



# **BOLETIN**

**del**

**CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA SOCIAL Y GRUPAL**

**4**

PSICOPROFILAXIS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

---

Dra. ROSA GOMEZ ESTEBAN (1)

(1) Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Seguimiento del Síndrome Tóxico de LEGANES (Madrid).

El objeto central de este trabajo se centra en algunos aspectos de lo que conocemos con el nombre de Psicoprofilaxis del Parto. Habría que señalar, desde el principio, que esta denominación es insuficiente, ya que nuestro interés se extiende a todo el proceso del Embarazo, Parto y Puerperio, pues el parto es tan sólo un momento de un proceso que vive la mujer, y que, en general, termina con el nacimiento de un hijo. Sería, pues, necesario adoptar la denominación más general de psicoprofilaxis del Embarazo, Parto y Puerperio, ya que el objetivo central de esta psicoprofilaxis es la atención integral de la embarazada, con el fin de conseguir tanto la salud de la madre como la del hijo; es decir, la psicoprofilaxis entendida como una actividad de promoción de la salud materno-infantil.

Al ser la psicoprofilaxis una atención integral, tiene que abordar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, pues todos ellos están íntimamente relacionados tanto en el embarazo como en el parto y el puerperio.

La existencia de un EQUIPO INTERDISCIPLINARIO es fundamental, en este contexto, para conseguir el objetivo de una atención integral. Este Equipo estaría formado por diferentes profesionales, cada uno de ellos con un rol y una función específicas, pero con una misma tarea común, que sería abordada tratando de articular

sus distintas especialidades para conseguir mejorar el nivel de salud tanto de la madre como la del hijo.

Una visión más clara de nuestro planteamiento será posible si hacemos un breve repaso histórico de la atención al parto tal como ha ido variando a lo largo de los tiempos. Hemos de volver a señalar que esta atención ha sido prestada exclusivamente al parto, pues es muy reciente el interés, globalmente entendido, hacia la mujer embarazada.

En las sociedades primitivas, las mujeres embarazadas daban a luz solas, o eran ayudadas por las ancianas de la tribu.

Con la medicina griega, las comadronas, organizadas por Hipócrates, son las encargadas de atender a las mujeres en los partos. Este estado se mantiene hasta que en los siglos XVII-XVIII los médicos empiezan a atender los mismos, aunque esta atención se prestaba básicamente a las mujeres de las clases acomodadas. El parto, que hasta entonces era un acto natural, se convierte poco a poco en un acto médico.

A mediados del siglo pasado, según cifras de un barrio de París, el diez por ciento de las mujeres morían en el parto y otro diez por ciento tenía complicaciones puerperales. Por ello no es extraño que, cuando la mayor preocupación del médico con respecto al parto era la posible muerte de la madre y del hijo, sólo tuviera en cuenta los aspectos biológicos del mismo. Pero con el desarrollo de la medicina

y de los instrumentos técnicos, con la disminución de la mortalidad tanto materna como fetal, su preocupación incluye los aspectos dolorosos del parto. De ahí el uso de la Anestesia, que utilizada por vez primera por el Dr. Simpsons en 1847 se generaliza indiscriminadamente y llega a hacerse obligatoria, incluso mediante decreto, en Inglaterra en 1949. El acto médico se transforma en un acto quirúrgico.

No obstante, el riesgo de la anestesia se hace, a su vez, cada vez más evidente, pues aumenta la mortalidad materna y fetal así como el número de intervenciones tocoquirúrgicas, además de otras secuelas consecutivas al parto. La anestesia tiene también otros efectos más difíciles de cuantificar, como son la falta de conciencia de la mujer en un momento tan importante de su vida y la influencia de este hecho sobre la posterior relación con el niño. Nos preguntamos si la falta de participación de la mujer en la experiencia de dar a luz un hijo no podría alterar, en ocasiones, su posterior relación con el mismo, o al menos dificultarla.

Con la anestesia se conseguía evitar el dolor pero también se suprimía, y, de alguna manera, se sustrafía a la madre, algo tan importante como es la participación activa en el nacimiento de su hijo.

Esta oferta histórica de anestesia por parte del médico ha podido determinar, en parte, la demanda actual de la mujer embarazada de no tener dolor en el parto. Así la mujer depositaría sus dificultades en el dolor y el médico se convertiría en un instrumento para evitarlo.

Con la anestesia, el parto se transforma en un acto en el que los sujetos activos y participantes no son el padre y la madre, que aparecen excluidos, ni tampoco el niño, que rápidamente es separado de la madre, sino los profesionales que atienden el mismo.

Es en plena euforia de la anestesia cuando nace la Psicoprofilaxis Obstétrica, pero su nacimiento no sólo tiene relación con el desarrollo tecnológico y científica de la atención al parto sino también con otros factores, como son los cambios en la concepción del papel de la mujer en nuestra sociedad y su inserción en el mundo laboral y social.

Un partero inglés, el Dr. Read, publica en 1930 sus dos obras, "El Parto Natural" y "El Parto sin Dolor". Por la investigación de los partos a los que asistía, llega a la conclusión de que la actitud de la mujer influye en el desarrollo del parto y de que el TEMOR es el principal agente productor del dolor en un parto normal.

Su contribución fundamental consiste en resaltar la importancia que adquieren los factores emocionales en la producción del dolor frente a la atención exclusiva concedida hasta entonces a los factores fisiológicos.

Según Read, el parto no tendría que producir dolor y si lo produce es porque se genera un circuito de TEMOR-TENSION-DOLOR. La mujer espera el dolor y tiene miedo; esto ocasiona una mayor tensión muscular

generalizada, y en particular, del cuello uterino, que dificulta la dilatación y obstaculiza la progresión del parto con la aparición del dolor.

Afirma que la vivencia del parto tiene relación con la influencia que la mujer ha recibido de su propia madre. Si este acto ha sido considerado un hecho natural, no tiene que ser doloroso; por el contrario, lo será cuando anteriormente se ha transmitido como tal.

Para Read, el conocimiento y control de los factores emocionales produce una disminución del temor y de la ansiedad, del dolor, del período del parto, del uso de analgésicos y anestésicos, así como del número de intervenciones.

El objetivo principal de la Psicoprofilaxis Obstétrica fue suprimir el temor, lo que se conseguía a través de la educación de la mujer y del aprendizaje de ejercicios de Respiración y Relajación.

A pesar de las resistencias al cambio expresadas por los médicos y las propias mujeres, el método de Read se desarrolló rápidamente en Estados Unidos.

Otro de los orígenes de la Psicoprofilaxis Obstétrica fue el método desarrollado por la Escuela Soviética. Nikolaiev publica en 1953 la primera edición rusa de su libro "El Parto sin Dolor", en el que sigue las teorías de Paulov.

Para Nikolaiev y el resto de los autores de la escuela soviética, el origen del dolor en el parto se debe a un condicionamiento en la mujer por el que asocia la idea de parto al dolor: esta asociación es resultado de una larga tradición histórica.

Según ellos, el dolor existe realmente pero puede ser inhibido por medios psicológicos. Es importante descondicionar a la mujer para que se rompa el vínculo entre dolor y parto, y, a continuación, condicionaria de nuevo respecto a que el parto es un acto fisiológico normal. Esta labor se conseguiría mediante una educación general, teórica y práctica, así como con la enseñanza de los ejercicios correspondientes de relajación y respiración. Con ello se desconexiona la asociación parto-dolor y se sustituye por la idea de contracción, asociada a la respiración.

Con la respiración se logra un mayor aporte de oxígeno tanto para la madre como para el hijo y con la relajación se disminuye la tensión muscular por inhibición de la corteza cerebral. Con la relajación neuromuscular se modifica la respuesta del cerebro a la contracción, se disminuyen las necesidades de oxígeno para el resto de la musculatura y éste sería utilizado básicamente por el músculo uterino, consiguiéndose así una contracción más eficaz, lo que facilitaría el desarrollo del parto.

Como vemos, ambos métodos se basan en el esclarecimiento previo de los procesos fisiológicos y en el aprendizaje de ejercicios de respiración y relajación. Su diferencia reside en que la escuela soviética sustituye la relajación de la parte final de la dilatación por la respiración jadeante.

Estas escuelas modifican el concepto doloroso del parto y consiguen de nuevo la participación activa de la mujer en el parto.

Las carencias de estas escuelas residen en que actúan fundamentalmente sobre la conducta de la mujer en el parto, la que tratan de modificar a través de unas técnicas, pero al actuar sobre los efectos y no sobre los factores causales que determinan la misma, estos siguieron incidiendo de diversos modos, así como en posteriores partos.

Junto a estas escuelas, hay que tener presentes los estudios antropológicos de Margaret Mead sobre la procreación en diversas sociedades. Según estos estudios, cada sociedad tiene sus prejuicios en relación con las funciones procreativas de la mujer y éstas se adapta a ellos. Así, cuando la concepción del embarazo gira alrededor de la enfermedad, de las náuseas y del dolor, las mujeres se comportan de esta manera en sus partos. Sin embargo, en otras sociedades en las que no hay tantos tabúes y el parto se piensa como un proceso natural, éste se desarrolla en general sin problemas.

En España, es el Dr. Aguirre de Carcer quien introduce en 1955 el método psicoprofiláctico. Sus libros más conocidos son "El Parto sin Dolor" y "La Educación maternal".

El Instituto Dexeus, de Barcelona, propone por su parte el denominado "Parto Ecológico", en el que se trata de preservar el entorno de la madre y del hijo. El objetivo de este método es que la mujer participe y colabore activamente en el nacimiento de su hijo, e incluye la presencia del padre y los medios técnicos necesarios para que no corre ningún riesgo la madre o el hijo. Según el Dr. Carrera, que ha escrito un libro explicando el método citado, de cada diez mujeres, una está tranquila, otra tiene mucho temor y el resto presenta desasosiego en grado variable.

En 1974, surge en Francia un movimiento, del que el Dr. Leboyer es su máximo representante, que trata no sólo de humanizar el parto para la madre sino que también hace hincapié en la atención al recién nacido. Sus ideas son expuestas en la obra "Por un nacimiento sin violencia".

Las primeras escuelas de Psicoprofilaxis del Parto se centran en el parto y el objetivo es la disminución o supresión del dolor. Este dolor, para los estudios antropológicos, se deberfa a factores socio-culturales; para Read, se deberfa al miedo; para los conductistas, al condicionamiento de la mujer al parto. Con el desarrollo de la

psicoprofilaxis, sus objetivos y métodos han ido variando, descen-  
trándose del momento del parto y de la supresión del dolor y haciendo  
planteamientos más amplios en relación a la mujer, al niño y a la  
pareja.

Es decir, los métodos psicoprofilácticos del parto se han centrado  
en la conducta de la mujer, ofreciendo una información racional y los  
ejercicios de respiración y relajación, pero han dejado de lado las  
motivaciones conscientes e inconscientes de la embarazada así como la  
influencia de los prejuicios sociales en relación a la maternidad,  
los que introyectados por la mujer influyen también en el desarrollo  
de dicho proceso.

En el momento actual, para nosotros, el embarazo es entendido  
como una etapa de crisis en la vida de la mujer, en el sentido de  
que se producen en ella cambios importantes tanto a nivel personal como  
familiar y social. El embarazo sería un proceso donde se pone en  
juego no sólo lo biológico, sino también lo psicológico, a través  
de la singularidad de la mujer, y lo social, por lo que representa  
el embarazo, el parto y la maternidad en nuestra sociedad, y por el  
papel que tiene la mujer en la misma.

En el embarazo se van a poner en juego, además de los factores  
biológicos, múltiples factores tanto psicológicos como sociales que  
van a influir en su desarrollo así como en el del parto. Estos factores

psicosociales que inciden en el desarrollo de estos procesos son de gran importancia, ya que condicionan experiencias futuras en la vida de la mujer, no sólo en partos posteriores, sino también en el vínculo con el hijo y en las relaciones familiares.

Dentro de los factores sociales tendríamos que distinguir los que se refieren al discurso social sobre el parto y la maternidad en nuestra sociedad, los que lo hacen a la función social de la mujer y otros particulares, referidos a la edad, nivel socio-económico y cultural, estructura familiar, etc.

La maternidad es sagrada dentro del matrimonio, toda madre es ejemplar, da todo por sus hijos, la imagen de la madre "mala" sólo se puede representar a través de la figura de la madrastra. La maternidad es un concepto muy ideologizado, lleno de prejuicios, mitos, tabúes; ejemplo de ello son frases como "a los niños los trae la cigüeña de París". El discurso social muestra la maternidad como un proceso puro desexualizado, espiritualizado, reprime la posibilidad de cuestionar las condiciones y el objetivo de la reproducción, crea una confusión entre Sexualidad y Reproducción, reprimiendo la primera. La maternidad excluye y deja fuera la sexualidad de la mujer, durante el embarazo se crea el mito de que las relaciones sexuales son peligrosas ya que pueden dañar al feto. Habría que pensar, pues, si los procesos del embarazo y parto no quedan ocultos bajo el prejuicio debido precisamente a su relación estrecha con la sexualidad, que sería "lo prohibido" en nuestra sociedad.

La función social asignada a la mujer, aunque esté variando gracias a la incorporación de la mujer al mundo laboral, es la de tener hijos, la función reproductora. Su imagen correspondiente es la de la pasividad, la dependencia, el instinto maternal, la abnegación, el amor a las tareas del hogar, la sumisión y fidelidad al marido, la ignorancia en las cuestiones sociales y científicas, etc; esta imagen de la mujer no tendría un origen natural sino que sería consecuencia de la estructura económica y social.

La imagen social de la maternidad ocultaría así la otra cara de la realidad, que serían los hijos maltratados, los hijos no deseados, los abortos, etc, que expresan los otros sentimientos que aparecen en la mujer en relación a la maternidad.

El discurso social de la maternidad y la función de la mujer en la sociedad influyen no sólo en el embarazo sino también en la elección o no del mismo, así como en la aceptación o rechazo del niño cuando el embarazo se produce.

El propio discurso social sobre el parto niega o reprime la información sobre el mismo. En general, la mujer tiene un desconocimiento absoluto, lo único que conoce a través de otras mujeres es el dolor. Sabe que comienza el parto cuando empiezan los dolores y que el progreso del mismo está también en relación con la intensidad y la frecuencia de los dolores; parecería así que la mujer tiene que cumplir su destino: "Parirás con dolor".

Por todo esto, es importante hacer un análisis de las creencias y mitos respecto al parto para conocer la realidad subjetiva interna de las mujeres, ya que estas ideas irracionales influyen en el desarrollo de los procesos que estamos considerando. Expresión de lo que acabamos de decir es la creencia tan extendida que decía que la mujer debe sufrir y que ello sería la medida del cariño que tiene a sus hijos.

Asimismo los factores individuales que se refieren a la edad, al nivel socioeconómico y cultural y a la estructura familiar son fundamentales para comprender la aceptación o el rechazo de la mujer hacia su embarazo. Así cuando la mujer tiene más de cuarenta años o está en la adolescencia (período de paso entre niña y mujer, momento de crisis de identidad a todos los niveles...) al embarazo se unen problemáticas específicas que van a dificultar el desarrollo de dicho proceso.

También cuando la mujer tiene una situación económica difícil, por paro laboral o cualquier otra circunstancia, la llegada de un hijo la pondrá en mayores dificultades. Si la familia tiene muchos hijos o las relaciones entre los miembros son conflictivas, todo ello determinará también la actitud de la mujer frente a su embarazo. Cuando varios de estos factores aparecen asociados no sólo influirán en la aceptación o no del embarazo, sino que pueden ser factores de riesgo que pueden obstaculizar el proceso del embarazo y parto, y por ello hay que dedicar una atención especial a los mismos.

Los factores psicológicos y los niveles de ansiedad y angustia en la embarazada no se generarían solamente por las características personales de la misma, sino que también los factores sociales y biológicos influirían en el estado psicológico de la mujer. Así, la falta absoluta de información sobre cómo se desarrollan los procesos del embarazo, parto y puerperio genera ansiedad en la mujer por el miedo a lo desconocido; la escasez de medios económicos le produce ansiedad, irritabilidad, inseguridad e incertidumbre sobre el futuro del hijo; y los procesos biológicos, tanto normales como patológicos, por ejemplo, los movimientos fetales, las hemorragias uterinas, los partos anteriores con feto muerto o algún tipo de déficit o problema, le generan ansiedad más o menos importante.

Por otro lado, el embarazo es un proceso de cambio en el que se van a reactivar conflictos infantiles en relación con la figura materna; de esta manera, la mujer repite con su hijo la relación que ella tuvo a su vez con su propia madre. Pero en esta relación también influirán otros vínculos actuales, como es el que tiene con su pareja, ya que la mujer necesita su apoyo y comprensión, y cuando éstos faltan puede volcar esas necesidades en el hijo haciendo de este modo más difícil su proceso de independencia. La actitud de la madre estaría, como vemos, en relación con el conjunto de la situación y la manera en que ella la asume.

La identificación de la mujer con su propia madre nos puede hacer comprender actitudes de la embarazada que resultan incomprensibles para ella misma. Cuando la relación ha sido muy conflictiva, ésta se reproducirá en la relación con su hijo y podrá sentirlo, en ocasiones, como ella se sentía en relación a su madre.

Por consiguiente, los cambios que la mujer tiene que hacer son tanto individuales como familiares y sociales. Los primeros se refieren al vínculo con sus figuras parentales; el embarazo significa un hijo, pero éste a su vez representa la pérdida de su infancia en la que ella era hija.

También se producen cambios corporales internos y externos con una pérdida de la imagen corporal que, aunque es transitoria, en ocasiones se puede vivir como si fuera definitiva.

En la familia tiene que adquirir un nuevo rol, es de la madre con las responsabilidades que implica un hijo, que en sus primeros años depende casi totalmente de ella. También este nuevo hijo produce cambios en la dinámica familiar, en el vínculo de la pareja y en las relaciones con los otros hijos y familiares.

Asimismo, cuando la mujer tiene inserción en el mundo laboral, el tener un hijo la plantea una doble tarea, la familiar y la laboral, lo que en algunos casos puede crear grandes exigencias y dificultades, tanto con ella misma, con su familia o con el trabajo.

Estos cambios vividos por la mujer se expresan a través de temores, sentimientos y fantasmas, que, aunque son singulares, se repiten con alguna frecuencia en muchas de ellas. De éstas últimas, las más frecuentes son:

- Fantasmas de subnormalidad y muerte del feto.
- Fantasmas de muerte propia en el parto.
- Fantasmas de no poder cuidar y alimentar al niño.

Estas fantasmas pueden generar un nivel de ansiedad importante en la mujer embarazada y ser el origen de producción de síntomas a nivel corporal, como son los que aparecen durante el embarazo, el parto o la relación posterior con el hijo.

Así, el conflicto interno que la mujer vive puede manifestarse en el embarazo mediante náuseas, vómitos, diarreas, taquicardias, ahogos, mareos, anorexia, bulimia, etc; durante el parto, a través de un parto prematuro, prolongado o difícil; y en la relación con el hijo, con dificultades en la lactancia, como son, por ejemplo, la falta de leche o la disminución de la misma.

La significación del embarazo es ambigua, por ello es natural que la actitud de la mujer sea ambivalente frente al mismo, la madre percibe al hijo al mismo tiempo como un enriquecimiento y como una pérdida importante de sí misma.

Las ansiedades que se producen en las diversas etapas del embarazo son:

- 1º trimestre

La mujer presenta incertidumbre, temor, impaciencia hasta que se confirma su embarazo, aparecen sentimientos contradictorios de aceptación y rechazo del mismo, éstos son conscientes o inconscientes, y cuando son intensos la mujer pone en acción mecanismos defensivos que pueden ser más o menos útiles; cuando no lo son, pueden aparecer síntomas que en este período son en general náuseas y vómitos. Aunque éstos tienen causas hormonales en su origen, no hay que olvidar que no todas las mujeres los presentan, que son desconocidos para las hembras de otros mamíferos y que estos síntomas pueden llegar a tomar características de gravedad, como en la hiperemesis gravídica.

Cuando los sentimientos de rechazo y de culpa son intensos, pueden originar incluso abortos espontáneos. Parece ser que en España este motivo es la segunda causa de ingreso en las urgencias hospitalarias.

Otra fuente de ansiedad, en esta etapa, es la falta de información, por ello es importante que la mujer conozca cómo es su cuerpo, su anatomía y fisiología, y cómo se desarrolla el feto en su interior. De este modo, vive de forma diferente el proceso de creación que se produce dentro de ella, en este momento en el que el niño no está presente pero en el que sí tiene una existencia imaginaria.

Asimismo, la relación con el médico puede originar ansiedad, fundamentalmente cuando la mujer toma actitudes regresivas y vivencia al mismo como una figura parental; de este modo espera que

sea el médico quien se haga cargo de su proceso, delegando en él todas las decisiones acerca del mismo.

Es importante que el médico devuelva estas depositaciones que se le hacen, informe adecuadamente y haga partcipe a la mujer, para que ésta tome una postura activa desde el inicio en el nacimiento de su hijo.

Esta depositación en la figura del médico es mayor por la carencia de estructuras asistenciales y la falta de programas de salud materno-infantil accesibles a la población, por lo que se aumenta el desamparo de la mujer en un momento en que el apoyo es tan importante para ella.

#### - 2º trimestre

En esta segunda etapa los síntomas de la gestante disminuyen en general, la mujer ha "aceptado" continuar su embarazo. El crecimiento de su vientre, los movimientos fetales expresan cómo ese hijo se está desarrollando dentro de ella.

Puede vivir sentimientos de plenitud, pero, en ocasiones, también pueden aparecer ciertos temores por ese ser que se alimenta en su interior al sentirlo como un parásito que le quita lo que tiene. Surgirán, entonces, síntomas que expresan la ansiedad de la mujer, tales como ahogos, palpitaciones, insomnio, etc.

- 3º trimestre

La separación es uno de los significantes claves en este período. La mujer se tiene que hacer a la idea de que, aunque ha vivido durante unos meses con su hijo el vínculo más estrecho y simbiótico que puede existir, se tiene que separar de él. Las dificultades en la separación las vemos tanto en los partos prematuros como en los partos prolongados, es una dialéctica ambivalente de expulsión-retención.

Al acercarse el parto y sentir que el hijo dentro de poco ya no será una imagen sino una realidad, se incrementarán las fantasías sobre lo que les pueda ocurrir a ella y a su hijo, los límites se hacen más presentes. Puede aparecer insomnio, que en algunos casos esconde las fantasías de muerte, y sueños en los que el hijo aparece muerto, o por el contrario ya es mayorcito, lo que expresa el deseo de la mujer de que ya haya pasado el momento del parto y no haya sucedido nada.

Las fantasías de subnormalidad y muerte del feto también pueden incidir en los partos prematuros y prolongados; en un caso, sería el deseo de expulsarlo y en el otro el temor a verlo y que la fantasía se haya hecho realidad.

Según se acerca el parto se reavivan sus temores infantiles, básicamente la propia separación del cuerpo de su madre, lo que será más intenso en el momento del parto.

De igual modo que en el embarazo, aparecen distintas ansiedades en el propio parto y en el puerperio.

- Parto

El temor a la separación es la ansiedad más fuerte en este momento, la pérdida del hijo la siente como una pérdida del propio cuerpo. En este momento, todas sus fantasías acerca del parto y del hijo se harán o no realidad, lo que puede originar un nivel de ansiedad importante en la mujer.

La acutación del equipo profesional es, pues, fundamental, ya que puede calmar la ansiedad de la mujer o al menos disminuirla o, por el contrario, aumentarla cuando su intervención no es adecuada.

Si la mujer está consciente en esos momentos, podrá superar más fácilmente el trauma por la separación de su hijo, así como sus fantasías de no poderle cuidar y alimentar disminuirán, ya que lo está haciendo en estos momentos de gran dificultad.

- Puerperio

Aparecen sentimientos de vacío una vez que su hijo ha salido del interior de su cuerpo, ahora la relación no es con su hijo fantaseado sino que ese hijo es ya una realidad de momento desconocida para ella, pero poco a poco le conocerá y reconocerá.

Teme y desea tener ese ser, ahora su hijo, entre los brazos, pero también tiene miedo de las responsabilidades que ello le acarrea. Desea tenerlo muy cerca de sí mientras le da de mamar y, por otra parte, ello le hace sentir que pierde su libertad y su vida ya que su hijo la necesita a ella. Es un hijo que quizá hayan decidido tener entre su pareja y ella, pero que también les puede separar si ellos no saben crear el lugar adecuado para ese hijo que necesita tantos cuidados y protección.

A través de la lactancia, la mujer da a su hijo no sólo el alimento que necesita sino que le da asimismo protección y cariño, también la ayuda a elaborar la separación de él. Como el niño no puede hablar, será la madre la que dé sentido a sus gestos, a sus movimientos, a sus llantos; por ello, es tan importante que la madre viva a su hijo como un ser separado de ella y no como una prolongación de su propio cuerpo, si esto no es así, este hijo no podrá separarse de ella. Así, en la medida en que la mujer tenga una vida satisfecha más podrá dar a su hijo, y menos le pedirá a éste. El hijo ayudaría a la madre a elaborar su separación y a asumir su maternidad. Ello nos indica la importancia de la precoz relación entre la madre y el hijo, relación que sería la continuación de otra más íntima, que existió anteriormente. Según diversos estudios

realizados por algunos autores, hay una diferencia en la actitud de las madres que tuvieron una temprana relación con los hijos a aquellas que no la tuvieron.

La experiencia del proceso del embarazo, parto y puerperio de la mujer incide en el desarrollo de la personalidad del hijo, ya que a través del contacto y de la relación con ella, el hijo va a aprender a relacionarse con los demás; es decir, el vínculo madre-hijo es un modelo primario de relación para el niño.

Nuestro enfoque de la Psicoprofilaxis del Embarazo, Parto y Puerperio parte de la contribución de la Teoría de Grupo Operativo a la misma; dicho planteamiento no sólo tiene en cuenta la necesidad de información tanto teórica como práctica de la embarazada, sino que crea grupos (espacios coordinados) donde se pueda señalar e interpretar la latencia grupal, así como articular los procesos individuales con los sociales.

El grupo sería un espacio de reflexión y comunicación donde se puede liberar la palabra que está reprimida y oculta por los síntomas y el dolor, de esta manera se pueden elaborar los sentimientos, fantasías, deseos y temores en relación a la maternidad y al parto, así como los mitos y prejuicios sociales en relación a estos procesos.

Los métodos de Psicoprofilaxis anteriormente descritos, si bien insistían en la importancia de los factores emocionales en el desarrollo del parto y en la aparición del dolor en el mismo, se centraban básicamente en el dolor y el objetivo de la Psicoprofilaxis era la supresión del mismo, pero el dolor seguía siendo un significante fundamental tanto en el embarazo, como en el parto, el puerperio, la relación con el médico, con el hijo, etc.

Ahora bien, la mujer durante este proceso se siente, a veces, triste, desanimada, con ganas de llorar, excesivamente sensible o preocupada por la falta de afecto de los demás; la mujer no comprende estos sentimientos cuando piensa que se tendría que sentir la mujer más feliz, en el caso de que haya deseado ese hijo.

El grupo sería el medio a través del cual podría dar sentido a estos síntomas, al hacerse consciente de los múltiples significados que tiene el embarazo y del cambio que supone en su vida, aún en el caso de que el embarazo haya sido buscado.

Los síntomas de la embarazada serían expresión de conflictos por deseos contrapuestos que la mujer vive internamente de una manera inconsciente; en los grupos, al trabajar sobre los sentimientos en relación a la maternidad, estos deseos se pueden hacer conscientes, pueden ser expresados por la palabra y, de este modo,

ser innecesaria su expresión a través de los síntomas. En el grupo la mujer puede explicitar sus conflictos y tomar conciencia no sólo de lo individual sino también de los determinantes familiares, institucionales y sociales.

Los grupos no son terapéuticos, ya que las mujeres en gestación no son enfermas sino embarazadas, que tienen que elaborar dicho proceso. Ahora bien, por nuestra experiencia vemos que tienen efectos terapéuticos en las mujeres que asisten a los mismos.

La mujer, en los grupos, se puede plantear preguntas sin necesidad de taparlas o esperar que alguien se las responda, tratará de buscar sus propias respuestas y así apropiarse de un proceso que la pertenece, de lo que está sucediendo en el interior de su cuerpo, de la relación con su pareja y de los cambios que este hecho supone, de la relación con su hijo, etc.

La idoneidad del grupo reside en que el ser humano desde que nace está inmerso en un grupo, el familiar, y a través de su pertenencia a los diversos grupos toma conciencia de su ser social y puede así desarrollar su identidad personal.

La Psicoprofilaxis sería, en estas condiciones, un instrumento para que la mujer elabore esta nueva situación en su vida, así como los vínculos que conforman un triángulo entre ella, el padre y el hijo. La madre tiene que aceptar que el hijo es un ser separado de

ella, el padre ayudará a poner límites en la relación entre madre e hijo y , de este modo, éste podrá diferenciarse de ambos y comenzar un proceso de independencia que es largo y penoso. El padre permite un modelo de identificación diferente y una apertura al mundo que lo rodea, hecho importante para el hijo que si no puede permanecer dependiente de la madre y que la separación de la misma sea un proceso mucho más difícil.

El niño no tiene una discriminación entre su mundo interno y el mundo externo, por lo que puede sentirse desbordado frente a cualquier motivación externa, por ello es tan importante que los padres aseguren al hijo.

La Psicoprofilaxis, por otra parte, es además fundamental para prevenir la aparición de depresiones, psicosis puerperales, etc, y en el caso de que aparezcan, tratarlas precoz y adecuadamente.

La depresión puerperal puede surgir unos días después de dar a luz, en general cuando la mujer vuelve a casa y tiene que enfrentarse sola con tareas y responsabilidades para las que no se siente, en ocasiones, preparada, junto con lo más significativo, que ya hemos señalado anteriormente, la brusca separación de su hijo. Esta depresión se suele resolver al cabo de quince días; si no sucede así, es conveniente hacer una psicoterapia breve para visualizar qué

tipo de problemática tiene la mujer, ya que si no, se pueden perturbar los vínculos entre la madre y el hijo en un momento tan fundamental como es el inicio de la relación.

En algunas mujeres, cuando la depresión no se resuelve, se hace crónica. Por ello, no es extraño que cuando consultan mujeres de mediana edad por depresión, ganas de llorar, tristeza, etc, ellas mismas señalen, más adelante, su situación de depresión o insomnio asociada al nacimiento de uno de sus hijos.

Hay que tener en cuenta estos hechos para detectar los embarazos que pueden significar una situación de riesgo para la mujer, así cuando éste presente mucha sintomatología o tenga antecedentes difíciles, ya sea desde el punto de vista obstétrico, psicológico o social, es necesario hacer una vigilancia adecuada, ya que no sólo está en juego la salud de la madre, sino también la del niño y la de toda la familia.

Como hemos podido ver, durante el embarazo se originan una serie de ansiedades en la mujer que van a determinar el desarrollo del parto; por ese, como dice Marie Langer, hay que insistir en la importancia del momento del parto para el porvenir de la madre y del hijo.

Un programa de Psicoprofilaxis del Embarazo, Parto y Puerperio estaría, por tanto, integrado dentro de los Programas de Salud

Materno-Infantil, es decir, dentro de los Programas de Promoción de la Salud, aunque, como hemos visto, tiene también funciones preventivas y terapéuticas. Seguimos utilizando el término de Psicoprofilaxis, que significa la actuación sobre los fenómenos psicológicos, aunque tiene un significado menos amplio que el que nosotros planteamos.

El programa abordaría tres tipos de actividades:

- Información.
- Grupos.
- Aprendizaje de los ejercicios de Respiración y Relajación.

La Información, que será impartida por los diferentes profesionales del Equipo Interdisciplinario, tratará de abordar desde diversos ángulos el embarazo, parto y puerperio.

De esta manera, la mujer aprende qué es un embarazo, qué significa, cómo se desarrolla un parto, cómo puede colaborar en el nacimiento de su hijo, cómo lo puede cuidar y alimentar, situaciones todas ellas hasta ahora desconocidas para ella y por lo tanto, en ocasiones, motivo de ansiedad.

Con el aprendizaje de la Respiración y de la Relajación, la mujer sabrá que tiene que hacer cuando llegue el momento del parto y durante el mismo, se relajará para ayudar al proceso de dilatación y expulsión, haciendo que éste se produzca en un tiempo menor que en

mujeres no preparadas, y con la respiración favorecerá la oxigenación muscular y la del feto.

La tarea u objetivo de los Grupos es la elaboración de los sentimientos en relación a la maternidad y a la paternidad, señalando también la articulación con lo social. Es decir, la elaboración de las ansiedades, fantasías y temores que se movilizan en la situación de embarazo, así como la de los estereotipos y prejuicios en relación al mismo.

La Psicoprofilaxis obstétrica se desarrolla a pesar de las resistencias sociales aparecidas en su origen a través de los médicos y de las propias mujeres, y coincide con los cambios y progresos de la medicina, de la ciencia obstétrica, de los conceptos sobre salud y enfermedad y con los cambios del rol de la mujer en nuestra sociedad.

La Psicoprofilaxis obstétrica tiene los siguientes efectos, para algunos autores:

- I. Disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal.
- II. Disminución de las intervenciones quirúrgicas.
- III. Disminución del tiempo de estancia hospitalaria de la mujer.
- IV. Actitud activa de la mujer en el parto.
- V. Mejor relación en la pareja y con el niño.
- VI. Menos problemas con la lactancia.
- VII. Los niños lloran menos.

VIII. La sensación de extrañeza en la mujer después del parto es menor.

IX. La depresión postparto, cuando aparece, es mucho menor.

Los programas de Salud Materno-Infantil estarían dirigidos a la Comunidad, por ello estarían integrados en Programas de Salud Comunitaria y éstos, a su vez, articulados en los Programas de Salud Pública.

Octubre 1983

ROSA GOMEZ ESTEBAN

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- AMILIVIA, Susana y GOMEZ, Rosa. " Psicoprofilaxis del embarazo", en Revista de la Asociación Española de Neuro-psiquiatría, n.6, Madrid, 1983.
- 2.- AGUIRRE DE CARCER. El Parto sin Dolor, 2ª ed. 1956.
- 3.- AGUIRRE DE CARCER. Educación Maternal, Ed. del Autor, Madrid, 1979.
- 4.- BAULEO, A. Ideología, Grupo y Familia, Ed. Kagieman, Buenos Aires, 1970.
- 5.- BAULEO, A. Los Síntomas de la Salud, Ed. Cuarto Mundo. Argentina, 1976, 2ª ed.
- 6.- BEAUVOIR, S. El Segundo Sexo, Ed. Aguilar, Madrid, 1981.
- 7.- BLEGER, J. Psicohigiene y Psicología Institucional, Ed. Paidós Buenos Aires 1966.
- 8.- COLECTIVO del libro de Salud de las Mujeres de Boston. Nuestros Cuerpos, nuestras vidas (vers. española), Ed. Icaria, Barcelona, 1982.
- 9.- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. La Sexualidad Femenina, Ed. Laia, Barcelona, 1973.
- 10.- FREUD, S. Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
- 11.- GAVENSKY, R. Parto sin Dolor y Parto sin Temor, Ed.El Ateneo, Buenos Aires, 1983.

- 12.- HORNEY, K. Psicología Femenina, El.Alianza, Madrid, 1977.
- 13.- LAING; R. El cuestionamiento a la familia, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972.
- 14.- LAMAZA, F - VELLAY, P. El Parto sin Dolor, "Nouvelles Therapeutiques", Junio, 1953.
- 15.- LANGER, R. Maternidad y Sexo, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1964, 2ª ed.
- 16.- LEBOYER, F. Por un nacimiento sin violencia, Ed. Daimon.
- 17.- PICHON RIVIERE, E. El proceso grupal, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1977
- 18.- READ. Parto natural sin temor, Londres, 1951.
- 19.- SACCHI, H. El Parto sin Dolor. Ed. Alfa, Montevideo, 1980.
- 20.- SEGAL, H. Introducción a la obra de Melanie Klein,Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972.
- 21.- SOIFFER, R. Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Ed. Kagieman, Buenos Aires.