo<sup>1542</sup>.

En 1934, el doctor Felipe Proubasta proponía resolver «el problema del parto sin dolor» considerando la anestesia como una indicación vital para el feto, «y no de sola complacencia para la madre»<sup>1543</sup>. Porque eran muy pocas, ironizaba Proubasta, las víctimas mortales de un dolor intenso pero pasajero como el del parto. En su artículo, el ginecólogo pasaba revista a los inconvenientes de las distintas formas de anestesia conocidas hasta la época: muerte materna o fetal, excitación y colapso de la parturienta, o al contrario bloqueo del «fisiologismo» de su labor, es decir, de la eficacia de sus contracciones, parálisis de la prensa abdominal y por tanto falta de colaboración de la mujer en la expulsión, variabilidad de las respuestas de cada paciente y escasa acción analgésica<sup>1544</sup>.

También había inconvenientes de índole coyuntural, como las dificultades técnicas que planteaba cada método o el coste elevado del material. En el mismo periodo, Colmeiro Laforet señalaba la penuria de medios y productos anestésicos en España. A su modo de ver, el buen obstetra debía compensar dicha escasez siendo muy riguroso en la elección del método a aplicar y del momento preciso en que el anestésico debía administrarse<sup>1545</sup>. Otro autor advertía que la rápida proliferación de métodos anestésicos y la falta de competencias técnicas por

---

<sup>1541</sup> Freed y Kroger, *op. cit.*, p. 140.

<sup>1542</sup> Para un análisis de la sustitución de la idea de patología por la de «riesgo» en obstetricia desde los años 1990 véase Céline Lemay, «Le risque de naître», *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 349, 2006, pp. 5-13. La autora pone en relación este proceso con la hegemonía de la concepción mecanicista de la reproducción y el cuerpo femenino.

<sup>1543</sup> Proubasta, *op. cit.*, p. 300.

<sup>1544</sup> *Ibid.*, pp. 304-306.

<sup>1545</sup> Laforet, *op. cit.*, p. 14.

parte del personal médico para aplicarlos seguía siendo un problema profesional de primer orden años más tarde<sup>1546</sup>.

Por todo ello, Proubasta se mantenía precavido. Con la nostalgia y la prudencia de quien aconseja *el remedio de la abuela*, el médico catalán concluía que la técnica más segura para indolorizar un parto seguía siendo el cloroformo a la reina, o sea por inhalación. Su modo de administración permitía proceder por tanteos y atender a las reacciones de la interesada, convirtiendo esta forma de anestesia «en un verdadero encanto». Con un poco de maña, el tocólogo podía conseguir un estado de «semi-inconsciencia anestésica» prolongable en el tiempo y exento de sufrimiento. En este estado liminal, decía Proubasta, la mujer «responde aunque malamente a las preguntas, pero obedece a la orden de empujar»<sup>1547</sup>.

He ahí el ideal de todo partero. Aquello que se alejase de dicho ideal constituía, en contrapartida, una mala praxis obstétrica. «Lo difícil, lo peligroso», proseguía el autor, «es lograr que la parturienta pierda del todo su conocimiento. Tal hecho es rechazado por muchos, por los mejores; y aun algunos solo aceptan lo que se llama anestesia con conversación, es decir, que la personalidad de la parturienta delante del anestésico esté tan poco alterada, que permita una tranquila conversación entre médico y [paciente]»<sup>1548</sup>.

La promesa del parto indoloro se enmarcaba pues durante la primera mitad del siglo en una cierta excepcionalidad. A los inconvenientes mencionados podían añadirse otros de tipo moral, pues el uso de anestésicos en el parto suscitaba reservas tanto entre la profesión médica como entre los propios pacientes y su entorno. Según Laforet, gran parte de la oposición popular a la anestesia obedecía a la identificación entre el dolor del parto y el amor maternal<sup>1549</sup>. Eso mismo venía a confirmar Santiago Dexeus i Font cuando decía del parto sin dolor medicamentoso: «Entre nosotros no tiene demasiados adeptos y muchas familias lo rechazan por considerarlo poco moral»<sup>1550</sup>. Ahora bien, para el ginecólogo catalán primaba una consideración de tipo médico: la indolorización química del parto solo sería inmoral «si fuera peligroso para el hijo o la madre, y yo creo que es un error hacerle a todo el mundo el parto sin dolor. Ciertas embarazadas con alguna tara orgánica podrían soportarlo mal; no obstante, seleccionando bien los casos, la mayoría podrán beneficiarse de este avance tan humanitario»<sup>1551</sup>.

En la década de los 1950 Pedro Puig y Roig, jefe del servicio de Maternología del Instituto Corachán, en Barcelona, daba otro argumento moral

---

<sup>1546</sup> Puig i Roig, «Aspecto moral», *op. cit.*, p. 12.

<sup>1547</sup> *Ibid.*, pp. 306-307.

<sup>1548</sup> *Ibid.*, p. 308.

<sup>1549</sup> Laforet, *op. cit.*, pp. 10-11.

<sup>1550</sup> Dexeus i Font, *Nocions*, *op. cit.*, p. 47.

<sup>1551</sup> *Ibid.*

contra el recurso a la anestesia: la medicina llevaba ya más de un siglo experimentando con mujeres y fetos, una práctica deontológicamente reprochable y que no tenía visos de desaparecer<sup>1552</sup>. Este hecho, y en particular los efectos que la anestesia tenía sobre la salud fetal, siguió siendo objeto de críticas durante mucho tiempo, tanto por parte de aquellos que apoyaron la alternativa de la preparación al parto como por parte de quienes no<sup>1553</sup>.

Tampoco desde una perspectiva religiosa la cuestión estaba del todo exenta de tensiones. Deseosos de progresar en el conocimiento y empleo de métodos de anestesia obstétrica, algunos autores se lamentaban de la incompreensión de la sentencia bíblica, tomada generalmente por el público en sentido literal, y citaban obras de referencia de teólogos y deontólogos para aclarar la posición de la Iglesia al respecto<sup>1554</sup>. No obstante, la hegemonía de la medicina católica en los dos primeros tercios del siglo frenaba el entusiasmo de algunos profesionales ante las novedades anestesiológicas. Considerando al paciente desde un punto de vista espiritual, Botella Llusía recordaba, por ejemplo, que el alivio del dolor no debía ser «dañino ni a su alma ni a su cuerpo»<sup>1555</sup>. Por ello el director de la Maternidad Provincial de Madrid comentaba en el prólogo de la obra que daba a conocer el método de anestesia caudal continua:

«Yo creo que bien vale la pena, ahora que llega a nuestra vieja Europa, entre el aluvión terrible de la posguerra, este nuevo descubrimiento de la nueva tierra americana, el pararnos un poco a considerar estas cuestiones morales y filosóficas. Hagámoslo tranquilamente en este remanso espiritual de nuestra tierra [...], dejemos a otros seguir descubriendo e inventando lo que les puede hacer ganar un mundo y perder una civilización»<sup>1556</sup>.

Este conjunto de contingencias, contrapartidas y anhelos varios determinaron en líneas generales la actitud de los expertos ante la anestesia obstétrica. Así, los criterios que manejaron los tocólogos para anestesiar a sus pacientes incluían la opinión de la parturienta, la conformidad de la Iglesia –a su vez determinada por la inocuidad del compuesto–, y la intensidad y la duración del dolor, ya que parecía absurdo anestesiar a la que sufre en un parto relámpago y la prioridad se tornaba hacia la que padecía de forma dilatada –nunca mejor dicho–, entorpeciendo la marcha del parto<sup>1557</sup>. Y a veces, pero no siempre, también intervenían consideraciones sobre el posible aumento de

---

<sup>1552</sup> Pedro Puig i Roig, «Problemas Obstétrico-Morales», *Anales del Instituto Corachán*, vol. VII. n.º 3/4, 1956, p. 42, y «Aspecto moral», *op. cit.*, p. 13.

<sup>1553</sup> Como ejemplo de los primeros véase Ferreira, *op. cit.*, p. 290; y para los segundos, Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 56.

<sup>1554</sup> Véanse, entre otros, Laforet, *op. cit.*, p. 10, Botella y Pardo, p. 172, García Carrasco, *op. cit.*, pp. 177-179, Díez Blanco y H. Álvarez, *op. cit.*, Muñoyerro, *op. cit.*, Luque, «Deontología», *op. cit.*, y «Voluntad», *op. cit.*, o Puig i Roig en «Aspecto moral», *op. cit.*, y «Problemas», *op. cit.*, entre otros.

<sup>1555</sup> Bedoya y Pardo, *op. cit.*, prólogo.

<sup>1556</sup> *Ibid.*

<sup>1557</sup> Cardús, «El amortiguamiento», *op. cit.*, pp. 45-46.



maniobras obstétricas tras la anestesia, un factor de por sí solo excluyente para autores como Santiago Dexeus<sup>1558</sup>.

La flecha del tiempo contribuyó igualmente a liberalizar estos criterios, pues la popularización de algunos anestésicos se hizo en paralelo a cambios en la percepción de la ciudadanía respecto a la ineluctabilidad y la ejemplaridad del dolor<sup>1559</sup>. Pero la modernización de las expectativas de las mujeres sobre el tratamiento del dolor era un asunto que irritaba a algunos obstetras. Por ejemplo, Pedro Puig i Roig se hacía eco de un texto de Manuel Usandizaga para criticar la tendencia a «seguir fielmente los dictados de la moda» por parte de clientas que exigían irrazonablemente ser anestesiadas el día del parto<sup>1560</sup>. Años después, el propio Usandizaga volvía a recordar que, a menudo, el derrotismo de la parturienta y sus familiares podía llegar a contagiar al facultativo, arrastrándolo hacia «conductas terapéuticas activas no indicadas»<sup>1561</sup>. Carceller Blay, por su parte, también exhibía una visión similar del asunto. Según este autor, los tocólogos intentaron por primera vez el parto sin dolor medicamentoso al tratar «con una minoría de neuróticas» cuyos partos serían difíciles de manejar<sup>1562</sup>. Luego la práctica se extendió en muchos países a la clientela general, ya fuera «por contagio o moda, hasta el punto de hacer variar la actitud del médico ante el parto normal»<sup>1563</sup>. Otros profesionales, sin embargo, consideraban esta evolución de las aspiraciones populares como un proceso natural vinculado al aumento de confort y seguridad tecnológicas de la civilización moderna. Ante la nueva coyuntura, por tanto, la maternidad no tenía por que conformar «un islote doloroso en medio de la superficie calmada de las miserias humanas», resolvía uno de ellos<sup>1564</sup>.

Con el paso de los años las técnicas se refinaron, surgieron nuevos fármacos, y algunos de los inconvenientes de la lista de Proubasta fueron tachados para siempre. Pero a menudo surgían otros. La anestesia caudal continua, por ejemplo, proporcionaba una mejor selección del blanco a tratar, pues suprimía el dolor sin influir sobre la motilidad uterina o las sensaciones del trabajo de parto, rebajaba la resistencia perineal, presentaba una toxicidad casi nula, reblandecía el cérvix, era inocua para el puerperio, facilitaba el alumbramiento y reducía el riesgo de hemorragia<sup>1565</sup>. Y a pesar de estos logros, la nueva modalidad anestésica tenía también sus sombras, como la dificultad de su aplicación y por tanto su factibilidad únicamente en el marco clínico, las cuantiosas contraindicaciones, la carestía del fármaco, los posibles accidentes, el descenso de la presión arterial de la paciente, la retención de orina, el molesto

---

<sup>1558</sup> Según refiere José Cardús en la misma obra, p. 45.

<sup>1559</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>1560</sup> Puig i Roig, «*Aspecto moral*», *op. cit.*, p. 17.

<sup>1561</sup> Usandizaga, *La ataraxia*, *op. cit.*, p. 21.

<sup>1562</sup> Carceller, *op. cit.*, p. 336.

<sup>1563</sup> *Ibid.*

<sup>1564</sup> García Carrasco, *op. cit.*, pp. 180-181.

<sup>1565</sup> Bedoya y Pardo, *op. cit.*, pp. 85-87.

cateterismo y la punción dolorosa para la mujer, la incapacidad de esta para empujar en la expulsión y el aumento de finalizaciones con fórceps<sup>1566</sup>. Por todo ello, hasta sus promotores admitían que la anestesia caudal continua no era perfecta, sino simplemente la que más se acercaba al ideal<sup>1567</sup>.

Según Víctor Cónill Montobbio, en realidad ningún fármaco eficaz excluía del todo cierto peligro para la vida de la madre y del feto, y solo ciertos anestésicos y analgésicos, «usados con extremada oportunidad y prudencia, y combinados a los oxitócicos igualmente prudentes y al oxígeno», atenuaban el dolor sin riesgo<sup>1568</sup>. Atenuación del dolor que en última instancia era preferible «a su abolición completa»<sup>1569</sup>. Los inconvenientes de la anestesia obstétrica eran tantos, en suma, que parecía temerario aplicarla en partos sin complicaciones. Como decía Pedro Puig i Roig: «Respecto al parto normal, es criterio probable el de ilicitud moral de la anestesia»<sup>1570</sup>.

Frente a semejante panorama, la contraoferta de los métodos de preparación al parto era, cuando menos, seductora y razonable. Así lo exponía Antonio Ferreira Gómez, alegando en uno de los primeros artículos científicos sobre los nuevos métodos de preparación al parto en España que «ningún perjuicio de los que, más o menos próximos, se han inculcado a los diferentes analgésicos medicamentosos, ensombrece los métodos psico-físicos»<sup>1571</sup>.

Según Grantly Dick-Read, mientras que el dolor y el miedo consciente podían tratarse con anestésicos que menguaban la clarividencia de la paciente, el miedo traducido en tensión nerviosa, en «ansiedad orgánica», requería de dosis tan elevadas que estas ponían en peligro la vida de madre e hijo<sup>1572</sup>. Y por desgracia, ese era el tipo de miedo más corriente en los paritorios, según el diagnóstico del británico. En cambio, decía Dick-Read, la analgesia empleada para aliviar el dolor de una mujer que no teme el parto era totalmente inofensiva. A muy bajo coste, entonces, su terapia extirpaba el problema de raíz y aun dejaba cierto margen para el confort de la parturienta, pues el parto natural no excluía de principio el apoyo farmacológico, siempre y cuando fuera comedido<sup>1573</sup>. Como él mismo publicitaba, «El parto natural NO es un test de resistencia. Se proporciona anestesia si se necesita o se desea. El parto natural NO es un fracaso si debe usarse un anestésico»<sup>1574</sup>.

---

<sup>1566</sup> *Ibid.*, pp. 87-89.

<sup>1567</sup> *Ibid.*, p. 90.

<sup>1568</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 184.

<sup>1569</sup> *Ibid.*

<sup>1570</sup> Puig i Roig, «Cómo puede realizarse», *op. cit.*, p. 205. La frase es en realidad una cita del ginecólogo católico vienés Albert Niedermeyer, extraída de su *Compendio de Medicina Pastoral*, editado en España en 1955.

<sup>1571</sup> Ferreira, *op. cit.*, p. 299.

<sup>1572</sup> Dick-Read, «Aspectos psicossomáticos», *op. cit.*, p. 103. El propio Kroger sostenía la misma idea en Freed y Kroger, *op. cit.*, p. 139.

<sup>1573</sup> Michaels, Lamaze, *op. cit.*, p. 20.

<sup>1574</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 94.

Como sabemos, Grantly Dick-Read suscribía plenamente el enfoque psicosomático en base al cual el manejo del parto, fuese cual fuese, debía convertir el acto «no en el equivalente de una operación quirúrgica, sino en una prueba psicológica»<sup>1575</sup>. Para los propugnadores del parto natural, comentaba Carlos Carceller Blay, era decisivo que la madre tuviera «absoluta conciencia del momento del desprendimiento para obtener la fase emocional llamada “transfiguración”», una fase que supuestamente garantizaba el flechazo entre madre e hijo de forma casi inmediata<sup>1576</sup>.

No obstante, el médico barcelonés era de los pocos en cuestionar este postulado del parto natural, alegando que la práctica obstétrica proveía numerosos ejemplos de «afinidades maternofiliales a prueba de bomba», con madres anestesiadas durante el parto e inconscientes en la llegada al mundo de su descendiente, y que sin embargo el doctor consideraba madres «de familias felices»<sup>1577</sup>. Pero la tónica general sobre el asunto consistía en atribuir a la vivencia consciente del parto la capacidad de encender el amor materno, y al contrario a identificar el parto bajo anestesia con una «experiencia impersonal, decepcionante y vacía», como sentenciaba Francisco Carreras, o un acto «contra natura», según Aguirre de Cárcer<sup>1578</sup>.

Es más, a diferencia del fluido químico del que, una vez inyectado, el obstetra pierde totalmente el control, la anestesia psicológica poseía la ventaja de regularse fácilmente. Métodos como la hipnosis, decía William S. Kroger, permitían por ejemplo «despertar» a la paciente para hacerle sentir el dolor si uno consideraba que ello era indispensable en la prueba que haría de la joven mujer, y de la embarazada madre<sup>1579</sup>.

Por todas estas razones, las mujeres que rechazaban la anestesia obstétrica no hacían gala de masoquismo, según Dick-Read, sino que simplemente expresaban una voluntad racional de vivir su parto de una forma diferente<sup>1580</sup>. Y dada la vinculación que muchos de estos autores veían entre la experiencia del parto y el lazo afectivo hacia el bebé, el deseo de la mujer de prepararse para dar a luz en plena conciencia se percibía como síntoma de su incipiente responsabilidad maternal.

Por su parte, la psicoprofilaxis abarató aún más la oferta. No solo se podía dar a luz con el mínimo dolor y con poco recurso a la química obstétrica, como en el método readiano, sino que en adelante la mujer podía despedirse definitivamente de todo ello. Las mujeres que se entrenaban en el método

---

<sup>1575</sup> Freed y Kroger, *op. cit.*, p. 147.

<sup>1576</sup> Carceller, *op. cit.*, p. 340. Para la referencia readiana al estado de transfiguración, consúltese Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1961], *op. cit.*, p. 19 o «Aspectos psicosomáticos», *op. cit.*, p. 107.

<sup>1577</sup> Carceller, *op. cit.*, p. 346.

<sup>1578</sup> Carreras, «Ataraxia y obstetricia», *op. cit.*, p. 315, y Aguirre de Cárcer en *Preparación al parto* [1963], *op. cit.*, p. 120, respectivamente.

<sup>1579</sup> Freed y Kroger, *op. cit.*, pp. 151-152.

<sup>1580</sup> Dick-Read, «Aspectos psicosomáticos», *op. cit.*, p. 104.

franco-soviético parían absolutamente sin dolor y enteramente por sus propios medios. O lo hacían, a lo sumo, atiborradas de oxígeno sintético: Lamaze popularizó para los partos eutócicos la «tríada de Nikolaev», una mezcla compuesta por suero glucosado, oxígeno y coramina (o cardiazol)<sup>1581</sup>.

En España hay escasas referencias a dicha terapéutica. Psicoprofilácticos de la órbita barcelonesa sí hacían mención a ello y debieron de aplicar la técnica con gran éxito durante algún tiempo<sup>1582</sup>. Cónill Montobbio, por su parte, declaraba que la «minifarmacología» de la psicoprofilaxis se componía de dosis inocuas de analgésicos, oxióticos «y oxígeno “larga manu”»<sup>1583</sup>. En todo caso, tanto los psicoprofilácticos parisinos como Ángel Hernández Jiménez, en España, dieron especial importancia a la oxigenoterapia para combatir la fatiga y, en particular, la isquemia uterina<sup>1584</sup>.

Frente a los desmanes de terapias como el sueño crepuscular, que producía en la paciente una amnesia profunda del parto, estas medidas de apoyo de la psicoprofilaxis resultaban ciertamente inofensivas<sup>1585</sup>. Además, la escuela francesa tuvo el cuidado de inscribir dicho gesto terapéutico dentro de la lógica preventiva que la caracterizaba: como recuerda Vuille, la máscara de oxígeno de Bluets estaba fabricada con plexiglás transparente para evitar el efecto angustiante de las mascarillas opacas<sup>1586</sup>.

Lamaze y compañía diseñaron una estrategia ganadora al retratar a sus pacientes, esas *hijas de Pavlov*, como las únicas capaces de lograr una soberanía total sobre el dolor, sin comprometer por ello su lucidez, su memoria o su vivencia. Y es que como hemos visto, la psicoprofilaxis no solo prometía eliminar el dolor, sino una experiencia sensorial agudizada. En otras palabras: el método ofrecía más por menos.

Los años demostraron que la «salida al mercado» de la psicoprofilaxis tuvo más de marketing que de humildad científica. De lo contrario no podría entenderse, entonces, el sentimiento generalizado de estafa que fue creciendo entre muchas mujeres que acudieron a la clínica de los metalurgistas para parir

---

<sup>1581</sup> Texto no titulado, extraído de los fondos privados de la Union Fraternelle des Métallurgistes, Caja H, Serie 4, «Interventions et écrits du Dr. Lamaze sur l'ASD. 1951-1957», pp. 43-52, sección sobre la técnica del parto dirigido en combinación con la psicoprofilaxis, p. 43. (IHSM). Carreras confirma el uso de la tríada de Nikolaev junto a la administración de alimentos en la práctica psicoprofiláctica de los metalurgistas en «*Dos escuelas*», *op. cit.*, p. 266.

<sup>1582</sup> Véase Rodés de Sisternes, «*El método psico-profiláctico*», *op. cit.*, p. 12, y para la comunicación de grupo: Altès y otros, *op. cit.*, p. 15.

<sup>1583</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 188.

<sup>1584</sup> Véase Hernández Jiménez, «*Nuestra práctica*», *op. cit.*, pp. 151-152.

<sup>1585</sup> El sueño crepuscular –*Dämmer Schlaf* en su denominación original– fue un procedimiento desarrollado en 1902 por el austríaco Richard von Steinbüchel y posteriormente por los alemanes Bernhard Krönig y Carl J. Gauss. La técnica combinada sustancias opioides con escopolamina y sumía a la paciente en un estado de somnolencia duradero. En España, el ginecólogo oscense José Cardús fue uno de sus más entusiastas defensores y explicaba las ventajas del procedimiento en Cardús, «*El amortiguamiento*», *op. cit.*, p. 47, y más tarde en *Nascendo*, *op. cit.*, pp. 44 y 93-97.

<sup>1586</sup> Vuille, «*L'invention*», *op. cit.*, p. 45.

sin dolor, o las incoherencias teóricas sobre la compatibilidad de la psicoprofilaxis con técnicas farmacológicas clásicas<sup>1587</sup>.

En un principio, por ejemplo, Lamaze defendía la analgesia cortical como una entidad médica «única e indivisible», base misma de la obstetricia, e incompatible con cualquier otro procedimiento anestésico que contradijera los fundamentos del método, esto es, la excitabilidad de la corteza y la fisiología de los reflejos condicionados<sup>1588</sup>. Cualquier compuesto que deprimiera el sistema nervioso quedaba, por tanto, del todo descartado, y el parisino desaconsejaba también los «cócteles analgésicos» propios de la conducción activa del parto<sup>1589</sup>. Sin embargo, estos criterios se fueron aflojando con el tiempo, al menos en los partos distócicos y los casos limítrofes, para los que Lamaze sí combinaba oxitócicos con fármacos de tipo narcótico y analgésico como el Dolosal (o petidina) o el neuroléptico Fernergán (prometazina), un antihistamínico con efecto sedante<sup>1590</sup>.

En el caso español, es difícil acceder a información detallada sobre cuáles pudieron ser las micropolíticas de la anestesia de los profesionales que se sumaron a la psicoprofilaxis, y si dichas líneas de conducta evolucionaron o no con el tiempo. En un primer momento, algunos puristas del método psicoprofiláctico sí excluían de entrada la administración de analgésicos y anestésicos –aunque no de otras sustancias «exentas de acción depresora cortical» como el suero glucosado, el oxígeno o los oxitócicos<sup>1591</sup>. El grupo catalán, por ejemplo, se mantenía firme respecto al uso de narcóticos. «Lo que no puede admitirse», decían, «es que haya quien dice emplear el método con el uso sistemático de dolantina y otras drogas que reducen la actividad cortical»<sup>1592</sup>. En cuanto a los oxitócicos, los admitían pero solo puntualmente. En efecto, en su informe sobre el congreso de Turín, Aguirre de Cárcer refería un cierto consenso internacional en evitar el uso sistemático de oxitócicos en combinación con métodos psicofísicos de preparación al parto, pues dichos fármacos «dificultan a la mujer el poder seguir el ritmo de sus contracciones»<sup>1593</sup>.

El recurso a síntesis hormonales para agilizar las contracciones, dicho sea de paso, se liberalizó en pocos años. En 1963, por ejemplo, el preparador madrileño ya no negaba la compatibilidad del goteo estimulante con su método de preparación psicofísica, a pesar de los inconvenientes, y alegaba que de todos modos su indicación estaba en manos del tocólogo. Tampoco le parecía

---

<sup>1587</sup> Para un análisis de la evolución de la postura de la psicoprofilaxis francesa sobre la conducción química y mecánica del parto, desde sus orígenes hasta mediados de los 1980, véase Vuille, *Médecine, femmes et politique*, op. cit., pp. 129-133.

<sup>1588</sup> Lamaze, *Texto del discurso*, op. cit., p. 2.

<sup>1589</sup> *Texto no titulado...* [Interventions et écrits du Dr. Lamaze], op. cit., p. 45.

<sup>1590</sup> *Ibid.*, pp. 45-46.

<sup>1591</sup> Rodés de Sisternes, «El método psico-profiláctico», op. cit., p. 12.

<sup>1592</sup> Altès y otros, op. cit., p. 15.

<sup>1593</sup> Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, op. cit., p. 18.

incompatible finalizar el parto con un procedimiento anestésico cuando la parturienta perdía el control, y siempre con indicación del experto<sup>1594</sup>.

En contraste con la austeridad de la psicoprofilaxis original, los que se situaban como de Cárcer en una órbita «psicofísica» eran más liberales en el empleo de drogas narcóticas en la dilatación, de infiltraciones perineales de novocaína en la expulsión, e incluso para suministrar preparados atarácicos diez días antes del parto<sup>1595</sup>. En un vuelco de los criterios evaluativos establecidos por la escuela parisina, un obstetra de Játiva que se declaraba carceriano refería, en 1978, la tasa de fracasos y malos resultados obtenida en su aplicación del método «psicoprofiláctico»: dicha tasa no correspondía a los partos que, a pesar de la preparación, habían sido dolorosos, o cuyo desenlace la mujer no había comprendido bien. Los fracasos correspondían a aquellos partos en los que, a pesar de la preparación, el equipo había administrado cantidades considerables de anestésicos locales y preparados narcóticos, sedantes, antihistamínicos y neurolépticos<sup>1596</sup>. Como ya sabemos, el tiempo modificó los objetivos de la preparación al parto, y con ello también la manera en que los profesionales valoraban tanto los logros de sus pacientes como su propia actuación.

La decadencia del potencial analgésico de la instrucción prenatal y el incremento del recurso a la farmacopea eran, pues, dos caras de una misma moneda. Como decía Francisco Carreras, «ha sido en el campo de la terapéutica donde la ortodoxia ha ido cediendo más rápidamente», y daba una lista de nombres de profesionales vinculados a la psicoprofilaxis, entre ellos Pierre Vellay, que usaban y abusaban de la alquimia y del procedimiento del parto dirigido. Este hecho, según Carreas, era para más inri interpretado por los oponentes al método psicoprofiláctico como una claudicación acusatoria, es decir, como la prueba del fracaso del método en materia de analgesia<sup>1597</sup>.

Con todo, los desfases entre la teoría y la práctica demuestran tal vez el intento frustrado de la psicoprofilaxis de garantizar la autonomía de la mujer durante el parto, o quizá demuestran tan solo el carácter estratégico de proyectar dicho mensaje dentro de un contexto competitivo y cambiante como fue el de la preparación y la asistencia al parto en la segunda mitad del siglo pasado.

La extraña complicidad que la psicoprofilaxis mantuvo con la deriva intervencionista en obstetricia ofrece otro ejemplo del posible doble rasero con que los promotores del método condujeron su campaña divulgativa. En particular, Lamaze y Vellay fueron pioneros en la aplicación sistemática del

---

<sup>1594</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1963], *op. cit.*, pp. 120 y 123.

<sup>1595</sup> Fermoso, «*Nuestra experiencia*», *op. cit.*, p. 251. Sobre los fármacos atarácicos, véase también Aguirre de Cárcer, *Dos años de experiencia*, *op. cit.*, p. 18.

<sup>1596</sup> A. Sáiz Martí, «Experiencia clínica con el método psicoprofiláctico en Játiva», *II Reunión*, *op. cit.*, pp. 28-32.

<sup>1597</sup> Carreras, «*Ataraxia y obstetricia*», *op. cit.*, pp. 312-313.

fórceps Suzor sin anestesia, y además justificaron de forma novedosa esta maniobra obstétrica altamente invasiva.

Como preámbulo, decían los líderes franceses de la psicoprofilaxis, la educación teórica de alto nivel elevaba la capacidad de comprensión de las futuras madres, allanando supuestamente el terreno, es decir, desbaratando sus antiguos prejuicios. Una vez comprobadas la erudición pavloviana de las alumnas y su gran receptividad, el equipo médico aprovechaba para familiarizarlas con el fórceps extractor, esto es, con las características, los usos y las indicaciones de dicho aparato. Ahora bien, los psicoprofilácticos no se conformaban con realizar una presentación oral, sino que permitían que las alumnas vieran, tocaran y juzgaran por sí mismas el brillante utensilio. La confianza se aquilataba, por supuesto, presentando la maniobra como un acto simple y fácil, y asegurándoles que, de existir alguna dificultad, el equipo las dormiría sin ambages.

Esta teatralización pragmática y conciliadora en torno al material obstétrico se mantenía también en el momento del parto. Sin duda, la habilidad técnica del partero era un factor clave en la asistencia, decía Lamaze. Pero al mismo tiempo, en caso de intervención con fórceps:

«hay que explicar a la parturienta el rol *primordial* que ella sigue ejerciendo, y que el tocólogo simplemente va a facilitarle la operación. Él debe dar la impresión de facilidad y explicar cada uno de sus gestos. No pretendemos crear una actividad secundaria, sino al contrario llevar al máximo [la] actividad [de la parturienta], en el sentido del esfuerzo expulsivo que ella debe realizar, para conseguir el objetivo buscado durante la preparación y el parto»<sup>1598</sup>.

Lo original no era tanto la disyuntiva entre emplear el fórceps como sustituto de la destreza expulsiva de la mujer o al contrario como forma de amplificar dicha destreza, pues eso dependía de cada parto y de la propia mirada del *accoucheur*. Lo relevante era que Lamaze y Vellay sistematizaran esta descripción, dando a entender que la tecnología obstétrica era una práctica complementaria a la actuación corporal de la parturienta, una prótesis que no eclipsaba ni su protagonismo ni su «lucidez absoluta» sobre la situación<sup>1599</sup>.

Así, la escuela francesa enmarcó la maniobra del fórceps dentro del ideal de una mujer presente y activa, epicentro de su parto, y cuya percepción era tan límpida que impresiones como «el frío de las cucharas» o su «deslizamiento a través del canal vaginal» contarían como pruebas de la superioridad sensorial de la psicoprofilaxis sobre otros métodos<sup>1600</sup>. No obstante, el caso del fórceps indica que el *privilegio sensual* de la psicoprofilaxis tenía poco o nada de romántico. Los productos oxitócicos, por ejemplo, magnifican la contracción uterina y el fórceps

---

<sup>1598</sup> Lamaze y Vellay, «*Cinq ans*», *op. cit.*, p. 42.

<sup>1599</sup> *Ibid.*

<sup>1600</sup> *Ibid.*, p. 43.

mecaniza la expulsión, pero tan psicoprofilácticos eran los partos de las mujeres a quienes aplicaban tales procedimientos como los de aquellas que daban a luz «naturalmente», ajenas a cualquier intervención distinta del «bombardeo»<sup>1601</sup> y la descontaminación psico-verbal típica del método de origen ruso.

Desde el satélite español de la psicoprofilaxis –la Clínica de Santa Alicia– Ángel Hernández Jiménez también se jactaba de haber realizado, a petición de la propia parturienta, un fórceps sin anestesia y soportado por la interesada «sin el menor quejido y en plena posesión de sus facultades»<sup>1602</sup>. Los preparadores de la órbita psicoprofiláctica, en efecto, tenían la misma aproximación realista hacia el material obstétrico que mantenían hacia el lenguaje. Acostumbrar a la embarazada al «aparato inhalador de oxígeno e incluso [al] instrumental corriente del parto normal», como proponía Anicet Altès<sup>1603</sup>, era una forma de ir creando precisamente eso: entendimiento, confianza, relación, reflejo. Pedro Puig y Roig procedía de forma similar, presentando a las alumnas el lugar y el material que usarían el día del parto. De este modo el parto, decía el catalán:

«ya no encierra ningún secreto ni tan solo para las primíparas ya que tenemos especial cuidado de practicar las últimas clases en el tocoquirófano, donde, en la misma mesa en que pocos días después habrán de parir, se las ha ejercitado en la práctica de la respiración jadeante, de las respiraciones profundas [...], de las inspiraciones de oxígeno con mascarilla abierta, de pujar en inspiración [...] y se las ha enseñado a permanecer en la posición de relajación [...]»<sup>1604</sup>.

Estas iniciativas de «inmersión hospitalaria» de las embarazadas, a mi entender, mantienen una relación directa con el estilo realista –a nivel pedagógico y comunicativo– preconizado por la psicoprofilaxis y que cundió posteriormente en gran parte del personal encargado de la preparación al parto, como señala la psicoterapeuta Leonor Lorenzo en tono crítico<sup>1605</sup>. Pero familiarizar a las alumnas con los protocolos hospitalarios no solo formaba parte de la terapia reflexológica propiamente dicha, sino que también, y sobre todo, mejoraba la adecuación de la conducta de la parturienta frente a las vicisitudes asistenciales. Si el parto fue siempre una función sin ensayo general, la psicoprofilaxis y otros métodos anticipaban procedimientos de tipo invasivo mediante la visita a las instalaciones o las pruebas de material. Con todo, la connivencia hacia tales procedimientos acabaría engullendo, a la larga, la idea misma de la preparación, mostrando su inutilidad como herramienta contra el dolor.

---

<sup>1601</sup> Tomo aquí prestada la expresión de Carlos Carceller Blay, *op. cit.*, p. 345.

<sup>1602</sup> Hernández Jiménez, «*Antecedentes*», *op. cit.*, p. 12.

<sup>1603</sup> Altès, «*El factor psicológico*», *op. cit.*, p. 4.

<sup>1604</sup> Puig i Roig, «*Cómo puede realizarse*», *op. cit.*, pp. 206-207.

<sup>1605</sup> Véase (*Psico*)*terapia*, 7. 1., donde se discute el asunto desde el punto de vista de la ética comunicacional de la psicoprofilaxis en oposición a la aproximación más prudente del método readiano.



En todo caso, era evidente que con procedimientos como el parto dirigido, la autonomía de la parturienta quedaba tan disminuida como en el caso de otras intervenciones obstétricas, por ejemplo las de tipo instrumental. Ciertamente, la psicoprofilaxis trató de resignificar algunos de estos gestos, como el de la aplicación del fórceps sin anestesia, en base a un ideal de independencia basado en la capacidad de la mujer de deliberar y decidir sobre su experiencia de parto y modular su actuación al respecto. Como decía Vellay con intención rompedora, había una gran diferencia entre asistir al nacimiento de un hijo y participar verdaderamente en él. El comentario, que Vellay realizaba a propósito de la expansión imparable de la epidural a finales de los 1970, quería dar a entender que la psicoprofilaxis «ha dado a la mujer la totalidad de su cuerpo y al mismo tiempo le ha permitido pasar del estado de objeto al estado de sujeto», siendo «ella en su totalidad», mientras que la nueva modalidad anestésica «secciona la mitad del cuerpo, viene a amputar la imagen corporal; es una hemisección»<sup>1606</sup>.

No bastaba pues con estar consciente, sino que una debía poder sentir su cuerpo entero y también intervenir, por ejemplo, acogiendo al bebé con sus propias manos tras la expulsión. De nuevo, el rasero psicoprofiláctico hacía brillar la diferencia entre una experiencia del parto que podría narrarse en primera persona y otra experiencia que más bien se traduciría como una narración distanciada en tercera persona. En otras palabras, Vellay distinguía entre capacidad de acción y mera observación empírica como criterios definitorios de un parto exitoso.

La construcción teórica del parto como un espacio para el desarrollo y ejercicio de la subjetividad de las pacientes tenía cabida dentro de la reformulación de los principios de la deontología y la bioética médicas en la segunda mitad del siglo, y especialmente en los movimientos que reivindicaron la autonomía del paciente a partir de los años 1960 y 1970<sup>1607</sup>. Esta pretensión, que no existió nunca en la versión rusa, resaltaba pues entre los atractivos de la psicoprofilaxis francesa, y rápidamente se propagó como reclamo o lugar común en el mercado de la preparación al parto. También una historiografía algo naïf recoge el tópico de que la mujer ganó su independencia obstétrica gracias a corrientes como la psicoprofilaxis o el parto natural inglés<sup>1608</sup>.

Pero como es bien sabido, en todo tópico se fragua una verdad y sirve al mismo tiempo para deformar impunemente la realidad. En su connivencia con el manejo artificial –químico o mecánico– del parto, la psicoprofilaxis comprometía, en la práctica, la idea de que la mujer lo hacía todo por sí misma, es decir su

---

<sup>1606</sup> Vellay, «Lugar», *op. cit.*, p. 70.

<sup>1607</sup> Para una revisión concisa sobre la bioética y sobre los desarrollos bibliográficos que ha suscitado véase Robert Martensen, «The History of Bioethics: An Essay Review», *Journal of the History of Medicine*, 56, 2001, pp. 168-175.

<sup>1608</sup> Véase, por citar solo un ejemplo, Maï Le Dù, «France 1952-2006. De l'accouchement sans douleur à l'anesthésie péridurale: l'évolution du traitement de la douleur de l'accouchement et son éclairage sur l'image sociale de la femme», *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 349, 2006, pp. 26-29.

autonomía. Por eso, cabe suponer que afirmaciones como la de Vellay servían en realidad de añagaza o, a lo sumo, reflejaban tan solo la aspiración sincera de los defensores del método, ya que de facto la toma de decisiones correspondía únicamente al médico, quien modulaba la actuación de la parturienta cual «director de orquesta». Como decía Aguirre de Cárcer, «EL CRITERIO DEL MÉDICO EN EL PARTO NO SE PUEDE DISCUTIR»<sup>1609</sup>.

En cambio, si hubo algo en lo que la teoría psicoprofiláctica aventajó desde el principio al resto, fue sin duda en su construcción de la autonomía como una virtud o prerrogativa fenomenológica que el método proporcionaba. Tener un margen de acción sobre el propio proceso de parto era quizá un ideal demasiado moderno para la época y, de plantearse, se supeditaba en todo caso a la exigencia de parir con «un cerebro en atención», es decir, siendo una dueña de sus percepciones en todo el proceso<sup>1610</sup>.

Mientras la visión cristiana del dolor empezaba a derrumbarse, la participación mental de la mujer durante el parto seguía siendo objeto de controversias. Enajenarse era de cobardes, pero para muchos la única opción para burlar al dolor<sup>1611</sup>. Inversamente, el grado de conciencia de la mujer durante el nacimiento de su hijo parecía estar estrechamente ligado a su aprendizaje como madre y a la dignidad de su experiencia. Como afirmaba Cónill Montobbio, «la presencia consciente de la parturienta es necesaria para el total éxito generativo»<sup>1612</sup>. Este era un mercado regido por unas leyes, que podríamos llamar *políticas de la anestesia*, que la psicoprofilaxis contribuyó a redactar. Con la introducción de nuevos métodos, como la sofrología o la anestesia epidural, el mercado se liberalizó y aquella idea de prepararse «a conciencia» para la maternidad, como vimos, perdió su razón de ser<sup>1613</sup>.

\*

---

<sup>1609</sup> Aguirre de Cárcer, *Lecciones*, op. cit., p. 112.

<sup>1610</sup> Esta es otra formulación equiparable a la de Hernández Jiménez, del cual se declaraban discípulos Alén, Novo y Sánchez, op. cit., p. 2.

<sup>1611</sup> Por ejemplo, Carlos Carceller Blay, de la Casa Provincial de Maternidad de Barcelona, recomendaba la preparación al parto pero al mismo tiempo admitía que «la única forma de abolir en la actualidad el dolor es anestesiando los nervios sensitivos del útero» o bien «apagando el sensorio mediante la anestesia general». Carceller, op. cit., p. 346.

<sup>1612</sup> Cónill Montobbio, op. cit., p. 184.

<sup>1613</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], op. cit., p. 110. Véase la referencia a ello en la introducción al capítulo.

Lamaze no se cansó de señalar que la preparación práctica de la psicoprofilaxis servía para producir una serie de respuestas y comportamientos adaptativos de la mujer frente a la situación de parto. La interiorización de ciertos patrones respiratorios, la distensión neuromuscular y el empleo voluntario de la fuerza abdominal en el momento preciso eran nuevos reflejos condicionados que hacían de la mujer un sujeto más dueño de sí mismo y, por tanto, más dueño de su dolor. De manera análoga, la instrucción práctica propuesta por Grantly Dick-Read proporcionaba *una puesta a tono*, en el doble sentido de tonificar la musculatura en vistas al trabajo de parto y de predisponerse psicológicamente frente a dicha prueba.

En ambos sistemas, el objetivo giró siempre en torno al rendimiento físico y la adaptabilidad mental que la mujer demostraba durante su parto. Ahora bien, tanto la primera como la segunda eran cuestiones complejas e interrelacionadas que se teorizaron distintamente según el estadio de desarrollo en que se encontraba la preparación al parto.

En un primer momento, que se corresponde con la emergencia y la consolidación de los métodos de instrucción prenatal, estos debieron hacerse valer en contraposición a la oferta existente en materia de manejo químico del dolor. Por este motivo, el tema candente fue en esta primera etapa el de la preservación de la conciencia de la mujer en el proceso de parto. Conciencia o «presencia» que se entendía, cierto es, de múltiples formas: como proceso sensorial, volitivo o intelectual. Si los actores de la preparación se enzarzaron entre sí respecto a las diferentes manifestaciones de la conciencia, ello se debe a que el asunto servía precisamente de marcador epistemológico, de baliza para definir el objetivo mismo de la preparación frente al déspota «todo para la parturienta, pero sin la parturienta» que clamaba tras el recurso a la jeringa o al inhalador.

A partir de los años 1960, con la aparición de la sofrología, esta narrativa sobre la forma más meritoria de afrontar el dolor cambió sustancialmente. Ante la hospitalización total de los partos, la preparación prenatal adquirió un papel secundario –es decir, de coadyuvante de otros métodos para el manejo artificial del parto– y rutinario también –porque ya no era necesario señalar sus muchas ventajas más allá de su desacreditada acción analgésica.

Al delegar la batalla del dolor y monopolizar la del comportamiento, pues, preparadores como Aguirre de Cárcer pudieron experimentar con los peldaños de la conciencia, subvirtiendo la antigua frontera por un espacio de libre tránsito. En particular, su sistema proponía alcanzar un estado híbrido entre la vigilia y el sueño en el que, además de transformar la percepción dolorosa, se transformaba la paciente en su totalidad. Los gestos fisioterápicos de la EM carceriana, encaminados a adquirir esta destreza *liminal*, debían pues repercutir en el equilibrio anímico de la futura madre.

En las décadas siguientes, la irrupción y la generalización de la epidural contrajo un nuevo cambio de escenario: ilesas pero despiertas, las mujeres

podían por fin parir «a la ligera»<sup>1614</sup>, es decir, eludiendo tanto el miedo y el dolor como el coste vital de nueve meses de ejercicios y cursillos. Desde el punto de vista del teatro de la asistencia obstétrica, es lógico que la epidural se erigiese protagonista. Idealmente, el nuevo método solucionaba los problemas de conciencia al aniquilar tan solo la dimensión algoceptora de la sensorialidad, sin perturbar el resto de facetas psíquicas y sensoriales que componen la experiencia subjetiva del nacimiento. Así, el «inmenso porvenir» que algunos profesionales veían en los métodos de analgesia psicológica se fue al traste con la epidural<sup>1615</sup>.

El declive de estas metodologías alternativas y el triunfo de la anestesia epidural certifican además la persistencia de concepciones mecánicas del dolor obstétrico, con su cariz determinista y exculpatorio al mismo tiempo. Por ello la epidural exigía menos de las pacientes, haciendo a menudo innecesaria la preparación, y de sus cuidadores, despojándolos de la mirada escudriñadora que la psicoprofilaxis había pretendido instigar entre los miembros del personal de todo servicio obstétrico. Como proponía un manual en 1987, la embarazada debía decidir «si le gustaría seguir un curso de preparación al parto; si prefiere utilizar anestesia epidural»<sup>1616</sup>: prepararse o anesthesiarse, dos ofertas al mismo nivel.

Si en dicha coyuntura la preparación al parto pervivió, lo hizo desdoblándose en dos fenómenos contrapuestos: uno de connivencia y otro de disidencia. En el primer caso, la preparación al parto ejercería de lacayo de la acción principal –la conducción activa del parto– rescatando de sus primeras aportaciones la enaltecida obediencia. Como afirmó Consuelo Ruiz, «del mismo modo que para un vistoso desfile los soldados obedecen la voz de mando, para el éxito pleno del parto hay que obedecer también las voces de mando. [...] Inspire! ¡Sople! ¡Inspire!, ¡Sople! ¡Aguante! ¡Apriete! ¡Sople!»<sup>1617</sup>. O como confesaba Teresa en su libro testimonial: «Hacer mi gimnasia diaria me obsesionaba como a un colegial que teme los palmetazos del maestro»<sup>1618</sup>.

Así, para quienes nunca creyeron en las posibilidades reales del parto sin dolor por vía psicológica, la educación prenatal siempre tuvo ese rol servicial y eficaz que consistía en disciplinar a las embarazadas y de paso convencerlas de los beneficios de parir con el último fármaco o aparato descubierto<sup>1619</sup>. Desde esta perspectiva, las intervenciones obstétricas se daban de algún modo por sentadas, pues como decía un ginecólogo a principios de los 1970, para hacer

---

<sup>1614</sup> *Ibid.*

<sup>1615</sup> Vallejo-Moriones, «*El parto sin dolor*», *op. cit.*, p. 211.

<sup>1616</sup> De la Cal, *Embarazo y parto*, *op. cit.*, p. 32.

<sup>1617</sup> Vélez-Frías, *El parto sin dolor*, *op. cit.*, p. 28.

<sup>1618</sup> Gómez Estrada, *op. cit.*, p. 37.

<sup>1619</sup> Este es el caso, entre otros muchos, del ginecólogo César Fernández Ruiz, que instrumentalizaba «la psicoprofilaxis» para aplicar en sus pacientes su método propio de parto dirigido y extracción fetal con ventosa. Fernández Ruiz, «*La dirección médica*», *op. cit.*, p. 37.

«innecesaria toda participación del arte» la mujer no solo debía progresar en la dilatación sin el menor contratiempo sino que debía también mostrar «conformidad, cuando no aceptación jubilosa de su dolor»<sup>1620</sup>. La era de la asistencia expectante a la parturienta había pasado, y la preparación servía a menudo para alicatar la nueva diligencia obstétrica.

En el polo opuesto, la preparación al parto derivó en movimientos de una cierta contracultura obstétrica, muy críticos con los procedimientos invasivos y defensores de un enfoque más humano de las relaciones asistenciales. No es por tanto casual que, en España, algunos de estos movimientos se basaran en la obra de Consuelo Ruiz, que fue la única en mantenerse crítica con el intervencionismo de principio a fin<sup>1621</sup>. Podrá objetarse que la matrona también valoraba, y mucho, la disciplina que la preparación al parto fomentaba: pero en su caso esta virtud tenía más que ver con el dominio de sí que con el dominio *de los demás* sobre uno mismo. El parto sin dolor dotaba a la mujer de una gran responsabilidad y ponía a prueba su tenacidad, su afán de sacrificio y el grado en que la alumna era consecuente con sus deseos: virtudes que la matrona, por otro lado, encarnó personalmente muy bien<sup>1622</sup>. Al final de su vida, y prácticamente inválida, Consuelo Ruiz siguió asistiendo a domicilio, un contexto totalmente desmedicalizado donde ella se limitaba a esperar con paciencia el parto espontáneo. En alguna ocasión, incluso, la vieja matrona se mostró abierta a aprender de sus pacientes nuevas aproximaciones al nacimiento, como el parto del loto<sup>1623</sup>.

Las partes III y IV de esta tesis dan cuenta de la especificidad y la evolución de la metodología terapéutica de la preparación al parto a través de distintos ángulos: el procedimental y el discursivo, fundamentalmente, y el ético-político y social, también un poco. Con respecto a la anterior, la parte *(Fisio)terapia* procede según un movimiento en boomerang:

*(Psico)terapia* presentaba la estructura de las relaciones médico-paciente y las diversas formas de depuración y resignificación comunicacional que se dieron con vistas a mejorar la eficacia de la preparación al parto, gestos que abrían el debate sobre el manejo psíquico de las pacientes, los fenómenos de sugestión y el problema del consentimiento. Alejándose aparentemente de estas

---

<sup>1620</sup> Emilio Mesaguer Casalíns, *Historia de la asistencia al parto*, discursos leídos en la sesión extraordinaria del día 11 de mayo de 1970: discurso de ingreso del Dr. Emilio Mesaguer Casalíns, discurso de contestación del Ilmo. Sr. Dr. D. José Manuel Gómez de Cisneros, Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Murcia, 1970, pp. 23-24.

<sup>1621</sup> Vélez-Frías reitera esta opinión en todas sus publicaciones. Por citar una de ellas, véase *Las matronas*, *op. cit.*, p. 53.

<sup>1622</sup> Véase *Genealogía*, 2. 3.

<sup>1623</sup> El «parto del loto» designa la práctica de mantener al recién nacido unido a la placenta después de la expulsión de esta y hasta que uno y otra se separen espontáneamente al cabo de varios días. La finalidad de no pinzar el cordón umbilical consiste pues en aprovechar los aportes nutritivos y las células madre de la sangre placentaria para el bebé. Para la referencia de Consuelo Ruiz véase Vélez-Frías, *Parir sin miedo*, *op. cit.*, p. 202.

cuestiones, la parte (*Fisio*)*terapia* ha explorado los procedimientos corporales de instrucción prenatal, atendiendo primero a su ejecución meramente mecánica y al encaje conceptual que dichas prácticas encontraban en cada modelo de educación prenatal. Como marionetas o seres articulados, las mujeres adecuaban la acción de las distintas zonas corporales a las exigencias específicas de la labor obstétrica.

Tras este desvío momentáneo, (*Fisio*)*terapia* ha vuelto con fuerza sobre la experiencia psíquica de las pacientes, pues la actitud mental que asumían estas en cada gesto quinesiterápico del parto y la preparación fue motivo de controversias entre las distintas escuelas. Por encima de las complicadas series respiratorias, la relajación más austera o la gimnasia propiamente dicha, el verdadero deporte de la preparación al parto fue entonces el funambulismo de la conciencia. Como hemos visto, dicho deporte evolucionó con el tiempo y las pacientes pasaron de caminar por la cuerda floja a disponer de varios niveles de cuerdas, plataformas y asideros para sobrellevar eficazmente el dolor.

Por último, el epílogo a la parte IV ha situado la emergencia de la preparación al parto en un contexto de colisión entre las nuevas posibilidades de anestesia obstétrica y las aspiraciones legítimas del público y los expertos de salvaguardar una experiencia segura y constructiva del nacimiento. De este modo, el análisis que cierra (*Fisio*)*terapia* propone pensar la preparación al parto no solo como un constructo teórico o como una práctica preventiva y terapéutica, sino como un proceso de creación de sentido, una forma narrativa que dialogando con los discursos existentes se adjudicó una cierta superioridad moral. Un comentario del psiquiatra López-Ibor nos permite profundizar este punto en su relación con las prácticas corporales del parto sin dolor. Porque, ¿qué puede haber de respetable en el gesto anodino de flexionar una pierna, inmovilizar varias partes del cuerpo o jadear?

En su prólogo al manual de Aguirre de Cárcer, López-Ibor subrayaba que el valor de la educación prenatal residía en proporcionar una nueva vivencia del parto, una experiencia que él mismo definía, justamente, como «una conciencia clara frente a un acontecimiento natural». El entrenamiento físico de la gestante, para el psiquiatra, era algo «que viene después, y casi como consecuencia lógica de ese cambio de actitud». Así, según López-Ibor, la dimensión quinesiterápica del parto sin dolor no era «sino el modo de *incorporar* ese cambio de actitud. Incorporar quiere decir transformar lo psíquico en fisiológico, el pensamiento en reflejo»<sup>1624</sup>.

En el caso de Teresa Gómez Estrada, la paciente de Aguirre de Cárcer que publicó una memoria de su preparación con él, esa acomodación era total: todos los hitos del pensamiento carceriano están presentes en su forma de desenvolverse. La apología de la constancia, la racionalización de cada gesto del método, la obsesión por «coger la contracción a tiempo», la mística de la

---

<sup>1624</sup> Aguirre de Cárcer, *Preparación al parto* [1959], *op. cit.*, prólogo.

maternidad y el juicio moral a quienes no se suman a la iniciativa, la tendencia al autoexamen y a culpabilizarse por los fallos y fracasos del método, la interiorización de la condición de alumna, la noción superficial de asepsia y resistencia del entorno, la asociación entre el dolor muscular y la tensión nerviosa, la ausencia de crítica hacia las intervenciones del equipo obstétrico, etc. Teresa, en suma, aprendió a evaluar y experimentar el parto y el embarazo a través de la mirada de su preparador.

López-Ibor estaba pues en lo cierto al sugerir que la instrucción práctica daba vida –vida carnal, entiéndase– a la filosofía atesorada en cada método. Pero el psiquiatra subestimaba la capacidad del entrenamiento físico para intervenir en ese proceso de subjetivación: la fisioterapia no transformaba a la paciente *después* de que los cursillos teóricos y el enamoramiento hacia el preparador obrasen en ella un cambio de actitud respecto al trance de parir; la (fisio)terapia del parto sin dolor ya implicaba, por sí misma, la consecución de dicho cambio de actitud, y obraba en paralelo, no después, de los elementos pedagógicos y relacionales de la preparación.

*(Psico) y (Fisio)terapia* eran por tanto dos recursos distintos pero enlazados e inseparables, dos maneras de afianzar determinadas concepciones médicas, éticas y políticas en el cuerpo de las mujeres y en su identidad. Pues como planteé en la conclusión de la parte III, al pasar por el filtro de cada aparato terapéutico la alumna encarnaba tanto los principios teóricos que animaban la metódica como el arquetipo abstracto de mujer que les daba fundamento. En concreto, como vimos, los programas de educación prenatal vincularon el aprendizaje y el sometimiento al consejo del experto que ellos mismo entrañaban con la obtención de una cierta dignidad moral, un proceso virtuoso que sin duda traducía el sesgo y la discriminación propias del rol que la mujer ejercía en su comunidad. Con todo, el parto preparado constituye un objeto cultural cargado de obsesiones colectivas, un espacio donde se proyectan los ideales de un grupo determinado y que a su vez genera nuevos significados y relatos sobre el cuerpo, el alma o la mente, la crianza y la educación, el género y la sexualidad, la gestión sanitaria y política, el orden social y por supuesto la maternidad.

Y para terminar, una confesión: si hay algo que (me) sorprende, enternece y exaspera al mismo tiempo son las contradicciones internas de este entramado teórico-práctico y narrativo en torno al parto sin dolor.

En primer lugar saltan a la vista los desfases entre las premisas analíticas de cada gesto de la preparación y sus efectos prácticos inmediatos: era el caso de las diversas justificaciones de cada patrón respiratorio o de las controversias sobre la frontera entre la gimnasia y la relajación, y aun sobre las diferencias entre una relajación supuestamente «física» y otra que a priori también implicaba algún componente «mental». En todos los casos el efecto indirecto era

el mismo: el gobierno del cuerpo y la adecuación de la conducta al dispositivo hospitalario.

En lo relativo a la gimnasia, más precisamente, la articulación teórica de esta práctica hunde sus raíces en el funcionalismo y la epistemología anatomicista de la medicina griega, una tradición caracterizada por la búsqueda de sentido o propósito, es decir finalidad, en el despliegue del mundo material. En tanto que órganos de la acción voluntaria, los músculos condensan esa idea de intencionalidad, y su relevancia en el pensamiento médico occidental –desde Aristóteles y especialmente desde Galeno, y a diferencia de lo que ocurre en otras tradiciones médicas como la china– tiene que ver con la emergencia de un concepto de la condición humana que recoge como principio constituyente esa fuerza volitiva, esa capacidad deliberativa del sujeto, fuera de toda determinación externa<sup>1625</sup>. Es desde esta perspectiva como puede entenderse que la gimnasia, al conferir forma y tonicidad a los músculos, fuera para profesionales como Aguirre de Cárcer el signo expresivo de la volición y un medio directo para ejercer esa autonomía individual. Sin embargo, también resulta evidente la dimensión «nacionalsindicalista» que Consuelo Ruiz veía en la gimnasia, por su efecto de encuadramiento y homogeneización de las conductas y las voluntades individuales.

Y esto nos lleva a otro género de contradicciones, pues tampoco el imaginario político que invocaron los métodos de preparación al parto fue siempre coherente. En el desmarque narrativo que acometieron contra la anestesia obstétrica convencional, los promotores del parto sin dolor realizaron sus propuestas como formas directas de emancipación social. El sustrato ideológico de cada uno era irrelevante en este caso: si la psicoprofilaxis francesa y su portavoz español fueron más explícitos en este punto, también Grantly Dick-Read profesaba una visión teleológica de su método, un artilugio sofisticado que según él conduciría al refinamiento de la civilización. En lo sucesivo, los seguidores de ambas vertientes también asumieron la dialéctica que oponía la conciencia y la voluntad a la anestesia, la amnesia y la pasividad de la mujer como signos oscuros de control social y de alienación individual.

Como dijimos, el ideal del paciente en tanto que sujeto autónomo y libre encajaba dentro de la reconfiguración general de la medicina en el ámbito de la bioética en los años 1960 y 1970. Pero este marco progresivamente liberal e individualista friccionaba ostensiblemente con la dimensión instrumental y normalizadora del parto sin dolor, o de sus versiones posteriores. Como admitían Lamaze y Vellay en una publicación conjunta, se trataba de crear una «disciplina de masas»<sup>1626</sup>. Tras la insistencia en la adaptabilidad de la mujer a la situación de parto asomaba pues la metáfora del taylorismo industrial de hacer del obrero *mitad orangután, mitad robot*: un ser cándido y eficiente. En efecto, las

---

<sup>1625</sup> Shigehisa Kuriyama, *The expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine*, Zone Books, New York, 2002, capítulo «Muscularity and Identity».

<sup>1626</sup> Lamaze y Vellay, «L'Accouchement Sans Douleur», *op. cit.*, p. 4.



mujeres debieron adaptarse a nuevas condiciones (re)productivas en el hospital moderno, y ello pasaba por incorporar, automatizar y racionalizar una serie de técnicas que harían de su cuerpo, al mismo tiempo, un instrumento del trabajo colectivo y su superficie de aplicación. Dick-Read se sumaba a la alegoría indicando que «la madre es la fábrica y el trabajador durante el parto»<sup>1627</sup>.

Como ya hemos explicado, estas contradicciones se explican en parte por el momento excepcional en que surgió la preparación al parto: en el tránsito entre dos modelos de asistencia obstétrica –el casero y el hospitalario. Precisamente por ese carácter transicional, la preparación al parto adoleció de la belleza y las fallas de todo lo que se sale de los márgenes, y alentó unas expectativas pero acabó sirviendo a otros fines.

---

<sup>1627</sup> Dick-Read, *Childbirth Without Fear* [1951], *op. cit.*, p. 216.

## CONCLUSION

Cette thèse s'est donnée pour but de retracer l'histoire de la préparation à la naissance en Espagne entre les années 1950 et la fin du siècle. Les limites spatio-temporelles de l'étude ne sont pas étanches, car ce mouvement de l'obstétrique contemporaine a eu une portée internationale et reste encore en vigueur de nos jours, bien que ses premières connotations socio-politiques se soient fortement estompées.

Pour ce qui est de son ancrage territorial, l'accouchement sans douleur proprement psychoprophylactique et l'Éducation Maternelle d'Aguirre de Cárcer puisent dans les modèles franco-soviétiques et britanniques de préparation prénatale, ainsi que dans des ressources provenant d'outremer ou d'autres régions européennes telles que l'éducation neuromusculaire d'Edmund Jacobson ou le Training Autogène de J. H. Schultz. Le regard devait en ce sens franchir les frontières, saisir le flux d'importations et d'influences qui ont joué dans la consolidation de la préparation à la naissance en Espagne, et comparer ces apports avec les traductions qu'en ont faites les acteurs locaux.

Laisser place à une certaine porosité semblait aussi pertinent pour aborder la chronologie, car même si la psychoprophylaxie fait son entrée à Madrid en septembre de 1953, remonter aux discours sur la douleur obstétricale du début du siècle permettait de mettre en relief le dispositif conceptuel qu'accompagnait la méthode pavlovienne, ainsi que d'en tirer une comparaison tripartite avec le modèle proposé par Dick-Read. De même, j'ai suggéré que la préparation à l'accouchement languit sous l'essor de l'anesthésie péridurale. Le Ministre de Santé José Manuel Romay Beccaría décide d'universaliser ce procédé anesthésique le 25 février 1998<sup>1628</sup>. En Espagne, ce fait marque au niveau des institutions et des fonds publics la nouvelle ère du care obstétrical. Or, poser cette date comme clôture de mon étude me semblait inapproprié parce qu'un tel geste politique n'entraîne pas la dissolution automatique de la préparation prénatale : il symbolise seulement sa crise d'actualité. J'ai donc préféré de m'en tenir à un découpage plus souple de mon objet d'étude, lequel embrasserait toute la deuxième moitié du siècle, mais sans aller au-delà, avec une insistance particulière sur les premières décennies. Ce choix permet de signaler des tendances (la psychologisation progressive de la préparation à l'accouchement,

---

<sup>1628</sup> «La anestesia epidural se generalizará para todos los partos en el año 2000», *El Mundo*, 26 de febrero de 1998.

sa perte de crédibilité, son instrumentalisation par les pratiques obstétricales contemporaines, etc.) sans imposer des cloisons rigides à ses diverses manifestations. En somme, j'ai donné des marges floues pour une interprétation fluide.

Comme toute thèse en histoire, celle-ci a rétabli certains faits du passé que je vais dans un premier temps rappeler. J'esquisserai ensuite la structure du texte, et j'examinerai les aspects transversaux les plus importants. Une fois réalisé ce ratissage des contenus de la thèse, je noterai pour finir les enjeux et les approches qui restent ouverts et qui sont susceptibles de donner une continuité à cette recherche.

\*

Après le conseil de son oncle et maître Vital Aza, le jeune obstétricien Ángel Hernández Jiménez se rend à Paris l'été de 1953 pour apprendre la technique d'accouchement indolore mise en place dans la maternité des métallurgistes. Émerveillé par ses facultés analgésiques ainsi que par l'ambiance idéologique où cette méthode se développe, Hernández Jiménez l'importe en Espagne décidé à en faire sa contribution personnelle à la diffusion de principes socialistes dans la science. Or sa position modeste dans la hiérarchie obstétricale espagnole ainsi que l'anticommunisme officiel des élites médicales lui réservent un accueil froid et condescendant. Comme bien d'autres spécialistes, Hernández Jiménez agit en atome libre, il expérimente avec la méthode et l'applique sans support institutionnel. C'est aussi le cas de la sage-femme Consuelo Ruiz Vélez-Frías et du médecin Álvaro Aguirre de Cárcer, précurseurs comme Hernández Jiménez de la préparation à l'accouchement dans la capitale. Le discours du Pape Pie XII en 1956 sur la compatibilité de la psychoprophylaxie et la morale chrétienne fait tomber les scrupules de certains secteurs sociaux envers la méthode et ouvre une période d'expansion et de normalisation où les adeptes à l'école franco-soviétique essayent de se fédérer, les professionnels en général sont convoqués par les médias et le public apprend à associer la préparation à la naissance, quelle qu'elle soit son origine ou son idéologie de base, avec une expérience plus responsable et accomplie de la maternité.

Si l'intervention papale infléchit ainsi le cours de l'accouchement sans douleur en Espagne sur un plan moral, au niveau logistique ce sont les privilèges de classe d'Álvaro Aguirre de Cárcer les ressorts qui permettent son décollage factuel. La position sociale et économique de cet expert en kinésithérapie rééducative joue un rôle central dans la formation du jeune médecin, dans la diffusion de son premier système de préparation à l'accouchement et dans la construction et consolidation de son entreprise d'Éducation Maternelle,

quelques années plus tard. Face à la précarité et à la marginalité d'Ángel Hernández Jiménez et de Consuelo Ruiz, l'un resté presque anonyme et l'autre ostracisée par ses supérieurs, le succès incontestable de la méthode carcerienne pointe du doigt les inégalités socioprofessionnelles, la discrimination sexuelle et les contraintes idéologiques qui caractérisent la science médicale sous le franquisme.

Au cours des années 1960 Aguirre de Cárcer adhère aux explications psychanalytiques de la sexualité et intègre dans son système des notions de la médecine psychosomatique et de la sophrologie d'Alfonso Caycedo. Il refonde donc la discipline en transformant l'accouchement sans douleur en une occasion pour encadrer les femmes dans leurs tâches maternelles et ménagères. Sous la forte influence qu'exerce de Cárcer dans son milieu, beaucoup de professionnels se joignent à son école et lui-même est désigné responsable de la préparation prénatale dans la maternité madrilène de La Paz. Cette maternité est la plus grande institution publique de la sorte à l'époque, et elle symbolise le tournant technocratique de la dictature : La Paz est le foyer de professionnels qui développeront par la suite des techniques gynéco-obstétricales de pointe, et la Sécurité Sociale couvre par ailleurs les frais de la préparation prénatale dès le jour même de son inauguration. En 1965 la préparation à l'accouchement devient un signe de progrès dans le cadre des reconfigurations que le régime de Franco opère sur le système de santé. En parallèle de cette institutionnalisation par la voie étatique, l'école d'Éducation Maternelle d'Aguirre de Cárcer s'enracine dans tous les coins du territoire espagnol et prend la forme d'un marché privé lucratif et versatile. En dépit des fluctuations que subit l'école en termes de clientèle pendant les dernières décennies du siècle, son fondateur explore différentes techniques et approches concernant la douleur, toujours soucieux d'offrir un produit adapté aux femmes espagnoles qui attendent un enfant.

La plupart de ces faits sont présentés dans la partie I. *Généalogie*, dont le but est de planter le décor qui encadre l'objet d'étude, exciter la curiosité du lecteur et poser les repères sociohistoriques qui sous-tendent les analyses menées dans le reste de la recherche. Le squelette de la thèse ne pouvait se construire sur une si austère série d'évènements. Par ailleurs, la périodisation de ces faits est assez vague par la fin et l'approche manque de neutralité : l'accent est mis sur les exploits de professionnels de la capitale et leur dialogue avec les référents européens, ce qui néglige les contributions des périphéries espagnoles au mouvement pour l'éducation prénatale.

Pour faire jaillir l'objet d'étude – l'évolution des formes de la préparation à l'accouchement en tant que champ privilégié pour observer l'imbrication du scientifique et du social –, j'ai décidé de l'interroger à partir de quatre concepts applicables à toute démarche analytique en histoire de la médecine. À commencer par la généalogie elle-même de ce mouvement de l'obstétrique, la

première partie de la thèse introduit le sujet et apporte, comme je viens de signaler, un regard sociohistorique sur le parcours des différents acteurs – et par là une dose salutaire de contingence face au récit téléologique de leurs pratiques. La deuxième partie, *Étiologie*, est consacrée à l'examen de trois modèles concurrents dans la conceptualisation de la douleur des couches ; de ces modèles, deux constituent le substrat théorique des deux écoles de préparation à l'accouchement étudiées : la pavlovienne et la psychosomatique. Une fois abordés les fondements conceptuels de l'éducation prénatale, la thèse passe ensuite à analyser sa dimension pragmatique : si bien mes sources parlent seulement des programmes éducatifs, sans atteindre les pratiques elles-mêmes<sup>1629</sup>, il s'agit de porter attention à la manière dont les idées scientifiques permettent de se donner des principes d'action et des lignes de conduite réglées, tant pour l'équipe comme pour leurs patientes, dans le champ de la clinique. *(Psycho)thérapie* et *(Physio)thérapie* se concentrent donc sur les programmes pédagogiques, critiques et corporels des différentes méthodes. Ces notions vertébrales qui divisent le texte et articulent le discours essaient de répondre indirectement au *qui* (participe au mouvement pour l'accouchement sans douleur), au *quoi* (de neuf dans leurs énoncés théoriques), et au *comment* (s'appliquent ces nouvelles idées).

Deux thématiques se déploient sur ces lignes explicatives. En premier lieu, la logique de la controverse traverse les quatre parties de la thèse et relie tous les chapitres de façon systématique. À l'arrière-plan des polémiques étudiées, la question du féminisme parcourt aussi l'ensemble du corpus et articule diverses problématiques. Suivant ces axes transversaux, je propose ci-dessous quelques conclusions à ma recherche.

### *Controverses*

Cette thèse a étudié les tensions scientifiques et sociales produites par l'arrivée de l'accouchement sans douleur en Espagne. À commencer par ces dernières, *Généalogie* présente l'accouchement sans douleur comme un objet controversé sous différents angles : politique, professionnel et religieux. En même temps, le mouvement espagnol pour la préparation à l'accouchement y est conçu comme un phénomène soumis à des lois sociétales et à des relations de pouvoir hétérogènes. Il permet de transmettre des connaissances scientifiques et

---

<sup>1629</sup> De façon tangentielle, certaines sources font référence à des « cas » cliniques, où l'on entrevoit les réactions des patientes aux procédés thérapeutiques proposés. Cet aperçu sur l'application des préceptes théoriques doit être abordé avec précaution, car le professionnel qui défend tel ou tel principe est le même qui choisit et commente le cas en question, sans que l'on puisse se soustraire à sa perspective. Dans l'*Introduction* à la thèse j'ai explicité les raisons pour lesquelles j'ai restreint la recherche à une analyse des discours.

de consolider l'hégémonie professionnelle, intellectuelle et idéologique de certains secteurs sociaux.

Tout d'abord, la psychoprophylaxie obstétricale est potentiellement déstabilisante d'un point de vue politique, étant donné sa provenance géographique et son bagage matérialiste, ainsi que la ferveur *soviétophile* de ses apôtres français. Si le système proposé par Grantly Dick-Read ne scandalise pas les élites médicales espagnoles, il intervient tout de même dans la querelle rappelant au public qu'il existe une voie politiquement modérée et moralement conservatrice d'offrir aux femmes un service équivalent.

Les chapitres 1 et 2 tissent des liens entre les réseaux clandestins de la résistance communiste et le soutien à la psychoprophylaxie d'inspiration française en tant qu'outil d'appartenance idéologique. De fait, la militance d'Hernández Jiménez et de Consuelo Ruiz en faveur de cette version de la préparation prénatale était dépurée des proclamations prosélytiques des camarades français. En même temps, l'opposition locale à ce modèle fut plus souterraine qu'explicite, mais les difficultés qu'Hernández Jiménez et Consuelo Ruiz éprouvèrent pour lancer la méthode témoignent de la partialité inhérente aux mécanismes de validation et de promotion des procédés scientifiques sous le régime franquiste.

Si le chapitre 1 identifie l'importation de la psychoprophylaxie à une contreculture partisane, le chapitre 2 dévoile en même temps la portée patriarcale du mouvement général pour la préparation à la naissance : alors qu'elles sont les plus précisément concernées par *la cause*, les femmes et les sages-femmes restent exclues de la diffusion des méthodes prénatales, de la prise de décisions et de leur application de facto. Comme on le verra plus tard à propos du féminisme, il faudra attendre la fin du siècle pour qu'une militance active des femmes s'organise autour d'enjeux obstétricaux comme la préparation à l'accouchement. Corrélativement, ce n'est qu'à partir des années 1980 que les sages-femmes se voient attribuer cette compétence obstétricale.

Le deuxième chapitre de la thèse présente donc l'accouchement sans douleur comme un objet disputé sur le plan professionnel, conférant de nouvelles tâches à l'équipe obstétrique et constituant une source de gain non négligeable. Si les sages-femmes ne réussissent pas à se l'approprier initialement c'est parce qu'à l'époque leur travail est fortement contesté et le collectif mène un combat acharné pour ne pas voir disparaître son identité juridique. En somme, l'implantation de l'accouchement sans douleur dans le système sanitaire espagnol – domaine longtemps réservé aux élites médicales masculines – soulève la question plus large de la controverse professionnelle autour des sages-femmes et porte à s'interroger sur la configuration des dynamiques de soin obstétrical dans l'Espagne du régime franquiste.

À côté de ces tensions politiques et socio-professionnelles, l'arrivée de l'accouchement sans douleur en Espagne posait aussi un problème d'ordre religieux et moral. De nombreux témoignages éparpillés au long de la thèse

montrent le refus des médecins croyants d'assumer l'appareillage théorique de la psychoprophylaxie à cause de son esprit contestataire et du matérialisme implicite de ses postulats. Par ailleurs, à l'époque le public et quelques professionnels considèrent la douleur obstétrique comme une expérience déterminante pour le surgissement de l'amour maternel vers le nouveau-né, ou ils la conçoivent comme un moyen d'expiation des fautes commises. La religiosité manifeste de la société, les institutions et les pouvoirs de l'Espagne franquiste explique donc la réticence générale à vanter la méthode franco-soviétique, ou même celle de Dick-Read, durant un certain temps.

Afin d'illustrer la portée de cette controverse religieuse, le chapitre 1 périodise le développement des méthodes prénatales autour de la conférence papale en 1956, un événement charnière qui confirme la dépendance de la société espagnole envers l'Église dans le temps d'assimilation de la psychoprophylaxie. Si ce premier chapitre insiste sur l'importance du facteur religieux dans la chronologie de l'accouchement sans douleur espagnol, les chapitres 2 et 3 insistent à leur tour sur le poids de ce cadre religieux dans la philosophie même du mouvement. Malgré ses affinités de gauche, Consuelo Ruiz Vélez-Frías adhère explicitement à la vision de la maternité comme destinée naturelle et divine des femmes : l'essentialisme biologisant imprègne son œuvre écrite et contribue ainsi à alléger l'aspect polémique de ses activités. Quant à Aguirre de Cárcer, il conçoit et proclame un renversement direct des effets recherchés par la pratique de l'accouchement sans douleur, ce qui implique d'antéposer la construction de la subjectivité maternelle à la réussite analgésiante de l'accouchement. Le message s'avère non seulement compatible avec la morale chrétienne mais aussi en continuité avec le discours offert par Pacelli depuis le Vatican : l'adaptation de la technique d'origine socialiste à l'Espagne national-catholique passe par ce remaniement du sens premier de la préparation à l'accouchement. Associée à des facteurs socio-économiques, cette reformulation assure à Aguirre de Cárcer sa prééminence dans ce nouveau champ de l'obstétrique.

La controverse joue un rôle structurant dans la partie II. *Étiologie*, où les débats portent sur la conceptualisation scientifique de la douleur. Chaque chapitre y est consacré à un modèle étiologique donné : le modèle mécanique, propre à une tradition médicale ancienne ; l'électrique, issu des théories réflexologiques sur la douleur ; et l'élastique, représentant les conceptions psychosomatiques à travers la méthode d'accouchement naturel de Grantly-Dick-Read.

Les chapitres 4, 5 et 6 traitent chaque modèle à partir de ses traits constitutifs. J'ai distribué ces traits caractéristiques selon trois vecteurs applicables à tous les cas, à savoir les images ou métaphores mobilisées par la littérature, la logique séquentielle ou l'explication causale proprement dite, et enfin l'esprit éthico-politique qui sous-tend et encadre aussi bien les possibilités

de traitement de la douleur que le degré d'autonomie des patientes au sein de chaque modèle. À partir de ce schéma, le modèle mécanique peut-être décrit comme fataliste et littéraire, en ce sens qu'il assimile la douleur à un processus charnel dont le déroulement est inéluctable. Il s'appuie d'ailleurs sur la puissance expressive du langage pour suggérer ce que l'œil clinique manque d'explicitier, en exploitant la nature dramatique du phénomène. Deuxièmement, le modèle électrique combine le pragmatisme à l'utopie, car il appréhende la douleur à travers sa nature nerveuse, connective et linguistique, ce qui la rend une entité réglable grâce à un programme soutenu en ingénierie réflexe de l'écorce cérébrale. Finalement, le modèle élastique de Grantly Dick-Read incarne la modération en ce qu'il propose des éléments étiologiques innovants – tels que le rôle d'alarme du thalamus dans l'interprétation du travail utérin et la réaction motrice de défense déterminée par le cortex – sans toutefois bouleverser les bases chimio-mécaniques qui nourrissent les approches classiques à la dystocie obstétricale. De cette vision synthétique et conciliatrice sur la douleur des couches résulte donc un message de bon sens, une mise en garde contre la superstition et la crispation face à l'accouchement ainsi que contre l'espoir exagéré de le vivre absolument sans douleur.

L'émergence des méthodes readienne et psychoprophylactique au méridien du siècle implique un questionnement des connaissances obstétricales de l'époque, ainsi qu'un questionnement de l'attitude expérimentale et clinique qui en découle. On peut donc penser au mouvement pour la préparation à l'accouchement comme un point de rupture avec le statu quo médical, l'indice d'une instabilité épistémologique au sein de l'obstétrique moderne. Or, malgré leur insistance sur l'origine psychogénique de la douleur, les deux méthodes prénatales débattent aussi entre elles quant au déroulement général du mécanisme nociceptif, les organes les plus directement impliqués et le périple précis que les stimuli nerveux effectuent dans le corps. L'emplacement géographique de ces confrontations théoriques est complexe, car les référents théoriques de ces deux visions se trouvent souvent dans des sources britanniques ou franco-soviétiques, mais nous analysons à chaque fois les micro-controverses locales en raison de l'alignement ou du rejet des acteurs espagnols envers l'un ou l'autre modèles. En tout cas, cette controverse formelle connaît son acmé à la fin des années 1950 et le début de la décennie suivante, et elle fonde les deux écoles d'éducation prénatale étudiées dans cette recherche.

À cet égard, les parties III. *(Psycho)thérapie* et IV. *(Physio)thérapie* prolongent l'idée de la controverse dans l'analyse des programmes de préparation à l'accouchement. Puisque les normes de conduite de chaque méthode visent la prévention et, dans l'occurrence, le traitement de la douleur des couches en s'attaquant à ses causes directement, il est possible de déceler, pour chacun des remèdes thérapeutiques, un double positionnement : les uns essaient de bloquer un mauvais réflexe cortical et d'en instaurer un autre de plus utile, tandis que leurs confrères tentent de rabaisser la tension émotionnelle



de l'accouchée pour assurer la souplesse de ses tissus. Le chapitre 7 insiste ainsi sur l'importance des deux conceptions étiologiques dans l'attitude pédagogique et les formes de sociabilité adoptées par les professionnels. Cette optique binaire s'applique éventuellement aussi à un même procédé, qui assume alors des justifications théoriques distinctes : c'est le cas de certains patrons respiratoires et de l'éducation neuromusculaire de base, examinés dans le chapitre 10. D'autres fois l'appareillage conceptuel de chaque école amène les professionnels à se servir de ressources thérapeutiques exclusives, c'est-à-dire incompatibles avec ou inutiles aux prémisses étiologiques de l'autre école prénatale. Le chapitre 9 présente l'aspect guérissant des procédés auto-évaluatifs de la psychoprophylaxie française, un geste inscrit dans la logique pavlovienne du déconditionnement linguistique. Dans la même veine, des exercices physiques tels que la respiration haletante (ch. 10), la gymnastique ou la relaxation mentale (ch. 11) font l'objet de désaccords entre les professionnels justement car ils ne se comprennent que dans le cadre théorique d'une des deux écoles.

Certes, ce clivage constant est plus théorique que pratique, car en médecine « nécessité fait loi » : la plupart des acteurs mélangent aussi bien les remèdes spécifiques que les principes théoriques qui leur donnent assise dans un modèle abstrait sur la douleur obstétricale. De façon similaire, de nouveaux éléments théoriques viennent se joindre au bricolage thérapeutique des professionnels, comme le montrent les chapitres 8 et 11 à propos des ressources psychanalytiques et sophrologiques intégrées à l'Éducation Maternelle carcerienne à partir des années 1960. Dans tous les cas, néanmoins, la controverse étiologique traverse et conforme les configurations de la pratique médicale dans la période étudiée, et elle est de ce droit un des noyaux principaux de la thèse.

### Sémiotique

*Étiologie* met l'accent sur les discontinuités et les ruptures entre trois développements théoriques concernant la douleur d'accouchement. S'appuyant sur la notion de métaphore, le texte explore leurs emprunts au langage courant et à l'épistémologie populaire de la naissance afin de montrer le bricolage conceptuel qui opère derrière la démarche scientifique. Comme le disait Julia Kristeva dans ses *Recherches pour une sémanalyse*, « dans un mouvement décisif d'auto-analyse, le discours (scientifique) se retourne aujourd'hui sur les langages pour dégager leurs (ses) modèles »<sup>1630</sup>. (*Psycho*)thérapie et (*Physio*)thérapie approfondissent l'approche ouverte à *Étiologie*, tout en s'intéressant aux formes de la sensibilité et aux processus de subjectivation prônés par les modèles

---

<sup>1630</sup> Julia Kristeva, *Recherches pour une sémanalyse*, Seuil, Paris, 1969, p. 27.

électrique et élastique. À ce propos, et articulée à l'axe de la controverse, une autre thématique, sous-axe ou charnière lie les controverses multiples à la question politique de l'émancipation des femmes à travers les différentes étapes de la thèse. Il s'agit d'une variable déjà amorcée dans cette conclusion et que je me permets d'exposer ici sous la rubrique de « fétichisme obstétrical » pour analyser sa dimension symbolique, sans toutefois lui accorder un traitement systématique.

La dernière sous-partie des chapitres qui intègrent *Étiologie* s'interroge sur les métaphores des relations corps-esprit et les formes de gouvernabilité du corps qui donnent à chaque modèle étiologique son style particulier. L'impuissance (et de la patiente et du facultatif) règne dans le modèle mécanique, le dirigisme est palpable dans la conceptualisation électrique de la psychoprophylaxie, et le principe de non-interférence semble fonder la théorie readienne sur le spasme cervical et ses effets délétères dans l'accouchement. J'ai suggéré que ces attributs, en eux-mêmes plus éthiques que somatiques, résonnent fort dans l'imaginaire de certains systèmes sociaux, tels que le totalitarisme soviétique ou le libéralisme économique, et qu'ils emmagasinent donc par là une rationalité politique précise. En d'autres mots : il existe une correspondance symbolique entre les visions du corps-esprit et ces configurations politiques, car le discours médical est en effet perméable aux vertus civiques. On détecte ces correspondances lorsque les professionnels commentent la nature causale de la douleur, dans leurs argumentations des consignes pratiques, enfin dans leurs estimations des symptômes et du parcours de l'accouchement. C'est aussi dans le contexte de confrontation – de controverse – entre modèles étiologiques que l'on assiste à des glissements, comme lorsque le gynécologue pro-readien Víctor Cónill Montobbio revendique « la dignité des centres recteurs diencéphaliques » contre la suprématie corticale chérie du courant psychoprophylactique<sup>1631</sup>.

Je propose de penser à cette facette de la prose sur l'accouchement sans douleur comme relevant d'un certain fétichisme, et cela pour deux raisons. D'abord parce qu'elle implique d'attribuer, sinon des propriétés magiques, mystiques ou sexuelles comme dans la définition consensuelle du fétichisme, du moins un caractère humain ou animé à des objets qui n'en ont pas, comme les organes du corps. Correspond ainsi aux débats autour de la causalité de la douleur obstétricale la prolifération rhétorique de hiérarchies du monde physiologique, comme dans le cas de la « dignité » accordée par Montobbio aux régions sous-corticales, ou la constante personnification du cerveau, siège du cortex, dans les textes des auteurs psychoprophylactiques. Ceux-ci tendent à subsumer les phénomènes de conscience dans les facultés mentales propres à l'écorce cérébrale, telles que l'association linguistique et les réflexes conditionnels. Et puisque le moi et l'ego sont ainsi condensés dans la structure

---

<sup>1631</sup> Cónill Montobbio, *op. cit.*, p. 179.

corticale, celle-ci acquiert des pouvoirs quasi métaphysiques. La fureur fétichiste de ces auteurs est telle que souvent ce trafic involontaire d'influences s'effectue dans le sens contraire, le social acquérant comme par magie des propriétés du monde physiologique : par exemple lorsque Lamaze identifie l'éducation profane à propos de la sexualité et de la reproduction à une « préparation névrotique » – mais pas névrosante – de la femme enceinte<sup>1632</sup>. Quoi qu'il en soit, les organes qui régissent la vie végétative ne sont ni plus dignes ni moins indignes que le reste, ni le cerveau « se trompe » dans l'interprétation du travail utérin, comme le voulait Consuelo Ruiz<sup>1633</sup>. Les organes ne possèdent des vertus animées que dans le regard de celui qui adhère littéralement à un modèle abstrait de gouvernance psychocorporelle.

Ce qui nous amène à la deuxième application du terme « fétichisme ». Les discours sur l'accouchement examinés au long de cette thèse véhiculent une série d'idées sur le fonctionnement du corps et sur le rôle de l'esprit, de la pensée ou même de l'âme sur l'organisme, en somme une vision spéculative sur la condition humaine. Or ces discours se veulent explicites, les professionnels les exhibent souvent comme des traductions littérales de ce qui se passe dans le corps – dans ce cas d'une femme enceinte ou en train d'accoucher –, sans appréhender leur nature fictionnelle, approximative, voire poétique. Comme le disait Jean Starobinski à propos de la mélancolie, « l'atrabile est une métaphore qui s'ignore, et qui prétend s'imposer comme un fait d'expérience »<sup>1634</sup>. La douleur de l'accouchement, avec la versatilité qu'elle montre sur un plan conceptuel et ses résonances affectives et politiques, laisse aussi sa trace symbolique dans toutes les productions médicales étudiées dans cette thèse. De ce point de vue, on peut tirer une analogie avec l'analyse marxienne du fétichisme : celui-ci implique l'occultation des rapports sociaux dans la production de la marchandise en faveur de sa valeur d'échange, qui apparaît alors réifiée. Le fait d'appliquer ce schéma aux produits du savoir médical sur la femme, la reproduction et la douleur en les considérant comme une forme de marchandise, immatérielle et de l'ordre de la signification, permet de réfléchir à la charge immanente de l'idéologique dans le jeu de la production et de la modélisation scientifique. Comme le suggère le philosophe Héctor A. Palma, les métaphores de la science n'en sont pas moins valides du point de vue cognitif : au contraire, c'est dès qu'elles se lexicalisent et perdent leur sens référentiel au sein du discours scientifique qu'elles contribuent activement à façonner notre perception du monde<sup>1635</sup>. Les discours sur l'accouchement avec ou sans douleur tombent donc dans une forme concrète de fétichisme, celle qui consiste à

---

<sup>1632</sup> Lamaze, «*La suppression*», *op. cit.*, p. 9.

<sup>1633</sup> Voir *Etiología*, 6. 2.

<sup>1634</sup> L'expression se trouve dans la thèse médicale de Jean Starobinski sur *l'Histoire du traitement de la mélancolie* (1960). Citation tirée de Fernando Vidal, «L'arc-en-ciel de la mélancolie. Quelques pistes dans l'œuvre de Jean Starobinski», *Bulletin du Cercle d'études Jean Starobinski*, 6, 2013, p. 3.

<sup>1635</sup> Palma, *Ciencia y metáforas*, *op. cit.*

*incorporer* des vertus éthiques, des rationalités politiques et des enjeux culturels dans les explications médicales du corps, la santé et la vie.

Il convient de le remarquer : ce fait épistémologique – l’empreinte cognitive du social dans les élucubrations du discours scientifique – n’appartient pas exclusivement à la littérature espagnole sur l’accouchement sans douleur bien entendu ; il s’agit là d’une généralité repérable dans la pensée médicale dans son ensemble. L’historiographie féministe l’a souligné à de multiples occasions : comme le rappelle Teresa Ortiz-Gómez à propos de la question du dimorphisme sexuel, les idées médicales résultent du fait « d’intégrer des attentes sociales dans les représentations de la nature humaine »<sup>1636</sup>.

Cette recherche a donné des pistes pour comprendre l’épistémologie médicale de la douleur d’accouchement et de la situer dans le cadre d’une géopolitique globale. L’exemple le plus pertinent à ce propos concerne les difficultés de la théorie d’inspiration pavlovienne pour s’asseoir de façon durable sur les terres de la dictature franquiste. Si peu appliquée fut-elle dans la pratique réelle des psychoprophylactiques, l’idée d’une possible autogestion par les propres femmes de leur expérience d’accouchement moyennant leurs réflexes après un entraînement ardu révèle quelque chose d’autre qu’une contingence médicale. En effet, le corps fonctionne dans cette littérature obstétricale comme une métaphore du social, la version pavlovienne de l’accouchement sans douleur symbolisant la possibilité de transformer l’ordre politique. En tant que formes alternatives de production de connaissances, les modèles readien et psychoprophylactique modernisaient l’approche clinique à la femme en couches, mais seul le premier, avec son conservatisme élastique et sa vénération du savoir-faire de la nature, rassurait suffisamment la classe médicale sur l’intransférabilité de son expertise et de sa fonction pastorale. L’histoire de préparation à la naissance illustre ce que démontre Keith Wailoo à propos de l’histoire récente de la douleur aux États Unis, à savoir que la douleur est l’un des enjeux politiques les plus polarisants du 20<sup>e</sup> siècle<sup>1637</sup>.

### *Féminisme*

Malgré leurs différences, ces modèles partagent une posture prescriptive à l’égard du rôle des femmes dans la société, ce qui nous amène à penser la question du féminisme en rapport avec les thématiques exposées précédemment, à savoir la controverse et la sémiotique obstétricale.

Les modèles étudiés entretiennent des divergences dans leurs approximations étiologiques à la douleur et dans les formes de gouvernabilité du

---

<sup>1636</sup> Ortiz-Gómez, *«Interacciones»*, *op. cit.*, p. 236.

<sup>1637</sup> Keith Wailoo, *Pain: a political history*, John Hopkins University Press, Baltimore, 2014, p. 128.

soi corporel qui les sous-tendent. Ils coïncident pourtant dans l'assimilation permanente des organes sexuels féminins au sujet femme en tant que tel. À vrai dire l'assimilation, ou plutôt les substitutions d'une chose pour l'autre, s'appliquent dans la littérature de la préparation à la naissance à plusieurs cas de figure, que ce soit les organes (l'utérus, les ovaires, le cerveau), les états physiologiques (la grossesse, l'accouchement, l'allaitement), ou l'expérience (la naissance, la maternité, la parentalité). Explicitement ou implicitement, la femme y est réduite lorsque les praticiens présentent ces entités et ces phénomènes comme étant constitutifs de la personnalité des patientes et de l'identité des femmes en général. C'est ainsi que l'instance non vérifiable de la « féminité » s'enracine dans des discours scientifiques qui lui octroient une consistance palpable, biologique, dont nul n'ose renier à l'époque. Inévitablement, la médecine véhicule une certaine théorie du genre.

Or il ne s'agit pas tout à fait ici du même fétichisme rhétorique signalé plus haut et qui permettait de distinguer les trois modèles ; on a plutôt affaire à un procédé métonymique conventionnel qui les regroupe *face* aux discours féministes de la période sur l'émancipation des femmes. Dans la littérature médicale sur l'accouchement sans douleur, l'appareil reproductif féminin joue la part de la femme, de la même façon que l'allusion à celle-ci fonctionne souvent comme une référence littérale à la famille, et qu'enfin cette dernière subsume dans son symbolisme propre l'idée d'un ordre social déterminé. C'est précisément ce jeu de synecdoques ce que le féminisme de la deuxième vague s'est proposé de contester.

En Espagne les mouvements féministes furent brutalement interrompus par la victoire franquiste, et ce n'est que lors de la transition démocratique que les premières voix féministes commencent à se faire entendre. L'une d'entre elles est l'argentine Leonor Taboada, auteure d'un manuel radical de self-help gynécologique rédigé comme une sorte de traduction locale du célèbre texte *Our Bodies, Ourselves* des féministes bostoniennes en 1973<sup>1638</sup>. Sans l'expliciter, le texte de Taboada assume l'un des postulats majeurs du féminisme contemporain, durement critiqué de nos jours<sup>1639</sup>, à savoir que la maternité est une forme d'aliénation patriarcale. En effet, *Cuaderno feminista* aborde un ample éventail de

---

<sup>1638</sup> Boston Women's Health Book Collective, *Our Bodies, Ourselves*, New York, Simon and Shuster, 1973. Pour une lecture socio-historique de ce mouvement ainsi qu'une analyse de ses mécanismes de diffusion et de l'appropriation qu'en font les féministes principalement en France voir Lucile Ruault, «La circulation transnationale du self-help féministe: acte 2 des luttes pour l'avortement libre?», *Critique internationale. Revue comparative de sciences sociales*, 70, 2016, pp. 37-54. Quant à l'équivalent espagnol du texte, la référence est Leonor Taboada, *Cuaderno Feminista. Introducción al Self-Help*, Las desobedientes, Fontanella, Barcelona, 1978.

<sup>1639</sup> Voir à ce sujet la posture entre autres de la philosophe Carolina del Olmo, pour qui le refus du féminisme des phénomènes liés à la biologie sexuelle comme la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement est en réalité une forme d'aliénation néolibérale installée au sein de la pensée féministe et qui bloque sa portée subversive, transformatrice aussi bien de la condition de la femme que des rapports sociaux dans leur ensemble. Del Olmo renverse donc avec élégance l'argument pour revendiquer une communauté égalitariste fondée sur les relations d'interdépendance comme la parentalité, au lieu d'être structurée sur la base du marché du travail. Carolina del Olmo, *¿Dónde está mi tribu?*, Clave Intelectual, Madrid, 2013.

matières, des pratiques de soin et d'auto-exploration gynécologique à la contraception et l'avortement en passant par la ménopause et la violence conjugale : il préconise l'autonomie des femmes et se montre hostile à l'establishment médical<sup>1640</sup>. Pourtant, aucune section n'y est consacrée à l'accouchement, pas même à l'accouchement sans douleur outre une référence à l'utilité des exercices de relaxation des leçons prénatales pour combattre la douleur des règles<sup>1641</sup>.

Le silence de Taboada sur la question de l'accouchement contraste avec la posture affichée par les professionnels de la préparation à la naissance réunis la même année de publication du *Cuaderno*, en 1978 : outre l'identification généralisée de leur pratique à un processus d'humanisation du care obstétrical, certains en arrivent à la décrire comme un aspect des transformations concernant la liberté et l'égalité des femmes occidentales, qu'ils considèrent comme pratiquement accomplies<sup>1642</sup>. Encore une fois, ces aspirations émancipatrices du mouvement pour la préparation à la naissance ne sont pas spécifiques au contexte espagnol ; au contraire, elles sont tributaires des premières manifestations sur le sujet. Dick-Read plaidait déjà pour une prise en charge respectueuse et pour une reconnaissance sociale des mères. La psychoprophylaxie parisienne des années 1950 affirmait d'un ton pamphlétaire qu'elle affranchissait une nouvelle génération de femmes du triple joug de la religion, le capitalisme et l'interventionnisme obstétrical.

Le statut de la femme constitue donc un leitmotiv de la littérature sur l'accouchement sans douleur. En Espagne et ailleurs, et qu'elles s'annoncent plus ou moins progressistes ou conservatrices, toutes les formulations convergent vers le même message : la maternité est la plus noble expérience vitale des femmes, et il convient donc d'améliorer les conditions dans lesquelles elle a lieu. Il y a certes volonté de réforme, mais pas de remise en cause des structures sociales qui entourent et déterminent l'accouchement en tant que rite de passage à la maternité. La problématisation du devoir reproductif se pose à peine parmi les auteurs, et seulement à propos des cas isolés (filles-mères, risque de malformations, etc.). En même temps, la capacité critique de ces discours concernant des sujets potentiellement subversifs, tels que la mainmise médicale dans l'expérience clinique que les femmes font de l'accouchement, s'est avérée en fin de comptes très limitée<sup>1643</sup>. Le seul point sur lequel les différents acteurs n'alimentent pas la controverse c'est bel et bien la fonction maternelle comme impératif incontournable des citoyennes modernes. Cette posture normative des

---

<sup>1640</sup> Comme l'explique Lucile Ruault en ce qui concerne l'activisme français pour l'avortement libre, les représentantes de ce type de mouvements de libération sexuelle se situent au croisement du féminisme et des courants critiques de la médecine après Mai 1968, ce qu'implique de leur part une posture solidaire du point de vue des patientes ou usagères. Ruault, *op. cit.*, p. 39.

<sup>1641</sup> Voir *Etiología*, 6. 1.

<sup>1642</sup> Sáiz Martí, *op. cit.*, p. 28.

<sup>1643</sup> Ainsi le soulignent Michaels et Vuille à propos des cas qu'elles ont traités. Voir par exemple Michaels, «*The Sounds and Sights*», *op. cit.*, p. 40, et Vuille, *Médecine, femmes et politique*, *op. cit.*, p. 122.

précurseurs de la préparation à la naissance décevait les aspirations du mouvement féministe, alors (et toujours) prompt à démonter les différentes charges sociales imposées aux femmes du fait de leur assignation sexuelle.

Cette thèse a donné deux pistes pour comprendre la relation paradoxale entre l'accouchement sans douleur et la pensée féministe en Espagne. D'un côté, la partie I. *Généalogie* explore la constitution locale du premier depuis l'optique des échelons professionnels, les hiérarchies socio-économiques et les mécanismes d'exclusion politique dans l'Espagne national-catholique. Les chapitres 1 et 2 montrent qu'à la différence des cas soviétique et français, l'instrumentalisation de l'accouchement sans douleur pour véhiculer des idéologies contestataires s'avère inenvisageable dans le contexte du franquisme, ce qui limite énormément les activités et la promotion qu'en font Ángel Hernández Jiménez et Consuelo Ruiz dans les médias, ainsi qu'une adhésion populaire massive au phénomène. Faute d'un système démocratique qui permette le libre débat et le pluralisme institutionnel, la portée radicale qu'aurait pu avoir la psychopropyhaxie en Espagne est donc amputée d'emblée. Outre cette « décaféinisation » quasi automatique de l'accouchement sans douleur, comme le suggérait le psychiatre progressiste Antonio Colodrón<sup>1644</sup>, ce courant de l'obstétrique échoue aussi à se féminiser dès sa mise en place. S'il est fruit d'hommes de science à l'étranger, en Espagne aussi il est immédiatement monopolisé par l'élite médicale masculine. Le chapitre 2 exemplifie la discrimination de genre et le paternalisme implicite dans les dynamiques institutionnelles qui structurent l'obstétrique franquiste et qui excluent donc les sages-femmes aussi bien que les patientes de la participation directe à l'élaboration du mouvement pour la préparation à la naissance. C'est donc un modèle hiérarchique de pratique scientifique, peu propice au dialogue ou à accueillir les formes d'expertise du corps féminin situées en dehors du champ gynécologique et obstétrical. Enfin, le chapitre 3 renforce ces conjectures avec la figure d'Álvaro Aguirre de Cárcer, dont les privilèges de classe assurent sans doute la trajectoire de fusée. La notoriété qu'il acquiert dans le champ de la préparation prénatale joue aussi sur l'homogénéisation de son message sur le territoire national. On le voit bien, les conditions qui font obstacle à une formulation féministe de l'accouchement sans douleur se recoupent ici avec plusieurs points de controverse suscités par l'arrivée de la méthode en Espagne.

La deuxième piste au sujet des mésententes entre le féminisme et l'accouchement sans douleur concerne la façon dont cette pratique médicale théorise et donne corps à la construction du sujet féminin. Le chapitre 3 avance comme on disait un regard complémentaire à ce propos : ce n'est pas seulement la composition socioprofessionnelle de la préparation à la naissance à ses débuts, mais aussi le message concret – l'exaltation de la maternité – qu'injecte de Cárcer à sa nouvelle méthode ce qui l'éloigne des prises de position du féminisme

---

<sup>1644</sup> Voir *Etiología*, introduction au chapitre 5.

contemporain et ce qui le situe en continuité avec les formulations religieuses et biopolitiques des tentatives précédentes d'hygiène prénatale, étudiées au chapitre 2 en rapport à la déontologie médicale chrétienne, l'eugénisme et les principes de la maternologie franquiste. Le conservatisme de l'Éducation Maternelle carcerienne, si répandue au niveau national, explique peut-être la désaffection passive de Taboada envers l'accouchement sans douleur, ainsi que les critiques virulentes de Lidia Falcón, quelques années plus tard<sup>1645</sup>. En fait, aucune association auto-déclarée féministe ne se forme autour des enjeux liés à la naissance jusqu'en 2006, avec l'Association catalane *Dona Llum*<sup>1646</sup>. D'autres organismes à fonction et esprit équivalents, comme le collectif *El Parto Es Nuestro* (2003) ou l'association *Nacer en Casa* (1988), veillent à ne pas s'afficher sous l'étiquette de féministes ou le font tout en précisant qu'il s'agit là d'une « inspiration » et pas d'une « orientation politique » quelconque ni de « l'appartenance à un groupe donné »<sup>1647</sup>. Au-delà de la récupération que fait cette dernière institution de la figure de Consuelo Ruiz pour la défense de la naissance respectée et à domicile, il n'y a donc pas d'alliance nécessaire entre l'histoire de l'accouchement sans douleur en Espagne et la constitution de réseaux féministes et leurs revendications précises.

Les parties III. *(Psycho)thérapie* et IV. *(Physio)thérapie* éclairent les raisons de ce paradoxe apparent à travers les textes qui composent les programmes pratiques d'éducation prénatale. Malgré quelques innovations sur le plan de la pédagogie communicative et les modes de sociabilité des méthodes d'accouchement naturel ou sans douleur (ch. 7), l'investissement que fait Aguirre de Cárcer dans les domaines de la psychanalyse et la sophrologie refonde les présupposés théoriques de la préparation à la naissance et intensifie des voies déjà amorcées dans le modèle readien comme la promotion du préparateur/accoucheur et l'infantilisation des patientes (ch. 8). En effet, le cadre psychanalytique essentialise la gestion émotionnelle que les femmes font de la grossesse et de l'accouchement en rattachant leur vécu psychologique à des pulsions et désirs réprimés, des phénomènes à leur tour enracinés dans la biologie sexuelle féminine. De Cárcer se servait de ce même cadre d'analyse pour appréhender les proclamés du féminisme de son temps. Comme signalé au chapitre 3, de Cárcer considérait que les féministes parlaient de « démythifier » la maternité et d'émanciper les femmes, alors « qu'au fond » elles voulaient « lui enlever toute sa valeur » et « détruire la société »<sup>1648</sup>. Il est donc compréhensible que ces femmes qu'il traitait d'immatures et de complexées ne fussent pas attirées par le discours maternaliste d'Aguirre et sa vision du sexe féminin –

---

<sup>1645</sup> Voir *Genealogía*, 3. 3.

<sup>1646</sup> <https://www.donallum.org/associacio/qui-som/>

<sup>1647</sup> Ces citations sont tirées d'un rapport publié online par l'Association Nacer en Casa sur les activités de l'école qui lui est rattachée, fondée en 2007. «Escuela Libre de Salud Holística y Materno-infantil Consuelo Ruiz», p. 19. Source disponible online : <http://nacerencasa.org/wp-content/uploads/2017/01/Memoria-Excuela-Inicial.pdf>

<sup>1648</sup> «Emancipación», *op. cit.*, pp. 1-2.



complémentaire au masculin dans le sens de justifier une répartition inégale du travail et une spécificité des tâches des femmes et des hommes dans la communauté<sup>1649</sup>.

Certes, durant un certain temps la psychoprophylactique fait de contrepoint aux déductions parfois misogynes du penchant psychologisant, mais cette approche reste marginale (et de la part d'autres professionnels et dans l'œuvre d'Aguirre même). La coexistence de référents explicatifs se manifeste dans la variété de protocoles et d'objectifs concernant l'évaluation des patientes (ch. 9) ou leur entraînement physique (ch. 10 et 11). Or, au sein même de cette pluralité, d'autres facteurs limitent la portée subversive des pratiques d'accouchement naturel ou sans douleur. Si l'EM carcerienne s'efforce de dévoiler l'inconscient en entretenant tout compte fait une nouvelle forme de mystère autour de l'accouchement, les méthodes psychoprophylactique et readienne originelles apportent quant à elles une grande dose d'assujettissement des patientes dans le contexte de l'assistance hospitalière. Qu'elles cherchent le blocage cortical ou l'aisance nerveuse, leurs procédés convoquent en même temps la maîtrise de soi-même et l'obéissance à l'autre, le désir de « naturalité » dans l'activité de la parturiente et la fragmentation artificielle de chacun de ses gestes, désormais encadrés par des séquences de mouvements et intégrés dans des travaux parallèles (respiratoire, musculaire, mental). La tension entre l'autonomie prônée et la docilité obtenue parcourt donc l'ensemble des consignes pratiques et illustre l'échec de la préparation à la naissance à soustraire l'acte de l'accouchement aux dynamiques de type disciplinaire qui caractérisent les interactions humaines dans l'hôpital moderne.

Quoique l'hospitalisation des accouchements dépasse largement le contexte de la préparation à la naissance dans la période étudiée, cette pratique obstétricale reflète quelques uns des enjeux intrinsèques à un tel processus socio-médical, comme l'émergence de nouvelles relations d'interdépendance entre profanes et experts et la construction au sein de dits rapports de mécanismes de subjectivation des individus qui tendent à rapprocher et à accommoder l'expérience singulière du patient à (et dans) la représentation scientifique de la maladie. Ici, le mouvement pour l'accouchement sans douleur s'est proposé d'évacuer les prémisses et les moyens non-scientifiques d'appréhender et de gérer la grossesse et l'accouchement, en leur substituant un cadre d'interprétation validé par l'expérimentation clinique. Comme on a dit, ce cadre possède sa propre généalogie politique, qu'il dissimule néanmoins sous l'apparence de la causalité. Le mouvement a donc eu comme effet de consolider la classe médicale, avec sa vision implicite du monde et une forme de savoir standardisée, en tant qu'interprète légitime du fait de donner la vie. Si l'on peut repérer ce processus dans d'autres contextes géographiques où la préparation à la naissance s'est instaurée à la même époque, les formes d'accès à ce champ

---

<sup>1649</sup> *Ibid.*

émergent de l'obstétrique varient selon les contextes. Dans l'Espagne franquiste, la promotion professionnelle des acteurs a suivi des dynamiques d'inclusion et d'exclusion déterminées par l'adhésion idéologique et la proximité sociale de ces acteurs au programme et aux élites du régime. En revanche, une continuité transfrontalière s'apprécie au niveau des discours que ces acteurs ont finalement produit sur les femmes et sur leurs corps, ainsi que sur les effets pratiques que ces théories ont suscité dans la gestion hospitalière de la naissance.

Le succès de l'obstétrique contemporaine à définir la maternité dans ses propres termes est tel qu'il s'aperçoit même dans les contrecourants qui lui font face. La propre Taboada écrit dans son *Cuaderno* que les hommes médecins « nous on convaincues que nous sommes tout ovaires pour nous faire croire que nous ne sommes en rien cerveau »<sup>1650</sup>. Voici un morceau de fétichisme obstétrical que l'auteure actualise et conteste en même temps : pour elle, le paradigme hormonal est une façade rhétorique qui sert à pathologiser, inférioriser et dominer les femmes. Or sa propre réponse au problème, à savoir qu'on *est* plus un organe qu'un autre, vérifie le schéma d'entendement du soi à partir d'une entité fétiche de la pensée scientifique, dans ce cas le cerveau. En effet, pour ce qui est de notre objet de recherche, c'est bien le cerveau que ces « hommes médecins » ont fétichisé, sans pour autant en conclure à une vraie indépendance pour les femmes.

Si la démarche critique du féminisme consiste traditionnellement à dévoiler les rapports de domination naturalisés, à défaire les présupposés théoriques qui mènent à des formulations exclusives des identités et à en avancer d'autres plus compréhensives, l'accouchement sans douleur tel qu'il est né en Espagne était donc problématique sous différents aspects. En tant qu'articulation sociale et en tant qu'ensemble théorico-pratique, le mouvement pour l'accouchement sans douleur a promu l'autorité experte et masculine sur le corps et le vécu des femmes. Au lieu d'apporter des outils précis pour réconcilier féminisme, maternité et pensée médicale, ce mouvement a plutôt contribué à agrandir l'écart entre les trois, et les revendications féministes ont suivi leur chemin.

\*

La présente recherche a laissé de côté certaines questions et perspectives importantes. Comme signalé dans *l'Introduction*, une enquête socio-historique sur l'expérience et l'implication directe des femmes dans la préparation prénatale aurait non seulement « compensé » le regard, ici centré sur les

---

<sup>1650</sup> Taboada, *op. cit.*, p. 13.

théorisations presque 100% masculines sur l'accouchement et ses enjeux, mais elle aurait aussi apporté des éléments pour réfléchir aux processus de subjectivation qui se donnent dans la dynamique obstétricale. La parole des femmes aurait aidé à mettre en lumière les facteurs sociétaux, économiques, culturels et intimes qui dialoguent avec ou résistent aux tentatives de la science pour nommer les choses et classer les personnes. Une recherche future pourrait donc montrer la porosité de la douleur obstétricale comme objet de science ainsi que la singularité irréductible de l'accouchement comme fait de vie.

Un autre point qui mériterait d'être développé est celui des rapports qu'entretient le mouvement pour la préparation à la naissance avec les objets et les espaces cliniques. Les débats autour de l'accouchement à domicile, le design intérieur des salles de naissance et les matériaux qu'améliorent le travail (l'eau, les outils kinésithérapiques) sont à l'ordre du jour, se fondent sur des idées scientifiques et témoignent du caractère changeant des valeurs culturelles que chaque communauté attribue à la maternité comme expérience sociale<sup>1651</sup>. Cette thèse a esquissé quelques conclusions sur le traitement de la question instrumentale dans la pratique de l'accouchement préparé, mais il reste à explorer de façon systématique sa relation avec le contexte croissant de technification de la médecine, la mise en place de protocoles et de routines unifiées pour le travail hospitalier et le basculement irréversible vers une éthique de prévention du risque en obstétrique.

En tant que ressources didactiques de premier ordre, les films et les illustrations mobilisées par les tenants de la préparation à la naissance pourraient à eux seuls constituer l'objet d'une thèse. L'analyse de ces représentations visuelles se justifie en plus du fait qu'elles conforment un trait distinctif de l'accouchement préparé. Marilène Vuille a débuté dans ce domaine avec un article où elle étudie les codes gestuels de la pratique psychoprophylactique française à partir de quelques matériaux visuels<sup>1652</sup>. À son tour, Paula A. Michaels applique une perspective comparée à l'étude de certains films emblématiques et enregistrements sonores sur l'accouchement naturel ou sans douleur<sup>1653</sup>. Elle en conclut que ces objets hybrides reflètent l'évolution du sens accordé à la douleur obstétricale et du rôle qu'y jouent les différents acteurs. En même temps, ils contribuent directement à moduler ces mêmes variables : en effet, ces « artefacts » médiatiques produisent des attentes précises et apportent des grilles d'interprétation à partir desquelles les patientes (et leurs partenaires) appréhendent et font sens de leur expérience d'accouchement<sup>1654</sup>.

---

<sup>1651</sup> Voir à ce propos la récente attribution du prix international d'architecture et design IIDA au duo d'architectes Parra-Müller pour leurs salles de naissance conçues selon des critères qui tiennent en compte l'expérience des patientes et le respect de leur travail. Lucía Martín, «Dos arquitectas españolas reciben un premio internacional por su diseño de paritorios», *Cuartopoder*, 25 Février 2018.

<sup>1652</sup> Vuille, «*L'invention*», *op. cit.*, pp. 39-56.

<sup>1653</sup> Michaels, «*The Sounds and Sights*», *op. cit.*

<sup>1654</sup> *Ibid.*, p. 25.

Ces voies de recherche pourraient être approfondies en élargissant le cadre comparatif et/ou en appliquant une analyse méthodique des formes narratives propres à ces outils scientifiques. En général, les images de l'accouchement sans douleur schématisent le corps, caricaturent la femme, les médecins ou l'entourage, introduisent l'allégorie aussi bien que la littéralité dans l'exposition des raisonnements causaux, expriment la sensibilité de l'artiste et sont spécialement conçues pour toucher les spectateurs. En somme, d'elles émane une sémiotique propre qui est en relation directe avec les fondements socio-politiques de ce courant de l'obstétrique. Conscients de leur pertinence en tant qu'instruments de vulgarisation médicale, par exemple, les adhérents à la psychoprophylaxie française n'hésitèrent pas à profiter aussi du potentiel de propagande des films animés. Leur production est vaste et riche, et elle comprend tous types de formats, du documentaire artisanal au long-métrage de fiction avec les *celebrities* du moment<sup>1655</sup>.

De ce côté de la frontière les pièces filmiques et sonores firent aussi partie du matériel de vulgarisation des auteurs. Hernández Jiménez réalisa le premier enregistrement sonore d'un accouchement psychoprophylactique en 1958<sup>1656</sup>. Álvaro Aguirre de Cárcer, tout-puissant pour les ressources dont il disposait, tourna un quinzaine d'audiovisuels propres qu'il projetait lors des leçons, et il se permit de traduire et de commenter le film français *La minute de vérité*, réalisé par Pierre Vellay, dans un ton qui mélange l'humour, la condescendance et la fascination vers l'école française « pure »<sup>1657</sup>.

Le film d'Aguirre de Cárcer *Maternidad Serena* pourrait constituer une métaphore de la préparation à la naissance en Espagne : un théâtre dans lequel un homme dictait aux femmes un script qu'elles s'appliquaient à réciter fidèlement, et dont le but était de produire un certain besoin social – celui d'accéder à une expérience satisfaisante de l'accouchement – et d'en obtenir une rentabilité économique ainsi qu'une reconnaissance: le film obtint la Médaille d'Or au 1<sup>er</sup> Congrès Mondial de Sophrologie de Barcelone en 1970 et la Mention Spéciale dans les IV Journées de Cinéma Médical de Saint-Sébastien, en 1971.

Dans la coda à cette narrative filmique, par ailleurs, le scénario d'Aguirre faisait dire à la jeune accouchée Paloma qu'au-delà de la joie ressentie lors de la naissance du fils, au-delà de la fierté qu'elle pouvait désormais exhiber vis-à-vis de son mari et de son médecin grâce à sa conduite impeccable, au-delà en somme du bonheur et de la reconnaissance, elle éprouva « quelque chose de plus

---

<sup>1655</sup> Ainsi par exemple quelques films réalisés par le Dr. Max Ploquin dans le Département de l'Indre, en France, qui témoignent du zèle qu'il mit à propager la psychoprophylaxie entre la population rurale. *Le Cas du Docteur Laurent* serait un exemple de production classique, avec Jean Gabin, Nicole Courcel et Silvia Monfort dans les rôles principaux. Jean-Paul Le Chanois (réal.), *Le Cas du Docteur Laurent*, Cocinor, Cocinex et SEDIF Productions, France, 1957.

<sup>1656</sup> José Antonio Hernández Jiménez, *El parto sin dolor: método psicoprofiláctico*, prólogo del Dr. Vital Aza, Zafiro, Madrid, 1958, 1 disco, 43 min. aprox.

<sup>1657</sup> Pierre Vellay (dir.), *La minute de vérité. Méthode psycho-prophylactique d'accouchement sans douleur*, 43 min. aprox. (EEEM).

profond... que je ne saurais expliquer... peut-être », s'aventure Paloma, « c'était le fait de me sentir pleinement réalisée en tant que femme »<sup>1658</sup>. Après quoi le film se termine sur l'image d'un coucher de soleil et les dernières notes – *Alléluia* – du Messiah de G. F. Händel. Une méta-analyse de cette forme narrative nous amènerait peut-être à comprendre le film comme un acte manqué performatif et freudien, où le célèbre médecin s'octroie le droit de prescrire ce qu'est la féminité et de définir quel est le vécu naturel de l'accouchement, tout en signifiant malgré lui le caractère artificiel d'une telle aspiration morale.

---

<sup>1658</sup> Álvaro Aguirre de Cárcer (dir.), *Curso de Educación Maternal. Lección 6ª: Maternidad Serena*, Antinea Films. La referencia extraída del guión impreso de la película en «*Nueva Maternidad Serena*», p. 4. (EEEM).

## Listado de nombres

Raymond Abrezol (1931-2010)  
Álvaro Aguirre de Cárcer y López de Sagredo (1920-2001)  
Ignacio Aguirre de Cárcer y López de Sagredo (1918-2004)  
Jaime Aguirre de Cárcer y López de Sagredo (1917-2003)  
Nuño Aguirre de Cárcer y López de Sagredo (1923-2017)  
Alfonso Aguirre de Cárcer y Tejada (1878-1960)  
Lucía Aguirre de Cárcer y Tejada (1877-1975)  
Manuel Aguirre de Cárcer y Tejada (1882-1969)  
Patricio Aguirre de Tejada y O'Neil-Eulate (1836-1908)  
Anicet Altès i Pineda (1921-)  
René Angelergues (1922-2007)  
Vital Gerardo José María Aza Díaz (1890-1961)  
Michael Balint (1896-1970)  
José María Bedoya González (1912-1997)  
Vittorio Bonadè Bottino (1889-1979)  
Lauretta Bender (1897-1987)  
Hippolyte Bernheim (1840-1919)  
Ludwig Binswanger (1881-1966)  
Fernando María Bonilla-Musoles (1944-)  
José Botella Llusia (1912-2002)  
Konstantin Mikhailovich Bykov (1886-1959)  
Adelardo Caballero Gordo (1925-2008)  
Josep Maria Carrera i Macià (1937-)  
Francisco Carreras Verdaguer (1890-1980)  
Alfonso Caycedo Lozano (1932-2017)  
Jean-Paul Le Chanois (1909-1985)  
Jean-Martin Charcot (1825-1893)  
Léon Chertok (1911-1991)  
Antonio Clavero Núñez (1903-1962)  
Antonio Colodrón Álvarez (1931-2018)  
Víctor Cónill Montobbio (1886-1970)  
Nicole Courcel (nombre artístico de Nicole Marie Jeanne Andrieu; 1931-2016)  
José Antonio Cuéllar Rodríguez (? -1965)  
Manuel Cusí i Ramón (1917-1998)  
Joseph Jules Dejerine (1849-1917)  
Francisco José Derqui Lleó (1924-)  
Helen Deutsch (1884-1982)  
Santiago Dexeus i Font (1897-1973)

Josep Maria Dexeus i Trías de Bes (1924-2016)  
Grantly Dick-Read (1890-1959)  
Milton Hyland Erickson (1901-1980)  
Maria Nikolaevna Erofeeva (1867- 1925)  
María Concepción Escolano Martínez (1922-1996)  
Lidia Falcón O'Neill (1935-)  
Silveria Fañanás (1879-1930)  
Sándor Ferenczi (1873-1933)  
César Fernández Ruiz (1906-1966)  
Maximilian Ruppert Franz von Frey (1852-1932)  
Alfonso de la Fuente Chaos (1908-1988)  
Jean Gabin (1904-1976)  
Luciano García Alén (1928-2015)  
Martí Garriga i Roca (1900-1980)  
Carl Joseph Gauss (1875-1957)  
Ricardo Valentin Gavensky (1917-1990)  
Emilio Gil Vernet (1905-1970)  
José Antonio Girón de Velasco (1911-1995)  
José María Guerra Zunzunegui (1927-2017)  
Juan Carlos Guerra Zunzunegui (1935-)  
José Antonio Girón de Velasco (1911-1995)  
Johannes Karl Eugen Alfred Goldscheider (1858-1935)  
Fernande Harlin (1920-2015)  
Georg Friedrich Händel (1685-1759)  
Henry Head (1861-1940)  
Gerardus Heymans (1857-1930)  
Ricardo Ibáñez Soriano (1911-1994)  
William James (1842-1910)  
Nikita S. Jruschov (1895-1971)  
Emil Wilhelm Georg Magnus Kraepelin (1856-1926)  
Ernst Kretschmer (1888-1964)  
William Saul Kroger (1906-1995)  
Bernhard Krönig (1863-1917)  
Marie-Louise Dugès Lachapelle (1769-1821)  
Jean-Baptiste Lamarck (1744-1829)  
Victor Laffite (1910-1999)  
José Carlos Colmeiro Laforet (1906-1988)  
Fernand François Eugène Lamaze (1891-1957)  
Carl Georg Lange (1834-1900)  
Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904)  
Pehr Henrik Ling (1776-1839)  
Gina Lollobrigida (1927)  
María Esperanza López de Sagredo y Andreo (1884-1966)

César López-Dóriga y de Vial (1895-1975)  
Juan José López-Ibor (1906-1991)  
Torcuato Luca de Tena y Álvarez-Ossorio (1861-1929)  
María del Pilar Luca de Tena y García de Torres (1903-1988)  
Juan Ignacio Luca de Tena y García de Torres (1897-1975)  
Torcuato Luca de Tena y Brunet (1923-1999)  
Esperanza Luca de Tena y Brunet (1920-2015)  
Max Lüscher (1923-2017)  
Trofim Denísovith Lysenko (1898-1976)  
Martín José Marcide Odriozola (1916-1972)  
Vicens Marqués i Bertrand (1895-1977)  
Leonard Marquès i Giraut (1928-2017)  
Henry Rutgers Marshall (1852-1927)  
Maurice Mayer (1901-1964)  
Margaret Mead (1901-1978)  
Ronald Melzack (1929)  
Manuel María Mendizábal y Amézaga (1912-1996)  
Ferruccio Miraglia (1913-2012)  
Paul Julius Moebius (1853-1907)  
Silvia Monfort (nombre artístico de Simone Marguerite Favre-Bertin; 1923-1991)  
Santiago Montserrat i Esteve (1910-1994)  
Christiana Drummond Morgan (1897-1967)  
Bernard Muldworf (1923-) psy de bluets  
Johannes Peter Müller (1801-1858)  
Luis Alonso Muñoyerro (1888-1968)  
Henry Alexander Murray (1893-1988)  
Erich Neumann (1905-1960)  
Alberti Niedermeyer (1888-1957)  
Anatoly Petrovich Nikolaev (1896-1972)  
Armand Notter (1912-1997)  
Jesús García Orcoyen (1903-1988)  
Eugenio Pacelli, *Pío XII* (1876-1958, Papa de 1939 a 1958)  
Charles Marius Edme Pajot (1816-1886)  
Bernardino Pardo de Ouro (1919-1985)  
Dídac Parellada i Feliu (1914-1994)  
Herbert Phillipson (1911-1992)  
Adolphe Pinard (1844-1934)  
Konstantin Ivanovich Platonov (1877-1969)  
Felipe Proubasta i Masferrer (1866-1939)  
Luis Puig Roig (1903-1992)  
Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)  
Alberto Rábano Navas (1923-1975)



Ramón del Rivero y Miranda (1880-1954)  
Rodolphe-Louis RoCHAT (1894-1971)  
Leopoldo Rodés de Sisternes (1916-1986)  
Juan Rof Carballo (1905-1994)  
María Ángeles Rodríguez Rozalén (1950-)  
Hans Roemer (1907-1973)  
José Manuel Romay Beccaría (1934-)  
Hermann Rorschach (1884-1922)  
Pierre Rouquès (1900-1952)  
Consuelo Ruiz Vélez-Frías (1914-2005)  
Ramón Sarró i Burbano (1900-1993)  
Johannes Heinrich Schultz (1884-1970)  
Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865)  
Jorge Semprún (1923-2011)  
Charles Scott Sherrington (1857-1952)  
James Young Simpson (1811-1870)  
Yefim Ivanovich Smirnov (1904-1989)  
Ángel Sopeña Ibáñez (1913-1991)  
Richard von Steinbüchel (1865-1952)  
Bernard This (1928-2016)  
Louis Leon y Thelma Gwinn Thurstone (1887-1955 y 1897-1993)  
William Tyler-Smith (1815-1873)  
Manuel Usandizaga Soraluze (1898-1982)  
Ernesto Vallejo Moriones (1919-2014)  
Antonio Vallejo-Nájera Lobón (1889-1960)  
Adrian Van der Put Vermuden (1892-1974)  
Frans Veldman (1921-2010)  
Pierre (Léon Albert) Vellay (1919-2007)  
Henri Vermorel (1927-)  
Ferenc András Völgyesi (1895-1967)  
Patrick David Wall (1925-2001)  
Enno Dirk Wiersma (1858-1940)

# BIBLIOGRAFÍA

## FUENTES PRIMARIAS

### Libros y artículos

ABAD COLOMER, Lorenzo, «II Reunión de ginecólogos españoles (Málaga, diciembre del 57)», *Revista Española de Obstetricia y ginecología. Órgano oficial de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Barcelona*, A. Clavero Núñez (dir.), año XV, tomo XVII, n.º 102, sección «Variedades, I-II», Valencia, noviembre-diciembre de 1958.

AGUIRRE DE CÁRCER, Álvaro, «¿Parto sin dolor' o 'preparación psicofísica al parto'?,» *Medicamenta*, sección «Diagnósticos y tratamientos». CM-HJ.

—, *El parto sin dolor (sistema psico-profiláctico)*, Tipografía Flórez, Madrid, 1955, 113 p.

—, «¿La preparación psicofísica al parto es beneficiosa?», *Medicamenta*, sección «Actualidad médica», año XV, tomo XXVII, n.º 301, 9 de febrero de 1957, p. 75-78. CM-HJ.

—, *Preparación al parto* (3ª ed. de *El parto sin dolor*), Tipografía Flórez, Madrid, 1959, 199 p.

—, *Preparación al parto*, 4ª edición, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1963, 217 p.

—, *Preparación al parto*, 5ª edición, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1969, 307 p.

—, *Estudio de la personalidad de la gestante: su repercusión sobre el comportamiento y la sensación dolorosa en el parto*, tesis presentada en la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1974.

—, *Preparación al parto*, 8ª edición, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1976, 307 p.

—, *Ser feliz o desgraciado*, edición del autor, Madrid, 1976, 87 p.

—, *Nuestro cuerpo. Programa de Educación Maternal*, Alcani, 1976, 36 p.

—, «Sophrologie», *Encyclopédie Française de Médecine et Parapsychologie*, Ed. Martinsart, París, 1978.

—, *Lecciones de Educación Maternal*, autoedición en Gráficas Vergara, Madrid, 1979, 116 p.

—, *La Femme Femme: être mère dans la sérénité*, (Christian Loisel trad.), AVA, Tours, 1982, 352 p.

- , «Recordando el pasado. 1ª parte», *Mujer y vida: revista de la Escuela de Educación Maternal*, julio de 1984, pp. 19-21.
- , «Recordando el pasado. 2ª parte», *Mujer y vida: revista de la Escuela de Educación Maternal*, agosto de 1984, pp. 22-25.
- , «Recordando el pasado. 3ª parte», *Mujer y vida: revista de la Escuela de Educación Maternal*, septiembre de 1985, p. 20.
- , *Preparación a la maternidad* (10ª ed. rev.), Ediciones Morata, Madrid, 1989, 254 p.
- , «Introducción» [a su tesis doctoral], formato borrador, 34 p. (hasta el final, todos de la **EEEM**).
- , «Educación Maternal. Sus proyecciones: sanitaria, económica y social», 14 p.
- , «La donna di fronte alla maternità», 10 p.
- , «Los métodos de preparación», 5 p.
- , «Pasado, presente y futuro de la preparación de la embarazada», *Maternidad de La Paz*, 4 p.
- , «Reflejos condicionados», *Maternidad de La Paz*, 8 p.
- , «Relación médico-enfermo en sofrología», *Maternidad de La Paz*, 6 p.
- , «Respiraciones (2)», 2 p.
- , «Situación actual de la preparación a la maternidad», *Maternidad de La Paz*.
- , «Repercusión de la labor de la sección de Educación Maternal a nivel internacional».
- , «Haptonomía y genialidad», 3 p.
- , «Relajación», *Maternidad de La Paz*, 9 p.
- , «Relajación (técnicas)», 6 p.
- , «L'Éducation Maternelle», 6 p.
- , «Psicoanálisis y sofrología».
- , «2ª Conferencia. Sofrología y Sofronización. Conceptos de estados y niveles de la consciencia en Sofrología», 9 p.
- , «Sofronización simple, activación intrasofrónica, desofronización simple», 11 p.
- , «Educación Maternal y psicopatología», 5 p.
- , «Emancipación o liberación», 2 p.
- , «Información curso», 1 p.
- , «Informe presentado a la Subdirección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social», 11 p.
- , «La labor de la escuela», 6 p.
- , «Documento para centros de Educación Maternal».
- , «Nueva Maternidad Serena», [Guión audiovisual], 4 p.
- , «Haptonomía».
- , «Extracción a gestantes de parto para determinación de Betaendorfinas», 2 p.

—, «Nuestra experiencia en la preparación al parto por un sistema de sofro-pedagogía obstétrica», Maternidad de La Paz, Madrid, 26 de marzo de 1972, 18 p.

—, «Del llamado parto sin dolor a la Educación Maternal», ponencia para el Primer Simposio de Educación Maternal, La Coruña, mayo de 1976, 7 p.

—, «Carta al Doctor Cabrera, Jefe de Sección de Educación Maternal», Madrid, 4 de enero de 1983.

—, «Méritos profesionales», Madrid, 1984, 5 p.

—, «Currículum», Madrid, 1984, 8 p.

—, «Oficialidad del diploma», Madrid, 20 de febrero de 1985, 20 p.

AGUSTÍ PLANELL, Domingo, *Carrera de Matrona*, 4ª edición, Editorial Miguel Servet, Barcelona, 1943, 270 p.

ALÉN, L. G., A. NOVO, y L. SÁNCHEZ, «Algunos comentarios a la aplicación del parto natural», León, 3 p. **CM-HJ**.

ALONSO ARAGÓN, Francisco, y otros, *El parto sin dolor. Tratado práctico*, Biblioteca Básica de Psicología aplicada, Quorum, Madrid, 1986, 158 p.

ALTÈS I PINEDA, Anicet, «El part sense dolor», *Ausa*, 15 (2), 1956, pp. 226-228.

—, «El factor psicológico en el parto sin dolor», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa sobre el parto psico-profiláctico en la segunda reunión de ginecólogos españoles*, celebrada en Málaga del 10 al 13 de diciembre de 1957», *Práctica médica*, año I, n.º 2, febrero de 1958, pp. 14-16. **CM-HJ**.

ALTÈS I PINEDA, Anicet, G. BOADA, L. CAMPOS, F. CARRERAS, L. RODÉS y J. VILARRASA, «Resultados obtenidos en 616 partos preparados (psico-profilaxia)», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa sobre el parto psico-profiláctico en la segunda reunión de ginecólogos españoles*, celebrada en Málaga del 10 al 13 de diciembre de 1957», *Práctica médica*, año I, n.º 2, febrero de 1958, pp. 14-16. **CM-HJ**.

ÁLVAREZ-SIERRA Y MANCHÓN, José, *Historia de la profesión (enfermera-practicante-matrona): adaptada al programa de ayudante técnico sanitario (segundo curso)*, Publicaciones de la Academia Murga, Madrid, 1955, 63 p.

AUDOUIN, Jean-Luc, y Joëlle SOUFFIR, *Pour la femme. 50 exercices de sophrologie: puberté, sexualité, accouchement, ménopause*, Retz, Les Encyclopédies du Mieux-être, París, 1980, 159 p.

AZA, Vital, y Mateo CARRERAS, *La práctica obstétrica y ginecológica en la medicina rural*, 2ª edición, I, Ediciones Morata, Madrid, 1941, 370 p.

BALLESTEROS, Pilar, «Aportación de los métodos psicodiagnósticos de tipo proyectivo a la psicoprofilaxis obstétrica», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 141-147. **CM-HJ**.

BECERRO DE BENGUA CALLAU, Claudio, *Educación Maternal y Beta Endorfinas en plasma materno durante el parto*, tesis presentada en la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid, 1993, 283 p.

BEDOYA, José María, y Bernardino PARDO OURO, *El parto sin dolor (anestesia caudal continua en obstetricia)*, Ediciones Ibéricas, Madrid, 1946, 107 p.

Boston Women's Health Book Collective, *Our Bodies, Ourselves*, New York, Simon and Shuster, 1973, 276 p.

BOX MARÍA DE COSPEDAL, Antonio, *¿Desea criar niños sanos? Maternología y puericultura*, Instituto Editorial Reus, Madrid, 1953, 398 p.

BUENO, Juliana, y Julia SOLER SÁEZ, «La matrona ante los seguros sociales», *Publicaciones Al Servicio de España y del Niño Español*, año XVIII, n.º 211, Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Madrid, septiembre de 1955, 16 p.

BUENO, María del Pilar, y URETA, Antonio P., *Vida íntima de la mujer*, Enciclopedias de Gassó, Editorial de Gassó Hnos., Barcelona, 1961, 358 p.

CAL ÁLVAREZ, Carlos J., de la, *Embarazo y parto*, Grandes temas de la medicina, Biblioteca práctica, Nueva Lente, Madrid, 1987, 99 p.

CÁMARA, Juan Pedro, de la, *Fisonomía y vida del hospital americano (estampas de un viaje de estudio)*, publicación 717, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, Afrodisio Aguado S.A., Madrid, 1948, 131 p.

CAÑELLAS DOMÈNECH, Francisco, «Realidad y perspectiva de la maternología», *Publicaciones Al Servicio del España y del Niño español*, 145, Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Sección de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar, Madrid, 1950, 34 p.

—, «Significado sanitario-social del dispensario de maternología», *Publicaciones Al Servicio del España y del Niño español*, 156, Ministerio de la

Gobernación, Dirección General de Sanidad, Sección de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar, Madrid, 1951, 14 p.

CARCELLER BLAY, Carlos, «Parto Natural, parto sin dolor, método psicoprofiláctico», *Clínica y Laboratorio*, n.º 362, tomo LXI, mayo de 1956, pp. 335-348. **CM-HJ**.

CARDÚS, José, *Higiene del embarazo*, 9ª edición, Gráficas Oscense, Huesca, 1945, 56 p.

—, «El amortiguamiento artificial de los dolores en los fenómenos de la parturición», *Argensola, Revista del Instituto de Estudios Oscenses*, n.º 9, tomo III, fascículo I, Huesca, 1er trimestre de 1952, pp. 43-48.

—, *Nascendo*, Imp. Heraldo de Aragón, Zaragoza, 1965, 108 p.

CARRERA I MACIÀ, Josep Maria, *Guía de la futura madre durante el embarazo*, 3ª edición, Publicaciones del Instituto Dexeus, La Gaya Ciencia, Barcelona, 1978, 126 p. **ID**.

—, *Preparación física para el embarazo, parto y postparto. Método del Instituto Dexeus*, 3ª edición, Medici, Barcelona, 1990, 159 p. **ID**.

CARRERA, Josep Maria, y José MALLAFRÉ, *Guía de la futura madre*, Medici Barcelona, 1994, 190 p. **ID**.

—, *Guía de la futura madre*, 2ª reimpresión, Medici, Barcelona, 1994, 190 p. **ID**.

CARRERAS I VERDAGUER, Francisco, «Momento actual de la psicoprofilaxia en Obstetricia», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa sobre el parto psico-profiláctico en la segunda reunión de ginecólogos españoles, celebrada en Málaga del 10 al 13 de diciembre de 1957*», *Práctica médica*, año I, n.º 2, febrero de 1958, pp. 6-8. **CM-HJ**.

—, «Ataraxia y obstetricia psicósomática», *Revista Ibys*, año XIX, n.º 4, julio-agosto de 1961, pp. 297-321. **CM-HJ**.

—, «Grantly Dick-Read», *Anales de Medicina*, XLVI, n.º 3, agosto de 1960, pp. 222-225. **CM-HJ**.

CAYCEDO, Alfonso, «Introducción a la sofrología. Criterios actuales frente a los antiguos conceptos del Magnetismo y el Hipnotismo», en CAYCEDO, Alfonso, *Progresos en sofrología*, prólogo de A. Pedro Pons y epílogo de Ramón Sarró Burbano, Scientia, Barcelona, 1969, 387 p., pp. 17-26.

—, «La Sofrología y el concepto de sugestión», en CAYCEDO, Alfonso, *Progresos en sofrología*, prólogo de A. Pedro Pons y epílogo de Ramón Sarró Burbano, Scientia, Barcelona, 1969, 387 p., pp. 173-183.

CAYCEDO, Natalia, y Koen van RANGELROOY, «La sofrología caycediana: más que una técnica de relajación», *Natura Medicatrix*, 21 (6), 2003, pp. 355-361.

CHÉNÉ, Patrick-André, *Maternité et Sophrologie*, Ellébore Livre, Collection Ressources Humaines, París, 2017, 325 p.

CHERTOK, Léon, *Los métodos psicósomáticos del parto sin dolor. Historia teoría y práctica*, Leonor Lorenzo y P. Aguirrebeña (trads., Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur, L'Expansion Scientifique Française, París, 1957, 268 p.), prólogo de Rof Carballo, Editorial Científico-Médica, Madrid, 1958, 342 p.

CLAVERO NÚÑEZ, Antonio, *Antes de que te cases. Un texto de formación prenupcial. Un consejero para los casados en su vida conyugal. Una guía para la mujer en sus trances de maternidad*, Tipografía Moderna, Valencia, 1951, 258 p.

—, *Aspectos humanos del parto normal. La ayuda médica a la parturienta*, Tipografía Moderna, Valencia, 1952, 242 p.

—, reseña del libro de E. Lepage y S. Langevin-Droguet, traducido al castellano como «Preparación al parto sin temor» (Paz Montalvo, Madrid, 1958, 84 p.), *Revista Española de Obstetricia y ginecología. Órgano oficial de la asociación de obstetricia y Ginecología de Barcelona*, año XV, tomo XVII, n.º 102, sección “Comentarios de Libros”, Valencia, noviembre-diciembre de 1958, p. 348.

COLMEIRO LAFORET, Carlos, *Estudio sobre la cuestión del parto sin dolor*, Imprenta Moret, La Coruña, 1932, 51 p.

COLODRÓN, Antonio, «Mi deuda con Pavlov. Memoria vivida en tiempo de silencio», *Revista de Historia de la Psicología*, 2003, 24 (2), pp. 291-299.

CRUZ y HERMIDA, Julio, «Factores negativos en el parto sin dolor», *Medicamenta*, año XI, n.º 316, diciembre de 1957, pp. 401-402. **CM-HJ**.

CUENCA MATEO, Antonio, «*La sofrología caycediana. Un método hacia el bienestar*», Mandala Ediciones, Madrid, 2009, 160 p. Fuente citada desde la web [aulafacil.com](http://aulafacil.com)

DEXEUS, Josep Maria, «La Sofroterapia en Ginecología y Obstetricia», en CAYCEDO, Alfonso, *Progresos en sofrología*, prólogo de A. Pedro Pons y epílogo de Ramón Sarró Burbano, Scientia, Barcelona, 1969, 387 p., pp. 203-210.

DEXEUS I FONT, Santiago, *Nocions de maternologia*, Llibreria Catalònia, Barcelona, 1928, 120 p.

—, «El parto sin dolor», *Medicina Clínica*, tomo XXVI, n.º 4, sección «Entrevistas y Diálogos», Órgano de la Facultad de Medicina, Hospitales y Sociedades Médicas de Barcelona, Barcelona, 1956, pp. 116-117. **CM-HJ**.

DÍAZ, Carmen, y Mariana GÓMEZ MORILLAS, «La matrona en el medio rural», *Publicaciones Al Servicio de España y del Niño Español*, año XVIII, n.º 210, Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Madrid, agosto de 1955, 13 p.

DICK-READ, Grantly, *Childbirth Without Fear Being the Eleventh Impression of Revelation of Childbirth: the Principles and Practice of Natural Childbirth*, 2ª edición, William Heinemann Medical Books, Londres, 1951, 246 p.

—, «Aspectos psicósomáticos de la madre durante el embarazo», en FREED, S. Charles, y William S. KROGER, *Ginecología psicósomática, con inclusión de algunos temas de obstetricia* (traducción de la primera edición norteamericana revisada por J. M. Dexeus, de la Casa Provincial de Maternidad de Barcelona), Salvat Editores, Barcelona, 1955, 562 p., pp. 89-112.

—, *Childbirth Without Fear: the Principles and Practice of Natural Childbirth*, 4ª edición revisada y ampliada, William Heinemann Medical Books, Londres, 1961, 266 p.

DÍEZ BLANCO, Antonio, y Jesús H. ÁLVAREZ, *El parto sin temor (comentarios a un discurso de Su Santidad Pío XII)*, Studium, Colección Hogar, Madrid, 1956, 113 p.

DOMIQUE, Rafael, y José Antonio RODRÍGUEZ SORIANO, *Vida sexual de la mujer y parto sin dolor*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1965 (1ª edición 1963), 221 p.

ENRÍQUEZ, A., «Psicodinámica del stress del parto», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 21-23. **CM-HJ**.

FALCÓN, Lidia, *La razón Feminista 2. La reproducción humana*, Libros de confrontación, Fontanella, Barcelona, 1982, 711 p.

FERMOSO MOVILLA, Asterio, «Nuestra experiencia sobre la preparación psicofísica del parto», *Clínica y Laboratorio*, tomo LXIV, n.º 379, octubre de 1957, pp. 249-252. **CM-HJ**.

—, *¡Atención al embarazo, mujer! Normas de higiene prenatal*, s. n., Valladolid, 1958, 68 p.



FERNÁNDEZ GODOY, José Fernando, «Valoración del sufrimiento de la mujer en el parto por el test de Laretta Bender», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 8-15. **CM-HJ**.

—, *Autobiografía de un nacimiento*, 2ª edición, Centro de Educación Maternal de Sevilla, Gráficas del exportador, Cádiz, 1985, 219 p.

—, *El parto en la especie humana*, Guadalturia Ediciones, Sevilla, 2011, 306 p.

FERNÁNDEZ RUIZ, César, «El parto psicofísico y el parto dirigido. La dirección médica del parto en el momento actual», *Gaceta Médica Española*, año XIX, n.º 4, julio-agosto de 1958, pp. 218-223 y 287-290. **CM-HJ**.

—, «Nueva metódica en la asistencia al parto», *Revista Española de Obstetricia y ginecología. Órgano oficial de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Barcelona*, A. Clavero Núñez (dir.), año XV, tomo XVII, n.º 102, Valencia, noviembre-diciembre de 1958, pp. 306-315. **CM-HJ**.

—, «La dirección médica del parto en el momento actual», *Revista Ibys*, año XIX, n.º 4, enero-febrero de 1961, pp. 35-41. **CM-HJ**.

FERREIRA GÓMEZ, Antonio, «Los métodos psicofísicos en la analgesia del parto normal», en A. Clavero Núñez (dir.), *Revista Española de Obstetricia y ginecología. Órgano oficial de la asociación de obstetricia y Ginecología de Barcelona*, n.º 82, año XII, tomo XIV, Valencia, julio-agosto de 1955, pp. 289-302.

FREED, S. Charles, y William S. KROGER, *Ginecología psicósomática, con inclusión de algunos temas de obstetricia* (traducción de la primera edición norteamericana revisada por J. M. Dexeus, de la Casa Provincial de Maternidad de Barcelona), Salvat Editores, Barcelona, 1955, 562 p.

FUSTÉ SERVET, Fernando, «Preparación psico-física para el parto. Valoración de sus resultados», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 83-89. **CM-HJ**.

GARCÍA CARRASCO, Ramiro, «La Anestesia en Obstetricia», en BOTELLA LLUSIÁ, José, *Suma de Terapéutica de Obstétrica*, prólogo del Dr. B. Lorenzo Velázquez, Facultad de Medicina de Madrid, Madrid, 1949, 442 p., pp. 175-197.

GARRIGA ROCA, Martí, «Modernas orientaciones de la fisiopatología obstétrica», *Anales de Medicina y Cirugía*, 36 (129-130), marzo-abril de 1956, pp. 164-168.

GIL VERNET, Emilio, «Bases anatómicas y fisiopatológicas», en USANDIZAGA SORALUCE, Manuel, Emilio GIL VERNET y Emilio MOLINERO, *El dolor en ginecología*, Vergara, Barcelona, 1957, 198 p., pp. 1-52.

—, «Tratamiento quirúrgico», en USANDIZAGA SORALUCE, Manuel, Emilio GIL VERNET y Emilio MOLINERO, *El dolor en ginecología*, Vergara, Barcelona, 1957, 198 p., pp. 157-194.

GÓMEZ ESTRADA, Teresa, *Mi experiencia del parto sin dolor*, prólogo del Dr. Álvaro Aguirre de Cárcer, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1965, 104 p.

GOODRICH, Frederick Warren, *Maternidad sin dolor. Guía completa de la futura madre*, María Teresa Luaces de Fontanilla (trad., *Natural Childbirth: a manual for expectant parents*, Prentice-Hall Inc., New-York, 1950, 176 p.), Ediciones Daimon, Madrid-Barcelona, 1956, 213 p.

GUTIÉRREZ ALONSO, Manuel, *Normas y orientaciones de carácter religioso para las enfermeras al servicio de la Seguridad Social*, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión (Secretaría General Técnica, Servicio de Información y Estudios), publicación 1.116, Madrid, 1966, 26 p.

HARLIN, Fernande, *Maternidad Serena*, Bartolomé Garreta (trad.), vol. I., Ediciones Generales, Universidad del siglo XX: la moderna enciclopedia del saber, Barcelona, 1956, 207 p.

—, *Maternidad feliz*, Aurora Martí (trad., *Préparez-vous à une heureuse maternité*, Éditions Denoël, París, 1951, 198 p.), Bruguera, Barcelona, 1967, 216 p.

HARO GARCÍA, Francisco, *¿Ginecología psicósomática?*, prólogo del Dr. Vital Aza, Editorial Noguer, Barcelona, 1953, 157 p.

HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, Ángel, «The Effects of Antenatal Education Classes on Behaviour», **CM-HJ**.

—, «Reseña de Reuniones Científicas. Tema: Algunos casos de parto sin dolor con el método psicoprofiláctico», sesión científica del 1 de diciembre de 1954, presidencia del Dr. Luque, *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, vol. 82, julio-agosto de 1955, pp. 246-249. El mismo resumen de la sesión (separada la presentación de la discusión) se publicó en *Toko-Ginecología Práctica*, año XIV, agosto-septiembre de 1955, n.º 134, pp. 378-380 y octubre de 1955, n.º 135, pp. 426-427. **CM-HJ**.

—, «Nuestra práctica del método psicoprofiláctico en España», en Luigi Gedda (dir.), *Analecta Genetica*, n.º 4, *Il Parto Indolore*, 1956, pp. 144-156. **CM-HJ**.

—, «Nuevos comentarios y aportaciones al parto psicoprofiláctico», *Boletín cultural e informativo del Consejo General de Colegios Médicos de España*, n.º 99, abril de 1956, 11 p. **CM-HJ**.

—, «Antecedentes, controversias y resultados del método psicoprofiláctico para la asistencia al parto», *Medicamenta*, año XIV, n.º 300, 29 de diciembre de 1956, 14 p. **CM-HJ**.

—, «La pratique de la méthode psycho-prophylactique en clientèle privée», en ABOULKER, Pierre, Léon CHERTOK, y Michel SAPIR (eds.), *Analgesie psychologique en obstétrique : Journée d'étude du 7 avril 1957, Société Française de Médecine Psychosomatique*, Pergamon Press, París-Londres, 1959, 172 p., pp. 147-150. **CM-HJ**.

HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, Ángel, Colette HERNÁNDEZ MALYE, Miguel HERNÁNDEZ MALYE y Carlos J. de la CAL ÁLVAREZ, «Importancia de la P. P. O. en la prevención de la subnormalidad», ponencia pronunciada en el II Congreso Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, Zaragoza, 1986, 9 p. **CM-HJ**.

HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, Ángel, A. RÁBANO y A. COLODRÓN, «Relation entre le type d'activité nerveuse supérieure de la femme et les échecs de la méthode psycho-prophylactique», pp. 421-424. **CM-HJ**.

JACOBSON, Edmund, *Relajación para el parto sin dolor*, Alberto Merani (trad., *How to relax and have your baby*, 1959), Compañía General Fabril Editora, colección Vida Racional, Buenos Aires, 1961, 149 p.

JURADO DE MIGUEL, Ricardo, *El parto sin dolor*, Manuales científicos, Serie Educación Sexual, Nueva York, 1971, 128 p.

LAMAZE, Fernand, «La suppression de la douleur liée à la contraction de l'utérus en travail. (Méthode Psycho-prophylactique)», texto presentado por el Dr. Lamaze en el Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia realizado en La Habana (Cuba) del 4 al 10 de diciembre de 1955, 24 p. **IHSM**.

—, «L'Accouchement Sans Douleur par la Méthode Psychoprophylactique», *Étude Générale de l'Accouchement, Obstétrique*, 2, 5017, 1956, 8 p. **IHSM**.

—, Texto no titulado, extraído de los fondos privados de la Union Fraternelle des Métallurgistes, Caja H, Serie 4, «Interventions et écrits du Dr. Lamaze sur l'ASD. 1951-1957», sin fecha, pp. 43-52. **IHSM**

LAMAZE, Fernand, y Pierre VELLAY, «Cinq ans d'expérimentation de la méthode psychoprophylactique d'accouchement sans douleur», en ABOULKER, Pierre, Léon CHERTOK, y Michel SAPIR (eds.), *Analgesie psychologique en*

*obstétrique : Journée d'étude du 7 avril 1957. Société Française de Médecine Psychosomatique*, Pergamon Press, París-Londres, 1959, 172 p., pp. 26-44. **IHSM.**

—, «L'Accouchement Sans Douleur par la Méthode Psychoprophylactique. Premiers résultats portant sur 500 cas. Travail de la Maternité du Métallurgiste», *Gazette Médicale de France*, tomo 59, n.º 23-2, diciembre de 1952, 12 p. **IHSM.**

—, «Considérations sur l'Accouchement Sans Douleur par la Méthode Psychoprophylactique. Travail de la Maternité de la Polyclinique du Métallurgiste», Suplemento de la *Revue de la Nouvelle Médecine*, n.º 1, junio de 1953, 4 p. **IHSM.**

LE GUAY, François, «Conditions pratiques de réalisation de l'Accouchement Sans Douleur à la maternité des Métallurgistes», 32 p. **IHSM.**

LORÉN, Santiago, *El parto sin dolor*, Editorial Crisol, Colección Qué es..., Barcelona, 1956, 104 p.

—, «El aspecto psicoterápico y de conciencia de los nuevos métodos de parto sin dolor», *Boletín informativo del Consejo General de Colegios Médicos de España*, diciembre de 1956, pp. 37-40. **CM-HJ.**

LORENZO, Leonor, *Lo que sabemos del parto sin dolor*, Editorial Gregorio del Toro, Madrid, 1968, 74 p.

—, «Parto sin dolor», *Revista Ibys*, vol. en XI, n.º 2, marzo de 1957, pp. 144-149. **CM-HJ.**

—, «Comentarios sobre el parto sin dolor», *Boletín del Instituto de Patología Médica*, vol. XIII, n.º 10, octubre de 1958, pp. 295-297. **CM-HJ.**

LUQUE BELTRÁN, Francisco, «Deontología del parto sin dolor», *Publicaciones Al Servicio del España y del Niño español*, 162, Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Sección de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar, Madrid, 1951, 15 p.

MARAÑÓN, Gregorio, *La medicina y nuestro tiempo*, Espasa-Calpe Argentina, Colección austral, Buenos Aires, 1954, 146 p.

MUÑOYERRO, Luis Alonso, *Código de deontología médica*, 4ª edición actualizada (1ª edición de 1934), Ediciones Fax, Madrid, 1956, 362 p.

NIKOLAEV, A. P., «Les principaux problèmes d'obstétrique et de gynécologie à la lumière de la théorie de Pavlov», por el director del Instituto de Obstetricia y Ginecología de la Academia de Medicina de la U.R.S.S, Leningrado, sin fecha, 8 p. **IHSM.**

—, «Carta de Nikolaiev a Lamaze», Leningrado, 11 de julio de 1954. **IHSM.**

OLIVA, José Luis, «Consideraciones a propósito del dolor en el parto y su abolición por la psicoprofilaxis», en A. Clavero Núñez (dir.), *Revista Española de Obstetricia y ginecología. Órgano oficial de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Barcelona*, n.º 102, año XV, tomo XVII, Valencia, noviembre-diciembre de 1958, pp. 291-305.

ORENGO DÍAZ DEL CASTILLO, Francisco, «La preparación sicofísica para el parto. Su estado actual», conferencia en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona el día 9 de diciembre de 1961)», *Revista Española de Obstetricia y ginecología. Órgano oficial de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Barcelona*, A. Clavero Núñez (dir.), año XIX, tomo XXI, n.º 121, Valencia, enero-febrero de 1962, pp. 37-43.

—, *Obstetricia para matronas*, 3ª edición corregida y aumentada (1ª edición de 1949), Isidoro Aguirrebeña Editores, Madrid, 1963, 455 p.

—, *Obstetricia para matronas*. Con la colaboración neonatológica del Doctor Ignacio Villa Elízaga, Industrias Gráficas Magerit, Madrid, 1974, 451 p.

PALACIOS COSTA, Nicanor, y Ricardo V. GAVENSKY, «Parto sin temor. Parto sin dolor», *Gaceta Médica Española*, año XXVII, 6 (321), Madrid, junio de 1953, pp. 696-700. **CM-HJ**.

—, «Conceptos de Read y Nikolaiev en la preparación de la embarazada para el parto sin dolor», *Gaceta Médica Española*, año XXX, 9 (361), Madrid, septiembre de 1956, pp. 381-383. **CM-HJ**.

«Parto sin temor, parto sin dolor», Editorial de *Analecta Terapéutica*, publicación de los laboratorios del Norte de España, n.º 33, Barcelona, 1956, pp. 3-19. **CM-HJ**.

PINARD, Adolphe, *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*, prefacio del profesor H. Lauwereyns Pajot, París, 1878, 266 p.

PUIG MASSANA, Pedro, «Estadística comparativa de partos preparados y no preparados», *Práctica Médica*, año V, n.º 60, diciembre de 1957, pp. 41-43. **CM-HJ**.

—, «Comentario a nuestras observaciones sobre parto sin dolor», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa sobre el parto psico-profiláctico en la segunda reunión de ginecólogos españoles*, celebrada en Málaga del 10 al 13 de diciembre de 1957», *Práctica médica*, año I, n.º 2, febrero de 1958, pp. 8-10. **CM-HJ**.

PUIG I ROIG, Pedro, Pedro Puig y Roig, «Aspecto moral de la analgesia y de la anestesia en el parto normal», *Anales del Instituto Corachán*, vol. V, n.º 1, 1953, pp. 12-21.

—, «Problemas Obstétrico-Morales», *Anales del Instituto Corachán*, vol. VII, n.º 3/4, 1956, pp. 37-45.

—, «¿Cómo puede realizarse en la clientela particular el método psico-profiláctico del parto sin dolor? (nota previa)», Extracto de *Analecta Genetica*, colección de monografías dirigida por Luigi Gedda, 4, *Il Parto Indolore*, 1956, pp. 196-208. **CM-HJ**.

—, «Reseña del libro *La ataraxia en el parto* del Profesor Manuel Usandizaga», *Revista Médica*, año II, n.º 7, marzo de 1960, pp. 47-49. **CM-HJ**.

QUIJADA, Hernán, *Consideraciones psicoanalíticas sobre partos distócicos. Aspectos psicofisiológicos entre la madre y el feto. Un enfoque psicoanalítico del parto sin dolor*, Paz Motalvo, Madrid, 1957, 144 p.

RAMÓN Y CAJAL, Santiago, «Dolores del parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica», *Gaceta Médica Catalana*, 12 (16), 31 de agosto de 1889, pp. 484-486.

RANDELL, Minnie, *El parto sin dolor. Preparación y guía de la futura madre*, Rafael Fuster Chiner (trad., de la 3ª edición inglesa), Editorial Pubul, Barcelona, 1956, 141 p.

RAOUL, Élisabeth, *Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité ou sophro-pédagogie obstétricale et maternelle*, Maloine, París, 1983, 170 p.

RAPOSO PICÓN, Juan, *Lo que debe saber toda futura madre*, prólogo de José Botella Llusia, Gráficas Tanco, Orense, 1962, 63 p.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la Lengua Castellana*, 12ª edición, imprenta de D. Gregorio Hernando, Madrid, 1884.

—, *Diccionario de la Lengua Española*, 15ª edición, Espasa-Calpe, Madrid, 1925.

RODÉS DE SISTERNES, Leopoldo, «El método psico-profiláctico. Nuestra experiencia después de 200 casos», en *Aportación de la obstetricia barcelonesa sobre el parto psico-profiláctico en la segunda reunión de ginecólogos españoles*, celebrada en Málaga del 10 al 13 de diciembre de 1957», *Práctica médica*, año I, n.º 2, febrero de 1958, pp. 10-14. **CM-HJ**.

—, «Aspectos psiquiátrico-fisiológicos del método psicoprofiláctico», *Medicamenta*, año XVI, n.º 319, febrero de 1958, pp. 124-126. **CM-HJ**.

RODRÍGUEZ ENCINAS, Rosario, y Agustina HERNÁNDEZ, «Moral profesional y labor social de la matrona», *Publicaciones Al Servicio de España y del Niño Español*, año XVIII, n.º 209, Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Madrid, julio de 1955, 19 p.

ROSALES ESCRIBANO, Miguel Ángel, «Personalidad y tensión psicológica durante el embarazo», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 116-130. **CM-HJ**.

ROVIRA SOLER, Matilde, *Los estatutos secretos del Opus Dei* (trad. del latín), Tiempo, Madrid, 1986, 127 p.

RUIZ VÉLEZ-FRÍAS, Consuelo, *El parto sin dolor*, prólogo del Dr. Puebla Ridaura, Editorial Enciclopedia, Madrid, 1955, 102 p. Consultable en: <https://es.scribd.com/doc/148596246/Consuelo-Ruiz-Velez-Frias-Parto-Sin-Dolor>

—, *Preparación psicoprofiláctica del parto*, Gráficas Valencia, Madrid, 1975, 103 p.

—, *Cómo se hace la preparación psicoprofiláctica del parto sin dolor*, Editada por la Revista «Matronas Hoy» de la Asociación Nacional de Matronas, Madrid, 1983, 64 p.

—, *Las matronas. Una profesión ancestral basada en el amor*, Gráficas 82 S. A., Madrid, 1987, 55 p.

—, *Cartilla para aprender a dar a luz*, Talasa, Madrid, 1998, 95 p.

—, *Parir sin Miedo. El legado de Consuelo Ruiz*, 3ª edición, editorial OB STARE, Tenerife, 2012, 255 p.

SAGRA CÁTEDRA, Gabriel, «Comunicación sobre parto sin dolor. Sistema psico-profiláctico», *Medicamenta*, año XVI, n.º 318, febrero de 1958, pp. 73-74. **CM-HJ**.

SÁIZ MARTÍ, A., «Experiencia clínica con el método psicoprofiláctico en Játiva», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 28-32. **CM-HJ**.

SANCHÍS CABALLER, Manuel, «Tratamiento psicoterápico de la hiperémesis gravídica», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 5-7. **CM-HJ**.

SCHLITTER, Javier, *Guía de la mujer cristiana*, de la Congregación del Santísimo Redentor (trad. de la 3ª edición francesa), Luis Gili Editor, Barcelona, 1943, 433 p.

SCHMID, Verena, *El dolor del parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*, Editorial Ob Stare, Tenerife, 2010, 172 p.

SCHULTZ, Johannes Heinrich, *Cuaderno de ejercicios para el Entrenamiento Autógeno: autorrelajación concentrativa*, Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1954, 380 p.

*Seguro de enfermedad: plan nacional de instalaciones sanitarias*, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, Gráficas Magerit, Madrid, 1951, 77 p.

SOPEÑA IBÁÑEZ, Ángel, «La educación física y el deporte en el sexo femenino», *Revista Española de Obstetricia y ginecología. Órgano oficial de la asociación de obstetricia y Ginecología de Barcelona*, A. Clavero Núñez (dir.), Valencia, año XX, tomo XXII, 1963, pp. 294-309.

SOULAIRAC, André, «Aspects neurophysiologiques des mécanismes régulateurs», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 16-21. **CM-HJ.**

TABOADA, Leonor, *Cuaderno Feminista. Introducción al Self-Help*, Las desobedientes, Fontanella, Barcelona, 1978, 106 p.

TEMPRANO ALONSO, Helvia, «Ejercicios respiratorios y sofroaceptación progresiva», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 90-93. **CM-HJ.**

UCIEDA LOSADA, Francisco, «Parto psicoprofiláctico», 34 p. **CM-HJ.**

USANDIZAGA BEGUIRISTÁIN, José Antonio (dir.), *Maternidad. Memoria de Actividades (1965-1970)*, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, Ciudad Sanitaria La Paz, Hijos de E. Minuesa, Madrid, 239 p.

USANDIZAGA BEGUIRISTAIN, José Antonio, y José María ESCALANTE (dirs.), *Maternidad. Memoria de Actividades (1971-1975)*, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Instituto Nacional de Previsión, Ciudad Sanitaria La Paz, Madrid, 277 p.



USANDIZAGA SORALUCE, Manuel, *Manual de la enfermera*, 1ª edición, Aldus Librería Internacional, San Sebastián, 1934, 691 p.

—, «Factores psíquicos», en USANDIZAGA SORALUCE, Manuel, Emilio GIL VERNET y Emilio MOLINERO, *El dolor en ginecología*, Vergara, Barcelona, 1957, 198 p., pp. 53-73.

—, «El dolor menstrual», en USANDIZAGA SORALUCE, Manuel, Emilio GIL VERNET y Emilio MOLINERO, *El dolor en ginecología*, Vergara, Barcelona, 1957, 198 p., pp. 133-156.

—, *La ataraxia en el parto*, Instituto Ibys, Madrid, 1960, 107 p.

VALLVÉ MIRÓ, Juan, *El parto sin dolor. Manual para la futura madre*, Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1956, 111 p.

VALLEJO-MORIONES, Ernesto, «La hidrología médica en relación con la especialidad tocoginecológica», *El Siglo Médico*, Semana Médica Española, tomo 92, vol. 114, Madrid, 2º de semestre, 1946, 950 p., pp. 532-535.

—, «El parto sin dolor. Técnicas de Sofroanalgesia», en CAYCEDO, Alfonso, *Progresos en sofrología*, prólogo de A. Pedro Pons y epílogo de Ramón Sarró Burbano, Scientia, Barcelona, 1969, 387 p., pp. 211-232.

—, «El método sofrónico en la conducción del parto», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 25-27. **CM-HJ**.

VALLEJO-NÁJERA, Antonio, *Eugenesia de la Hispanidad y Regeneración de la Raza*, Editorial Española, Burgos, 1937, 142 p.

—, *Antes que te cases*, Editorial Plus Ultra, Madrid, 1946, 317 p.

VANDER, Adrian, *Parto sin dolor*, Ediciones Dr. Vander, Barcelona, 1959, 191 p.

—, *Parto sin dolor. El moderno método recomendado por los especialistas para lograr: un embarazo y parto fáciles y sin trastornos; máxima seguridad para la madre y el niño; hijos sanos y robustos*, (1ª edición de 1957), Sintés, Barcelona, 1981, 200 p.

VELLAY, Pierre, «Lugar de la psicoprofilaxis entre las técnicas modernas en obstetricia», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 66-71. **CM-HJ**.

—, *Hommage à Monsieur le Docteur Lamaze*, sin fecha, 5 p. **IHSM**.

VELDMAN, Frans, *Haptonomie: science de l'affectivité*, Presses Universitaires de France, París, 1989, 500 p.

VICENTE MONJO, Pedro, *Bases fisiológicas de la respiración adaptadas a la relajación dinámica*, Comunicación presentada al segundo simposio de sofrología, sin fecha, 14 p. **EEEM**.

VV.AA., *El parto sin dolor: guía indispensable*, Enciclopedia «Elle», Editorial Juventud, Barcelona, 1965, 113 p.

VV.AA., *Compendio de materias para el examen de ingreso en la Facultad de Medicina. Carrera de Auxiliar Sanitario (Practicante y Matrona)*, Publicaciones de la Academia Murga, Madrid, 1953, 1 v.

VV.AA., *Ayudantes técnicos sanitarios (unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera), Primer curso*, 2ª edición, Universidad de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid, 1965, 492 p. Prólogo del Prof. Benito Lorenzo Velázquez. (1ª versión en 1962).

VV.AA., *Ayudantes técnicos sanitarios (unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera), Segundo curso*, 2ª edición, Universidad de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid, 1966, 821 p.

VV.AA., *Ayudantes técnicos sanitarios (unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera), Tercer curso*, 2ª edición, Universidad de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid, 1966, 679 p.

ZILVETTI SALAZAR, Ángel, «Bases de la auto-anestesia psicósomática», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 150-155. **CM-HJ**.

ZILVETTI SALAZAR, Ángel, y Daniel CABEZAS GÓMEZ, «Nuestro método de educación maternal», en II Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, León (España), 22 y 23 de abril de 1978, Imprenta Mijares, León, 1979, 155 p., pp. 57-59. **CM-HJ**.

#### *Anónimos del Fondo IHSM*

—, «Nouvelles de l'accouchement sans douleur», 1 p.

—, «Quelques réflexions à propos des 'Mentions'. (Contribution à un essai de codification des critères d'appréciation)», 14 p.

—, «Considération sur les mentions 'Excellent' et 'Bien'», 11 p.

## Discursos, ponencias, conferencias

AGUIRRE DE CÁRCER, Álvaro, *Dos años de experiencia en la preparación al parto*, conferencias pronunciadas en la Sociedad Ginecológica de Madrid los días 18 y 25 de junio de 1957, Tipografía Flórez, Madrid, agosto de 1957, 22 p. **CM-HJ**.

CARRERAS I VERDAGUER, Francisco, «Dos escuelas de psicoprofilaxis del parto en París», conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Barcelona el 20 de marzo de 1956, *Anales de Medicina y Cirugía*, vol. XXXVI, 133-134, julio-agosto de 1956, pp. 263-272.

CÓNILL MONTOBBIO, Víctor, «S.S. Papa Pío XII ante el problema del parto sin dolor. Aspecto científico y técnico. Metrón to Beltiston», conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Barcelona el 7 de febrero de 1956, *Anales de Medicina y Cirugía*, 36 (131-132), mayo-junio de 1956, pp. 177-189.

DEXEUS FONT, Santiago, *Profilaxis fetal*, discurso leído en el acto de su recepción como académico electo el día 22 de junio de 1958 y discurso de contestación José Roig Raventós, académico numerario, Real Academia de Medicina de Barcelona, Barcelona, 1958, 78 p.

FERNÁNDEZ PORTAL, Félix, *El dolor del parto y el parto sin dolor*, discurso inaugural del curso académico 1957-1958, Sociedad Ginecológica Española, Gráficas Sánchez, Madrid, 1958, 30 p.

FUENTE CHAOS, Alfonso, de la, *El nacionalsindicalismo y la Medicina Legal*, Ediciones de la Vicesecretaría de Educación Popular, Madrid, 1942, 16 p.

HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, Ángel, «El método psicoprofiláctico en nuestra práctica obstétrica», *Sesión de la Academia Deontológica Matritense presidida por el Dr. César López-Dóriga el 9 de marzo de 1956*, curso 1955-1956, Pontificia Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián, año III, n.º 25, Madrid, 1956, 6 p. **CM-HJ**.

LAMAZE, Fernand, *Texto del discurso pronunciado por el Dr. Lamaze, jefe de servicio del centro de maternidad Pierre Rouquès, como conclusión de la semana de estudios (12-17 noviembre) sobre el método psicoprofiláctico de A.S.D.*, registrado en cinta magnética y transcrito por el Dr. Piero Pezzuto, de Génova (Italia), sin fecha, 14 p. **IHSM**.

—, *L'Accouchement sans douleur par la méthode psycho-prophylactique*, conferencia del Dr. Lamaze, antiguo jefe de la Clínica anexa a la Facultad de Medicina de París, sin fecha, 21 p. **IHSM**.

MARTÍ ÁLVAREZ-OSSORIO, Ignacio, *Realidad y significación del dolor de parto*, discurso de recepción del académico electo Dr. Ignacio Martí Álvarez-Ossorio y discurso de contestación del académico numerario el Ilmo. Sr. Dr. D. José Martí Mateu, Real Academia de Medicina de Valencia, Valencia, 1960, 75 p.

MESEGUER CASALÍNS, Emilio, *Historia de la asistencia al parto*, discursos leídos en la sesión extraordinaria del día 11 de mayo de 1970: discurso de ingreso del Dr. Emilio Meseguer Casalíns y discurso de contestación del Ilmo. Sr. Dr. D. José Manuel Gómez de Cisneros, Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Murcia, 1970, 51 p.

OLIVERAS FARRÚS, Joan, «Analgésia en el parto», en *Resumen de Conferencias*, conferencia pronunciada el 17 de febrero de 1988, Els Dimecres de l'Institut, Institut Dexeus, Barcelona, 1986-1988, 192 p., pp. 149-156. **ID**.

PERPIÑÁ RODRÍGUEZ, Antonio, *La época de lo social y el Instituto Nacional de Previsión*, Conferencia pronunciada en Sevilla con ocasión del LII aniversario de la Ley fundacional del INP, Hijos de E. Minuesa, Madrid, 1958, 18 p.

PROUBASTA, Felipe, «El problema del parto sin dolor», sesión del 22 de octubre de 1934, presidencia de Pi i Sunyer, *Annals de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona*, 1934, pp. 299-309.

SÁNCHEZ CÓZAR, Juan, *Cirugía del dolor*, discurso de apertura del curso 1959-1960 por el catedrático de la Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, 1959, 50 p.

VALLEJO-NÁJERA, Antonio, *Psicología de los sexos*, conferencia pronunciada en el Círculo Medina de Madrid, Ediciones de conferencias y ensayos, Bilbao, 1944, 43 p.

## **Actas de reuniones, Juntas, Estatutos, Acuerdos**

*Del fondo CM-HJ*

—, *Memoria de las conversaciones sobre el método psico-profiláctico entre los doctores Pierre Vellay (París), Ángel Hernández Jiménez (Madrid), Manuel Roncalés (Zaragoza), Gabriel Boada (Barcelona) y L. Rodés de Sisternes (Barcelona)*, Málaga, diciembre de 1957, 4 p.

—, «Rapport» de las conversaciones sobre el Método Psicoprofiláctico entre los Drs. Pedro Monjardino (Lisboa), A. Hernández (Madrid) y L. Rodés de Sisternes (Barcelona), Luso (Portugal), junio de 1957, 8 p.

—, *Grupo Luso-Español de tocólogos miembros de la Sociedad Internacional de Psico-Profilaxia Obstétrica*, febrero de 1958, 14 p.

—, *Réunion de constitution de la Société Internationale de Psycho-Prophylaxie Obstétricale*, Hôtel Pont-Royal, París, 2 de febrero de 1958. 4 p.

—, *Notas sobre la creación de la Sociedad Internacional de Psico-Profilaxis Obstétrica*, París, 1958, 5 p.

—, *Estatutos de la Asociación Española de Psicoprofilaxis Obstétrica*, Madrid, 27 de mayo de 1978. 16 p.

—, *Notificación del registro oficial de la AEPO*, Madrid, 31 de mayo de 1978.

—, *Junta de la Asociación Española de Psicoprofilaxis Obstétrica*, Madrid, sin fecha.

—, *Miembros de la Junta Directiva de la Asociación Española de Psicoprofilaxis Obstétrica*, Madrid, sin fecha.

—, *Reunión de la Junta Directiva de Asociación Española de Psicoprofilaxis Obstétrica*, Madrid, 2 de febrero de 1985, 2 p.

#### *Del fondo EEEM*

—, «Accionistas Instituto Obstétrico de Medicina Reeducativa», Madrid, 1970, 12 p.

—, «Asistentes Asociación 23 y 24 de febrero 1985», Madrid, sin fecha, 50 p.

—, «Fundación Álvaro Aguirre de Cárcer», anexo al documento «Estatutos de la Fundación Doctor Aguirre de Cárcer», Madrid, sin fecha, 8 p.

—, «La Fundación Doctor Aguirre de Cárcer», Madrid, sin fecha, 9 p.

## Prensa y revistas (por orden cronológico)

CORTÉS CAVANILLAS, Julián, «El domingo fue clausurado el congreso de los jóvenes de acción católica. ABC en Roma: La Iglesia y el parto sin dolor», *ABC*, 27 de septiembre de 1949, p. 15.

FRAILE GIL, José Manuel, «La sublevación de Jaca vive aún en la memoria madrileña. (diciembre 1930-diciembre 2000)», *Revista de Folklore*, n.º 240, Obra Social y Cultural de Caja España, Valladolid, 2000, pp. 196-203.

HEREDERO, Milagros, «Las primeras 60 monitoras de preparación psicoprofiláctica de España (Zaragoza)», *Súrgere*, XIV, 161, julio de 1972, pp. 6-8.

INDIO, Juan, «Elisa Risco», anexo a la edición digital de *Parto Sin Dolor*, de Consuelo Ruiz *Tribuna*, Madrid, julio de 2000.

LUCA DE TENA, Esperanza, «El parto sin dolor», *Senda: órgano nacional de la Rama de Mujeres de Acción Católica de España*, n.º 154, Madrid, abril de 1956.

LUQUE BELTRÁN, Francisco, «Voluntad y necesidad del parto sin dolor», *Semana*, 17 de enero de 1956. **CM-HJ**.

MARTÍNEZ JAMBRINA, Juan José, «Antonio Colodrón, en el recuerdo», *La Nueva España*, 4 de marzo de 2018.

MONTOBBIO JOVER, Luis, «Informe sobre el parto sin dolor», *El Ciervo: revista mensual de pensamiento y cultura*, año 5, n.º 42, El Ciervo 96 S. A., Barcelona, febrero de 1956.

RUIZ VÉLEZ-FRÍAS, Consuelo, «Adiós a Montesa», *ABC*, 13 de julio de 1997, p. 26.

BURGOS, Ernesto, «Un médico para un pueblo», *La Nueva España*, 21 de mayo de 2013.

MARTÍN, Lucía, «Dos arquitectas españolas reciben un premio internacional por su diseño de paritorios», *Cuartopoder*, 25 de febrero de 2018.

## Anónimos

«Homenaje a Don Ramón del Valle Inclán», *ABC*, 15 de febrero de 1936, pp. 47-48.

Anuncio «Parto sin dolor», *ABC*, 1 de marzo de 1947, p. 9.

«Un sueño que se hace realidad. Parto sin dolor», *Mujeres Españolas*, sección «¿Qué quieres saber?», año 1, n.º 2 y 3, Unión de Mujeres Españolas, México D.F., septiembre-octubre de 1951, p. 10

«La mujer juega un papel decisivo en la medicina psicosomática» entrevista a Juan Rof Carballo, *Teresa*, n.º 4, vol. I, abril de 1954.

«Dios no ha impedido a las madres utilizar los medios apropiados para hacer el parto más fácil y menos doloroso», *Hoja del Lunes* editada por la Asociación de la Prensa de La Coruña, 9 de enero de 1956.

«La Iglesia Católica acepta el nuevo método para el alumbramiento sin dolor», *ABC*, 10 de enero de 1956, p. 27.

«Alocución de su Santidad Pío XII ante setecientos ginecólogos de once países», *La Vanguardia*, 10 de enero de 1956.

«Entrevista al doctor Vital Aza», *Dígame*, sección «Tres minutos», 17 de enero de 1956.

«El parto psico-profiláctico y su introducción en España. De cómo el Dr. Hernández Jiménez introdujo por primera vez hace más de dos años este revolucionario método», enero de 1956. Borrador para entrevista en prensa. **CM-HJ**.

«El parto normal es una función natural y, por tanto, debe producirse sin dolor», entrevista al doctor Hernández Jiménez, *Teresa*, n.º 26, vol. III, febrero de 1956, pp. 10-11.

«Entrevista con una matrona. La señorita Consuelo Ruiz Vélez-Trías, que acaba de publicar un libro sobre tema de tanta actualidad como *El parto sin dolor*», ¡Firmes!, *Revista para enfermeras, practicantes, matronas y diplomadas de niños*, *Hermanidad de Enfermeras Españolas «Salus Infirmorum»*, año IV, 14, febrero de 1956, pp. 21-23.

«Palabras del Doctor Sirvent, Director del Hospital Español de Tánger, a su vuelta de Roma», ¡Firmes! *Revista para enfermeras, practicantes, matronas y diplomadas de niños*, *Hermanidad de Enfermeras Españolas «Salus Infirmorum»*, año IV, n.º 14, Madrid, febrero de 1956, pp. 5-7.

«El parto sin dolor en España», *España*, n.º 136, París, 1 de marzo de 1956, p. 4.

«El profesor Sarró en el paraninfo de la Facultad de Medicina», *La Vanguardia*, 10 de marzo de 1956, p. 16

«Conferencia del Dr. Sopena», *ABC*, domingo 18 de marzo de 1956, p. 79.

Anuncio «Instituto Sueco de Gimnasia» en la sección «Vida de Barcelona», *La Vanguardia*, 3 de octubre de 1956, p. 17.

«Mamá Gina ha seguido el método del parto sin dolor», *Teresa*, n.º 45, vol. IV, septiembre de 1957, p. 45.

«De cinco mil matronas que ejercen la profesión en España, más del ochenta por ciento están adscritas a maternidades y otros centros hospitalarios», *ABC*, 17 de diciembre de 1969, p. 69.

«Ha fallecido Don Manuel Aguirre de Cárcer, Embajador de España», *ABC*, 19 de diciembre de 1969, p. 32.

«Dos médicos españoles recorren países en pro técnica de Educación Maternal», *El Mundo*, 24 de agosto de 1974.

«Las matronas quieren un colegio profesional independiente», *ABC*, 6 de abril de 1977, p. 13.

«Puntualizaciones de la Coordinadora de A.T.S.», *La Vanguardia Española*, 23 de julio de 1977, p. 20.

«Sigue el conflicto en el Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios», *La Vanguardia Española*, 30 de agosto de 1977, p. 16.

«Las matronas deciden ir a la huelga», *El País*, 8 de julio de 1978.

«Reivindicaciones de las matronas», *ABC*, 25 de julio de 1978, p. 63.

«Las matronas españolas, expulsadas de la Confederación Internacional», *El País*, 28 de septiembre de 1978.

*Diario de Valencia*, 1981, 3 de julio de 1981, p. 25.

«Las matronas quieren tener su colegio profesional», *ABC*, 21 de mayo de 1982, p. 58.

«Matronas», sección «Cartas», *ABC*, 6 de febrero de 1985, p. 10.

«Las matronas podrán integrarse en los servicios jerarquizados de ginecología», *ABC*, 15 de abril de 1987, p. 38.

«Fallece el ginecólogo Ángel Sopena, un defensor de la liberación de las españolas», *El País*, 30 de mayo de 1991.

«Unos 10.000 ATS dejan cada año la profesión», *El País*, 25 de octubre de 1991.

«Sólo creemos en el BOE», *Diario Ya*, 13 de febrero de 1992, p. 28.

«El bajo número de matronas es preocupante», *La Verdad*, 19 de junio de 1994, p. 8.

«La anestesia epidural se generalizará para todos los partos en el año 2000», *El Mundo*, 26 de febrero de 1998.



## Textos legales

*Fuero del Trabajo*, título II. BOE del 10 de marzo de 1938, n.º 505, pp. 6178-6181.

Ley de 24 de enero de 1941 para la protección de la natalidad, contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista. BOE del 2 de febrero, n.º 33, pp. 768-770.

Decreto del 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. BOE del 29 de diciembre de 1953, n.º 363).

Orden Ministerial de 1 de abril de 1977. BOE del 02 de abril de 1977, n.º 79.

*Decreto de 28 de junio de 1991*. BOE del 29 de junio de 1991, n.º 155.

## Fuentes orales

Entrevista a María de los Ángeles Rodríguez Rozalén, 11 de enero de 2014.

Entrevista al Dr. José Fernando Fernández Godoy, Sevilla, 5 de enero de 2015.

Entrevista al Dr. Antonio González González, Madrid, 6 de octubre de 2015.

Entrevista al Dr. Josep María Carrera i Macià, Barcelona, 19 de noviembre de 2015.

Entrevista a Carlos Álvarez de la Cal, Madrid, 9 de diciembre de 2015.

Entrevista a José Antonio Usandizaga, Madrid, 15 de diciembre de 2015.

Entrevista a Carlos Hernández Martínez-Campello, 25 de enero de 2016 (entrevista telefónica).

Entrevista a Colette Malye, Madrid, 5 de abril de 2017.

Entrevista a Colette Malye, Melun, Francia, 16 de mayo de 2017.

## Fuentes audiovisuales

AGUIRRE DE CÁRCER, Álvaro (dir.), *Curso de Educación Maternal. Lección 6ª: Maternidad Serena*, Antinea Films. EEEM.

—, [Grabación sonora]: *Preparación al parto*, Fonogram, Madrid, 1965, 1 disco.

—, [Grabación sonora]: *Escúchame: mensaje madre-hijo*, Iberofón, Madrid, 1973, 1 disco.

CHANOIS, Jean-Paul, le (dir.), *Le Cas du Docteur Laurent*, Cocinor, Cocinex et SEDIF Productions, France, 1957.

HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, José Antonio [Grabación sonora]: *El parto sin dolor: método psicoprofiláctico*, prólogo del Dr. Vital Aza, Zafiro, Madrid, 1958, 1 disco, 43 min. aprox.

THOMAS, Heidi (dir.), *Call the Midwife*, Neil Street Productions, 2012.

VELLAY, Pierre (dir.), *La minute de vérité. Méthode psycho-prophylactique d'accouchement sans douleur*, 43 min. aprox. **EEEM**.

## Otros

Instituto Nacional de Estadística, *Series históricas de datos censales. Tabla 3: Población según grupos de edad y sexo (1900-2001)*. Disponible en: <https://www.ine.es/censo2001/historia.htm>

Organización Mundial de la Salud, *Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*, 2018, 8 p.

«*El parto sin dolor*», Correspondencia privada entre Ángel Hernández Jiménez y Colette Malye. **CM-HJ**.

OTAOLA, Javier, «La política anti-rotaria del franquismo», blog *Colectanea masonica*: <http://colectaneamasonica.blogspot.com.es/2007/05/la-polrtica-anti-rotaria-del-franquismo.html>

*Reforma de Proyecto por adaptación a Clínica de Maternidad. Exp. 520/57/20368. (sec-50-173-16), Archivo de la Villa, Madrid.*

Referencias sobre la familia de Álvaro Aguirre de Cárcer:

—, <https://www.ramhg.es/index.php/secciones-fijas/movimiento-nobiliario-1931-1940>

—, Relación entre Torcuato López de Sagredo y Nuño Aguirre de Cárcer, *Quién Manda*: <https://quienmanda.es/people/nuno-aguirre-de-carcer-y-lopez-de-sagredo>

—, <https://historiasdeelpardo.blogspot.com/2007/08/los-coroneles-del-regimiento-de.html>

—, [https://www.elconfidencial.com/espana/2015-10-08/la-gran-familia-del-cuerpo-diplomatico\\_1051180/](https://www.elconfidencial.com/espana/2015-10-08/la-gran-familia-del-cuerpo-diplomatico_1051180/)

—, Sobre su tío paterno, Manuel Aguirre de Cárcer: <http://www.lahistoriatrascendida.es/personajes-historicos/>

—, Perfil en la web *Quién manda* de Nuño Aguirre de Cárcer y López de Sagredo: <https://quienmanda.es/people/nuno-aguirre-de-carcer-y-lopez-de-sagredo>

—, Sobre su suegra, Concepción Martínez Pérez: MORENO SÁEZ, Francisco, «Partidos, sindicatos y organizaciones ciudadanas en la provincia de Alicante durante la transición (1974-1982), Archivo de la democracia, Universidad de Alicante, 80 p. Disponible en: <https://archivodemocracia.ua.es/es/documentos/publicaciones/la-transicion-en-alicante/04-falangistas.pdf>

—, [consueloruizvelezfrias.blogspot.com.es](http://consueloruizvelezfrias.blogspot.com.es)

—, «Escuela Libre de Salud Holística y Maternoinfantil Consuelo Ruiz» 19 p.: <http://nacerencasa.org/wp-content/uploads/2017/01/Memoria-Excuela-Inicial.pdf>

—, <https://www.donallum.org/associacio/qui-som/>

«La Sophrologie», *Module théorique n.º 2 de Sophrologie*, Institut Cassiopée (Chatou, France), Formation aux métiers des Thérapies du Bien-être, 49 p. Disponible en <http://www.cassiopee-formation.com/media/Les-concepts-fondamentaux.pdf>

## BIBLIOGRAFÍA SECUNDARIA

AKRICH, Madeleine, y Bernike PASVEER, *Comment la naissance vient aux femmes : les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Synthélabo Groupe, Les empêcheurs de penser en rond, París, 1996, 194 p.

AKRICH, Madeleine, y Farinaz FASSA, «Un parcours en contre point entre les sciences et les techniques, le féminisme et le genre: Entretien avec Madeleine Akrich», *Nouvelles Questions Féministes*, 24 (1), «Machine, machin, truc, chose: pour du féminisme avec objets», 2005, pp. 96-105.

ALEMANY ANCHEL, María José, *Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos*, tesis presentada en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad de Valencia, 2014, 467 p.

—, *De mujeres y partos. Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX*, Publicacions Universitat de València, Valencia, 2016, 321 p.

ANDREEVA, Anna, M. Érica COUTO-FERREIRA, y Susanne TÖPFER (eds.), «Childbirth and women's healthcare across cultures», *Dynamis*, 34 (2), 2014, pp. 279-401.

APEZARENA, José, y Carmen CASTILLA, *Así es el príncipe, vida del futuro rey de España*, Rialp, Madrid, 1993, 510 p.

ARENA, Francesca, «La médicalisation de l'accouchement: approche historique du genre», *Bruxelles Laïque ECHOS*, 78, octubre 2012, pp. 43-46.

BALLESTER AÑÓN, Rosa, Josep BERNABEU-MESTRE, y María Eugenia GALIANA-SÁNCHEZ, «Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea», *AREAS, Revista Internacional de Ciencias Sociales*, n.º 33, 2014, pp. 123-137.

BANCROFT, W. Jane, *Suggestopedia and Language Acquisition: Variations On a Theme*, Gordon and Breach Publishers, Ámsterdam, 1999, 308 p.,

BASZANGER, Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Seuil, París, 1995, 467 p.

BELL, John D., «Giving Birth to the New Soviet Man: Politics and Obstetrics in the USSR», *Slavic Review*, n.º 40, vol. 1, 1981.

BERNINI, Stefania, «Natural Mothers: Teaching Morals and Parent-craft in Italy, 1945-60», *Modern Italy*, 9 (1), mayo de 2004, pp. 23.

Biblia, la, *Génesis* 3, 16.

BOON, Henri, Yves DAVROU y Jean-Claude MACQUET, *La sofrología*, Temas de psicología, Ediciones Mensajero, Madrid, 2001, 242 p. Consultable en: [myslide.es\\_boon-henri-y-davrou-yves-la-sofrologia-565de3f0b5658-1.doc](http://myslide.es_boon-henri-y-davrou-yves-la-sofrologia-565de3f0b5658-1.doc)

BOURDIEU, Pierre, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Le sens commun, Les Éditions de Minuit, París, 1979, 680 p.

BRANCIFORTE, Laura, «Legitimando la solidaridad femenina internacional: el Socorro Rojo», *Arenal*, 16 (1), 2009, pp. 27-52.

BUTLER, Judith, *Bodies that matter: on the discursive limits of «sex»*, Routledge, New York, London, 1993, 288 p.

CABRÉ, Anna, Andreu DOMINGO, y Teresa MENACHO, «Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX», en PIMENTEL SILES, Manuel (coord.), *Mediterráneo Económico, 1, Monográfico: Procesos migratorios, economía y personas*, Estudios Socioeconómicos, Caja Rural Intermediterránea, Cajamar, Almería, 2002, 409 p., pp. 121-138.

CABRÉ I PAIRET, Montserrat, y Teresa ORTIZ GÓMEZ (eds.), «Mujeres y salud: prácticas y saberes», dossier conjunto, *Dynamis*, 19, 1999, pp. 17-400.

—, «Mujeres y salud: prácticas y saberes. Presentación», *Dynamis*, 19, 1999, pp. 17-24.

—, «Significados científicos del cuerpo de mujer», *Asclepio*, LX (1), enero-junio de 2008, pp. 9-18

CARRILLO, Ana María, «Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México», *Dynamis*, 19, 1999, pp. 167-190.

CAMPOS, Ricardo, «Autoritarismo y eugenesia punitiva: higiene racial y nacionalcatolicismo en el franquismo, 1936-1945», *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 23, supl. 1, diciembre de 2016, pp. 131-147.

CAMPRUBÍ, Lino, «Los estándares como instrumentos políticos: ciencia y Estado franquista a finales de los años cincuenta», *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 18, julio-diciembre 2009, pp. 85-114.

CARDI, Coline, y Clara QUAGLIARIELLO, «Corps maternel», en Juliette Rennes, *Encyclopédie critique du genre*, Hors collection Sciences Humaines, La Découverte, París, 2016, 752 p., pp. 170-182.

CARON-LEULLIEZ, Marianne, «Fernand Lamaze et l'Accouchement sans douleur», Actes du Colloque *50<sup>ème</sup> anniversaire de l'accouchement sans douleur*, Société d'Histoire de la Naissance, Châteauroux, 28 et 29 septembre 2002, 138 p., pp. 2-11.

CARON-LEULLIEZ, Marianne, y Jocelyne GEORGE, *L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée*, Patrimoine, Éditions l'Atelier, París, 2004, 254 p.

CAYUELA SÁNCHEZ, Salvador, «¿Biopolítica o Tanatopolítica?, una defensa de la discontinuidad histórica», *Revista de Filosofía*, n.º 43, 2008, pp. 33-49.

—, «La biopolítica del franquismo desarrollista: hacia una nueva forma de gobernar (1959-1975)», *Revista de Filosofía*, 38 (1), 2013, pp. 159-179.

—, «El nacimiento de la biopolítica franquista. La invención del "homo patiens"», *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, n.º 40, enero-junio 2009, pp. 273-288.

COCKS, Geoffrey, *Psychotherapy in the Third Reich: The Göring Institut*, Oxford University Press, Nueva York, 1985, 326 p.

CONRAD, Peter, «Medicalization and Social Control», *Annual Review of Sociology*, vol. 18, 1992, pp. 209-232.

DELGADO, Ana, Teresa ORTIZ-GÓMEZ, Dolores SÁNCHEZ, y Ana TÁVORA, «Female professional identities and Spanish women doctors in late Francoism (1965-1978)», en RODRÍGUEZ-SALA, María Luisa, y Judith ZUBIETA GARCÍA, *Mujeres en la ciencia y la tecnología: Hispanoamérica y Europa*, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2005, 145 p., pp. 119-128.

DEMAZURE, Gwladys, Albin GUILLAUD y Richard MONVOISIN, «Les fondements de la sophrologie: entre conte *New Age* et pseudo-science», *Science et pseudo-sciences*, 323, enero-marzo de 2018, pp. 52-56.

DESHAYES, Fabien, y Axel POHN-WEIDINGER, «*Il te faut mener une vie régulière* : prescriptions et rôle du père pendant la grossesse (1960-1962)», *Genre, sexualité et société*, 18, 2017. Disponible en: <http://journals.openedition.org/gss/4107>

DORLIN, Elsa, *La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, La Découverte, París, 2006, 308 p.

DORON, Claude-Olivier, «Vie, discontinuité et mort dans l'œuvre de Michel Foucault», intervención en el coloquio internacional *Vie, vivant, vital: vitalisme*, Universidad de Montpellier, 2009.

DOUGHERTY, Dru, *Palimpsestos al cubo: prácticas discursivas de Valle-Inclán*, Fundamentos, Madrid, 2003, 272 p.

DÚ, Maï, le, «France 1952-2006. De l'accouchement sans douleur à l'anesthésie péridurale: l'évolution du traitement de la douleur de l'accouchement et son éclairage sur l'image sociale de la femme», *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 349, mayo de 2006, pp. 26-29.

EHRENREICH, Barbara, y Deirdre ENGLISH, *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, (María Luisa Rodríguez Tapia trad.), Taurus, Madrid, 1990, 405 p.

EYRE, Pilar, *La soledad de la reina*, La Esfera de los libros, Biografías y Memorias, Madrid, 2012, 576 p.

FAUSTO-STERLING, Anne, *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men*, Basic Books, New York, 1985, 258 p.

—, *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, Basic Books, New York, 2000, 473 p.

FELITTI, Karina Alejandra, «Parirás sin dolor. Poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)», *Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Fiocruz-Universidad General Fluminense, 18 (3), Río de Janeiro, 2011, pp. 113-129.

FLORENSA RODRÍGUEZ, Clara, *Els discursos científics sobre l'evolució en el franquisme (1939-1967). La Generació del 98 i «La evolució sin problema»*, tesis presentada en el Centre d'Història de la Ciència, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2017, 628 p.

—, «Prensa y construcción del conocimiento científico», en ARRIZABALAGA, Jon, y Alfons ZARZOSO (eds.), *Al servicio de la salud humana: La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, Actas del XVII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Sant Feliu de Guíxols, junio de 2017, 698 p., pp. 291-296.

FOX, Bonnie, y Diana WORTS, «Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth», *Gender and Society*, 13(3), 1999, pp. 326-346.

FOX KELLER, Evelyn, *Refiguring Life: Metaphors of Twentieth-Century Biology*, Columbia University Press, Nueva York, 1995, 134 p.

FOUCAULT, Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Gallimard, París, 2009, 224 p.

GALLEGO MÉNDEZ, María Teresa, *Mujer, Falange y Franquismo*, Taurus, Madrid, 1983, 221 p.

GARCÍA, Sandrine, *Mères sous influence, de la cause des mères à la cause des enfants*, La Découverte, París, 2011, 383 p.

GARCÍA CARRASCOSA, Laura, *El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural*, Séptima Edición, octubre de 2010. Disponible en: <https://studylib.es/doc/5116241/el-miedo-al-dolor-en-el-parto-y-como-afecta-a-su-desarrollo>

GARCÍA FERNÁNDEZ, Mónica, «“Nuestro puesto está en el hogar”. Los campamentos femeninos en Asturias durante el primer Franquismo (1938-1945)», *El Futuro del Pasado*, n.º 3, 2012, pp. 137-159.

—, «Parir para la patria. El control del embarazo y el parto en las primeras décadas del franquismo (1939-1955)», en GARCÍA GALÁN, Sonia, Silvia MEDINA QUINTANA y Carmen SUÁREZ SUÁREZ (dir.), *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*, Piedras Angulares, Trea, 2014, 190 p., pp. 129-148.

—, «Gender Metaphors in Representations of the Biological Body: An Analysis of Popular Medical Literature Published in Franco's Spain», *Cultural History*, 6 (2), 2017, pp. 209-226.

GARCÍA GALÁN, Sonia, «Las prácticas tradicionales y la medicalización del parto: una convivencia tensa en la sociedad contemporánea», en GARCÍA GALÁN, Sonia, Silvia MEDINA QUINTANA y Carmen SUÁREZ SUÁREZ (dir.), *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*, Piedras Angulares, Trea, 2014, 190 p., pp. 109-128.

GARCÍA GARCÍA, Eva Margarita, *La Violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*, tesis presentada en el



Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 2018, 510 p.

GINSBURG, Faye, y Rayna RAPP, «The Politics of Reproduction», *Annual Review of Anthropology*, vol. 20, 1991, pp. 311-343.

GOOD, Byron J., «Theorizing the «subject» of medical and psychiatric anthropology», *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 18, 2012, pp. 515-535.

GÓMEZ, Hilario, *Alberti y García Lorca, la difícil compañía*, Renacimiento, Iluminaciones, Sevilla, 2009, 368 p.

GONZÁLEZ DE PABLO, Ángel, «Las nuevas ciencias del espíritu del siglo XX: la aparición de la sofrología en España a inicios del segundo franquismo», *Culturas Psi*, n.º 6, Buenos Aires, marzo de 2016, pp. 91-117.

GUTIÉRREZ, Cristina, Èrika MARTÍNEZ, y Carmen MEDINA, «Introducció al coneixement de l'obra d'Adrian van der Put (1892-1974) en el camp de la medicina naturista a Catalunya», *Gimbernat*, Escola Universitària de Gimbernat, 42, 2004, pp. 273-292.

GUTMAN, Caroline, *Le testament du Docteur Lamaze: médecin accoucheur*, J. C. Lattès, París, 1999, 280 p.

HÉRITIER, Françoise, *Masculin-Féminin. La pensée de la différence*, Odile Jacob, París, 1996, 332 p.

HERRANZ, Gonzalo, «The Origin of “Primum Non Nocere”» (1 de septiembre de 2002), respuesta digital a las preguntas suscitadas por su artículo «Why the Hippocratic Ideals are Death», *British Medical Journal*, junio de 2002, 324 (1463).

HREŠANOVÁ, Ema, «The Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth in Socialist Czechoslovakia: from State Propaganda to Activism of Enthusiasts», *Medical History*, 60 (4), 2016, pp. 534-556.

IGNACIUK, Agata, y Teresa ORTIZ-GÓMEZ, «“Pregnancy and labour cause more deaths than oral contraceptives”: The debate on the pill in the Spanish press in the 1960s and 1970s», *Public Understanding of Science*, noviembre 2013, 0 (0), pp. 1-14. DOI: 10.1177/0963662513509764

IGNACIUK, Agata, Teresa ORTIZ-GÓMEZ, y Esteban RODRÍGUEZ-Ocaña, «Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre la “píldora” en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979)», *Dynamis*, 32 (2), 2012, pp. 467-494.

—, «Doctors, Women and the Circulation of Knowledge of Oral Contraceptives in Spain (1960s-1970s)», en ORTIZ-GÓMEZ, Teresa y María Jesús SANTESMASES, *Gendered Drugs and Medicine. Historical and Socio-Cultural Perspectives*, Ashgate, Surrey, 2014, 260 p., pp. 133-152.

JAUBERT, Marie-José, *Les Bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur*, Balland, París, 1979, 260 p.

JIMÉNEZ GÓMEZ, Hilario, *Alberti y García Lorca, la difícil compañía*, Renacimiento, Colección Iluminaciones, Sevilla, 2009, 357 p.

JORDANOVA, Ludmilla, *Sexual Visions: Images of Gender in Science and Medicine Between the Eighteenth and Twentieth Centuries*, Harvester Wheatsheaf, Londres, 1989, 207 p.

KNIBIEHLER, Yvonne, *La révolution maternelle depuis 1945. Femmes, maternité, citoyenneté*, Perrin, París, 1997, 370 p.

KRISTEVA, Julia, *Recherches pour une sémanalyse*, Seuil, París, 1969, 379 p.

KURIYAMA, Shigehisa, *The expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine*, Zone Books, Nueva York, 2002, 340 p.

LEMAY, Céline, «Le risque de naître», *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 349, 2006, pp. 5-13.

LINARES ABAD, Manuel, «Fuentes y bibliografía para el estudio de las Matronas y la Cultura del nacimiento», *Elucidario*, 5 de marzo de 2008, pp. 263-275.

LINARES ABAD, Manuel, Inés MORAL GUTIÉRREZ, y Carmen ÁLVAREZ NIETO, «El discurso de las matronas sobre la profesión a mediados del siglo XX», *Seminario Médico*, vol. 60, n.º 2, 2008, pp. 54-76.

LIOTARD-SCHNEIDER, Frédérique, *Les experts de l'intime et les femmes, démographes et médecines en France de 1945 à 1975*, tesis presentada en la Université de Paris Ouest-Nanterre La Défense, París, 2010, 778 p. (2 vols.).

LÓPEZ ESPINO, Manuel, José Carlos MINGOTE ADÁN, y Vicente VALENTÍN MAGANTO, *Dolor. Asistencia clínica. Manejo en el ámbito médico-psicológico*, Díaz de Santos, Madrid, 2015, 296 p.

MCINNES, John, y Julio PÉREZ DÍAZ, «The Reproductive Revolution», *The Sociological Review*, 57 (2), 2009, pp. 262-284.

MAFFI, Irène, «Can caesarean section be “natural”? The hybrid nature of the nature-culture dichotomy in mainstream obstetric culture», *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 10(19), 2013, pp. 5-26.

MARTENSEN, Robert, «The History of Bioethics: An Essay Review», *Journal of the History of Medicine*, 56, abril de 2011, pp. 168-175.

MARTIN, Emily, *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Beacon Press, Revised Edition, Boston, 2001, 312 p. (1ª edición de 1987).

MARTÍNEZ PRIEGO, Consuelo, *Neurociencia y afectividad. La psicología de Juan Rof Carballo*, Erasmus, Pensamiento del presente, Barcelona, 2012, 216 p.

MICHAELS, Paula A., «Childbirth Pain Relief and the Soviet Origins of the Lamaze Method», *NCEEER Working Paper*, 2007, pp. 1-31.

—, «A Chapter From Lamaze History: Birth Narratives and Authoritative Knowledge in France, 1952-1957», *The Journal of Perinatal Education*, 19 (2), 2010, pp. 35-43.

—, «Comrades in the Labor Room: The Lamaze Method of Childbirth Preparation and France's Cold War Front, 1951-1957», *American Historical Review*, 115 (4), 2010, pp. 1031-1060.

—, «Pain and Blame: Psychological Approaches to Obstetric Pain, 1950-1980», en Esther Cohen, Leona Toker, Manuela Consonni y Otniel Dror (eds.), *Knowledge and Pain, At the Interface/Probing the Boundaries* 84, Rodopi, Amsterdam, 2012, pp. 231-255.

—, *Lamaze: An International History*, Oxford University Press, Nueva York, 2014, 264 p.

—, «The Sounds and Sights of Natural Childbirth: Films and Records in Antenatal Preparation Classes, 1950s-1980s», *Social History of Medicine*, 31 (1), 1 de febrero de 2018, pp. 24-40.

MORCILLO, Aurora G., «Walls of Flesh. Spanish Postwar Reconstruction and Public Morality», *Bulletin of Spanish Studies*, 84 (6), 2007, pp. 737-758.

—, *The Seduction of Modern Spain. The Female body and the Francoist Body Politic*, Bucknell University Press, Cranbury, 2010, 338 p.

MORENO BENAVIDES, Carlos, «Apuntes para una historia de las teorías biológicas del dolor», en VÉLEZ VAN MEERBEKE, Alberto, y otros (ed.), *Lecciones de historia del dolor*, Colección Textos Ciencias de la Salud, Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, 2005, 112 p., pp. 18-32.

MOSCOSO, Javier, *Historia cultural del dolor*, Taurus, Madrid, 2011, 383 p.  
—, «History of Labor Pain Relief», en Giorgio Capogna (ed.), *Epidural Labor Analgesia. Childbirth Without Pain*, Springer International Publishing, 2015, 354 p., pp. 49-61.

MOSCUCCI, Ornella, «Holistic Obstetrics: The Origins of 'Natural Childbirth' in Britain», *Postgraduate Medical Journal*, 79, 2003, pp. 168-173.

MÜNCHOW, Patricia, von, «Les représentations du père dans les guides parentaux français et allemands», en SELLENET, Catherine, *Les pères en débat*, Erès, Petite enfance et parentalité, Toulouse, 2007, 192 p., pp. 123-136.

NIETO BLANCO, Felipe, *Jorge Semprún: militancia y oposición en el franquismo*, tesis presentada en la Facultad de Geografía e Historia, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España, 2007, 644 p.

OAKLEY, Ann, *The Captured Womb. A History of The Medical Care of Pregnant Women*, Basil Blackwell, Oxford-Nueva York, 1984, 352 p.

OLMO, Carolina, del, *¿Dónde está mi tribu?*, Clave Intelectual, Madrid, 2013, 228 p.

ORTIZ-GÓMEZ, Teresa, «Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX», *Arenal*, 6 (1), 1999, pp. 55-79.

—, «Interacciones entre salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica», *Diálogo Filosófico*, 59, 2004, pp. 229-244.

—, «Fuentes orales e identidades Profesionales: Las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX», *Asclepio*, Vol. LVII. Fasc. I, 2005, pp. 75-97.

OUDSHOORN, Nelly, *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*, Routledge, Londres, 1994, 195 p.

PALACIO LIS, Irene, *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*, Universitat de València, Valencia, 2003, 256 p.

—, «Consejos a las Madres: autoridad, ciencia e ideología en la construcción social de la función materna. Una mirada al pasado», *Sarmiento*, 7, 2003, pp. 61-79.

—, «Mujeres aleccionando a mujeres. Discursos sobre la maternidad en el siglo XIX», *Historia de la Educación: Revista interuniversitaria*, 26, 2007, pp. 111-142.

PALMA, Héctor A., *Metáforas y modelos científicos. El lenguaje en la enseñanza de las ciencias*, Ediciones el Zorzal, Buenos Aires, 2008.

—, *Ciencia y metáforas. Crítica de una razón incestuosa*, Prometeo, Buenos Aires, 2016, 275 P.

—, «Metaphors in Science: A Change of Perspective», en Jeremy Horne (ed.), *Philosophical Perceptions on Logic and Order*, AKATM Book Series, IGI Global, Hershey, 2017, 402 p., pp. 242-254.

PEÑAFIEL, Jaime, *Reinas y princesas sufridoras*, Grijalbo, Colección Ocio y Entretenimiento, Barcelona, 2015, 307 p.

PERDIGUERO-GIL, Enrique, «La popularización médica durante el franquismo: un primer acercamiento», en COMELLES, Josep Maria, y Enrique PERDIGUERO-GIL (coords.), *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, Col·lecció Antropologia Mèdica, Tarragona, 2017, 344 p., pp. 105-138.

PÉREZ HERNÁNDEZ, Carmen, «Una investigación experimental sobre hipnosis en Santiago Ramón y Cajal», *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (2/3), 2006, pp. 145-150.

PÉREZ PEÑA, Fernando, *Exilio y depuración política (en la Facultad de Medicina de San Carlos)*, 1ª edición, Visión Libros, Madrid, 2009, 430 p.

PERRENOUD, Patricia, «Naissance et évolution des pratiques : entre Evidence-Based Medicine, expérience et intuition», en Claudine Burton-Jeangros y otros, *Accompagner la naissance*, BSN Press «A contrario Campus», 2014, pp. 133-154.

PIELTÁIN, Alberto, *Arquitectura para la Sanidad Pública en España, 1942-1977: Construcción de la Red Nacional de Hospitales*, tesis presentada en 2004 en la Universidad Politécnica de Madrid con título «Los hospitales de Franco: versión autóctona de una arquitectura moderna», Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional, Madrid, 2007, 258 p.

POLO BLANCO, Antonio, *Gobierno de las poblaciones en el primer franquismo (1939-1945)*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, 2006, 255 p.

PONS PONS, Jerònia, y Margarita VILAR RODRÍGUEZ, *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*, Ciencias Sociales, Prensas de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 2014, 480 p.

QUIROZ PÉREZ, Lissell, «De la comadrona a la obstetrix. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX», *Dynamis*, 32 (2), 2012, pp. 415-437.

—, «Descolonizar el saber médico. Obstetricia y parto en el Perú contemporáneo (siglos XIX y XX)», *Revue d'Etudes Décoloniales*, 1 de octubre de 2016. Disponible en: <http://reseaudecolonial.org/822-2/>

RAMI, Michel, «Il régnait une ambiance rare», en HOUSSIN, Monique, *Autoportraits des Bluets, une autre naissance*, Le Temps des Cerises, Pantin, 2007, 202 p., pp. 193-199.

RANKIN, Jean, *Effects of Antenatal Exercise on Psychological Well-being, Pregnancy and Birth Outcome*, Whurr Publishers, Londres, 2002, 220 p.

RHODES, Maxine, «You worked on your own, making your own decisions and copying on your own: Midwifery knowledge, practice and independence in the workplace in Britain, 1936 to the early 1950s», *Dynamis*, 19, 1999, pp. 191-214.

ROCA I GIRONA, Jordi, *De la pureza a la maternidad: la construcción del género femenino en la postguerra española*, Ministerio de Educación y Cultura, 1996, Madrid, 378 p.

RUAULT, Lucile, «La circulation transnationale du self-help féministe: acte 2 des luttes pour l'avortement libre?», *Critique internationale. Revue comparative de sciences sociales*, 70, enero-marzo 2016, Presses de Sciences Po, París, pp. 37-54.

RUIZ-BERDÚN, Dolores, «El reconocimiento de la colegiación de las matronas», en *El Asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de Historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012)*, Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 2013, 512 p., pp. 231-252.

—, «The Competences of Midwives in Spain Over Time», en *Maternity Care in Different Countries. Midwife's Contribution*, Consell de Col·legis d'Infermers i Infermers de Catalunya, Barcelona, 2016, 54 p., pp. 19-25.

RUIZ-BERDÚN, Dolores, y Alberto GOMIS, «La problemática laboral de las matronas en las Reuniones Nacionales de Sanitarios Españoles (1947-1959)», *Temperamentvm, Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero*, 24, 2016. En: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn24/t11187.php>

RUIZ-BERDÚN, Dolores, e Ibone OLZA FERNÁNDEZ, «The Past and Present of Obstetric Violence in Spain», en Ana Leonor Pereira y João Rui Pita (eds.), *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*, Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX, Coleccção Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História, séculos XVIII-XX, Coimbra, 2016, pp. 97-104.

SALAZAR AGULLÓ, Modesta, *Asistencia materno-infantil y cuestiones de género en el programa «Al Servicio de España y del Niño Español» (1938-1963)*, tesis presentada en el Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, 2009, 293 p.

SALAZAR AGULLÓ, Modesta, Josep BERNABEU-MESTRE, Emilio A. MARTÍNEZ MARCO y Encarnación RAMOS-SALAS, «Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo. Colección «Al Servicio de España y del Niño Español», *Matronas Profesión*, 2008, 9 (4), pp. 28-33.

SÁNCHEZ, Dolores, «El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea», *Asclepio*, LX (1), enero-junio, 2008, pp. 63-82.

SÁNCHEZ, Natividad, y Gabriel RUIZ, «Las investigaciones de W. H. Gantt y H. S. Liddell acerca de las neurosis experimentales y su importancia para la psiquiatría norteamericana (1930-1950)», *Revista de Historia de la psicología*, 29 (2), junio de 2008, pp. 87-97.

SANTESMASES, María Jesús, «Hacia descendencias saludables: algunos orígenes del diagnóstico prenatal en España», *Asclepio*, 60 (1), 2008, pp. 129-150.

—, «Tecnorituales del embarazo: cuerpos de mujer en el origen de la genética médica», *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, suplemento 6, 2017, pp. 55-66.

SCHUMANN, Marion, «From Social Care to Planning Childbirth in the Federal Republic of Germany 1950-1975», en Kathrin Braun (ed.), *Between Self-Determination and Social Technology: Medicine, Biopolitics and the New*

*Techniques of Procedural Management, Body Cultures*, Transcript-Verlag Ed., Bielefeld, 2011, 272 p., pp. 31-64.

SEMPRÚN, Jorge, *Autobiografía de Federico Sánchez*, Planeta-De Agostini, 1997, Barcelona, 342 p.

—, «Intervenciones de intelectuales en el V Congreso» (intervención de Federico Sánchez), *Cuadernos de Cultura* (V Congreso del Partido Comunista de España), 18, Partido Comunista de España, Madrid, 1955, 24 p., pp. 7-12.

SMITH, Cedric M., «Origin and Uses of Primum Non Nocere -Above All, Do No Harm!», *The Journal of Clinical Pharmacology*, 45 (4), abril de 2005, pp. 371-377.

SOUVIRON MORENILLA, José María, *La configuración jurídica de las profesiones tituladas, en España y en la Comunidad Económica Europea*, Consejo de Universidades, Secretaría General, Madrid, 1988, 276 p.

SPUFFORD, Francis, *Red Plenty. Inside the Fifties' Soviet Dream*, Faber and Faber, Londres, 2010, 434 p., editado en español como *Abundancia Roja: sueño y utopía en la URSS*, Turner, Madrid, 2011, 455 p.

SUÁREZ ÁLVAREZ, Patricia, «El arte de partear: parteras y parturientas a lo largo de la Edad Moderna», en GARCÍA GALÁN, Sonia, Silvia MEDINA QUINTANA y Carmen SUÁREZ SUÁREZ (dir.), *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*, Piedras Angulares, Trea, 2014, 190 p., pp. 39-49.

TALARN, A., y A. RIGAT, «Las neurosis en la obra de Sándor Ferenczi», *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (2), 2008, pp. 293-305.

TICHANÉ, Gisèle, *Accouche et tais-toi: des femmes parlent*, Le Centurion, París, 1980, 207 p.

TODES, Daniel P., «Pavlov's Physiology Factory», *Isis*, 88 (2), The History of Science Society, junio de 1997, pp. 205-246.

—, «Opportunities for women in science (Russia, 1912)», *Nature*, sección "Correspondence", 416, marzo de 2002, p. 262.

—, «From Lone Investigator to Laboratory Chief: Ivan's Pavlov Research Notebooks as a Reflection of his Managerial and Interpretive Style», en HOLMES, Frederic L., Jürgen RENN, y Hans-Jörg RHEINBERGER (eds.), *Reworking the Bench. Research Notebooks in the History of Science*, Kluwer Academic Publishers, 2003, 326 p., pp. 203-220.



—, *Ivan Pavlov: A Russian Life in Science*, Oxford University Press, Oxford, 2014, 880 p.

UNGERER, Regina L. S., y Ana T. C. DE MIRANDA, «História do alojamento conjunto. Rooming-in history», *Jornal de Pediatria*, 75 (1), Río de Janeiro, enero-febrero de 1999, pp. 5-10.

VÁZQUEZ DE PRADA, Mercedes, «Para una historia de la familia española en el siglo XX», *Memoria y Civilización*, 8, 2005, pp. 115-170.

VICENTE-PEDRAZ, Miguel, y Xavier TORREBADELLA-FLIX, «El dispositivo gimnástico en el contexto de la medicina social decimonónica española. De las políticas higiénicas a los discursos fundacionales de la educación física», *Asclepio*, 69 (1), enero-junio de 2017.

VIDAL, Fernando, «L'arc-en-ciel de la mélancolie. Quelques pistes dans l'œuvre de Jean Starobinski», *Bulletin du Cercle d'études Jean Starobinski*, Edité par les Archives Nationales Suisses, 6, 2013, pp. 3-7.

VIGARELLO, Georges, *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2005, 339 p.

VUILLE, Marilène, *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Éditions Antipodes, Existences et Société, Lausanne, 1998, 156 p.

—, «La naissance de "l'accouchement sans douleur", *Revue médicale de la Suisse Romande*, 120, 2000, pp. 991-998.

—, «L'expérience des femmes dans l'"Accouchement sans douleur" (ASD): une expérience collective?», en Marguérite Bos, Bettina Vincenz y Tanja Wirz (eds.), *Erfahrung: Alles nur Diskurs? Zur Verwendung des Erfahrungsbegriffes in der Geschlechtergeschichte*, Chronos Verlag, Zürich, 2004, 396 p., pp. 357-365.

—, «Le militantisme en faveur de l'Accouchement sans douleur», *Nouvelles questions féministes*, 4(3), «Les logiques patriarcales du militantisme», 2005, pp. 50-67.

—, «L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980», *Travail, genre et sociétés*, 2015, n.º 34, pp. 39-56.

—, «Paula A. Michaels. *Lamaze. An International History*», *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol. 42 «Âge et sexualité», 2015, p. 314.

—, «L'obstétrique sous influence: émergence de l'accouchement sans douleur en France et en Suisse dans les années 1950», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 64 (1), 2017, pp. 116-149.

—, *Médecine, femmes et politique: histoire de doctrines et de pratiques transnationales (XX<sup>e</sup> siècle)*, tesis presentada en la Facultad de Ciencias de la Société de l'Université de Genève, n.º 58, 9 de marzo de 2017, 362 p.

VUILLE, Marilène, y otros, «La santé est politique», *Nouvelles Questions Féministes*, 25 (2), «Santé !», 2006, pp. 4-15.

WAILOO, Keith, *Pain: a political history*, John Hopkins University Press, Baltimore, 2014, 284 p.

WINDHOLZ, George, «The Second Signal System as Conceived by Pavlov and His Disciples», *The Pavlovian Journal of Biological Science*, 25 (4), octubre-diciembre de 1990, pp. 163-173.

ZABALEGUI RODRÍGUEZ, Luis, *La medida de la personalidad por cuestionarios. Guía práctica*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Serie III, Libros de Texto, Madrid, 1990, 225 p.

ZÁRATE APIÑANIZ, Javier González de, Bienvenido FERNÁNDEZ RODRIGO y José Ignacio GÓMEZ HERRERAS, «Historia del alivio del dolor del parto en España», *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 52, 2015, pp. 71-84.

ZUMALABE MAKIRRIAIN, José María y Ángel GONZÁLEZ ALONSO, Ángel, «Una aproximación histórico-conceptual a la neurociencia de I. P. Pavlov», *Boletín de Psicología*, n.º 83, marzo de 2005, pp. 45-67.