

PREPARACION PSICOPROFILACTICA PARA EL PARTO

Doctor **Juan José Báez** *

En representación de la F.A.S.G.O., a quien agradecemos la honrosa designación, presentamos este breve relato como contribución al tema propuesto por la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología al IV Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología. Hacemos llegar al Comité Ejecutivo nuestra felicitación por el acierto en la aceptación del tema en esta reunión científica de significación continental y hacemos votos por el éxito del Congreso, no sólo desde el punto de vista médico, sino también social, para que facilite una vez más el intercambio fraterno entre los colegas de esta parte del mundo.

Esta exposición ante ustedes, bien informados sobre el tema, con quienes compartimos inquietudes, aspiraciones y reservas, también se dirige a los colegas que rechazan la psicoprofilaxis; a los que no la practican, y muy especialmente a los que desean iniciarse en su práctica.

Acción social.

Mientras las embarazadas que viven en pueblos alejados de nuestros ade-

lantos técnicos científicos tienen sus partos como resultado de sus propias posibilidades naturales, la mayoría de las grávidas que viven en medios socio-económicos adecuados tienen derecho a dar a luz con la correcta vigilancia previa, preparadas para el parto, asistidas por especialistas, con las comodidades mínimas y auxiliadas con los elementos indispensables para una buena atención obstétrica.

En nuestro medio la mujer vive en un mundo artificial de prejuicios del cual la gran mayoría de ellas no trata de alejarse para entrar en un verdadero paraíso de bienestar psíquico y físico. La preparación psicoprofiláctica para el parto tiene influencia decisiva para que la gestante abandone aquella situación.

El procedimiento no se limita a tratar de resolver el problema obstétrico del dolor de la parturienta, sino que cumple además una función social educativa que se extiende al medio familiar y por ende a la comunidad.

Insistimos en estos conceptos para despertar la responsabilidad social que les incumbe a todos aquellos que se ini-

* Instituto de Maternidad Alberto Peralta Ramos. Buenos Aires, Argentina. Correlator representante de Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (F.A.S.G.O.).

cion en la educación psico-física de la gestante.

Metodología.

¿Cómo se debe hacer la educación para el parto?

Desde que nos iniciamos en la preparación psicoprofiláctica fue para nosotros una gran preocupación tener la seguridad de que procedíamos en forma científica. Permanentemente durante toda nuestra actuación hemos tratado de ajustarnos a los cánones doctrinarios y hoy, en este aspecto, hallamos conformidad en nuestro espíritu.

Consideramos que ni la embarazada ni el preparador deben estar obligados a realizar la preparación. Tampoco se debe elegir el método por afectividad (porque le guste), obligación, rutina o conveniencia. Creemos que en cada lugar deberá estudiarse el método o sistema más adecuado, de no ser así otros métodos podrán o no coincidir con las necesidades de este medio social.

Llegamos a esta conclusión como resultado de las conversaciones y prácticas mantenidas con médicos de otros países de América que concurrieron al Instituto de Maternidad Alberto Peralta Ramos para informarse sobre la psicoprofilaxis para el parto.

Solo con un buen método se puede verificar su eficacia. Conocido el objetivo, el desarrollo del camino a seguir estará de acuerdo con el tipo caracterológico de la grávida, su grado de cultura y su experiencia de partos anteriores, contando con un preparador que tenga conocimientos fisiológicos, psicológicos y pedagógicos y que posea los

elementos que faciliten la enseñanza adecuada a la mentalidad de la embarazada. Preferentemente será un obstetra que no comprometa su opinión prometiendo lo que no pueda cumplir o no está convencido de cumplir, encerrándose en un rigorismo matemático que no corresponde a la medicina.

Esto exige un conocimiento previo, por lo menos informativo, y no una dedicación mínima pertinente, lo que expone a convertirse en un mero repetidor.

Estas razones justifican en parte la variedad de métodos con puntos comunes que existen y que le dan justamente su valor científico.

Hoy la educación de la embarazada, en nuestro medio, persigue el autocontrol activo del parto, adquiriendo así la probabilidad de regular, disminuir o más difícilmente suprimir el miedo al dolor del futuro parto. Esto es lo que nos dicta la experiencia y que todos podemos confirmar como real y verdadero.

Los resultados deben ser tomados con reservas y no generalizarlos, teniendo en cuenta que no concurren todas las grávidas; para su educación debemos considerarlas como muestras seleccionadas. Apenas cuando la difusión esté impulsada con motivaciones de la ayuda del tiempo, estaremos más aproximados a la verdad.

Todavía la Psicología, que es la ciencia que tiene más relación con la psicoprofilaxis, no se ha incorporado en forma efectiva para colaborar con el preparador. Este auxilio que espera la obstetricia será de gran valor para aumentar las posibilidades de una correcta

educación en relación con un pronóstico favorable. No tenemos dudas de que el aporte de la Psicología, con procedimientos rápidos y fáciles, de clasificación de los tipos temperamentales, aun dentro de amplios límites, permitirá progresar la metodología de la terapia de grupo.

Acción sobre la embarazada.

En los últimos meses de la gravidez y especialmente en las semanas anteriores al parto, la embarazada empieza a sentir molestias en el hipogastrio, en ambas fosas ilíacas o en la región sacra, producidas por la formación del segmento inferior y las tracciones de los ligamentos redondos. Estas molestias se transforman, en ciertas circunstancias, en verdaderos dolores.

Habitualmente los movimientos fetales no constituyen preocupaciones, pues identifican al hijo como parte integrante de su cuerpo. Esta situación cambia radicalmente cuando sienten el otro cuerpo en su cuerpo como algo extraño, ajeno a su organismo, que se encarga de hacerlo presente de variada manera, siendo la más común la contracción uterina dolorosa.

El vientre adquiere entonces jerarquía y llama al entendimiento de la madre en forma significativa. Parecería que la mente admite una separación en la buena convivencia entre ella y su hijo, que pone en peligro su vida. La experiencia enseña que la embarazada en nuestro medio excepcionalmente teme a la muerte o a la posibilidad de muerte antes de sentir dolor.

Esos dolores o esas contracciones dolorosas se encargan de mantener esas

vivencias de día y de noche, obligándole a pensar que el parto será una contingencia desfavorable que puede comprometer su vida en forma seria. Duerme mal, cambia de carácter, tanto consigo misma como para quienes la rodean, y concentra su atención sólo en sí misma intuyendo que algo la amenaza.

En estas condiciones pide ayuda al médico y éste, que conoce el problema y su solución, le brinda: la medicación sedante y la preparación psicoprofiláctica. Desde luego que quien inspira confianza ya está medicando, y para esto no solamente se nace sino que también se aprende.

La psicoprofilaxis transforma a la embarazada, porque encuentra quién le tienda la mano amiga, quién le enseñe a defenderse contra el dolor, a aceptarlo como una posibilidad de superarlo y a no dejarse vencer o a entregarse a él por el miedo. Le enseña a que lo domine por sí misma o con ayuda médica. El temperamento influye extraordinariamente en esta lucha y siempre habrá quien se entregue con resignación. Aun en este caso aquellas embarazadas que sabiendo que van a padecer, aceptan el sufrimiento y se resisten a la preparación con una estoicidad que nos sorprende, muestran con esta actitud una forma de liberación que debemos respetar, pues la resignación mitiga la tensión durante el embarazo.

Difícilmente existe gestosis entre las preparadas, beneficiándose con los ejercicios, la ciática y la artralgia sacroilíaca.

Acción sobre el parto.

La psicoprofilaxis es un recurso médico que repercute en forma notable sobre la preparada para anular o disminuir el parto con todas sus consecuencias desfavorables.

Es muy importante expresarnos en las clases con exacta claridad, ya que merced a los conocimientos de fisiología obstétrica podemos ponernos de acuerdo sobre cuándo comienza el parto. Nuestra experiencia refleja en forma directa, siempre teniendo en cuenta el temperamento de la parturienta, que si logramos crear en ella durante el embarazo el concepto claro y preciso del momento de la iniciación del parto y sus características, el parto no se instala o por lo menos es más infrecuente.

Nosotros enseñamos como condiciones mínimas para la iniciación del parto en la nulípara, cuello borrado con uno a dos centímetros de dilatación, y esto ocurre cuando las contracciones uterinas tienen una frecuencia entre 6 y 12 por hora y cada una dura aproximadamente un minuto. En la secundípara y múltipara no es tan importante el grado de borramiento del cuello, debiendo ser la frecuencia de las contracciones entre 4 y 6 por hora.

Por otra parte agregamos la necesidad de internación ante la pérdida de líquido amniótico y sangre.

Acción sobre el período de dilatación.

Las normas que se siguen no aseguran los resultados que se predijeron para el dolor, pero nos anticipamos en aseverar, se han verificado otros hechos que debemos aceptar. Tan falso es afir-

mar que todos los partos son dolorosos, como que la preparación psicoprofiláctica garantiza un parto indoloro.

La psicoprofilaxis fue en su comienzo un conjunto ordenado, sistematizado, de ideas racionales con fundamentos reflexológicos que, siguiendo una metodología, pareció dar, como único resultado, la supresión del dolor de la contracción uterina durante el parto.

Para explicar su mecanismo no cabe duda de que la teoría de Pavlov conserva su valor fundamental. Seríamos dogmáticos si no admitiésemos la posibilidad de otros caminos explicativos, y desde este mismo instante estaríamos al margen de la ciencia. Los estudios sobre el sistema reticular del tronco del encéfalo, los factores hormonales nerviosos y la cibernética han abierto un vasto campo de posibilidades que apenas se inician.

Ya estamos dejando entrever que existen caminos conocidos y otros que ni siquiera nos atrevemos a predecir. Baste sólo agregar la influencia que se puede esperar de los medicamentos.

Sostenemos en términos generales que no siempre se logra anular al dolor. Pero ¿están analizados todos los factores que intervienen?, y en realidad ¿se cumple con ellos? Lo cierto es que modifica la conducta de la grávida y de la parturienta, de acuerdo con el temperamento, y que modifica la intensidad subjetiva y objetiva del dolor. Nadie puede oponerse a afirmar que el clima de las salas de partos ha cambiado. Es decir, que aun no cumpliendo íntegramente con la única aparente finalidad original, se proyecta tan favorablemen-

te a disminuir los trastornos de conducta en las parturientas como en quienes colaboran o son testigos del parto.

El dolor inició la ruta de la psicoprofilaxis, constituyendo su núcleo central. Para todos los que hemos actuado desde hace muchos años como testigos impotentes de las penurias y de los sufrimientos de las parturientas, si bien no se logró todo lo que se esperaba, no significa que no tenga vigencia, ya que es lo menos riesgoso para prevenir o atenuar aquellos dolores.

No es el instante para analizar qué es el dolor. Es evidente que la reacción dolorosa es muy diferente de uno a otro parto y de una mujer a otra. Sin embargo, podemos decir que el dolor fundamentalmente depende de la ponderación que hace la psiquis de la situación que está viviendo la parturienta, en la que interviene preponderadamente su efectividad y en la que su intensidad no guarda relación con la gravedad. Realmente no podemos seguir afirmando que es el grito de alarma del cuerpo que anuncia un peligro.

La reacción al dolor es una huida, una liberación, y por eso la grávida grita, se retuerce, contrae sus músculos, pierde todo control en su lenguaje y acepta cualquier decisión con tal que el dolor se termine. En estas condiciones se complica la progresión del parto. La psicoprofilaxis, en este sentido, disminuye el número de distocias.

Acción sobre el período expulsivo.

La educación prenatal psico-física, con aprendizaje de la sintomatología del período expulsivo, su duración y la forma de realizarlo con o sin simulacro de

expulsión en la sala de partos, favorece rotundamente al período expulsivo verdadero.

La preparación integral de quien atiende el parto es importante para que sepa sacar el máximo provecho. La aplicación del fórceps es cada vez más ocasional y la cooperación con el Vacuum Extractor cada vez más indispensable. Premisa fundamental es que tanto para el período de dilatación como el de expulsión, su acortamiento es factor que mantiene el condicionamiento.

Acción sobre el puerperio.

La disminución de las hemorragias, favorecida por el uso de la anestesia local, especialmente en las nulíparas, a quienes se ha explicado durante la preparación la finalidad de la episiotomía, permite la deambulación temprana sin riesgo alguno.

La convicción previa de su posibilidad y la realidad después del parto, de trasladarse por sus propios medios hasta su habitación, crea una situación espiritual de exaltación con intenciones de expresar a gritos esa situación. Es una especie de corolario de todo lo acontecido que no queda relegado a ella misma, sino que se transmite radiante a todos los testigos.

Acción sobre la lactancia.

Nuestra experiencia no es significativa con respecto a la acción lactogénica de la psicoprofilaxis, no obstante habernos ocupado preferentemente de este aspecto.

Sin embargo, teniendo en cuenta trabajos leídos en la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis, parecería que el apro-

vechamiento de la relajación aprendida, aplicándole en el acto de la lactancia, favorecería en forma decisiva la secreción láctea. Este aserto sólo podrá ser confirmado con una mayor experiencia.

Acción sobre el feto.

El feto se desarrolla en condiciones óptimas con respecto a su futuro extrauterino por estar disminuídas las repercusiones uterinas consecuentes a factores emocionales tan frecuentes en las grávidas.

Los ejercicios respiratorios mantienen en mejor condición la oxigenación de la sangre de la embarazada normal, lo que significa mejor oxigenación fetal.

No hemos observado que pueda desencadenar el parto prematuro.

El desarrollo del parto en menos tiempo, con menos medicación, con abreviación o supresión de la anestesia en el período expulsivo, condiciona menor posibilidad de intervenciones.

Interpretación de los resultados.

La coherencia de todo el sistema con la verdad sólo tiene valor si la experiencia lo confirma. Aquellos que traten de aplicar los resultados publicados deberán tener en cuenta que el contralor y la comprensión de los hechos ocurridos tendrán valor significativo cuando se exponen y analizan los factores que intervinieron en la experiencia. No es suficiente la relación en tablas y proporciones si no se tiene en cuenta su relación con la personalidad, el temperamento, la selección, la clase social, política, la situación económica, la preparación de los educadores, etc.

Esto no nos permite aceptar enunciados muy optimistas sin buscar la causa de ese optimismo, analizando los mecanismos antes citados.

Lejos está de nuestro ánimo que vaya a interpretarse como una crítica a los numerosos trabajos publicados, muy por el contrario, gracias a ellos es que tenemos la posibilidad de expresarnos como lo hacemos. Entendemos, y lo hemos dicho con anterioridad, que este problema debe seguirse debatiendo en ambientes médicos. Debe hacerse público en las Sociedades de Medicina Psicossomática, en las Sociedades y Congresos de Obstetricia. Su carácter exige esta condición, que el léxico científico dé oportunidad a entenderlo y aplicarlo por su claridad y precisión, no como valores inamovibles, ni estimulados por la pasión o el afecto por lo novedoso.

Esto da oportunidad de facilitar el perfeccionamiento de su técnica, de ampliar los conocimientos adquiridos, sin encasillarse en modelos, esquemas o métodos que se hacen rutinarios, y lo peor, que anquilosa la posibilidad de objetar o rebatir que a nadie debe inquietar, sino que por el contrario debe agradecerse.

La multiplicación de casos favorables o desfavorables demuestra experiencia positiva o negativa, explicaciones a los hechos observados y variación de cada uno de los factores que se han hecho intervenir.

La suma de casos favorables para el procedimiento no excluye los casos desfavorables, ni los podrán descartar nunca, o dejaremos de estar en el terreno científico, y en las condiciones actuales

debemos aceptarlos. Pero al mismo tiempo no excluir la posibilidad de otro u otros procedimientos que resuelven el problema de una manera más perfecta.

Tengamos presente una vez más que todos los casos no son iguales y, sobre todo los educadores, al seguir un procedimiento pueden no conocer todos los recursos que el procedimiento en sí les puede reportar, vale decir, que la perfectibilidad de los métodos y la perfectibilidad de los educadores son imprescindibles antes de proclamar la utilidad del método o la necesidad de otro procedimiento.

Si bien el ser humano —incluso el médico— es partidario de lo mágico, esto no es compatible con el punto de vista científico. La experiencia psicoprofiláctica debe estar ausente de todo factor emocional, político o comercial. Todos aquellos casos en los que los resultados dependan de una persona y no de un equipo, no deben ser incluidos en el total. La intervención individual exclusiva implica una desviación “standard” que no es aceptable para un procedimiento científico.

CONCLUSIONES

1. La psicoprofilaxis constituye una verdadera educación sanitaria, vale, decir, tiene una gran proyección social.
2. Un buen método no debe ser forzosamente el mejor método. Cada universo tendrá la metodología más conveniente teniendo en cuenta los factores psico-socio-culturales.

La psicología debe colaborar en la preparación, empezando con

procedimientos rápidos para la determinación caracterológica.

3. Tiene verdadera acción de higiene mental, incorporando a la embarazada con optimismo a su estrato social y haciéndola sentir dueña de la situación, mejora sus condiciones psíquicas y físicas para el autocontrol de su parto.
4. Si se logra fijar en la embarazada el concepto de la sintomatología inicial del parto, disminuyen las probabilidades del parto con todas sus contingencias desfavorables.
5. La preparada controla activamente el dolor de su parto tratando de atenuarlo o suprimirlo. Con ello busca anular un poderoso factor de distocia y de prolongación de su parto.
6. La psicoprofilaxis acorta el período expulsivo. La preparada concurre a él tranquila. El porcentaje de fórceps es significativamente bajo. Amplía las indicaciones para el uso del Vacuum Extractor.
7. El número de hemorragias es menor. La recuperación psíquica al trance “de su embarazo” es más rápida y queda un saldo optimista.
8. No se puede expresar definitivamente su acción sobre la lactancia. Se entrevé la posibilidad de que pueda beneficiarla.
Se necesita mayor experiencia.
9. Se obtiene una mejor oxigenación fetal. Aumenta las probabilidades del parto espontáneo.
10. Deben analizarse sus resultados con espíritu científico.