III CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA PSICOSOMATICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

SEPARATA DE TEMAS MEDICOS - TOMO III - Londres, 1971.

Dr. Alberto Cárdenas Escovar*

Este Congreso ha continuado la serie de reuniones interdisciplinarias cuya iniciativa se debe a los miembros de la Sociedad Francesa de Medicina Psicosomática. Fue así como se realizó el I Congreso en París en 1962, que se limitó a la discusión de temas relativos a "medicina psicosomática y maternidad". Bien pronto se advirtió la necesidad de ampliar este campo de estudio para cubrir además los aspectos psicosomáticos de la ginecología, lo cual se ha logrado en el II Congreso, Viena 1965, bajo los auspicios de la Academia Vienesa de Medicina, y en el III Congreso, Londres, 1971.

Los temas de los dos primeros pueden consultarse en las respectivas memorias ("Médecine Psychosomatique et Maternité", Gauthier - Villars, París, 1965; "Medicina Psychosomatica in Obstetritis et Gynaecologia", Verlag der Wiener Medizinischen Akademie, 1965), así como en los informes publicados en la Revista de la Clínica de Maternidad David Restrepo (3: 63, 1962 y 7: 7, 1966).

El objeto de la presente comunicación es rendir un informe sobre las orientaciones y los trabajos del III Congreso, efectuado en Londres del 29 de Marzo al 2 de Abril de 1971,

y con cuyo desarrollo he tenido el privilegio de estar íntimamente vinculado, no sólo por el hecho de pertenecer al Comité Científico Internacional dedicado a su organización, sino por la participación activa en el Congreso, a través de la presentación de algunos trabajos.

Los miembros del mencionado Comité habíamos efectuado una reunión preparatoria de trabajo en Londres, en el mes de Marzo de 1970, en la cual se demostró la necesidad de hacer los campos de estudio más extensos aún que los de los dos Congresos precedentes, y se planeó el temario en su forma definitiva (véase adelante).

La organización continuó en forma muy efectiva, culminando con el cumplimiento del programa con todo éxito, después de superar las dificultades de comunicación creadas por la huelga postal ocurrida en el Reino Unido en la época inmediatamente anterior a la señalada para el Congreso. Los organizadores han merecido pues un voto de aplauso por la dedicación y la habilidad con que lograron sortear aquellos tropiezos, así como el agradecimiento de los parti-

* Miembro de Número de la Academia de Medicina.

cipantes por la exquisita hospitalidad prodigada tanto en las atenciones personales como en las invitaciones oficiales del Gobierno de Su Majestad, el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos, la Universidad de Londres y la Asociación Médica Británica.

Concurrieron al Congreso representantes de más de 30 países. Estuvo presidido por Sir John Peel y el Profesor Norman Morris. El primero ha sido Presidente del Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos. El segundo dirige el Departamento de Obstetricia y Ginecología de Charing Cross Hospital Medical School. Fue Vicepresidente Mr. Elliot E. Philipp, también una personalidad de alta jerarquía en la especialidad.

Los principales temas tratados se clasificaron bajo los títulos siguientes:

Problemas Psicosomáticos en Obstetricia

La madre soltera. Hiperemesis gravidarum. Toxemia. Aborto habitual. Parto Prematuro. Muerte Fetal antepartum. Aborto terapéutico. Preparación para el parto. Manejo del parto. Puerperio y lactancia. Relación madre-infante. Depresión puerperal.

Problemas Psicosomáticos en Ginecología

Problemas psico-sexuales. Educación sexual. Pubertad y adolescencia. Perturbaciones menstruales. Dolor pélvico. Relaciones familiares. Papel del padre. Paternidad electiva (planeación familiar). Infertilidad. Diagnóstico y terapia de los desórdenes psicosomáticos, frigidez, vaginismo. Menopausia y post-menopausia.

En la sesión plenaria inaugural, que estuvo presidida por el Profesor J. R. Wilson, Presidente del Colegio

Americano de Obstetras y Ginecólogos, los discursos mostraron una indudable actitud humanística ante los problemas psicosomáticos. Veamos las notas de algunos de ellos.

Sir John Peel:

Los problemas de población y el individuo

El hecho de la explosión de población en el mundo no necesita elaboración especial, y se dan datos para destacar la magnitud y variabilidad del problema que reviste complejidad infinita. Los diversos países presentan situaciones muy diferentes, pero es corriente la tendencia a simplificar excesivamente tanto la causa como los efectos, y las líneas de acción propuestas. No existe un patrón universalmente aceptado que permita determinar la población óptima para un país dado, y aún si lo hubiera, no sería un patrón estático. La densidad de población en relación con la extensión de la tierra constituye tan sólo una medida. Deben considerarse muchos otros factores, como la fisonomía agrícola, el grado de urbanización y de desarrollo industrial, la rata de crecimiento económico, etc. Aunque la relación entre las ratas de nacimiento y de muerte es esencialmente el factor determinante en las tendencias de población, hay muchas variables en las ratas de nacimiento, tales como la distribución de la población por edades, las ratas de fertilidad, la edad de matrimonio, el porcentaje de la población femenina que haya contraído unión, la inmigración, la emigración, y sobre todo las actitudes prácticas de los individuos, varones y mujeres, en relación con el tamaño de la familia. Las ratas de natalidad decrecieron en forma sostenida en el Reino Unido entre 1880 y 1930 con muy poca contribución por conceptos de contracepción, esterilización y abortos; sin embargo, estas

tres medidas se consideran corrientemente como las más importantes en el control de la población, previniendo los llamados niños no deseados. Tanto en países menos desarrollados como la India, como en aquellos más prósperos como los Estados Unidos de Norteamérica, son los niños deseados los que contribuyen más a la explosión de población. Más de la mitad del aumento de población en los Estados Unidos es aportado por familias acomodadas, que practican la contracepción regularmente.

Los nacimientos son el resultado de una actividad humana intensamente cargada de emoción, y los anhelos de las parejas individualmente consideradas no son en sí mismos una base muy firme para las políticas nacionales de población. El exceso de población trae efectos nocivos sobre el comportamiento humano y deteriora la calidad de la vida a causa de la polución ambiental, tomada ésta en el más amplio sentido, pero de otro lado una población estática significa el envejecimiento que resiste al cambio y al progreso. Hay una necesidad vital de más programas de planeación familiar, más activamente realizados, pero no es realista imaginar que éstos por sí mismos pueden superar los problemas, sin una referencia a las influencias económicas, a las convicciones culturales y religiosas, y sobre todo a la educación y a la motivación de hombres y mujeres antes y después del matrimonio. Es urgente la investigación multidisciplinaria en el campo integral de la conducta humana con respecto a la reproducción.

**Profesora N. Newton (Chicago):
Un punto de vista femenino
sobre los problemas de la mujer**

A pesar de que mucho se habla hoy de las voces femeninas airadas,

especialmente en los Estados Unidos, ésta no es la reacción más común de las mujeres ante sus problemas. La respuesta más usual en frente de la necesidad de ajustarse a su papel en el mundo moderno es la depresión, un sentido de futilidad y una atención narcisista concentrada sobre el yo.

El descenso en la rata de natalidad ha dado por resultado que las mujeres tengan menos de un tercio de las tareas maternas anteriores. El impacto psicológico de ello es similar al de una reducción de la semana laboral masculina de 45 a 15 horas.

Por otra parte, el slogan "los bebés son polución" es corriente en los Estados Unidos. Es fácil imaginar lo que este tipo de actitud produce en los sentimientos de autoestimación de la mujer. La totalidad de su cuerpo está hecho para la maternidad. Los bebés son su producto principal, su razón de ser diferente, su derecho especial al prestigio.

¿Cuál es entonces la solución? El impacto psicológico y social de la fertilidad controlada demanda tanta atención como la metodología del control físico, quizás aún más atención, por ser aquél más complejo. Las tres propuestas siguientes pueden ayudar a subsanar el enorme vacío que deja en las vidas de las mujeres modernas la reducción de su fertilidad.

Primero. Deben hallarse para las mujeres caminos substitutivos hacia su propia importancia (status) y tipos substitutivos de trabajo, capaces de dar las profundas satisfacciones anteriormente derivadas de la crianza de numerosos niños. Específicamente, deben ser derribadas las barreras anti-femeninas existentes en la industria, en las profesiones y aún en el hogar. No se trata sólo de una

paga igual para trabajo igual, sino también de aceptar que las mujeres puedan ascender en las jerarquías administrativas tan rápidamente y a tanta altura como un varón de educación comparable, de la misma motivación y de los mismos hábitos de trabajo. En manera alguna debería la mujer sufrir una presión social que la obligue a "pagar" su carrera privándose de tener hijos, si los desea.

Segundo. Puesto que la mujer va a ver reducida la totalidad de su experiencia generativa, no deberá ahorrarse esfuerzo para hacer de cada evento maternal una profunda satisfacción emocional, desprovista de riesgos físicos. La clave para una mejor experiencia de la maternidad es una mayor atención al ambiente que rodea a la mujer en el embarazo, el trabajo de parto y el período postnatal. Este ambiente debe estar libre de molestias innecesarias y colmado de apoyo emocional por parte de la familia y del personal médico.

La capacitación de las parejas para evitar las tensiones sociales ha reducido significativamente las alteraciones emocionales post-natales de la madre y también el llanto del recién nacido, según lo demuestra la comparación con grupos de control equiparables. Incluso el sistema nervioso de los ratones, menos desarrollado, responde a las perturbaciones ambientales: ratonas perturbadas durante el parto han mostrado aumento del 70% en la duración del mismo, y sus crías han tenido una mortalidad neo-natal 54% más elevada que la del grupo de control.

Tercero. Es necesario individualizar, en vez de hacer un juego de promedios matemáticos en relación con el control de la fertilidad. La idea de que toda mujer debe tener dos niños y nada más, es un insulto

a la diversidad de la personalidad femenina y de sus capacidades. Pasa por alto, entre otras cosas, el hecho de que algunas mujeres serían más felices sin niño alguno. El niño, o los dos niños "símbolos" producidos en la actualidad con fines de rango social (status), muy posiblemente son criados con resentimiento. En estos casos sería mejor dar a las mujeres caminos substitutivos hacia una vida satisfactoria y con un significado en el mundo fuera del hogar. De otro lado, las mujeres bien dotadas en el arte maternal merecen la aprobación y el apoyo para tener más que los dos niños usuales. Ellas están contribuyendo a la calidad de la generación siguiente, consideración más importante que la de la cantidad.

El control de la fertilidad como ahora se practica, puede tener un desafortunado impacto emocional sobre las mujeres, a menos que se les den más oportunidades para un trabajo provisto de significado y para el logro de "status" fuera del hogar; a menos que se hagan más esfuerzos para que cada maternidad se convierta en una experiencia satisfactoria, y a menos que se individualicen los casos, permitiendo a cada mujer hallar el grado de fertilidad que realice al máximo sus capacidades de servicio a la sociedad.

TEMAS OBSTETRICOS

La madre soltera. C. R. Silva Mojica, de Bogotá, Colombia, basado en el estudio de un grupo de madres solteras de Bogotá, muestra sus características sociales peculiares: comienzo a temprana edad de una vida de trabajo; trabajos obligados por la necesidad de ayuda a la familia; falta de estímulo y de apoyo moral en este esfuerzo; hogares rotos; falta de educación sexual; deficiencias

educacionales y culturales generales, y ausencia de objetivos en la vida.

Los problemas psicológicos son descritos por M. Doder y col. de la Facultad de Medicina de Belgrado, Yugoslavia, como temor de abandono, conflictos con la familia, sentimientos de vergüenza, incapacidad para hacer frente a la situación, depresión, hipomanía, todo ello sujeto a variaciones de acuerdo con el intelecto de la madre.

El mayor riesgo obstétrico, para madre e hijo, es demostrado por varios expositores, como E. Calzolari y col. de la Universidad de Roma; L. J. Bienkiewicz y col. de la Academia de Medicina de Lodz, Polonia, quienes señalan índices de prematuridad (17,2%), mortalidad perinatal (5%) y asfixia neonatal (17%), mucho más elevados que los usuales.

Una experiencia que debe imitarse es la relatada por A. S. Tulsy y col. del Michael Reese Hospital, Chicago, donde se ha organizado al personal obstétrico con miras a dar a la madre soltera una atención en ambiente óptimo de paciente privada.

Hyperemesis gravidarum

G. Farkas, de la Universidad de Cluj, Rumania, en un estudio sobre 906 casos, concluye que la hiperemesis representa una enfermedad psicogénica, siendo los síntomas metabólicos, secundarios; es una reacción de protesta contra el embarazo como resultado de conflictos psíquicos; las drogas psicotrópicas pueden actuar sobre las condiciones psíquicas de la embarazada, pero no pueden suprimir las causas externas de tensión.

A. Dukic y col., de Belgrado, encuentran que la mayoría de los vómitos en la época tardía del embarazo

son también de naturaleza psicológica.

Toxemia

Haris Cladakis, de la Clinique Psychoprophylactique, Atenas, presenta una serie de casos de pre-eclampsia en que la mejoría y el buen resultado obstétrico son atribuidos por la autora al re-establecimiento de un equilibrio adecuado entre córtex y subcórtex cerebral, gracias a una terapia verbal basada en los principios de la psicoprofilaxia.

Según S. Chiovski, de las Clínicas Universitarias de Timisvara, Rumania, existen argumentos etiopatogénicos y terapéuticos que demuestran la importancia de los factores psicósomáticos en la toxemia. Como ocurre en algunos trastornos psíquicos, en pacientes toxémicos se observan cambios metabólicos relacionados con la serotonina. En el embarazo normal hay un metabolismo activo de la serotonina, caracterizado por concentraciones sanguíneas significativas, y la aparición de la toxemia puede explicarse por un deterioro de las circulaciones placentaria y renal, debido a los efectos de un exceso de serotonina en el organismo o a una insuficiencia placentaria con disminución de la actividad de monoaminoxidasa.

A. Cárdenas Escovar (Clínica David Restrepo, Bogotá) señala que la etiología de la toxemia aún admite numerosas hipótesis. El espasmo arteriolar, en cuanto elemento fisiopatológico en la toxemia así como en la enfermedad vascular hipertensiva, puede ser efecto de muchos factores, incluso el psicósomático, a saber, condiciones emocionales que actúan a través de las vías córtico-talámicas sobre los mecanismos que conducen a la constricción arteriolar.

Corrientemente se habla de los efectos a través del centro vasomotor, el sistema simpático, la medula suprarrenal y la nor-adrenalina; a través del lóbulo posterior de la hipófisis y su hormona vasopresora, y finalmente a través del lóbulo anterior, la córticotropina, la corteza suprarrenal y los esteroides que favorecen la retención salina. Además deben considerarse los factores genéticos predisponentes, y en el caso de la nefropatía orgánica, la producción de sustancias presoras en el riñón isquémico que llevan a la enfermedad nefro-hipertensiva. Aunque no podamos, al presente, determinar relaciones claras entre los síndromes hipertensivos del embarazo y las condiciones emocionales, la experiencia ha mostrado el valor terapéutico de aquellas medidas que logran controlar estas últimas. Por consiguiente, en el tratamiento de estos síndromes, a más de los agentes farmacológicos usados comúnmente como sedantes, se hace necesaria una aplicación mucho más extensa de la psicoterapia. El autor estudia los factores socio-económicos que pueden tener un significado en la etiología de la toxemia (deficiencias dietéticas, tensiones emocionales, perturbaciones psicósomáticas relacionadas con las condiciones de vida), y presenta datos estadísticos sobre un grupo de pacientes de "clase media económica" atendidas en la Clínica David Restrepo durante once años (1959 a 1969), en las cuales los índices de toxemia han sido del 5% (1959 a 1964) y 2,5% (1965 a 1969). A todas las pacientes registradas en la Clínica se ofrece la preparación por el método psicoprofiláctico, pero solo un 10% la utilizan, debido principalmente a dificultades domésticas en la mayoría, que les impiden asistir regularmente a los cursos. Sin embargo, debe hacerse notar que inclusive

las madres que no se benefician de la psicoprofilaxia reciben una atención prenatal individualizada y personal.

Los autores de la URSS, Z.A. Chladze, A.I. Peradze (Tbilisi) reconocen el valor del factor neurogénico en la etiopatogenia de las toxicosis durante la segunda mitad del embarazo, y controlan este factor de dos maneras: la farmacológica (drogas analgésicas y narcóticas; sal sódica del ácido gamma-hidroxibutírico, manitol liofilizado y diacarb) y la psicósomática (método psicoprofiláctico).

Aborto habitual.

Parto prematuro

W. Z. Polishuk, del Hospital Universitario de Hadassah, Jerusalén, atribuye un papel importante a los factores psicogénicos y a la tensión emocional en la etiopatogenia del aborto habitual. Se ha podido demostrar la frecuente asociación de este síndrome con una producción aumentada de serotonina, la cual, como es sabido, produce contracciones del miometrio. Entre las anti-serotoninas estudiadas en ratas para prevenir el aborto mediante una competencia con la serotonina por los sitios receptores del útero, se ha encontrado como la más efectiva la Cyproheptadina.

P. Kicovic y col. de la Facultad de Medicina de Belgrado, han estudiado 80 pacientes con amenaza de aborto (habitual) en varias etapas del embarazo, y un grupo control de 20 casos de embarazo normal. Los autores señalan un 58% de pacientes con tendencias neuróticas. Pensamos, sin embargo, que en estos casos es difícil establecer si tales manifestaciones pueden considerarse legítimamente como factores causales, o bien como efecto del trauma psíquico de los embarazos habitualmente frustrados.

Sobre el mismo tema, D. Kaskarelis y B. Triatafillopoulo (Universidad de Atenas), dicen que cuando no se encuentra causa orgánica para explicar los abortos repetidos, es esencial buscar una razón psicosomática. Sostienen haber tenido considerable éxito con una terapia así orientada, logrando buenos resultados en 40% de 56 casos.

J. Sieroszewski y col. (Academia de Medicina, Lodz, Polonia), señalan una tasa de prematurez en Polonia de 7 a 11%, con una mortalidad perinatal entre los prematuros de 70%. De los nacimientos prematuros, más o menos un 40% quedan sin diagnóstico causal. En un estudio de 673 casos, con cerca de 80% de mujeres empleadas en trabajos diferentes de los domésticos, han encontrado los siguientes factores significativos: posiciones forzadas en el trabajo, trabajo en 3 turnos, el "Microclima" propio del ambiente del trabajo, y el ruido. El parto prematuro es mucho más frecuente en obreras y empleadas que en amas de casa. En 30% de las mujeres examinadas, el parto prematuro ocurría por segunda o tercera vez. El índice de madres solteras era de 10.5%, o sea el doble que en los casos de parto a término.

Los aspectos sociales en al etiología de la prematurez también son tratados por B. Miloswic y col. (Universidad de Belgrado) quienes analizan las inevitables repercusiones que tienen sobre la función reproductora las tensiones psíquicas de la vida moderna y la participación creciente de la mujer en la industria. Los estudios a través de 10 años en la Clínica Obstétrica y Ginecológica de Belgrado muestran de manera evidente que la tasa de prematurez está creciendo de año en año y que es más elevada en las mujeres obreras de las ciudades.

Otro grupo yugoeslavo encabezado por M. Jovanovic, encuentran un índice de prematuros de 8,2% en 8.319 partos ocurridos de 1965 a 1968. Si se discrimina entre madres solteras y madres casadas, los índices son de 21% y 5% respectivamente. Concluyen que, habiendo excluido otros factores sociales, el embarazo ilegítimo es una causa de prematurez.

Mortinatos

E. Lewis, del Charing Cross Hospital, Londres, analiza las reacciones de las madres y del personal obstétrico ante el mortinato, calificando dichas reacciones de "culpabilidad" y "vergüenza", con tendencia a un acuerdo tácito de silencio. Se oculta así la angustia, sometiendo a la paciente y a su familia a considerable tensión. Los médicos no deben participar en este ocultamiento aislando a la madre, ni enviándola a casa sin vigilancia post-partum, ni fomentando la "conspiración del silencio".

S. Bourne (The Tavistock Clinic, Londres), con el objeto de examinar el grado de perturbación psicológica después de un mortinato, ha enviado un cuestionario a los médicos de familia en 100 casos de mortinatalidad, comparándolos con uno similar sobre 100 nacimientos vivos. Aunque las respuestas muestran alguna evidencia de morbilidad psicológica en el primer grupo, las diferencias más notables entre las dos series parecen indicar cambios de actitud en los médicos y alteraciones de la relación médico-paciente. En efecto, parece que además de su propia tristeza, estas madres resultan privadas del apoyo médico, a causa de una inconsciente alienación del interés de su médico y de su familia, o por una quiebra de la relación médico-paciente.

Aborto Terapéutico

Los efectos psicosomáticos del aborto inducido están siendo estudiados con detenimiento en aquellos países en que este procedimiento ha sido aprobado por actos legislativos especiales, con indicaciones médicas, sociales y eugénicas.

Comisiones especiales para la autorización del aborto terapéutico fueron fundadas en Yugoslavia desde 1948. Del 1º de Enero de 1966 al 1º de Septiembre de 1970, fueron autorizados 8.845 abortos (V. Hudolin y col., Zagreb).

En Gran Bretaña la mayoría de las interrupciones del embarazo están cobijadas por la Clase 2 de la nueva Ley sobre abortos: "Aquellas causas, que amenazan la salud física o mental de la madre". Pero la mayoría de tales abortos se realizan por indicaciones mentales y sociales más bien que físicas (R. G. Priest, St. George's Hospital Medical School, Londres; P. J. V. Beaumont, University of Oxford).

En los Estados Unidos igualmente, el mayor número de solicitudes se basa en las disposiciones de la legislación referentes a la salud mental, de manera que el Psiquiatra ha llegado a ser un instrumento, voluntario o involuntario, en este procedimiento (L. Marder y col. University of Southern California, Los Angeles).

M. T. Notman y col. (Brookline, Mass.) han encontrado que después del aborto inducido, no es raro que el alivio y la euforia iniciales sean reemplazados por depresión, que sólo se resuelve meses más tarde.

A. B. Sclare y B. P. Geraghty, del Eastern District Hospital de Glasgow, encuentran frecuentes reacciones de culpa y de arrepentimiento en pacientes bajo estudio continuado después

del aborto terapéutico, tanto por indicaciones médicas como psiquiátricas.

H. R. Arthur, de New Castle upon Tyne, hace notar que el problema principal consiste en hacer un balance correcto entre el riesgo del embarazo para la salud mental, y el riesgo propio del método de terminación requerido por la edad del embarazo.

Preparación para el Parto

Las comunicaciones sobre este tema son muy estimulantes, pues aportan una voluminosa experiencia que ha demostrado suficientemente el valor de la psicoprofilaxia, método educativo cuya metodología propiamente sistematizada cuenta ya con una vida de más de 20 años. Anotación ésta casi innecesaria, a no ser porque subsisten actitudes de escepticismo y rechazo, sorprendentemente dentro de la profesión médica y de la especialidad misma. Estos espíritus desconocen el valor de la psicoprofilaxia, sin percatarse de que están negando el valor de la educación prenatal, lo que es tanto como oponerse a la educación sexual, o a otras formas de promoción de la pareja humana y de la familia.

Pero son de inmenso interés estos trabajos porque muestran también que la psicoprofilaxia no es una disciplina estática, sino dinámica, y que progresa continuamente.

Veamos algunos de estos estudios.

P. Vellay (París), a quien como colaborador y continuador de F. Lamaze corresponde a justo título el mérito mayor en la extensión de la psicoprofilaxia a través del mundo occidental, considera que el condicionamiento necesario para el éxito tiene los siguientes planos:

1. La enseñanza directa del efecto de la psicoterapia.

2. El cambio completo del obstetra instructor, quien debe adquirir una mentalidad diferente de la actitud mecanicista rutinaria propia de la obstetricia clásica. En efecto, el manejo adecuado, prenatal y obstétrico, de la paciente educada psicoprofilácticamente, demanda del profesional una formación de tipo humanista, con la capacidad de procedimientos más refinados, lo cual sólo está al alcance de aquéllos que creen en estas verdades y que desean prestar un servicio auténtico.

3. En la mujer misma, la transformación radical de sus actitudes tradicionales con respecto a la maternidad y al nacimiento.

4. El condicionamiento del marido, novicio en este campo.

5. El condicionamiento de la pareja, una nueva entidad en obstetricia.

6. Los cambios del ambiente, cuyas características pasadas pueden tener el efecto más duradero y más nocivo.

7. El condicionamiento del ambiente en que ha de ocurrir el nacimiento.

Sería ideal, añadimos, la creación en toda maternidad de lo que hemos llamado "medio psicoprofiláctico integral", en el cual todo el personal médico, para-médico y otros, estuvieran condicionados para este tipo de atención obstétrica.

C. R. Silva Mojica (EMESFAO, Bogotá) describe su experiencia de 10.000 casos en más de 15 años.

A. Notter (Hotel Dieu, Lyon), en 17 años de experiencia, ha obtenido resultados que califica de excelentes en 83% de casos, especialmente en relación con menor anoxia del niño, mejor cooperación entre el personal

médico y los padres, y mejores relaciones entre la madre y su niño y entre la madre y su esposo.

Flora Hommel (Detroit, Michigan) relata su experiencia de más de 6.000 pacientes durante 12 años. Entre los cambios que ha observado, atribuíbles a la influencia de la educación psicoprofiláctica, señala la renovación de actitudes del medio en general, y hacia la mujer en particular, junto con cambios socio-económicos favorables en los grupos participantes, y con una elevación de la información y de la calidad de la educación para el personal médico.

E. D. Bing New York, bien conocida como uno de los miembros más activos de la American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics (Organización dedicada a la difusión del método de Lamaze, en Norteamérica) y autora de varios libros, entre ellos "Six Practical lessons for an easier childbirth", presenta una interesante comunicación en que narra la historia del desarrollo de los métodos psicoprofilácticos en los Estados Unidos, iniciados hace 11 años. Señala que ésto no ha sido fácil, debido a grande oposición inicial de la mayoría de las profesiones médica y de enfermería. Por fortuna ha ocurrido, de modo lento pero inevitable, el cambio de mentalidad y de actitud, hasta el punto de que hoy la psicoprofilaxia y la maternidad centrada en la familia han llegado a ser una estructura cultural en los Estados Unidos.

M. A. Petrov Maslakov, de la Academia de Ciencias Médicas de la U. R. S. S., Leningrado, habla de una nueva etapa que se llama "fisiopsicoprofilaxia", método desarrollado en el Instituto de Obstetricia y Ginecología de la Academia mencionada, y que consiste en una combinación

de la preparación psicoprofiláctica con un conjunto de ejercicios físicos y de medios fisioterápicos (aero-terapia, rayos ultravioleta, aeroionización, hidroterapia). En los últimos años este método ha progresado debido a la elaboración de técnicas diferenciadas para tipos diversos de patología obstétrica (como lo que el autor llama "disonía vascular" y otras enfermedades). Los resultados de estas investigaciones demuestran que la preparación por la fisio-psicoprofilaxis en las embarazadas afectadas de hipo o de hipertensión ejerce influencia favorable tanto sobre el organismo materno como sobre el fetal, aumentando su adaptabilidad. La comunicación presenta las observaciones de 260 pacientes con disonía vascular, tratadas por fisio-psicoprofilaxis.

J. P. Clerc de Newchatel (Suiza) informa sobre 2.063 partos de clientela privada atendidos por el método de Lamaze, de 1955 a 1969. Ha observado un acortamiento significativo de trabajo y una reducción de los procedimientos operatorios. Considera como aspecto importante del método el hecho de que aún las pacientes que no han recibido la preparación se benefician de una mejor atmósfera en la Clínica.

Conducción del trabajo de parto

Las observaciones de R. St. J. Buxton (University of Bristol Medical School) en primigestantes durante el trabajo, por medio de la pneumotacografía y de las mediciones de las muestras de gases alveolares y de las tensiones gaseosas en la sangre (oxígeno y anhídrido carbónico), sugieren que existe un peligro de hiperventilación en ciertos tipos respiratorios no controlados adecuadamente, de la psicoprofilaxis.

Varios expositores se refieren a la sedación farmacológica durante el trabajo de parto:

H. Husslein (Universitäts Frauenklinik, Viena) informa que en 3.766 partos ha observado una reducción significativa de la duración del trabajo bajo el efecto del diazepam, cuyas propiedades son sedativas centrales, simpaticolíticas y ansiolíticas. La medición de la presión intra-amniótica en 147 casos ha mostrado la ausencia de acción espasmolítica.

A. M. Dawson (North Devon Infirmary, Devon) compara el diazepam con la Pethidina, y concluye que cada uno de estos medicamentos tiene su lugar, sin que pueda decirse que uno es superior al otro.

R. A. Aiken (Scarsdale Hospital, Chesterfield, Derbyshire), hace ensayos doblemente ciegos en grupos de 200 primigestantes, en las combinaciones siguientes:

1ª prueba: Pethidina 100 mg. con placebo.

Pethidina 100 mg. con diazepam 20 mg.

No hay diferencias significativas en el trabajo, excepto mayor somnolencia en las de diazepam.

2ª prueba: Pethidina 100 mg. con diazepam 20 mg.

Pethidina 100 mg. con promazina 50 mg.

Diferencia significativa a favor del grupo con promazina en cuanto a cooperación, alivio del dolor y menor somnolencia. El autor concluye que promazina 50 mg. es preferible a diazepam 20 mg. (en asociación con Pethidina) como sedante en el trabajo.

L. J. German (St. Luke's Hospital, Guardamangia, Malta) emplea en aplicaciones de fórceps 20 mg. de diazepam, administrados intravenosamente en un minuto. El parto instrumental se inicia 3 a 5 minutos después.

A. Cárdenas Escovar (Clínica David Restrepo, Bogotá) relata el empleo, en los pasados 3 años, de la anestesia peridural en el parto. Añota las ventajas de la asociación de este procedimiento con el método psicoprofiláctico, especialmente en primigrávidas, cuando ocurre una perturbación de la contractilidad uterina (incoordinación o contracciones inefectivas sin progreso de la dilatación cervical) con fatiga debida a un trabajo lento y doloroso que afecta el control de la paciente.

El Profesor J. Stallworthy, de la Universidad de Oxford, expresa su adhesión a este método, que él ha promovido con excelentes resultados en el Departamento Obstétrico de la mencionada Universidad, donde todos los miembros del personal reciben adiestramiento especial sistemático para dar la anestesia peridural en los casos obstétricos en que está indicada.

Puerperio y Lactancia

La experiencia iniciada por E. Lagercrantz y col., del Departamento de Pediatría y Psiquiatría Infantil, Karolinska Sjukhuset, Estocolmo, tiene como objetivo descubrir a las madres e infantes con dificultades de relación, cuando aún se encuentran en el hospital, en el cual existe una unidad de "rooming in" que permite establecer el diagnóstico y la ayuda adecuados. El estudio presentado comprende 33 primíparas con embarazos y partos normales.

En un estudio de A. K. Ladas (New York) sobre las relaciones de la información y el apoyo con los resulta-

dos de la lactancia materna, las conclusiones sugieren que un número considerable de mujeres en los Estados Unidos desean que se dé todo apoyo a los esfuerzos actuales para reevaluar su papel como madres.

S. Brandon (Manchester) afirma que las complicaciones físicas del embarazo y el parto, los antecedentes patológicos generales y las condiciones sociales tienen poca conexión con las perturbaciones de las relaciones madre-hijo y con alteraciones tardías del comportamiento, pero que, en cambio, un dato retrospectivo de tensión emocional severa durante el embarazo está significativamente asociado con problemas en estos campos.

Los problemas tempranos de alimentación, el destete tardío y los problemas en la educación de los hábitos higiénicos, suelen estar asociados con antecedentes de deficientes relaciones madre-hijo, y son anuncio de problemas ulteriores del comportamiento. Los niños con estas dificultades de conducta y con relaciones defectuosas con sus madres pertenecen a familias que presentan otros signos evidentes de alteración de las relaciones interpersonales.

Depresión Puerperal

E. D. M. Tod (Londres) ha hecho un estudio epidemiológico prospectivo de 700 embarazos en 6.200 pacientes de área urbana durante 5 años. Veintidós gestantes con desórdenes de la personalidad muestran síntomas de ansiedad patológica, y de éstas hay 20 que sufren luego depresión puerperal.

B. Pitt (Ongar, Essex) ha investigado 305 pacientes, encontrando 33 (10,8%) con depresión puerperal. De éstas, 12 (3,9% de la población total estudiada) no habían mejorado al cabo de un año.

(Continuará en el próximo Número)