

NACIMIENTO RENACIDO

Michel Odent

es un libro extraordinario que cambiará seguramente el modo en que pensamos el nacimiento y la forma en que lo hacemos. Es un libro esencial que inspira a los profesionales mostrando el camino para la futura atención de madres y bebés. Los profesores y profesionales médicos han vertido los conceptos más elogiosos sobre el material que brinda "Nacimiento Renacido", así como sobre su autor.

"Michel Odent es un visionario. Un libro profundo en su simplicidad."

Elizabeth Noble, autora de *Parto con Percepción Interior y Ejercicios Esenciales* para los Años de Alumbramiento

"Un libro motivador e inspirador, de gran valor para todos los profesionales involucrados en alumbramientos. Es una gran contribución al redescubrimiento del nacimiento como una parte natural de la vida."

David Benita, Doctor en Medicina, Director Diputado de la Organización Panamericana de la Salud

"Nacimiento Renacido es un hermoso libro que describe vívidamente la filosofía de una de las más innovadoras y progresistas unidades maternas del mundo occidental."

Murray Enkin, Doctor en Medicina, Profesor de la Universidad McMaster, Ontario

"Un libro esencial e inspirado para padres y profesionales."

Marshall Klaus, Doctor en Medicina, autor de *Cuidado del Infante de Alto Riesgo*

"El Doctor Odent ha realizado un maravilloso servicio al señalar cómo los obstetras no intervencionistas pueden dar como resultado nacimientos nada más seguros y, a la vez, proveer a la familia con una hermosa experiencia del nacimiento."

Dr. Stewart, Doctor en Medicina, Miembro de la Academia Americana de Obstetras y Ginecólogos



ERREPAR
UN NUEVO CONCEPTO EDITORIAL

A 0 700 R

ISBN 950-739-063-4



9

789507 390630



Dr.
**MICHEL
ODENT**

NACIMIENTO RENACIDO



Dr. Michel Odent

El Nacimiento Renacido



ERRREPAP

Título en inglés: Birth Reborn
Traducción: Felicitas Mirás
© Dr. Michel Odent, 1984

Derechos exclusivos de edición en castellano
reservados para todo el mundo:

D.R. © ERREPAR S.A.
Avda. San Juan 960 - 1147 - Buenos Aires

República Argentina

Tel. 27-4394 - 27-5142 - FAX (541) 23-9541 - (541) 361-0177

Especial agradecimiento a Suzanne Arms por consultas fotográficas.

Las fotos en las páginas 25, 26, 29, 38, 41, 48, 55, 61, 63, 64 (abajo), 78, 79, 82, 86, 87, 88, 89, 96 (arriba), 97, 101, 109, 111, 133, 134, 136 © Suzanne Arms.

Las fotos en las páginas 30, 33, 34, 49, 56, 57, 60, 47 (arriba), 68, 69, 70, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 81, 83, 85, 92, 95, 105, 116, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 130 © Dominique Pourri.

Las fotos en las páginas 24, 40, 43, 44, 45, 98, 99, 132 © Pascale L. R.

Las fotos en las páginas 35, 36, 66, 67, 96 (abajo) © Lyu Hanahusa.

La foto en página 31 © Michel Odent

Las fotos en las páginas 42, 59, 94 © H. Vernay y N. Heinemann.

La foto en página 46 © Georges Melet.

Las fotos en las páginas 90, 91 © Jacques-Marie Le Roux.

ISBN 950-739-063-4

Queda hecho el depósito que marca la ley 11723

Impreso y hecho en Argentina
Printed in Argentina

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo del editor.

Para mi madre, en su octogésimo octavo cumpleaños

Quiero agradecer a Sara Bershtel de Pantheon Books y a Jane Pincus, quienes me convencieron de que escribiera este libro y me dieron tan preciados consejos.

INDICE

Biografía: 7

Prólogo: 9

Introducción a la edición latinoamericana: 11

Introducción: 15

Pithiviers: 25

Antes: 41

No perturbar a las mujeres durante el trabajo de parto: 57

La primera hora y después: 79

Antibiotetrícia: 111

Nacimiento renacido: 133

Notas: 137

BIOGRAFIA

Para empezar, Michel Odent era un cirujano sobrecargado de trabajo, que hacía principalmente cirugía de emergencia, incluyendo cesáreas.

Comenzó a preguntarse cómo podrían evitarse las cesáreas y desarrolló la unidad de maternidad en Pithiviers.

No obstante ser éste un lugar insignificante, se convirtió en centro de la nueva ciencia acerca del nacimiento:

Un cuarto de alumbramiento como en casa, piscinas de agua tibia, alumbramiento bajo el agua, la libertad para ser ruidosa, la libertad de estar en cualquier posición, la importancia de la partera, grupos de canto... "Pithiviers es más que la suma de sus partes".

Habiendo logrado eso, Michel Odent quiso conocer más acerca de lo que el nacimiento "como en casa" podía ofrecer y trabajó como si fuera una partera.

Ahora está en Londres, creando el "Instituto de Salud Primordial", cuyo objetivo es estudiar las correlaciones entre el "período pri-

mordial" y la salud más adelante, en la vida.

Michel Odent ha sido tema de muchos programas televisivos, en todo el mundo.

El más conocido documental es la película para televisión de la BBC "Nacimiento Renacido", que puso de relieve la unidad maternal de Michel Odent.

Ha escrito numerosos artículos de literatura médica y científica.

Es autor de un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud acerca del nacimiento hogareño en los países industrializados (1991).

Así como en el alumbramiento, los libros de Michel Odent revelan su interés por el futuro de la humanidad en general. En los últimos quince años, Michel Odent ha escrito los siguientes libros:

- "Llegando al mundo" - Nueva Biblioteca Americana.

- "Genese de l'homme) Ecologique" - Epi - París.

- "El Nacimiento Renacido" - Pantheón Books - Nueva York.

- "Salud Primordial" - El Siglo - Londres.
- "El factor zinc: En qué medida el zinc es vital para su salud" (coautor) - Thorsons - Reino Unido.
- "Vuestro bebé es el más hermoso de los mamíferos" - Albin Michel - París.
- "Los ácidos grasos esenciales" - Ligier - París.
- "Agua y sexualidad" - Pingüin-Arkana - Londres - Nueva York (1990).

PROLOGO

Cómo el nacimiento puede ser lo que las mujeres quieren que sea y cómo tanto las madres como los bebés se benefician

Si mis tres hijos ya grandes se prepararan para los nacimientos de sus propios hijos y yo tuviera que regalarles sólo un libro, les ofrecería *El Nacimiento Renacido*. El Dr. Michel Odent, un científico extraordinariamente sensitivo y sabio, tiene un modo muy elocuente de describir el alumbramiento en su clínica, mientras que al mismo tiempo explica las intrincadas verificaciones biológicas y los equilibrios que la naturaleza ha previsto como recurso para garantizar que el nacimiento sea seguro y gratificante. Su libro ayudará a las futuras madres a confiar en sí mismas para dar a luz sin drogas ni procedimientos obstétricos que, cada vez más, están siendo reconocidos como peligrosos, tanto para la madre como para el bebé.

El Nacimiento Renacido puede muy bien

ser el libro que impulse en una nueva dirección el cuidado obstétrico. En un mundo donde en la mayoría de los hospitales el alumbramiento se ha vuelto una pesadilla de producidos químicos e intervenciones quirúrgicas técnicas en nombre de la seguridad —pero sin ninguna base científica evidente para demostrar que esas intervenciones sean necesarias— el Dr. Odent contribuye con un significado distinto acerca de la calidad de vida. En la actualidad, muchos médicos —conscientes de que la mayoría de las drogas y los procedimientos que se han vuelto rutinarios desde los años 50, son potencialmente dañinos— quisieran cambiar su "estilo" y adoptar una actitud menos orientada a intervenir. Los médicos que lean *El Nacimiento Renacido* reconocerán muy pronto los beneficios que trae

el ayudar a una mujer a dar a luz a su hijo, en una atmósfera adecuadamente respetuosa para el principio de una nueva vida.

Las mujeres se dirigen a Pithiviers, en Francia, desde todas partes del mundo, para dar a luz con el Dr. Odent y sus excelentes parteras, muy bien preparadas, entrenadas especialmente en la cautelosa "no intervención". Las tasas de mortalidad y enfermedad del Hospital General de Pithiviers, tanto de madres como de bebés, se encuentran entre las mejores en el mundo. Estos impresionantes resultados son aún más admirables porque el hospital está situado en una pequeña ciudad, a poca distancia de París, sin ningún centro especializado cercano para trasladar casos de problemas de embarazos y nacimientos.

Pocos han sido los movimientos destinados a

reformular y humanizar la experiencia del nacimiento. El Nacimiento Renacido es uno de ellos. Si usted está embarazada o está pensando en embarazarse, déle este libro a su doctor o a su partera. Si él o ella no concuerdan con los conceptos expuestos en la obra, esfuércese por encontrar a alguien que los lleve a cabo. Cada vida tiene no más que un comienzo. Leyendo *El Nacimiento Renacido*, no sólo hará ese comienzo más seguro, sino también más feliz.

Doris Haire

Presidenta de la Fundación Americana de Salud Maternal y del Niño.

Presidenta del Comité de Salud Maternal y del Niño, de la Red Nacional de la Salud Femenina.

INTRODUCCION A LA EDICION LATINOAMERICANA

Este libro acerca del alumbramiento, destinado originalmente al público estadounidense, fue escrito a comienzos de la década de los 80. Por esa época, varios aspectos del modo de vida americano se esparcieron insistentemente por todo el mundo.

Después de dar conferencias en muchos estados americanos y reunirme con varios grupos de "pacientes" y profesionales me convencí de que la obstetricia americana estaba equivocada de modo peligroso.

Esa es la razón por la cual mi prioridad ha sido desafiar con urgencia el modelo americano.

Lo hice, simplemente, resumiendo cuanto aprendí en un hospital estatal.

Traté de demostrar cómo usted tiene que cambiar radicalmente la apariencia de un hospital, cuando es consciente de la importancia del entorno en el proceso del alumbramiento, en el primer contacto entre la

madre y el bebé y en el comienzo de la lactancia.

El propósito principal de este libro es que los países latinoamericanos deben ser advertidos, sin dilación, acerca de los errores cometidos en Francia, en Estados Unidos y en otros países occidentales.

Aún es posible corregir algunos de estos errores.

Y ¿por qué un libro latinoamericano... ahora?

Durante estas últimas dos décadas, la mayoría de los bebés occidentales nacieron en un entorno electrónico.

A fines de los años 60, los obstetras creyeron que si podían escuchar continuamente los latidos del corazón del bebé durante el parto gracias a una máquina electrónica, crearían la mejor situación posible para intervenir tan pronto como un bebé estuviera en peligro.

Pensaron que sería un modo de aumentar la seguridad.

Fue sólo una teoría, no confirmada por un enfoque científico.

Recientemente, ocurrieron muchos acontecimientos que sugieren que podríamos estar al final de la era electrónica.

Nos hallamos en un punto decisivo en la historia del alumbramiento. Un punto decisivo significa que hubo un hecho preciso que puede fecharse. Sugiero fecharlo el 12 de diciembre de 1987.

Ese día salió un artículo importante en *Lancet*, una de las más prestigiosas y autorizadas revistas médicas del mundo.

El artículo incluía ocho importantes y elaborados estudios, en diferentes partes del mundo.

En todos estos estudios, donde se trataban decenas de miles de nacimientos, el objetivo fue comparar grupos de mujeres dando a luz con la ayuda de una máquina electrónica y grupos de mujeres dando a luz sin la máquina electrónica. Los latidos del corazón fueron escuchados ocasionalmente por una partera.

La mayoría de dichos estudios ya se había publicado en otras revistas médicas autorizadas; lo nuevo fue concentrar todos estos documentos.

La conclusión global es que el único efecto significativo del uso de la máquina durante el trabajo de parto consiste en aumentar el número de cesáreas y del uso de fórceps.

No cambia nada en cuanto a la cantidad de bebés vivos y sanos, al nacer.

La interpretación lógica es que el uso del monitoreo electrónico durante el trabajo es algo peligroso. Hace al parto más difícil. Más bebés tienen que ser rescatados por medio de operaciones.

Esto significa que ha llegado el momento de prepararse para la era postelectrónica.

Significa también que ha llegado el momento de dar cabida a simples y nuevas preguntas en cuanto al efecto del entorno en el proceso del nacimiento y en el primer contacto entre madre y bebé.

Esa es la razón por la cual el contenido de este libro se vuelve repentinamente temático.

Desde que escribí la edición original he ampliado dramáticamente mi comprensión sobre la influencia de los factores ambientales, gracias a la existencia de nacimientos hogareños. Ahora estoy más consciente de la importancia de algunos detalles, como el tamaño del cuarto.

Un cuarto de alumbramiento debería ser pequeño. Usted tiene más fácilmente un sentimiento de privacidad en un cuarto pequeño.

Soy aún más consciente de la importancia de la oscuridad. Ahora me atrevo a decir que el padre del bebé puede obstaculizar el proceso normal del nacimiento cuando se comporta como observador, pues necesita hablar, tiende a establecer contacto ocular con la madre en el momento equivocado o intenta justamente ayudar, mientras el punto consiste en no perturbar.

Tengo claro en mi mente que los humanos son mamíferos. Los mamíferos se ocultan, se aíslan para dar a luz. Necesitan privacidad.

Aprendí a dar gran importancia al trabajo de algunos científicos como, por ejemplo, Niels Newton, quien estudió el nacimiento de mamíferos no humanos. Todas las conclusiones de estos científicos son perfectamente válidas en lo que concierne a los seres humanos. Por ese motivo, en el amanecer de la era postelectrónica, la pregunta clave es: ¿cómo mantener una atmósfera de privacidad

aun en un hospital? Este es exactamente el tema de este libro. Necesitaremos, en el futuro, maternidades parecidas al hogar.

No tendrán nada en común con el área de obstetricia de la era electrónica.

Los hospitales de maternidad del futuro jugarán un papel importante en el entrenamiento de auténticas parteras.

En la era postelectrónica, habrá también algunas buenas razones para adaptar el nacimiento hogareño a nuestra moderna vida urbana.

Pero éste no es el tema del libro. Con el fin

de prepararse para la era postelectrónica, la obstetricia deberá volverse más científica. Necesitamos mejorar nuestro conocimiento sobre los procesos fisiológicos normales en el período cercano al nacimiento. Necesitamos interpretar con objetividad algunas estadísticas.

¿Por qué el 6% de cesáreas en Holanda y el 25% en otros países? ¿Por qué una tasa de mortalidad perinatal por debajo del 10% en Holanda y una tasa de mortalidad materna inferior a 1 por 10.000? ¿Por qué tales cifras en el único país industrializado donde un bebé de cada tres nace en casa?

INTRODUCCION

Yacen como ballenas perdidas, enormes ondulaciones de carne, inmovilizadas y atrapadas en mesas angostas, bajo luces brillantes. Sólo una cortina separa a cada una de las cuatro mujeres, de la siguiente. Desde sus piernas se proyecta un cable. Está unido a una máquina donde un ojo verde guiña con rapidez y desde donde una cinta es vomitada constantemente, cayendo en pliegues cada vez más tupidos, a medida que pasa el tiempo. Grabando la presión uterina, otro cable, también conectado a la máquina, produce su propia erupción de líneas dibujadas. "¿Qué-dense quietas" se les dice a las mujeres. "Cualquier movimiento puede interferir con la impresión del monitor".

Pero les es imposible moverse. Absolutamente ninguna sensación, desde arriba de su estómago hasta sus pies. Ajustado a un hombre, está el catéter epidural a través del cual puede ser inyectada más anestesia cuando vuelva cualquier sensación. Una enfermera pasa silenciosamente entre las mujeres, comprobando el funcionamiento de las máquinas.

Una de las mujeres pregunta si puede tomar algo; sus labios están muy secos. "Lo siento, nada por boca". La enfermera verifica, con actitud crítica, algo que sale en la máquina y gira hacia la máquina siguiente.

Esta escena pertenece a un hospital en Alemania Occidental, pero podría ser cualquier sala de maternidad, repleta con toda la alta tecnología que los obstetras usan. De repente siento que las mujeres no son como ballenas sino como vacas en una ordenadora electrónica de la era espacial, ocupando el menor lugar, haciendo el menor ruido, con el nacimiento de cada uno monitoreado, procesado, medido y registrado minuciosamente. "Es tranquilizador", dice una mujer; "me hace sentir segura". Es el único sentimiento que manifiesta, una vez que su bebé ha nacido. Haberse sentido segura y luego "aliviada" durante el nacimiento.

Hay otra mujer en trabajo de parto, esta vez, en Francia. Se encuentra dentro de una pequeña habitación, con luz tenue, acompañada muy de cerca por su marido y una pa-

tera. Está en una tarima baja, cubierta con almohadones, que ocupa una esquina del cuarto, pero prefirió acullarse, con su marido sosteniéndola por detrás. Todo es muy, muy tranquilo. No hay ruido de máquinas, ni campanillas que suenen; se habla en voz baja. El movimiento usual de un hospital se ha borrado; los teléfonos han sido acallados; no hay pasos presurosos. Esta es el ala de maternidad donde trabaja Michel Odent.

Hasta hace un momento, la mujer estaba caminando por ahí, queriendo estar derecha y deteniéndose solamente para apoyarse contra su marido, cuando venía una contracción. Pero ahora está empezando la segunda etapa del trabajo y desea doblar sus rodillas y permitir que baje el peso que siente contra ella, para que vaya abriendo todos los pliegues que, como un abanico, están expandiéndose en su vagina, para que ésta se dilate más y más, dejando así que la cabeza del bebé pueda pasar por ahí.

Está totalmente enfrascada en su experiencia. Nada más importa. Nada más interfiere. Es como si ella estuviera en su propio círculo de soledad. Sabe exactamente qué tiene que hacer y no necesita instrucciones, porque se halla totalmente sintonizada con su propio cuerpo y con la energía que lo está atravesando, con grandes olas de deseo por empujar al bebé hacia abajo. La partera espera, con las manos en reposo, susurrando ocasionalmente, "Bien... bien..." De repente, la mujer deja escapar una larga queja y allí se ve la parte alta de la cabeza del bebé. La partera espera todavía un momento; con la próxima contracción, la mujer da un grito que parece ser de asombro y júbilo, dolor y triunfo —quizás también de éxtasis— todo reunido en un único sonido. La cabeza del bebé se desliza y

luego todo su cuerpo cae en un lienzo que ha sido extendido para recibirlo. La madre mira abajo, inmediatamente, recoge a su bebé, lo alza y lo pone en su pecho. "¡No lo puedo creer! ¡Es increíble! ¡No lloros, mi pequeño! ¡Mi bebé! ¡Mi bebé! ¡Es fantástico! ¡Increíble!", exclama una y otra vez, con los ojos llenos de lágrimas, riendo y llorando al mismo tiempo. Ella está en los brazos de su marido y él la está besando. Nadie interfiere. Él besa el pie del bebé y a su mujer otra vez. También está llorando por la alegría y la maravilla de todo eso. Así es el alumbramiento para algunas mujeres. Así puede serlo.

Conoció a Michel Odent en 1977, después de haber entregado un trabajo en una conferencia internacional de obstetricia. Yo había dicho: "El ambiente apropiado para dar a luz es exactamente el mismo ambiente en el que uno hace el amor". Me envió una nota diciéndome: "Yo estoy de acuerdo. Venga a ver lo que estoy haciendo en Pithiviers". Ese año, estaba ocupada, escribiendo en una vieja casa, situada en los jardines de Fontainebleau. El pueblo de Pithiviers quedaba más o menos a media hora de distancia.

Esa casualidad fue lo que me permitió conocerlo y convencerme de que las mujeres de Estados Unidos e Inglaterra tendrían que oír lo que él estaba haciendo. He aquí a un hombre que no era un mero coreógrafo obstetra, sino alguien que compartía con las mujeres lo que ellas mismas experimentaban y que estaba de su parte.

Es muy tentador para un obstetra volverse director del drama del nacimiento. La "dirección activa" del trabajo de parto ahora está muy de moda y, a los ojos de sus colegas, un obstetra exitoso es aquél que tiene la posibilidad de controlar el trabajo de parto y hacer

que se asemeje a un modelo. La mujer es pasiva. Es una paciente físicamente inmovilizada. Su impotencia es mayor, por la posición que le han hecho adoptar, pues yace horizontalmente sobre su espalda con sus piernas atadas arriba, en los estribos (postura claramente adoptada para la conveniencia y la comodidad del obstetra y no para la mujer que está teniendo al bebé). Muchas mujeres encuentran que es muy doloroso y aterrador estar empujando al bebé para arriba, hacia el aire, mientras yacen en una angosta camilla.

Para el alumbramiento, Michel Odent provee un entorno en el cual una mujer es libre de hacer las cosas a su manera. Cualquiera cosa es permitida. Si quiere gritar, grita. Si prefiere trabajar en la oscuridad o tener a sus otros hijos con ella —para que estén por ahí— o quiere flotar en una pileta con agua, se la alienta a hacer todo esto. Muchas mujeres, espontáneamente, prefieren estar paradas para dar a luz, con los pies firmemente plantados en el piso, físicamente ayudadas por el doctor, la partera o su compañero de trabajo. El bebé se desliza al piso y la madre lo ve de inmediato, sin necesidad de que alguien se lo alcance.

Michel Odent enfatiza la iniciativa de la madre, también después del nacimiento. En esto, difiere de lo que dice Federico Leboyer, cuyas enseñanzas lo inspiraron, y alguno de cuyos métodos —como el de bañar al recién nacido— usa en Pithiviers. En un filme hecho por Leboyer, la madre está boca arriba, el doctor levanta al bebé y lo masajea mientras yace sobre el abdomen de la madre o tiene al bebé aislado de ella, durante el ritual del baño. Ella puede incluso extender sus manos —obviamente, tratando de tocar al bebé— pero esto no forma parte de los planes de

Leboyer. Está totalmente centrado en el recién nacido. La relación entre la madre y el bebé es secundaria, algo que tiene que venir subsecuentemente.

En cambio, una mujer bajo el cuidado de Michel Odent, tiene un rol completamente activo: es ella la que da a luz. En general, la madre es la primera en tocar a su hijo; es ella quien, junto con el papá, sostiene al bebé durante el baño, puesto entre las piernas de la mamá. En Pithiviers, todas las personas presentes en un nacimiento se encuentran allí para servir y ayudar a la mujer que está dando a luz.

Lo cierto es que Michel Odent está preparado para aprender de las mismas mujeres, cosa muy rara en un obstetra. No es otro hombre diciéndoles a las mujeres lo que deberían hacer, otro obstetra dándoles instrucciones sobre su rol durante el alumbramiento. Michel Odent habla con voz diferente. Él busca servir a las mujeres que lo deseen, en un trabajo que es personal, íntimo y una experiencia profundamente creativa. No ofrece ninguna solución mágica ni rápida, pero trabaja para descubrir un ambiente para el nacimiento, en el cual una mujer es, por encima de todo, no una paciente o un útero que se contrae y un canal de nacimiento o una pieza de la complicada maquinaria reproductiva, sino ella misma.

Generalmente, esto sólo sucede cuando una mujer da a luz en un territorio que controla: en su propia casa, donde el doctor —si hay uno— y la partera son invitados. Por supuesto, no sucede a menudo en los hospitales. Nuestra manera occidental de tener hijos ha producido muchos obstáculos para "hacer lo que viene naturalmente" y ha eliminado toda la sexualidad que tiene el alumbramiento. La intervención obstétrica va desde procedi-

mientos de rutina dados por las enfermeras —como afeitar al vello del pubis o administrar enemas o supositorios— hasta desgarrar artificial de las membranas, goteos intravenosos de oxitocina, monitoreo electrónico y drogas para tranquilizar, atontar, desorientar, causar alucinaciones, producir amnesia, cambiar la química del cuerpo de una mujer y también privar al feto de oxígeno, convirtiendo al recién nacido en un informe monofonico con dolor de cabeza, en vez de un ser oja-bierto, que busca, queriendo aprender.

Ahora, los padres están siendo alentados para que compartan el alumbramiento, pero nuestra sociedad se ha burlado de la amorosa, apasionada participación que un padre puede sentir cuando está totalmente involucrado en el drama del alumbramiento y no es solamente un "observador" durante este trance. La persona que la mujer ha elegido para que esté con ella será cálidamente bienvenida sólo mientras él o ella permanezca fuera del camino, no questione procedimientos de rutina y se vaya cuando se le pida. Ahora, en muchos nacimientos, la función principal del compañero de labor parece ser supervisar el monitor para decirle a la mujer que está en trabajo, cuándo empieza la próxima contracción. El simulado entorno doméstico de muchas salas de parto, en ciertos hospitales ofrece confort y bienestar; un gran adelanto con respecto a la sala de partos común. Pero es una caricatura del hogar. Mis cinco hijas nacieron en casa y aún no puedo dejar de sentirme un poco sorprendida cuando las mujeres, encantadas con sus experiencias en las salas de parto del hospital dicen: "y me permitieron..." "el doctor me alentó para hacer tal cosa" o "lo dejaron que mi marido..." etc., etcétera.

Esto, por supuesto, incluso podría ser dicho de Pithiviers. Finalmente, la autoridad de Pithiviers también está en manos del personal del hospital. Pero lo extraordinario allí, es que Michel Odent ha delegado el poder a las mujeres. Hay un gesto que asocio con Michel, que me da la clave de todo esto: él sonríe, con sus ojos brillantes, levantándose de hombros, aparta sus manos con las palmas hacia arriba y pregunta: "¿Y por qué no?" Cuando las mujeres le preguntan si pueden hacer algo, para pedir su aprobación, inevitablemente ésta es su respuesta. Como lo es también para todo lo que a la mayoría de otros doctores podría haber parecido ultrajante o loco: "¿Por qué no?"

Lo único que él no va a dar es la clase de ayuda que la mayoría de las mujeres embarazadas espera en estos días: drogas para el dolor. Cuando una mujer se inscribe en su unidad, hay un contrato implícito con él para que no se le administren drogas cuando hay un trabajo normal, pero que recibirá todo cuanto puede dar para ayudarla en su labor con su cuerpo, en vez de pelear o tratar de escapar de él. Aquí es donde algunas de nosotras podíamos cuestionar su compromiso total con el nacimiento natural y el poder que un obstetra tiene sobre una mujer, durante su labor de parto. Si una mujer ha de tener poder de elección entre alternativas, ¿no se tendría que extender también a ésta? ¿Acaso no es una necesidad básica humana poder obtener drogas para aliviar el dolor? Así lo creen las mujeres en Suecia, donde una ley promulgada por el Parlamento garantiza alivio completo del dolor para todas las mujeres, durante el parto. El resultado es que una mujer puede empezar tomando Demerol (al comienzo de las contracciones, para atontarla

un poco), seguir con una epidural (que saca toda sensación desde la cintura para abajo) y puesto que la epidural no alcanza para la segunda etapa del trabajo, probar otro tipo de anestesia para la etapa final.

Las implicaciones de conceder esta alternativa a las mujeres podría alterar totalmente la atmósfera de la unidad de Michel Odent. Las parteras que ahora pueden prestar su atención sin reservas, a la mujer, tendrían que dividirla entre la mujer y las máquinas. Si las epidurales —la forma más efectiva de alivio del dolor farmacológico— fueran introducidas, habría una importante causa para incluir monitoreo electrónico. Una vez que el cuerpo es interferido de alguna manera, hay que intervenir de otras maneras. Y una vez que los sentidos han sido tapados, los fórceps podrían ser necesarios. Las posibilidades de tener que utilizar fórceps pueden acrecentarse cinco veces si se ha administrado una epidural a la mujer. Michel nunca tiene alumbramientos con fórceps. Si a las mujeres se les diera la opción de recibir anestesia epidural, se vería forzado a tenerlos. Entonces, las mujeres que ahora dan a luz activamente, se convertirían en pacientes que necesitan ayuda para darse vuelta y a quienes examinaría la enfermera antes y después del nacimiento. Ya no podrían desarrollar funciones en sana actividad. Por otra parte, esto podría querer decir que aquellas mujeres a quienes no se les han aplicado epidurales, inevitablemente recibirían menos atención, mientras que las parteras y los obstetras estarían muy ocupados con el operativo del alumbramiento y de "casos interesantes".

Hay otro elemento en la manera de pensar de Michel Odent que algunas de nosotras consideramos difícilmente aceptable. Su insis-

tencia en que el nacimiento es instintivo y algo para lo que una mujer no necesita preparación, sino que, al contrario, tiene que "desprender" lo que su mente consciente ha adquirido. ¿Sería ésta otra manera de pedirle a las mujeres que se adapten a un modelo biológico de lo que es ser una hembra? ¿Una manera de disparar la razón y decirles a las mujeres que lo único que necesitan es instinto para poder cubrir el rol maternal?

Es precisamente apartándose del conscientemente adoptado nacimiento obstétrico —el que la mujer es un objeto pasivo en la mesa de trabajo— y también de los propósitos de "parto sin dolor" de Lamaze, que estamos rechazando los puntos de vista masculinos del nacimiento, a fin de redescubrir la experiencia esencial, por nosotras mismas. Ser "racional" organizar nuestra más íntima experiencia de acuerdo con el modelo obstétrico "lógico" de alumbramiento o convertirse en una mujer más de cuantas llevan a cabo una proeza física, según el "método de Lamaze", es en sí mismo, básicamente, aceptar la dominación masculina acerca del nacimiento.

Es más, cuando Michel dice que debemos deshacernos de las excrecencias culturales del nacimiento para poder redescubrir nuestros instintos, no está abogando por cualquier simple retorno a alguna idea de lo "primitivo". De hecho, no ha descartado la cultura. Ha tomado los elementos instituidos por nuestra cultura y los ha adaptado para satisfacer las necesidades instintivas de la mujer durante el alumbramiento. Por ejemplo, trabajar en un ambiente de hospital, no en la casa y previene que profesionales de especial pericia tomarán parte en el alumbramiento. Las luces bajas, el grabador con su música —si la mujer lo quiere durante el trabajo— la pléttica

usada para relajación, todos éstos son productos de la organización industrial y de la civilización moderna. Pero Michel los usa a todos para cambiar tanto el ambiente hospitalario, que las mujeres pueden expresar sin ningún clase de inhibición cuanto sienten durante el trabajo, dejando libre el camino para un alumbramiento fisiológico, en vez de "medicalizado".

Sin embargo, el impacto de su trabajo en las mujeres de Europa Occidental fue muy poderoso, por una razón insidiosa. He aquí a un doctor trabajando en un hospital, que forma parte de un establecimiento médico y que está demostrando que el alumbramiento puede ser mucho más como las mujeres lo quieren. Es como si a las mujeres se les permitiera hacer las cosas a su manera por primera vez, desde que Dick-Read habló sobre el efecto de la mente y el cuerpo durante el nacimiento, en el siglo XIX. Pero significativamente, este permiso tiene que ser dado por un médico. Algo que las mujeres saben por ellas mismas, no puede ser reconocido. Las experiencias de las mujeres no pueden ser convalidadas hasta que un hombre, preferentemente un doctor con delantal blanco, diga que estas experiencias son aceptables.

Michel Odent se da cuenta muy bien de esta paradoja. Ha pedido el renacimiento de la partera, tradicional ayudante de la mujer en trabajos de parto. Y ciertamente fue mucho más lejos: en Pithiviers, ha recreado el arte de la partera; las parteras son el eje del cual depende todo lo demás. Son su profesionalismo y dedicación, su capacidad para amar, los que crean la especial atmósfera familiar para cada mujer que ha tenido un bebé atendido por parteras. No sólo brindan a cada nacimiento, técnica y mucha atención, sino una

cálida alegría. Aquellos de nosotros que hemos sido confrontados con una enfermera autocrática o un doctor que nos ha tratado como niños irresponsables, sabemos que una mala relación con quienes nos están cuidando puede arruinar incluso el más feliz de los nacimientos y convertirlo en una dura prueba. La clave del logro de Michel es la excelente relación de trabajo que tiene con sus parteras, el modo como todos comparten un propósito común. Las mujeres que dan a luz en Pithiviers no sufren las consecuencias negativas de las malas relaciones entre enfermeras y doctores o del ambivalente descontento de un sistema obstétrico autoritario, que no pueden controlar o cambiar.

El nacimiento, como la muerte, es una experiencia universal. Puede ser la experiencia creativa más poderosa en la vida de muchas mujeres. Puede ser una interrupción en el curso de la existencia humana, un fragmento que tiene muy poco o nada que ver con el sentimiento apasionado que creó al bebé o puede ser vivido con belleza y dignidad. El trabajo mismo puede ser una celebración de alegría.

El nacimiento es algo que, como mujer, comparto de manera intensa e íntima con la campesina china, con la esquimal, con la mujer que vive en una villa miseria en América del Sur, en una tienda nómada o en un campamento africano. Esa es la causa por la cual nuestra manera de dar a luz es una cuestión política. Tiene que ver con el derecho que tiene toda mujer de dar a luz libremente y en un entorno amoroso. Mucho de lo que experimentamos como autocrático, impersonal y degradante en el cuidado de la salud de las mujeres en general y en el control social de

nuestros cuerpos, está cristalizado en el sistema del tratamiento de la maternidad. A los ojos de muchas de nosotras, en todo el mundo, las clínicas se parecen a un mercado de ganado y a una fábrica obstétrica.

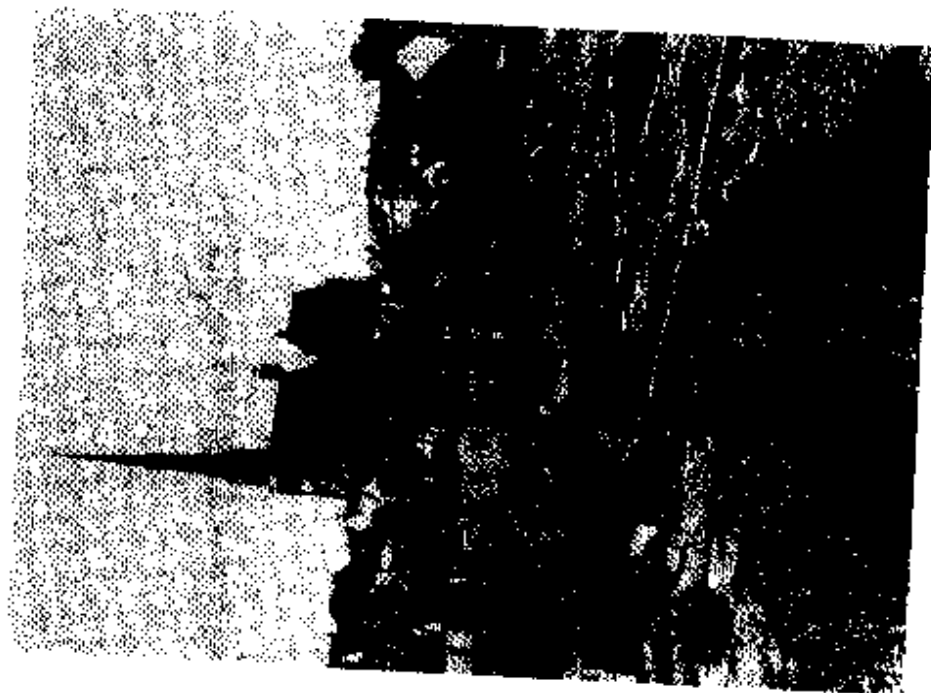
El nacimiento se ha convertido ahora en importante tema para las mujeres que están luchando por un cambio social en las actitudes de los hombres hacia nuestros cuerpos y también para el tratamiento de nuestros cuerpos. Por primera vez, las mujeres que están en el movimiento del alumbramiento fueron apolíticas, justamente por la real naturaleza de su preocupación por el hogar y la familia) han unido sus manos con otras, para asumir acción política. En el pasado, muchas feministas rechazaron la experiencia del nacimiento o la vieron como en la periferia de sus preocupaciones más importantes, como algo que trababa a las mujeres en su herencia biológica. Es evidente ahora que ésta es un área en la cual se presenta una oportunidad para tomar acción decisiva.

Los cambios que permiten a las mujeres redescubrir los ritmos sexuales espontáneos del trabajo en las prácticas de alumbramiento, en general no provienen de los obstetras. Se están manifestando por la presión que las mujeres hacen para tener la oportunidad de dar a luz a su manera, a su tiempo, en un entorno emocionalmente apropiado y con pasión alegre y desinhibida.

Este es el desafío que Michel Odent nos ayuda a realizar: el de cambiar nuestra cultura del alumbramiento. Pero no es ningún "libertador". No ofrece salvación a las mujeres que creen en él, aunque en oportunidades la cosa se haya presentado así. A veces, algunas mujeres buscan a un obstetra con esa idea en la cabeza, transfiriendo a una figura con poderosa autoridad, las responsabilidades de sus propios cuerpos y experiencias, que ellos no tienen ganas de aceptar. Michel sería el primero en decir que aquellas que quieren tener una total garantía de no sentir dolor, las que quieren pasar a alguien responsable, que no acudan a él. En Pithiviers, el centro del drama no es ni el obstetra, ni el procedimiento del hospital, ni el trabajo del equipo guiando al paciente a través de la labor y el nacimiento, sino la misma mujer y su intensa experiencia. Michel ama el drama del nacimiento, la excitación de descubrir cómo puede ser y lo que las mujeres realmente quieren. Le encantan los alumbramientos, pero no como alguien que los dirige. Y lo más importante de todo, Michel Odent escucha a las mujeres; está ahí, no para dominar sino para servir; no para dictar sino para aprender. El es el testigo de que cada alumbramiento es un viaje de exploración para todos aquellos que comparten el trabajo, el dolor creativo, el misterio y la exaltación.

Sheila Kitzinger

EL NACIMIENTO RENACIDO



Pithiviers



PITHIVIERS

Vine por primera vez a Pithiviers en 1962 para hacerme cargo del área de cirugía general en el hospital. Fue el resultado de un nombramiento lo que me trajo a esta ciudad de diez mil habitantes, que muy rápido aprendí a querer. A corta distancia de París, la región de los alrededores de Pithiviers aún ofrece todas las ventajas de la vida de campo. La tierra es fértil, plantada con trigo y remolachas. Los granjeros locales todavía practican la apicultura, cazan alondras y todos los vecinos se dan cita los sábados en el mercado del pueblo. A pesar de ser principalmente agrícola, la zona está salpicada de pequeños negocios y fábricas, incluyendo una fábrica de galletitas y una refinería de azúcar. En resumen, Pithiviers es la clase de lugar que raramente se muestra a los turistas. Es sólo otro pequeño pueblo anónimo. En realidad, la mayoría de los franceses asocian a Pithiviers con un bizcocho popular hecho y nombrado por el pueblo. No tienen la menor idea de dónde se encuentra Pithiviers.

Cuando empecé mi trabajo aquí, me enteré

que también se esperaba que yo supervisase una pequeña clínica de maternidad, en el hospital. La clínica era frecuentada principalmente por mujeres de Pithiviers y de los pueblos vecinos. Provenían de una gran diversidad de clases sociales. Algunas trabajaban en las fábricas, otras eran granjeras, comerciantes o empleadas públicas. Algunas eran inmigrantes de Portugal, África del Norte o inclusive de Oriente. La clínica aceptaba a cualquiera que viniera; no había ninguna "discriminación", ni por la parte social ni por la médica.

En aquel entonces, sólo había una partera en la clínica, totalmente responsable de la operación diaria del establecimiento. Ella me llamaba únicamente cuando el doctor era necesario para practicar una cesárea o aplicar los fórceps. Como cirujano, yo había sido entrenado para hacer cosas como extraer vesículas y reparar piernas fracturadas; estos procedimientos parecían tan sólo una extensión natural de mis habilidades técnicas. Como obstetra, lo único que tenía eran las nociones más elementales de esta práctica.



Entrando en el Hospital de Pithiviers

Mi experiencia previa en obstetricia era mínima y diluida a través de todos los años que habían pasado. Durante los años 50, había hecho seis meses como interno en una gran sala de maternidad de París. En aquellos días era común tener 5 ó 6 mujeres haciendo trabajo de parto y ocupando una misma habitación grande. El nacimiento tenía lugar en una atmósfera tipo fábrica, donde el miedo era contagioso. Los doctores a menudo usaban fórceps y raramente hacían cesáreas. Me acuerdo del jefe de obstetricia sólo por un famoso eslogan de fórceps (los fórceps Suzor) que recibieron esta denominación por él. Durante esta etapa de internado me interoricé muy poco del tema y jamás se me cruzó por la cabeza que algún día practicaría obstetricia.

Más tarde, durante mi servicio militar como cirujano de guerra en la región bereber de Argelia, fui ocasionalmente llamado cuando era necesaria la atención obstétrica. De tanto en tanto, mujeres embarazadas bajaban

de las montañas a último momento para dar a luz y se me pedía hacer una cesárea o intervenir con los fórceps o cuidar de los desgarros uterinos. Poco después, cuando se me trasladó a Guinea, pude ser testigo del constante esfuerzo, entre las mujeres africanas, que querían pararse o acullillarse durante el trabajo de parto, en tanto los doctores europeos y las parteras insistían en que ellas tenían que dar a luz acostadas. Por aquel entonces, por supuesto, yo estaba de acuerdo con los doctores y nunca reflexioné mucho sobre estos episodios aislados.

Cuando vine a Pithiviers, naturalmente, me basé en gran parte en la guía de la partera. Gisèle, que había estado en la clínica por bastante tiempo, tenía mucha experiencia. Gabrielle, que se unió a nosotros después de mi llegada, era joven, llena de energía, recién salida de la escuela y muy entusiasta, sobre todo con la psicoprofilaxis, "el método Lamaze". No era tanto lo que decían o hacían lo que me hizo realmente poner más atención a la obstetricia por primera vez, sino más bien el hecho de que el intervalo de los quince o veinte años entre los tiempos en que cada una había estudiado la profesión de partera, había ocasionado semejante diferencia en sus prácticas respectivas. Por ejemplo, Gisèle, que era mayor, esperaba pacientemente para que el bebé naciera. Al final del alumbramiento, ella diría simplemente: "No lo retenga; relájese, déjese ir..." Gabrielle, en cambio, estaba deseando preparar a la mujer desde el

La psicoprofilaxis es un método de preparación para el alumbramiento, desarrollado en los años 50 por Fernando Lamaze, médico francés. La base de este enfoque es que una mujer tiene que aprender a dar a luz de la misma manera que tenemos que aprender a escribir o a leer o a nadar... En un sentido, esto es la coeducación de nuestra actitud.

principio del embarazo, para ayudarla con la respiración durante el trabajo y alentarla para que se controlase durante el alumbramiento. En las etapas finales del trabajo, Gabrielle daba órdenes precisas, por ejemplo: "Inspírate... espírate... controle su respiración... empuje..."

Para mí, sus diferencias proyectaron nueva luz en la práctica obstétrica; me di cuenta de que ésta era algo más que técnicas y mecánicas. Paulatinamente comprobaba en qué medida la experiencia del trabajo de parto de una mujer dependía de la personalidad y actitud de quien la atendía. Las mujeres eran atraídas por el joven entusiasmo de Gabrielle y expresaban mayor interés por ella, pero seguramente tendrían un nacimiento mucho más tranquilo con Gisèle.

Aunque oficialmente seguí siendo cirujano, a medida que el tiempo fue pasando, me dediqué más y más a la unidad de maternidad. Advertí que los principios en los cuales había basado mi trabajo quirúrgico —simplificación y eliminación de procedimientos inútiles— también podían aplicarse en obstetricia. Las experiencias pasadas como practicante ya me habían hecho creer que el tiempo y la paciencia son los aliados más útiles; la intervención activa debería ser usada con mucha parsimonia y en casos especiales. En obstetricia —como en cirugía general— yo estaba convencido de que interferir lo mínimo crea muchos menos riesgos inmediatos y, al mismo tiempo, produce mejores resultados a largo plazo. Paradójicamente, mi real falta de entrenamiento en obstetricia hizo que fuera más abierto para aprenderla a través de la experiencia. Me encontré cuestionando los procedimientos más aceptados: "¿Por qué rompen las aguas?" les preguntaba a las parteras.

"¿Por qué cortan el cordón umbilical tan rápido después del nacimiento?" A menudo respondían: "Porque así nos enseñaron en la escuela".

Pero a medida que íbamos explorando las razones por las cuales hacíamos ciertas cosas, poco a poco aparecía un cambio apenas perceptible. Nos volvimos menos dogmáticos y empezamos a experimentar. Un día, una partera le dio a un bebé un baño para calmarlo, a pesar de que sólo tenía dos días. De ahí en adelante, nunca más aceptamos la "regla" que prohíbe bañar regularmente a los bebés hasta que el cordón umbilical se haya caído. Otro día, el bebé encontró el pecho de la madre enseguida de nacer y, para asombró de todos, empezó a mamar en la sala de partos. Pregunté por qué semejante evento tan grácilmente ocurría tan raramente. La respuesta, por supuesto, era simple: en un hospital es muy común separar a la madre del niño en el momento del nacimiento, para pesarlo, medirlo y hacerle la revisión general. Incluso estando juntos, ellos se sienten observados. No tienen privacidad. Una y otra vez esas nuevas experiencias nos hicieron cuestionar la obstetricia convencional. No sabíamos a dónde íbamos, pero íbamos a algún camino, por nuestro camino.

Gradualmente, mientras nuestra práctica cambiaba, también fue cambiando nuestra actitud. Antes de venir a Pithiviers, yo sabía muy poco del mundo, aparte de los doctores y los pacientes. Había estado mirando a la gente desde una perspectiva médica muy estrecha; había compartido el punto de vista convencional del nacimiento como un "problema médico" que requería "soluciones" técnicas. Había creído oyendo a los doctores hablar de las mujeres embarazadas como

"pacientes". Cierta vez di una conferencia en una universidad alemana; un obstetra estaba traduciendo simultáneamente. Cuando yo usaba la frase "mujer embarazada" o "mujer en trabajo de parto" él las traducía como "paciente" y no podía entender por qué los estudiantes objetaban tan vehementemente. Por supuesto, esta actitud no está confinada sólo a la obstetricia. A menudo hay artículos que se refieren a "métodos" y a "material". Material quiere decir gente. En todo campo médico, esta mentalidad contribuye a un incremento en las drogas, en el monitoreo electrónico y en intervenciones quirúrgicas. En Pithiviers, a medida que empecé a conocer a mis "pacientes" como individuos y no simplemente como casos médicos, tuve que revisar mi perspectiva.

A pesar de que yo era cirujano, las mujeres a menudo se acercaban a mí para hablarme de variados temas, desde el matrimonio hasta el control de la natalidad. En los grupos de planificación familiar a los que me uní para informarme, los debates fueron llevados fuera del plano médico de referencia, más allá de los temas de prevención y alumbramiento, a los de sexualidad, sentimientos personales y expectativas sociales. La gente empezó a decir por qué ellos querían o no tener chicos; comentaban sus experiencias privadas de trabajo de parto, de parición y amamentamiento; también hablaban de las conexiones sutiles entre fertilidad y las propias imágenes de mujeres y hombres. Me fui convenciendo de que el alumbramiento, lejos de ser un "problema médico", era en general una parte integrante de la vida sexual y emocional.

Por supuesto, en nuestra clínica yo vivía esta verdad diariamente. Tanto para las mujeres como para los hombres, el alumbramiento

era una experiencia intensa, íntima y envolvente. Como doctor, yo estaba lejos de ser la figura central del drama; a veces, hasta me sentía como un intruso. El criterio preponderante que convierte al alumbramiento en un evento médico, transformó en todo el mundo las unidades de maternidad en laboratorios de alta técnica y a los seres humanos en objetos pasivos. En Pithiviers, por el contrario, nuestro reconocimiento del alumbramiento como una experiencia emocional y sexual, nos hizo sentir como simples facilitadores, una especie de equipo de apoyo, cuya tarea era intervenir lo menos posible.

Puesto que mucho de lo que estábamos haciendo era nuevo para nosotros, buscamos fundamentarlo en un contexto intelectual. Dos nuevas parteras, Dominique y Marie-José llegaron a la clínica en 1969 y se acoplaron fácilmente al espíritu de exploración. Recibidas hacia poco tiempo, conocían la obstetricia únicamente como era practicada en los hospitales donde la enseñaban, pero eran aventureras y estaban listas para reconsiderar cuanto habían aprendido. Todos leímos "Medical Nemesis" de Ivan Illich y ampliamos su observación respecto de que los doctores son a menudo esclavos y no dueños de la tecnología que aplican en la práctica de la obstetricia, en las sociedades industrializadas. Leyendo "Nacimiento sin Violencia" de Federico Leboyer, sentimos inmediata simpatía por su preocupación acerca de la experiencia del nacimiento del niño.

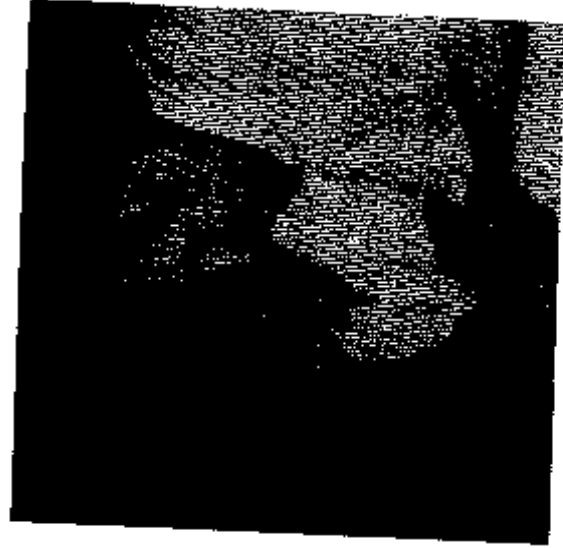
Leboyer creó un lenguaje nuevo para la mayor parte de los doctores: un lenguaje que hablaba a nuestra sensibilidad y emociones tanto como a nuestro intelecto. Nos mostró al recién nacido, no como un objeto al que no le es posible ver, oír o sentir, sino como



Típica sala de partos

una criatura humana con mucha necesidad de calidez y alimento. Resumiendo, Leboyer fue el primer doctor que expresó lo que muchas mujeres saben intuitivamente sobre sus bebés, a pesar de que los consejos de los establecimientos médicos digan lo contrario. En Pithiviers, Leboyer nos dio un encuadre para comprender nuestras acciones y ponerlas en práctica. Bajo su influencia, nuestra sala de partos se convirtió en un lugar mucho más tranquilo y pacífico, más benevolente para el bebé. Alentamos el contacto prolongado entre madre e hijo. Por ejemplo, las madres podían alimentar a sus bebés inmediatamente después del nacimiento. La actitud alerta que observamos, tanto en cuanto a la madre como al niño, confirmó nuestra decisión de no utilizar drogas o intervenir si no era necesario.

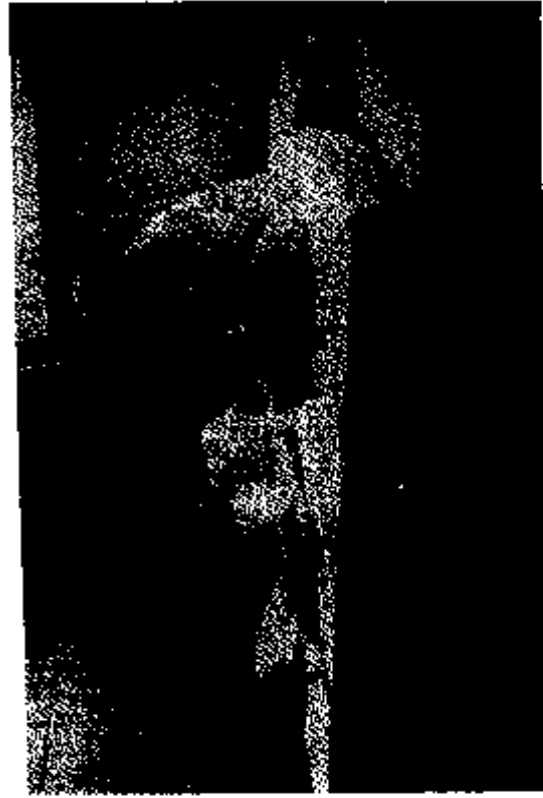
Respecto de mí, la vida parecía estar tironeándose hacia dos direcciones diferentes. Por una parte, estaba pasando cada vez más tiempo en la unidad de maternidad. Por otra, estaba mi práctica de cirugía, que todavía me intrigaba, enfrentándome con problemas divergentes, aunque tenían su relación. Mi método de tratar fracturas difirió de los procedimientos convencionales, más o menos de la misma manera en que los alumbramientos en Pithiviers difirieron de la obstetricia convencional. Pero cuestionar seriamente los fundamentos de la traumatología moderna y de la obstetricia al mismo tiempo, estaba más allá de mis posibilidades. Tuve que tomar una decisión. En 1972, un colega se encargó de la dirección de traumatología y ortopedia, disminuyendo mis continuas responsabilidades como cabeza de la unidad de cirugía. Finalmente, estaba libre para dedicarme por completo a la obstetricia.



Michel Odent y la partera Marie-José Matheault

En estos tiempos, la atmósfera en Pithiviers era de gran excitación. Experimentamos aún con más frecuencia, probando nuevas prácticas, y desechando otras. Un día, por ejemplo, durante un alumbramiento, dejamos que la cabeza del bebé saliera totalmente por sí misma, sin tocarla o ayudar al perineo de la madre para que la cabeza pasara. Otro día decidimos que los guantes de goma ya no eran necesarios. Cada nuevo paso que dábamos afectaba a cada uno de nosotros, en forma diferente. Para Dominique, fue muy difícil dejar de usar los guantes, mientras que Marie-José tuvo mucha más dificultad en abandonar la práctica común de acelerar la labor rompiendo las bolsas de agua que rodean al bebé aún no nacido.

Una psicóloga que acababa de dar a luz en la clínica empezó con grupos, los viernes por

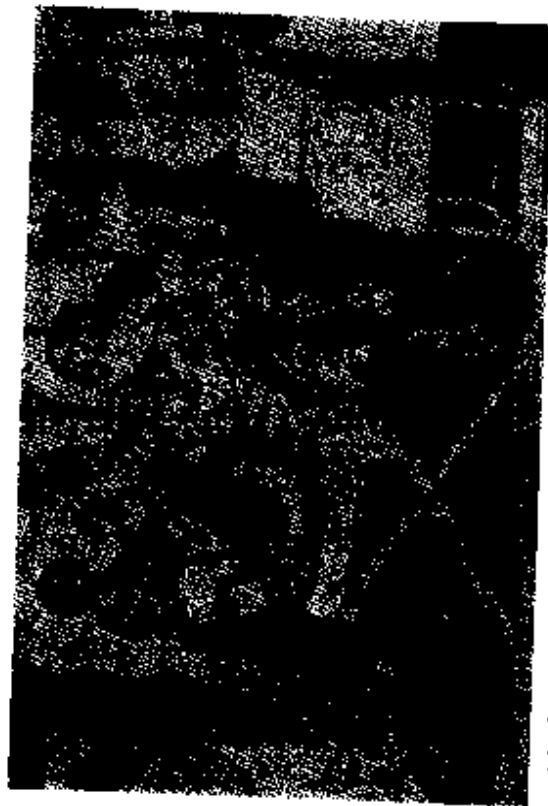


Mujer en trabajo de parto, con la partera Dominique Pourré en la "salle sauvage"

la noche, en los cuales los futuros padres podían venir a oír todo sobre el trabajo que estábamos haciendo. Estas reuniones muy pronto incluyeron no sólo a mujeres y parejas de los alrededores, sino que interesaron a personas de lugares lejanos que tenían razones específicas para buscarnos. Una cantidad de personas inspiradas por Leboyer, por ejemplo, vino a Pithiviers para poder traer al mundo a sus hijos de la manera como ellas querían, suavemente. Otros vinieron sólo para hablar, para compartir sus sentimientos de esperanza, de miedo, de desilusión, de entusiasmo.

Naturalmente, semejante atmósfera, dio lugar a una mayor expresión de libertad durante el trabajo de parto y durante el nacimiento. Sin embargo, todavía había límites. Nuestro ambiente de alumbramiento seguía siendo lo que siempre había sido: una sala de partos

convencional con una mesa de obstetricia, luces fuertes y una multitud de parafernalia quirúrgica. El ambiente era opresivamente médico e impersonal, sin duda incompatible con nuestra óptica transformada acerca del alumbramiento como una experiencia íntima e incluso sexual. Además, podíamos ver que la mesa de partos (el mueble más prominente en el cuarto) limitaba seriamente la libertad de acción de la futura madre. Con su sola presencia, sugería una posición reclinada dada a la mujer muy poca elección, aparte de acostarse sobre su espalda y empezar el trabajo. Esta tradicional posición dorsal es, como hecho, la peor alternativa posible fisiológicamente hablando, tanto para la madre como para el niño: cuando una mujer yace sobre su espalda, el útero agrandado comprime los vasos sanguíneos más importantes, lo cual disminuye la cantidad de sangre oxigenada que



Belgica, siglo diecisiete. Un nuevo personaje entra en la escena tradicional del nacimiento: el científico masculino, con su caja que contiene los fórceps de metal.

entra en la placenta y sale de ella. Además, semejante posición hace imposible que la mujer aproveche la gravedad para facilitar el alumbramiento.

Con el objeto de alentar a las mujeres para que se sintieran libres, reemplazamos nuestra antigua sala de partos por una nueva, diseñada por mujeres que habían dado a luz en Pithiviers. Nuestra "sofie sauvage" (o cuarto primitivo, como lo llamamos), ha sido concebida para la intimidad, el confort y la libertad de acción. Es pequeño. Se tiene más fácilmente un sentimiento de privacidad en un cuarto pequeño, pintado en cálidos y alegres colores y amoblado con una plataforma firme y decorada con almohadones de colores brillantes (pero sin cama o mesa que pudiera imponer una posición de trabajo particular). Es íntimo —como en casa— acogedor y está mucho más de acuerdo con nuestra

creencia de que un lugar para dar a luz tiene que parecerse más a un sitio donde se hace el amor que a un cuarto de hospital. Este cuarto de alumbramiento, sin embargo, representaba más que un decorado atractivo o una estrategia para alentar una variedad de posiciones de trabajo: era un lugar donde la mujer podía hacer exactamente lo que quería; sentirse libre para hacer ruido, actuar y moverse como deseaba. Fue nuestro primer paso concreto para devolver el alumbramiento a las mujeres. Hacer eso, devolver el alumbramiento a las mujeres, no es ambición pequeña. Después de todo, la historia de la obstetricia es principalmente la historia de la exclusión gradual de las madres, de su rol central en el proceso del alumbramiento. La obstetricia moderna se originó en el siglo XVII en Francia, cuando los doctores entraron por primera vez en el cuarto del alum-

bramiento y asumieron el rol tradicional de las parteras. Por primera vez se les pidió a las mujeres dar a luz tendidas sobre sus espaldas, para que así los doctores pudieran usar los fórceps con más facilidad. La tradición dice que esta práctica comenzó cuando las amantes de Luis XIV tuvieron que soportar el trabajo de parto en esta posición, para que él pudiera tener una mejor vista del nacimiento de sus hijos, desde un escondite ubicado detrás de una cortina. Desde entonces, el obstetra —con los instrumentos en la mano, controlando— siempre ha estado parado ante una mujer pasiva. (Por otra parte, la palabra misma "Obstetricia" deriva del latín *ob + stare*, que quiere decir "estar parado ante"). La posición dorsal y la forzada pasividad que ésta impone en la madre, hoy se han vuelto casi universales en nuestras sociedades industriales. Como también lo ha sido el reemplazo de las parteras por doctores, lo que indica una profunda equivocación sobre la clase de privacidad que una mujer necesita cuando está dando a luz.

Enorme cantidad de prácticas comunes de obstetricia reflejan una degradación similar del rol de la mujer durante el parto. Por ejemplo, la presteza con la cual los doctores prescriben hoy el guardar cama, la costura del cérvix y la parálisis del útero con drogas, para prevenir nacimientos prematuros; la separación de la madre, del recién nacido; el consejo automático para que las mujeres se queden en la cama después de dar a luz y la disposición con la cual los doctores aconsejan a las madres discontinuar el amamantamiento, rebajan el rol central de la madre.

La psicoprofilaxis convencional hace lo mismo, pero de un modo más sutil. Con este método, en realidad, la mujer colabora para

El momento del nacimiento...

negarse a sí misma, adoptando un sistema que "controla" su respuesta al dolor, su respiración, su posición e incluso los sonidos que ella produce, los aspectos más fundamentales del comportamiento de una mujer en trabajo de parto. Y a pesar de que las observaciones de Leboyer sobre la experiencia del niño durante el alumbramiento dieron origen a una nueva concientización en nuestra clínica y en el mundo en general, los profesionales del alumbramiento lamentablemente lograron interpretar su idea de "parto sin violencia" como el "método Leboyer", en el cual la atención está focalizada en el niño, con exclusión de la madre. Por desdicha, el mismo fenómeno no existe en el Este como en el Oeste. En una reciente visita que hice a China, me decepcionó mucho ver que, a pesar de que la mayor parte de los obstetras son mujeres, hacen lo posible por copiar las prácticas occidentales y cometen exactamente los mismos errores.

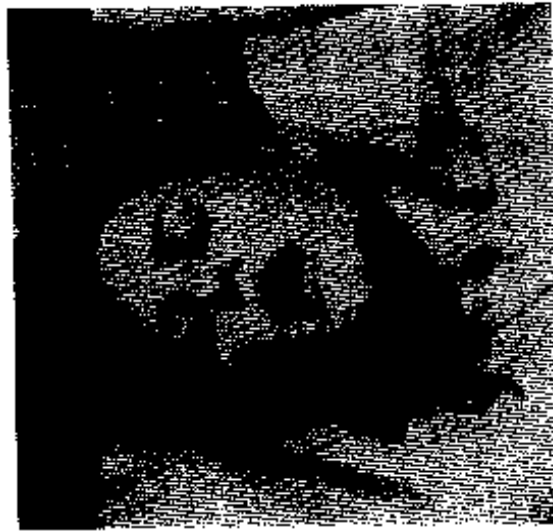


Nuestra "salle sauvage" es parte de nuestro esfuerzo para contrarrestar la marea que ha desplazado a las mujeres y las ha dejado sólo con un rol marginal durante el alumbramiento; queremos restituirles el que realmente les corresponde, que es el rol central. Nuestra experiencia confirmó repetidamente lo acertado de nuestra actitud; pudimos demostrar la destreza y sabiduría de la mujer que está trayendo un ser al mundo.

A menudo pudimos observar —sin entender la causa— que las mujeres parecían olvidarse de sí mismas y de lo que sucedía a su alrededor, durante el curso de un trabajo no medicado. Cierta día, por ejemplo, filmamos un nacimiento con una gran cámara de televisión. Minutos después que el bebé nació, la joven madre dijo: "¡Lástima que no había nadie para fotografiar al bebé!" Muchas mujeres, durante el trabajo de parto, pasan por

cambios similares en sus niveles de conciencia. Sus ojos miran a lo lejos, se olvidan de las convenciones sociales, se olvidan de sí mismas y de su autocontrol. Muchas de ellas dejan escapar un grito característico, en el momento del parto. Sin embargo, hemos notado que las mujeres en dicho estado están lejos de estar imposibilitadas, perdidas o "sin experiencia". Por el contrario, actúan deliberada y espontáneamente, buscando y encontrando con facilidad las posiciones que más les convienen, y que son justamente las más eficaces, fisiológicamente hablando. Sin que nadie les diga nada, saben cómo sostener y alimentar a sus bebés inmediatamente después del parto, de la misma manera que el recién nacido sabe cómo buscar el pecho de su madre. En nuestra clínica, esto parece aplicarse a todas las mujeres, sin tener en cuenta su procedencia social o cultural. Después de haber visto cuánto se parecían los nacimientos tribales filmados en Nueva Guinea y en África del Sur, a los de nuestra "salle sauvage", estaba cada vez más convencido de que había algún componente universal en el comportamiento de una madre y su recién nacido y que —dándole el entorno adecuado, en donde se pudiera sentir libre y desinhibida— una mujer podía llegar naturalmente a un nivel de respuesta mucho más profundo dentro de ella misma, que por la individualidad, la educación que había recibido o la sociedad de donde provenía.

He encontrado muy difícil describir este cambio en un nivel de conciencia más profundo durante el trabajo de parto. Pensé llamarlo "regresión", pero sé que la palabra suena peyorativa, pues evoca una vuelta a algún estado animal. "Instinto" es un término que va mejor, a pesar de que también tie-



ne algunas resonancias moralizadoras. Frecuentemente se les dice a las mujeres que deberían hacer o sentir "instintivamente" ciertas cosas y que si no lo hacen, algo les falta. Además, la palabra "instinto" a menudo es desfavorablemente contrastada —y con razón— ya que se dice que las mujeres son "instintivas" y los hombres son "racionales", como si uno no pudiera ser instintivo y racional al mismo tiempo. Pero no es nada vergonzoso o sexista reconocer que el instinto juega un rol en nuestros comportamientos, especialmente aquellos que existen en la intersección de la naturaleza y la cultura, como el hacer el amor, el trabajo de parto o la búsqueda, por el recién nacido, del pezón de la madre. La gente puede beneficiarse enormemente redescubriendo y explotando al máximo su potencial instintivo

en estas ocasiones. Cuando las mujeres, durante el trabajo de parto, se mueven y actúan de acuerdo con sus instintos, en realidad se están comportando de una manera extremadamente racional; por lo común, tienen alumbraamientos más rápidos y fáciles que las mujeres que no pueden hacerlo así. Por eso, en Pithiviers, hacemos todo lo posible para crear un clima en el cual las mujeres puedan, en ese sentido, "olvidarse" de sí mismas.

Ahora, parece evidente que el estado instintivo que permite a una mujer hacer un trabajo de parto espontáneo, está relacionado con un equilibrio hormonal especial, cuya naturaleza exacta aún se desconoce. Sabemos que la glándula pituitaria posterior tiene que secretar la hormona oxitocina, a fin de que las contracciones uterinas comiencen y continúen. Por otra parte, sabemos que la secreción de sustancias como la adrenalina puede inhibir las contracciones del trabajo de parto o intensificar sus dolores, de la misma manera que puede inhibir el amantamiento o también intensos momentos de sexualidad. Puesto que estas sustancias, como la adrenalina, son secretadas típicamente cuando uno tiene frío o miedo, un entorno calmo, que dé confianza, en el cual la mujer se sienta relajada, siempre es beneficioso. También se ha vuelto más importante en el complejo equilibrio hormonal que posibilita un alumbramiento espontáneo. Las neurohormonas con funciones parecidas a la morfina —esos "opiantes endógenos"— actúan como calmantes naturales

* Algunas estudiosas recientes sugieren que la oxitocina puede hacer que la gente pierda un poco la memoria. Puede explicarles por qué un rol impidiendo un poco el dolor.

les, no sólo protegiendo del dolor sino también suprimiendo la ansiedad e induciendo un estado general de bienestar. Por ejemplo, altos grados de endorfinas pueden inducir a las llamadas ondas cerebrales Alfa, que están asociadas con estados de serenidad o beatitud. Es casi como si la gente siempre hubiera sentido la presencia de esta capacidad natural de bienestar y hubiera buscado maneras de ponerla en funcionamiento. Comer, por ejemplo, aumenta nuestros niveles de endorfinas; rezar, meditar, hacer yoga y la acupuntura también pueden hacerlo.

El descubrimiento de los opiáceos endógenos del cuerpo explicaron algo que me había intrigado desde hacía mucho. Durante la guerra, mientras estaba operando, me sorprendió en varias ocasiones encontrar soldados, con serias heridas, no medicados, y actuando como si hubieran tomado calmantes o como si sus cuerpos hubieran secretado alguna sustancia especial para protegerlos del sufrimiento. De la misma manera, las mujeres, durante el trabajo de parto, a menudo actúan como si estuvieran "naturalmente" drogadas: notan lo bien que se sienten entre las dolorosas contracciones. Incluso he visto a mujeres en trabajo, en estados virtualmente estáticos o de éxtasis. Pero para que los poderes naturales del cuerpo puedan actuar, hay que dejarlos tranquilos. Darles a las mujeres drogas calmantes y hormonas sintéticas (oxitocina artificial) durante el parto —como es la práctica común en la mayoría de los hospitales modernos— destruirá el equilibrio hormonal del cual depende espontáneamente el trabajo de parto. Desde luego que el mismo dolor puede retrasar la labor, pero cuando no se usan drogas, el cuerpo se puede defender contra el dolor de manera natural y efectiva.



En efecto: se ha descubierto que cuanto más difícil y largo es el trabajo de parto de una mujer, más alto es el nivel de endorfina.

Este sistema endorfinico no siempre juega un rol crucial en el trabajo de parto, sino que también funciona como una especie de "sistema de premio" intrínseco que refuerza todos los aspectos del comportamiento sexual y de reproducción. Los científicos están descubriendo conexiones entre las endorfinas y la oxitocina — la hormona que, entre otras funciones, estimula las contracciones uterinas durante el orgasmo, el trabajo de parto y el alumbramiento— y entre endorfinas y prolactina, la hormona que estimula la secreción de la leche. Por su parte, el amamantamiento parece aumentar el nivel de la endorfina. Y ya se sabe que los opiáceos crean estados de dependencia y también contribuyen a desper-

tar el deseo de afectividad, de mimos. Su presencia en grandes cantidades, tanto en la madre como en el bebé, inmediatamente después del alumbramiento espontáneo, sugiere que puede perfectamente existir una base hormonal en el proceso del apego que ocurre en las primeras horas y en los primeros días después del alumbramiento.¹ En general, la existencia de estas complejas neurohormonas confirma nuestra creencia en la interconexión de todos los aspectos de la vida sexual y —ya que la secreción balanceada de hormonas es un asunto delicado, con alta respuesta a condiciones externas— se presenta otro argumento poderoso para mostrarse renuente a interferir en la fisiología del proceso del parto.

Permitiéndoles a las mujeres dar a luz a sus niños, dejándolas libres para trabajar como quisieran, Pithiviers asumió definitivamente su carácter muy particular. Por donde miráramos, el trabajo de parto y el parto se habían tornado "medicalizados", más tecnológicos, mientras que en nuestra clínica, estas situaciones eran simplemente asuntos de madre e hijo. En todas partes veíamos a los doctores incrementar el uso de drogas y su intervención artificial, mientras que en Pithiviers manteníamos nuestras intervenciones al mínimo absoluto y considerábamos a las drogas, innecesarias y dañinas. La obstetricia actual todavía está centrada en el rol del doctor y en su preocupación sobre cómo controlar y dominar mejor el momento del parto. Esta actitud ha dado como resultado la concentración sistemática de los nacimientos normales en entornos equipados con tecnología de avanzada y vigilancia electrónica de rutina. La obstetricia moderna no sabe nada y le importa aún menos el hecho de que el trabajo de

parto, el nacimiento y el amamantamiento sean partes integrantes de la vida sexual de una mujer. Como disciplina médica, se sigue sin tener en cuenta el potencial impacto negativo de los doctores masculinos y de los exámenes, durante el desarrollo del trabajo de parto, e igualmente se ignora la importancia de parteras y de ayudantes femeninas. Durante muchos años, nuestra práctica en Pithiviers ha cuestionado la obstetricia moderna, a tal punto que, hasta la misma palabra "obstetricia", parece extranjera y totalmente inadecuada para nosotros.

Nuestra clínica ha crecido. Ahora hay siete parteras. El número de nacimientos aquí se ha quintuplicado durante los últimos veinte años. Como todos los obstetras, aquí en Pithiviers siempre estamos acosados por el omnipresente espectro del riesgo. Pero nuestras experiencias han mostrado claramente que una actitud que "desmedicaliza" el alumbramiento, devuelve dignidad y humanidad al proceso del nacimiento y reintegra el control a la mujer, es también la actitud más segura. Nuestra política da resultados desde cualquier punto de vista, porque hemos advertido una marcada disminución en el riesgo, tanto para la madre como para el niño; en efecto, nuestros resultados se pueden comparar favorablemente con los mejores del mundo. En un momento en que la mayoría de los países industrializados no logra mantener las tasas de mortalidad perinatal² por debajo del diez por mil, sin incrementar simultáneamente la tasa de intervenciones y de cesáreas (que a menudo es tan alta como el veinte por ciento), en Pithiviers, sin ningún ocultamiento, hemos

¹ Perinatal se refiere a los bebés en más de seis meses de gestación y antes de la edad de siete días.

obtenido las mismas bajas tasas de mortalidad, con índice de cesáreas de sólo seis a siete por ciento. Ésta es la más auténtica evidencia de que nuestra actitud, que transforma la experiencia del alumbramiento, es una alternativa inteligente y segura.

Para aquéllos que se preguntan las mismas

cosas que nosotros, para las mujeres que desean reivindicar el alumbramiento, para los padres y madres que quieren experimentar el nacimiento como un hecho íntimo, para los clínicos que reciben con beneplácito un replanteo radical de su práctica, he aquí cómo sucede el alumbramiento en Pithiviers.



EL NACIMIENTO RENACIDO - 38

Una madre de Inglaterra

Después de dos nacimientos normales durante los cuales, a pesar de todo, sufrí todas las intervenciones comunes de la obstetricia convencional, había decidido que mi tercer alumbramiento tenía que ser diferente. Si todo iba bien, estaba preparada para encontrar una partera e insistir en tener el bebé en casa. Pero durante una revisión, me fue confirmado a las treinta y cuatro semanas, que el bebé venía con presentación pélvica y no había miras de que se pudiera dar vuelta. En el hospital local, el doctor sugirió que se decidiera una fecha para que se me indujera el parto y dijo que se podía usar una peridural y los fórceps. Si eso no funcionaba, comprendí que las cesáreas eran bastante normales para los nacimientos de ese tipo, ante la presunción de dificultades.

La vieja depresión volvió. Yo había deseado desesperadamente que el nacimiento de este bebé fuera natural y todos los hospitales posibles eran parecidos a los de mi última experiencia, en la que había sentido que el bebé me había sido quitado. En esa ocasión, mientras me estaban suturando, yo le pregunté al doctor: "¿Por qué durante el alumbramiento somos menos eficientes que los animales? Ya sentía que me habían arruinado el alumbramiento y estaba preocupada por la cantidad de "intervención de rutina" en lo que yo había considerado que era un hecho fisiológico normal. Su respuesta fue: "Es completamente diferente para los animales". Implicaba que los animales no eran eficientes durante el alumbramiento. Yo había visto a este doctor durante visitas prenatales y parecía haber com-

prendido mis deseos para el alumbramiento. A pesar de esto, había arreglado mi trabajo de parto para su propia conveniencia: mi sistema nervioso quedó muy alterado durante muchos meses. Tuve una depresión postparto y yo sabía que el origen no era simplemente hormonal. Me sentí enormemente defraudada. Ahora, una vez más, mis esperanzas para tener una experiencia mejor parecían completamente perdidas. Para mí, éste iba a ser otro bebé de fábrica.

Había oído hablar de Pithiviers; yo sabía que había mujeres que viajaban allí desde otros países. Sin embargo, difícilmente podía tenerse en cuenta como una posibilidad real para mí; estaba embarazada de treinta y siete semanas. Sin embargo, invité al Doctor Odent algunos días después cuando había decidido que me iba a arriesgar para siempre si no tomaba fuerzas hacia un esfuerzo por ir a Pithiviers. I pregunté si podía ir. El me dijo: "¿Por qué no?" Cuando le dije que el bebé venía en nalgas, él respondió: "No importa". Inmediatamente me sentí confiada y con mucha energía, ante la perspectiva del viaje.

Tanto mi esposo como yo sabíamos muy bien que el tiempo sería muy corto, en caso de emergencia. Además, existía la inestable reaparición de mi depresión; antes que me decidiera a ir a Pithiviers, yo había empezado otra vez. Yo sabía que no podía volver a vivir la depresión que había experimentado después de mi última intervención y, al mismo tiempo, pretender funcionar bien como esposa y madre para tres niños pequeños.

Durante mi última visita prenatal a Inglaterra, yo estaba casi desesperada cuando la enfermera me explicaba con la ayuda

una muñeca, cómo nacían los bebés que nían en la posición en la que estaba el fo. Me oía a mí misma protestando como nca antes en mis tres embarazos. Le dije mi doctor: si usted me manda a ese hos- tal otra vez, eso va a terminar conmigo. enfermera me hizo sentir avergonzada clamando: "¡Si ese bebé la opera ha- r!" Inmediatamente me di cuenta de e ya había rechazado "el sistema" por imera vez en mi vida. Ya no me importa lo que piensan si yo hacía alguna his- ia. Previamente había sido muy educada olaboradora con todo el personal médi- pero esto no me había llevado a ningun- parte; de hecho, mis hijos habían nacido cías a mi esfuerzo y probablemente ésta

fuera mi última oportunidad para tomar lo que la vida tenía para ofrecerme. Por una vez tenía que asumir mis propias responsa- bilidades, y en Pithiviers me ofrecían una alternativa que me atraía. Incluso la distan- cia me atraía. Sentía una especie de nostal- gia animal por escapar de todo, tener pri- vacidad y encontrar un lugar especial don- de dar a luz. Tenía que llegar a Pithiviers antes de que los trabajos de parto comen- zaran. Este bebé iba a ser mío y mío sin riesgos. Le dije a mi doctor: "Las cosas es- tán cambiando, ¿no es cierto?" "Sí", res- pondió, "pero esto sucede en un país ex- tranjero". Mi esposo le informó más tarde que ahí era exactamente donde nosotros íbamos a ir.



EL NACIMIENTO RENACIDO - 40



ANTES

Cada mujer embarazada llega a nosotros con una historia personal única, una familia y una cultura que influyen mucho en su trabajo de parto. En algunas sociedades, éste parece ser más fácil que en otras. En algunas fami- lias, también hay virtualmente una tradición de nacimiento fácil. Durante el alumbramien- to, una mujer trae consigo la experiencia de toda su vida, remontándose hasta su propia infancia y nacimiento. Nos interesa saber qué es lo que cada mujer sabe sobre su propio nacimiento, porque a menudo hay una cone- xión entre cómo fue su nacimiento y cómo ella misma va a traer a su hijo al mundo. Si por ejemplo, una mujer nos dice que su ma- dre estaba anestesiada y que ella nació con fórceps en un gran hospital parisino, tene- mos razones para pensar que su propio tra- bajo va a ser difícil. Si, por el contrario, cuen- ta que nació simplemente, en casa, probable- mente va a tener un trabajo más fácil. Ade- más, los hábitos cotidianos de una mujer tie- nen tanta influencia como sus actitudes mien- tales o su experiencia, para dar a luz. Las

mujeres que hacen ejercicio con regularidad, están mejor preparadas para el trabajo que aquellas que llevan vidas sedentarias. Una mamá embarazada que no tiene ninguna se- ñal de estrés, desde luego que también va a acercarse al trabajo de parto en mejores con- diciones.

Por supuesto, no se pueden borrar milagro- samente las preconcepciones y las experien- cias pasadas de una mujer, pero puede crearse una atmósfera que va a alentar a las mujeres y sus compañeros a vivir el alumbramiento de forma diferente. Es especialmente importante que ellas se sientan como en casa, en nuestra unidad. Las mujeres dan a luz mucho más confortablemente si están rodeadas por caras familiares, en un ambiente familiar, como bien lo saben aquellas que eligen tener sus bebés en casa. En casa, por supuesto, no sólo las paredes y el mobiliario son familiares, sino también los ruidos, los olores y los colores. Sin embargo, ya que lo más común en estos días son los alumbramientos en hospital, nuestro propósito es hacer que el lugar del nacimiento



se parezca lo más posible a una casa. Para que las futuras madres se sientan cómodas, les mostramos la unidad y les presentamos a las parteras y asistentes que estarán presentes durante el alumbramiento. Además, las invitamos a regresar cada vez que quieran, y hemos proyectado una serie completa de reuniones semanales, para que se interesen en venir.

Algunas mujeres tienen necesidad de volver a menudo, casi cada día. Otras acuden por primera vez el mismo día del nacimiento. Estas mujeres, que parecen estar muy calmas con respecto al trabajo de parto, tienden a estar sólidamente enraizadas en sus propias comunidades y, en consecuencia, sienten menos necesidad de participar en las reuniones del hospital, antes del alumbramiento, que muchas de las otras futuras madres más aisladas. En estos días en que la gente ya no se habla en el mercado o en la calle, el aislamiento se ha vuelto una fuente general de ansiedad. La

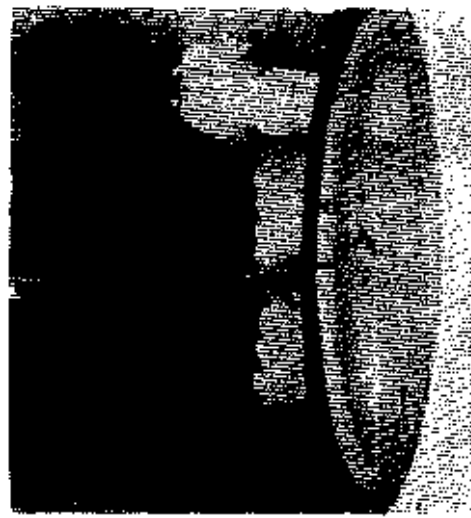
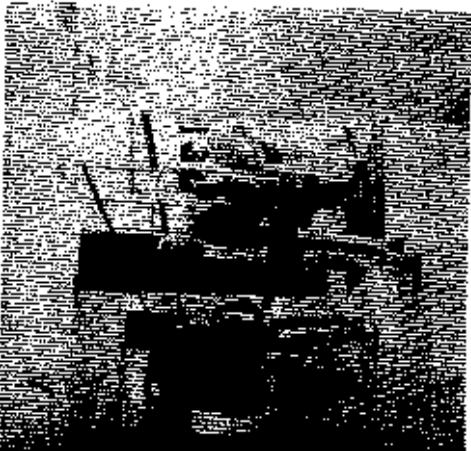
mujer embarazada, especialmente, necesita contacto con otras personas; la presencia de una comunidad que la apoya, la hace sentir más feliz y más segura. En Pithiviers, hemos designado una gran sala como "lugar de reunión", justamente para este propósito. Aquí todo el mundo se encuentra para charlar, para asistir a clases o discutir temas. Dejamos este cuarto en un comfortable desorden, a propósito. La atmósfera informal tranquiliza a la gente.

Los jueves por la noche, ofrecemos una presentación de Pithiviers. Esta reunión suele ser el primer contacto que la mujer o la pareja tiene con nuestra clínica. De vez en cuando, gente que no ha planeado dar a luz aquí, también viene en busca de información para que se le ayude a tratar un nacimiento no convencional, en alguna otra parte. Empezamos con un recorrido del lugar. Después de visitar una sala de partos convencional, con sus paredes blancas, luces brillantes, misteriosas máquinas electrónicas y una mesa de partos con barras y estribos*, vamos directamente a nuestra "salle sauvage", en donde nacen casi todos los bebés en Pithiviers. El contraste entre las dos salas es muy grande. En la "sala primitiva", las paredes están pintadas con colores cálidos, las cortinas son color crema y el suelo es color anaranjado. Las luces pueden ser bajadas fácilmente. Tenemos mucho cuidado en crear una atmósfera especial en este

* La única razón por la cual nosotros aún tenemos salas de partos convencionales, es que formamos parte de un hospital escolar y estamos obligados a contar con un equipo estándar. A pesar de que a veces usamos la mesa para situar algunos desajustamientos, nunca es utilizada para el alumbramiento. Si la sala de partos alternativa está ocupada, siempre es posible, incluso en una sala de partos convencional, cerrar las cortinas, poner una sábana en el suelo, introducir más calor y rápidamente crear la atmósfera requerida.



En la sala de encuentros



ya que el proceso del alumbramiento, las experiencias sexuales, son sumamente influidas por el entorno: por la luz, los muebles. Además, hemos sacado el mueble que sugiera tomar una posición. Cuando el alumbramiento sucede, lo que suele haber es un cuarto con una, que sugiere fuertemente una posición para la labor; en el hospital, la horizontal no le da a la madre otra alternativa más que la de acostarse sobre ella. Nuestra sala de alumbramiento, tenemos una forma grande, baja, cuadrada y con adiciones, donde la gente puede moverse. Sin desentonar con la vista general, hay una silla de madera, para realizada por un carpintero cuyo bebé an Pithiviers. También hay un aparato, una colección de discos y, cerca, refrigerador con agua, jugos de fruta y va-

En un cuarto vecino, la atmósfera es completamente diferente, aunque también simple. Los azules predominan. Las paredes pintadas de color aguamarina evocan las olas en el océano. Cortinas azul marino y grandes plantas verdes se suman al sentimiento de serenidad. En el medio del cuarto hay una pila circular, color azul cielo, hecha a medida para nuestras necesidades. Hemos descubierto que reposar en aguas tibias, ayuda a las mujeres, durante el trabajo, para relajarse y sentir menos dolor. Las mujeres pueden sumergirse en ella, sin temor.

Después de esta rápida recorrida, hay un período general de preguntas y respuestas, donde se discuten cuestiones prácticas, médicas y administrativas. Siempre aclaro con exactitud lo que hacemos en Pithiviers para ayudar a las mujeres en trabajo de parto y a sus nuevos bebés. La gente que viene a estas reuniones comprende con rapidez que no te-

nemos casi nada que enseñarles en el sentido convencional de la "preparación para el parto", y que rechazamos por completo sus aspectos prescriptivos. Sobre todo, no enseñamos una posición de parto "correcta". En oposición a la imagen tan profundamente grabada en nuestras mentes, de que todas las mujeres deben acostarse durante el trabajo de parto (en francés, el verbo para "trabajo de parto" y para "dar a luz", accoucher, en realidad, quiere decir "estar acostada"), subrayamos la libertad de la futura madre de moverse como quiera. Lo que si hacemos es explicar algunos de los inconvenientes fisiológicos de estar acostadas para dar a luz y aseguramos a las mujeres que las mejores posiciones para ellas son las que encuentran ellas mismas. Tampoco les enseñamos técnicas de respiración. Es imposible prescribir un método de respiración para el trabajo de parto sin indicar una posición particular para dar a luz; la gente

respira en forma diferente mientras camina, mientras está parada, mientras está acostada, mientras está de rodillas, mientras está sentada o acostada o apoyada en algo o flotando en el agua. Nuestra actitud está directamente en conflicto con cualquier psicoproflaxis convencional, como el método Lamaze, que entrena a las mujeres a controlar su respiración, sus pensamientos y la expresión de sus emociones. En Pithiviers, explico, hacemos exactamente lo contrario. En el día del nacimiento, alentamos a las mujeres que están en trabajo de parto para que se rindan a la experiencia, para que pierdan el control, olviden todo lo que han aprendido, todas las imágenes culturales, todos los modelos de comportamiento. Cuanto menos recuerde una mujer lo que ha aprendido sobre el "buen" método de tener un bebé, más fácil será para ella.

También describo un fenómeno típico de los últimos momentos antes del alumbramiento:

to: la mujer que entra en la parte final de las contracciones, a menudo siente la necesidad de pararse, para flexionar sus rodillas, mientras se cuelga del cuello de su compañero. En preparación para este momento, si que tenemos algo para enseñar, pero no a la madre. Podemos enseñar a su compañero, cómo sostener a su mujer durante sus últimas contracciones, por las axilas, sin contraer un dolor de espaldas. El padre del bebé, generalmente, está muy interesado con la perspectiva de semejante participación activa, como también lo están otros posibles ayudantes.

Las conversaciones difieren mucho de un

jueves a otro. Algunas veces, las preguntas se centralizan en el amantamiento o en el uso y la eficacia de los exámenes de ultrasonido o en la importancia de una dieta adecuada. La nutrición se está volviendo un tema más frecuente en nuestras reuniones de los jueves, con mucha razón; la naturaleza crucial de los hábitos dietéticos ha sido subestimada en el pasado. Curiosamente, las discusiones pocas veces se enfocan en el dolor. Claro, se habla sobre el dolor del alumbramiento, pero siempre enfatizamos que el dolor varía de mujer a mujer y que la calidad misma del dolor cambia considerablemente cuando una



El grupo de canto

mujer no tiene que estar acostada sobre su espalda sino que puede cambiar o relajarse en una pileta con agua tibia. Más aún, la actividad de una mujer con respecto al dolor cambia, a medida que se vuelve más confiada en su propia habilidad para conducirse ella misma, a través del trabajo de parto.

Insisto mucho en que la gente venga a las reuniones de los jueves, solamente una vez. Primero, ésta es la única manera de que los grupos sean chicos; segundo, evita que las reuniones empiecen a parecerse a clases. Aparte de estas restricciones, las mujeres y las parejas son invitadas para volver a la unidad de maternidad cuando quieran.

Los viernes están dedicados a conversación informal. No hay moderador y no hay un programa establecido. Se ponen juegos de frutas y pastelillos en una mesa, en el medio del cuarto. Es como una pequeña fiesta. La gente camina y habla libremente. Madres con sus bebés en brazos encuentran a futuras madres, encuentros siempre fructíferos. Una vez más, haciendo esto, estamos muy lejos de ejercer un modo de enseñanza, pero sin embargo muchísima información es intercambiada en estas reuniones y hay muchas cosas que son aprendidas mientras la gente habla y cuenta las experiencias físicas y emocionales de sus alumbramientos.

Los martes nos reunimos alrededor del piano y cantamos juntos. Los cantos comienzan cuando nos empezamos a interesar en la cuestión de lo que el bebé puede percibir in utero. Sospechamos que el feto desarrolla un sentido vibratorio difuso, mucho antes de que aparezca el mecanismo especializado del oído. Quizás mucho antes, el feto podría percibir sonidos vibratorios, particularmente aquellos de la voz de la madre que canta, pues bi-

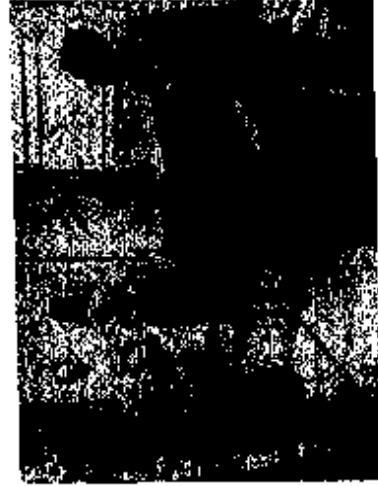
ne un cambio de frecuencia mucho mayor que el de la voz que habla.

Sin embargo, con el transcurrir del tiempo, nos dimos cuenta de que el grupo de canto tenía otros beneficios más inmediatos. Por un lado, el canto provee un modo simple para que las mujeres ejerciten los músculos del diafragma y aprendan a concentrarse en espirar; lo cual también les enseña a relajarse durante el trabajo de parto. El canto también ayuda a las mujeres a sentirse cómodas, desinhibidas y expansivas para experimentar y dejar escapar toda una gama de emociones. El grupo de canto da a las futuras madres y a las parejas, más oportunidades para encontrar a madres recientes, muchas de las cuales siguen viniendo a cantar con los bebés en sus brazos. Otros miembros de la familia pueden ver así el lugar del nacimiento: los niños son invitados a cantar con nosotros y a veces también vienen los abuelos. La calidez de estos encuentros es muy difícil de describir. Todo el mundo canta: las parteras cantan y también yo lo hago. Cuando todos cantamos juntos, la separación usual entre "paciente" y profesional se disuelve y una nueva relación emerge.

Una mujer extraordinaria, llamada Marie-Louise Aucher anima el grupo de canto con su cálida y original personalidad. Marie-Louise, cantante profesional, ha dedicado mucho de su vida para ayudar a la gente, enseñándole a cantar. Mientras que la terapia musical convencional considera a los individuos solamente como escuchas, Marie-Louise los concibe como hacedores de música. (Ha trabajado con niños y adultos, con pacientes mentales y con quienes padecen el síndrome de Down). En la actualidad, se dedica apasionadamente a cantar con mujeres embarazadas.

La primera vez que oí hablar de Marie-Louise fue a través de amigos comunes, en 1976. Como nosotros, ella estaba interesada en explorar los efectos del sonido, particularmente la voz de la madre, en el feto. Un día vino a visitar Pithiviers y le pregunté si no quería concurrir regularmente. Compramos un piano e invitamos a las mujeres embarazadas a venir y cantar con ella. Desde entonces, el grupo de canto ha sido una de las alegrías de Pithiviers. Marie-Louise nos recuerda constantemente que no sólo percibimos vibraciones con nuestros oídos, sino con todo nuestro cuerpo. Ella sabe cómo lograr los diferentes estados de ánimo en todos nosotros. Algunos días se arregla para crear una especie de calma quieta; otros, una explosión de alegría excitación. Mayor que los otros miembros de nuestro equipo, algunas veces toma el rol de abuela. Cuando ella está con nosotros, realmente nos sentimos parte de una comunidad.

A menudo, el grupo de canto termina bailando, ya sea danzas folklóricas tradicionales o bailes como el vals. El movimiento involucrado en la danza puede ser muy beneficioso



para el sentido kinestético del feto, que es una fuente del buen equilibrio para después. Pero, por sobre todo, es un placer cantar y bailar. Y el placer jamás debe ser substituido; no puede sino exaltar el embarazo.

Los miércoles, un joven pediatra viene regularmente a Pithiviers para discutir el cuidado postnatal del bebé. Este encuentro abierto provee otra oportunidad para que toda la familia pueda conocer la clínica y para que otras mujeres embarazadas puedan estar cerca de madres experimentadas.

Nuestro grupo de "Yoga y Maternidad", los jueves por la tarde, es guiado por una joven mujer llamada Ghanda, experimentada maestra de yoga, que tuvo su bebé aquí, en 1975. Ghanda sintió que sus conocimientos de yoga la habían ayudado durante su trabajo de parto y que podía ser útil para otras mujeres que iban a dar a luz. Se ofreció a dar clases de yoga en la clínica y yo la alenté para que así lo hiciera. El grupo de yoga es un éxito y continúa hasta ahora. Este grupo está totalmente de acuerdo con nuestra filosofía de ayudar a las mujeres a descubrir aquellos recursos que serán muy útiles para ellas durante el trabajo de parto y durante el alumbramiento y que harán la intervención médica muy innecesaria. El yoga puede ayudar a las mujeres a sentirse menos inhibidas y a usar sus cuerpos de muchas maneras nuevas. Por ejemplo, a través del yoga, muchas mujeres vuelven a descubrir la posición de cuclillas que cada niño conoce tan bien, y que es especialmente beneficiosa para las mujeres, durante el trabajo de parto. Por otra parte, el aumento de secreciones hormonales durante el embarazo, le da a la mujer una flexibilidad física muy superior y permite que estos ejercicios sean más fáciles de hacer.



Además, nosotros alentamos a las mujeres que tienen intención de dar a luz en nuestra clínica, a que participen en varias actividades al aire libre. La natación es altamente recomendada. En muchas ciudades de Francia, las piscinas públicas tienen horarios especiales reservados para mujeres embarazadas.

Durante este tiempo, la temperatura del agua generalmente se eleva hasta 30° C y, a veces, una partera y una nadadora experimentada guían a las mujeres para que realicen varios ejercicios de relajación. Denis Brousse, instructora de natación de Montpellier, tiene algunas ideas interesantes para ofrecer a las mujeres embarazadas. Piensa que la gente que nunca aprendió a nadar a menudo es la que se encuentra más a gusto debajo del agua, porque aún no ha experimentado el tener que luchar contra la sensación de estar sumergida. Denis alienta a las mujeres para que lleven a cabo estos aprendizajes: dejarse ir, caer pasivamente en el agua, sumergirse completamente, hacer sonidos al mismo tiempo que exhalan y tocar el fondo de la piscina. Estas mujeres pueden vencer el pánico que las lleva a emerger a la superficie rápidamente y experimentar un sentimiento de fuerza y bienestar. Es un excelente ejercicio para combatir la ansiedad.

Queridísimo papá:

Hay una reunión semanal que no me gustaría perder por nada del mundo. Anoto las fechas muy cuidadosamente y aun sin consultar mi calendario, nunca he faltado a ninguna. ¿Y adónde voy? A cantar a la Clínica de Maternidad. Nuestra querida abuela, Marie-Louise, siempre está ahí, fiel a su trabajo o más bien, a su piano. Cuando nos habla, una de las voces más agradables que haya oído jamás lleno el cuarto. Todos escuchamos muy atentamente, sobreando cada palabra como si fuera una exquisitez. Estamos encantados, cautivados. Cuando se sienta al piano, las notas caen como perlas y su voz resuena cantando para todos los bebés que aún no han nacido y para las madres que los llevan dentro. Con la simplicidad de una verdadera artista, logra llevarnos a todos a la Ópera!

Cuando cantamos "La flûte et la belle eau", ni siquiera nos damos cuenta de cuán alto llegamos, hasta que nos encontramos en las nubes, cantando un sí bemol. ¿Cómo pudimos ir tan arriba y luego bajar sin herirnos? De repente, Marie-Louise se pone a hablar con uno de los pequeños. Siempre tiene una palabra amorosa, un pensamiento dulce para los niños, para todas las voces frescas que están listas para cantar. Ajusta sus anteojos sobre la nariz y ya estamos otra vez en marcha hacia las esferas celestiales de las canciones de cuna. Comenzamos a cantar A-r-r-r-ró mi niño. Ase-r-rín, ase-r-rín y se reúnen todos para el gran baile con La Pájara Pinta. Sonriendo aún, pasa a temas más serios: amor verdadero, amor triste, el mundo de los adultos. Marineros abordan barcos para los países

de sus sueños y no serán olvidados. Hablamos del amor y el pájaro azul de la felicidad canta por un momento en nuestras vidas. Abruptamente, Marie-Louise acelera el ritmo. Las melodías van más y más rápido. Nosotros nos apuramos tratando de seguir el paso acelerado, pero ¿adónde vamos?, nadie lo sabe. ¡Ufffi! Se necesita una profunda respiración después de semejante canción! Marie-Louise se levanta. Sus ojos juguetones brillan detrás de sus anteojos. Eslamos todos rodeados de calidez, por su sonrisa y su espíritu brillante, la poesía de la niñez, la felicidad de vivir con sus palabras y su música. Imprevisiblemente, nos está pidiendo que bailemos, que corramos las sillas, que floteamos libremente con los melodías de su guitarra y, de repente, nos encontramos todos bailando.

Un día, Marie-Louise estaba de mejor humor que de costumbre. Ya, curiosa, le pregunté por qué. Su respuesta fué simple: "Acabo de venir de los tribunales. Mi vecino me ha tapado todas las cañerías y la situación es tan ridícula ¡que me ha puesto de un humor maravilloso!" Bueno, ya vea lo que ella quería decir. Cuando uno canta, la vida canta y nada puede detener la corriente de burbujas de alegría dentro de uno.

Marie-Louise es tan joven que es imposible creer lo vieja que realmente es. Ha visto florecer setenta y dos primaveras, pero su corazón es eternamente joven. ¡Cómo le gustaría Marie-Louise, papá, tú que eres violinista y conquistador!

Tu hija que te quiere.

A pesar de que las actividades diarias de una mujer juegan un rol importante en su preparación para el nacimiento, el cuidado médico prenatal tiene una importante influencia en el progreso del trabajo de parto y del alumbramiento. Actualmente, en Francia, los exámenes prenatales son obligatorios durante el tercer, el sexto, el octavo y el noveno mes. Algunos doctores y algunas mujeres encuentran necesario o útil concertar revisiones adicionales. De cualquier manera, es el estilo y no el número de exámenes prenatales lo que determina la naturaleza de su influencia.

Demasiado a menudo esas consultas tratan el embarazo como si fuera una enfermedad. El curso rutinario de esas sesiones frecuentemente provoca más problemas que los que resuelve. Para empezar, la visita prenatal trae generalmente a la luz algún elemento de preocupación potencial sobre el cual, sin duda, el doctor enfocará su atención: el cérvix es demasiado corto, demasiado suave o está medio abierto; el bebé es demasiado grande o demasiado pequeño para su edad de gestación; la madre ha ganado mucho peso o no lo bastante; su presión arterial es demasiado alta o demasiado baja; la forma o el tamaño de su pelvis no es favorable, etc., etc. En general, se discute con un examen de ultrasonido, dando al doctor más probabilidades de descubrir algún detalle preocupante sobre la posición de la placenta o el tamaño y forma del feto. Finalmente, hay tantos análisis de sangre y orina que el resultado de por lo menos uno de ellos es probable que calga fuera del nivel "normal". Una consulta de este tipo, por lo común termina con que el doctor prescribe alguna medicación, y a veces, incluso guardar cama.

Hay un segundo tipo de consulta que puede ser llamada neutra y que a menudo desahoga los efectos del primer tipo. En Pitiviers, preferimos las consultas del segundo tipo. La

revisación puede ser muy breve; un doctor a veces necesita muy poco tiempo para captar las cosas esenciales. El primer paso es buscar las anomalías que requerirían acción inmediata. Sin embargo, en muy pocos casos es útil o ni siquiera posible actuar luego de un diagnóstico problemático. Las infecciones urinarias pueden ser tratadas y se aconseja la internación cuando las proteínas se depositan en la orina, cuando hay una fuerte subida de presión inesperada, cuando un edema indica un diagnóstico positivo de una preeclampsia (un estado de toxemia y causa importante de fatality en mujeres embarazadas). También sugerimos que una mujer que está trabajando en un lugar muy cansador y a disgusto, se tome vacaciones si puede lograr recibir los beneficios durante su ausencia.

Sólo solicitamos los análisis de orina y sangre más rudimentarios y raramente usamos exámenes de ultrasonido. Esto sorprende tanto a los doctores como a las futuras madres, porque el uso del ultrasonido ya se ha vuelto rutina en la mayoría de las clínicas y de los hospitales. La gente parece adjudicarle cualidades casi mágicas a estos exámenes, creyendo que van a resolver toda clase de posibles problemas. Por supuesto que un examen de ultrasonido puede proveer una gran cantidad de información para satisfacer la curiosidad de los padres y de los doctores. Pero al final, sin embargo, pocas veces nos da más información que el diagnóstico de un doctor bien afeitado. Aun si estos exámenes a veces nos dicen algo que no se hubiera podido descubrir por otros métodos, hemos descubierto

* En Francia, una mujer puede dejar su trabajo y seguir recibiendo pago desde la sexta u séptima semana antes del nacimiento hasta diez semanas después de éste. Además, un doctor puede prescribir descanso en cualquier momento y el seguro nacional francés cubre la ausencia.

que raramente nos llevan a un cambio de procedimiento.

Por ejemplo, supongamos que un examen de ultrasonido hecho con mucho anticipo muestre que la placenta está pegada al útero, demasiado abajo. Este descubrimiento puede causar gran ansiedad en la mujer, y sin embargo, el doctor está inhibido para hacer algo hasta el momento del nacimiento. Es más, no tiene ningún sentido preocuparse por ello, ya que el lugar de la placenta se vuelve importante sólo al acercarse el fin del embarazo, cuando la mayoría de esas placentas tienden a separarse del cérvix, de todas maneras. Durante el trabajo de parto, es fácil para un doctor experimentado chequear manualmente que la placenta no se encuentre en el camino. Si en verdad cubre por completo la apertura cervical, entonces se puede aconsejar una cesárea. Si la cubre sólo de manera parcial, el trabajo de parto puede continuar, teniendo siempre en cuenta la posibilidad de una intervención, cuando la madre pierde demasiada sangre o el feto corre cualquier peligro, de cualquier modo.

Otra cosa que suele suceder comúnmente es que el ultrasonido revela un embarazo de mellizos con bastante anticipación. Sin embargo, a veces sólo un feto continuará el desarrollo. En vez de depender del resultado de este examen, lo único que uno necesita hacer es esperar pacientemente hasta el séptimo u octavo mes de embarazo, cuando el doctor puede detectar mellizos, con facilidad, durante un examen externo profundo. A veces el ultrasonido puede detectar algunas anomalías, como anencefalia o espina bífida. Para que este descubrimiento tenga valor práctico, sin embargo, debe ser hecho con bastante anticipación como para poder interrumpir el embarazo. El aparato de ultrasonido nunca puede estar 100% seguro de semejantes diagnósti-

cos, lo cual vuelve mucho más problemático el hecho de abortar o no. En todo caso, debería destacarse que muchos bebés con esa clase de defectos están destinados a morir por causas naturales *in utero* o después de algunos días de nacidos. Otra razón frecuente para el uso del ultrasonido es confirmar la fecha precisa de la concepción, y por ende, la fecha de nacimiento. Incluso, cuando la futura madre ha tenido períodos irregulares, un obstetra experimentado puede casi siempre fijar la fecha con la misma precisión, haciendo las preguntas pertinentes y examinando a la mujer al principio del embarazo. En general, los exámenes de ultrasonido, aunque sean muy interesantes, no son útiles desde el punto de vista práctico. En Pitiviers, por lo común, esos exámenes suplementarios se llevan a cabo cuando van a tener un efecto definitivo en las decisiones del doctor o de la mujer embarazada. Esta regla general hace que queden muy pocas ocasiones para utilizarlos.

Además de este principio de intervenir lo menos posible, hay otras razones para limitar el uso del ultrasonido. Es importante recordar que aún no hay modo de saber hasta qué punto la exposición al ultrasonido—incluso durante muy corto tiempo—puede afectar a la madre o al feto. A pesar de que muchos médicos y técnicos de ultrasonido creen que este procedimiento no es dañino, se están llevando a cabo investigaciones en gran escala sobre los efectos genéticos del desarrollo fetal y condiciones hematológicas y vasculares del sistema inmune y muchos más.² Ya que estas investigaciones acaban de empezar, es demasiado pronto para llegar a conclusiones definitivas. Lo único que puede hacerse es esperar a ver qué sucederá dentro de cuarenta años, cuando una o dos generaciones hayan sido literalmente arrulladas *in utero* por ondas sonoras.

Otro examen prenatal controvertido es la amniocentesis. Consiste en usar el ultrasonido para determinar la posición del feto y luego insertar una aguja a través de la pared abdominal de la madre para obtener una muestra del líquido amniótico. De ahí se extraen células fetales que se ponen a crecer en un cultivo, hasta que sea posible determinar su composición cromosómica. Usualmente, la amniocentesis se hace a las dieciséis semanas de gestación, más o menos, y los resultados están listos después de alrededor de tres semanas. Se ha vuelto normal para las mujeres de más de treinta y cinco años hacerse la amniocentesis, ya que cuanto mayor es la mujer, mayores son los riesgos de tener un bebé con el síndrome de Down.

En Pitiviers, estamos abiertos a la amniocentesis. En algunos casos excepcionales, cuando hay enfermedad genética en la familia, la amniocentesis puede llegar a aliviar los temores de una mujer y ayudarla a sentirse más tranquila, pero en la mayoría de los casos, sin tener en cuenta la edad de la mujer, nunca la urgimos a hacerse ese test. Lo que sí hacemos, es darle toda la información posible, para que pueda calcular los riesgos involucrados y decidir por sí misma. Debe comprender que la amniocentesis es útil únicamente si, luego de obtener resultados anormales, ella considerara abortar. El procedimiento mismo implica un riesgo de aborto de un 0,5 a un 2%. Ciertos estudios también sugieren mayor incidencia de dificultades respiratorias para el recién nacido y una correlación con mayor tasa de malformaciones otopédicas, si la madre ha tenido una amniocentesis en el segundo trimestre. También la alentamos a interpretar las estadísticas dentro de un cuadro positivo. Por ejemplo, en vez de decir que una mujer en 109, de más de cuarenta años, corre el riesgo de tener un bebé con el síndrome de Down, ¿por qué no

considerar que semejantes mujeres tienen 99% de posibilidades de tener un bebé genéticamente sano? Nuestra meta es informar, nunca alarmar. Como resultado, muchas mujeres, en Pitiviers, renuncian a hacerse el test de la amniocentesis.³

Desde la publicación americana de este libro se ha presentado un nuevo test para reconocer anomalías genéticas antes de las doce semanas. Es la biopsia coriónica. El riesgo de aborto relacionado con este nuevo test no ha sido todavía evaluado adecuadamente.

Y, por último, nuestro modo de tratar el riesgo del nacimiento prematuro no está para nada conforme con las doctrinas populares de varios años atrás. Una verdadera obsesión por los bebés prematuros ha hecho que muchos doctores adoptaran una actitud preventiva agresiva. En muchos países, el reposo en cama es comúnmente prescrito para evitar el trabajo de parto prematuro, y sin embargo, ningún estudio ha podido demostrar que el confinamiento en cama haya tenido semejante efecto. Por eso, nosotros somos muy escépticos con respecto a lo efectivo de semejante prescripción. Esta política en contra de guardar cama también está motivada por nuestra preocupación de que, una inmovilización prolongada, puede llevar a una privación fetal sensorial, limitando el ingreso al órgano vestibular —la parte interior del oído— que procesa información sobre la posición del cuerpo y eventualmente asegura el equilibrio apropiado. Además, el órgano vestibular, probablemente afecta la orientación del feto *in utero*; las deficiencias en su función pueden dar como resultado presentaciones pélvicas o de hombro. Desde nuestro punto de vista, la frecuente prescripción de guardar cama puede ser vista como otro ejemplo de intrusión de la obstetricia en el proceso del nacimiento. A las mujeres se les dice no sólo

que se acuerden durante el alumbramiento si no latirán durante todo el embarazo.

En la misma línea, también cuestionamos la práctica de prescribir drogas que inhiben las contracciones uterinas, para prevenir el alumbramiento prematuro. Primeramente, estas drogas —que las mujeres llegan a tomar durante días, semanas o incluso meses— tienen intensos efectos contrarios: palpitaciones, mareos y un malestar general. Si una mujer viene a nosotros preocupada porque siente contracciones uterinas, primero establecemos si es que no está empezando el trabajo de parto. Después aclaramos que el feto es un músculo y no un recipiente inerte; las contracciones ejercitan y fortalecen los músculos uterinos y pueden proveer estímulos que el bebé necesita. Si la mujer se queja de que estas contracciones son dolorosas, un baño caliente puede aliviar ese malestar. Segundo, tenemos que esas drogas puedan inhibir el despertar del desarrollo adecuado de las funciones sensoriales. Nos preocupa particularmente la afirmación de algunos médicos, que pueden terminar si un niño ha sido o no gestado bajo la influencia de esas drogas, por la sensibilidad de su piel, después del nacimiento.

Finalmente, es poco usual para nosotros hacer un cerclaje. El cerclaje consiste en cerrar el cérvix con puntos, lo que suele hacerse hacia el tercer mes de embarazo. Más común en Francia que en los Estados Unidos o Inglaterra, el cerclaje es indicado para remediar un cérvix que se abre prematuramente. El diagnóstico de "incompetencia cervical" es, sin embargo, muy subjetivo. Además, el trabajo prematuro está raramente relacionado con la condición del cérvix. En hospitales donde el cerclaje es común, la tasa de bebés prematuros no es significativamente más baja que en otros lugares donde esto se hace oca-

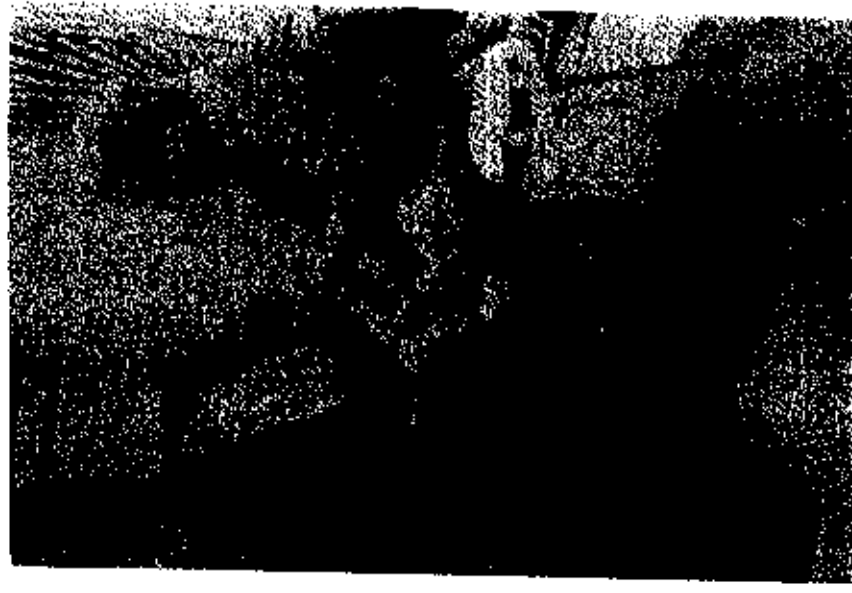
sionalmente. Como les digo a las mujeres embarazadas: no es el cérvix el que determina cuándo comienza realmente el trabajo de parto, sino el mismo bebé.

La mayoría de los países europeos tienen ahora una tasa de bebés prematuros del 6 al 7%, lo que constituye una leve disminución con respecto a los años precedentes. Esta tendencia de disminución de nacimientos prematuros, desde el año 1970, ha sido directamente atribuida a la actitud médica agresiva, que incluye exámenes prenatales más frecuentes, tecnología de avanzada y la prescripción de nuevas drogas. Pero puede haber otras razones para esa merma. En nuestra clínica, donde las actitudes opuestas prevalecen, de los mil nacimientos antes del 31 de diciembre de 1973, el 4,9% fue de prematuros; de los mil nacimientos antes del 31 de diciembre de 1980, el 2,5% fue de prematuros.*

La reciente y continuada disminución en nuestra ya baja tasa, puede explicarse por el hecho de que, durante la pasada década, las mujeres que vinieron a Pithiviers tenían mayor solvencia económica, lo que quiere decir que tendían a estar en más saludables condiciones físicas con menos probabilidades de empezar el parto prematuramente. Sin embargo, la diferencia estadística entre nuestros números y el mundo en general es demasiado grande como para ser atribuida únicamente a este factor. Quizás una correlación alternativa podría establecerse entre nuestra baja tasa de nacimientos prematuros y nuestro estilo general de cuidado prenatal.

A veces no podemos evitar pensar si las mujeres embarazadas no ganarían más viniendo a cuidar con nosotros, que yendo a otro examen prenatal.

* Para simular, llenamos "sujetos" a todos los bebés que nacen con un peso menor a 2,400 kilos.





NO PERTURBAR A LAS MUJERES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

El proceso del nacimiento es un proceso involuntario. Uno no puede ayudar a un proceso involuntario. El asunto está en no perturbarlo. La parturienta puede inhibirse por la presencia de gente o por la actitud que ésta tenga.

Una mujer en trabajo de parto llega a la clínica. Su primer contacto con la partera es importante; la mirada amable, la sonrisa, las palabras y los gestos de la partera tienen un efecto benéfico en el trabajo de parto. Las decisiones tomadas en este momento también pueden ser muy significativas. Por ejemplo, una partera expertamentada podrá determinar la etapa precisa de trabajo en que se encuentra la mujer. Si acaba de empezar, la partera puede aconsejarle que espere antes de venir a la clínica, quizás que haga una caminata o incluso que vaya a su casa por un rato, si vive cerca. Si la mujer viaja a un entorno familiar, es probable que cuando regrese a la clínica, el trabajo ya esté bien

avanzado. Si la mujer se queda en la clínica durante toda la primera etapa del trabajo —la etapa en que el cérvix se está dilatando gradualmente— la asistimos, pero no de un modo preconcebido; hemos aprendido por experiencia a no ser ni mecánicos ni dogmáticos. Cada mujer es diferente y, por supuesto, cada trabajo será diferente. Nosotros aceptamos eso. No planeamos estrategias especiales, ni adoptamos reglas rígidas.

Esto no interfiere con una labor de equipo. Habiendo trabajado juntos desde hace bastante tiempo, a menudo podemos comunicarnos con una simple mirada o un gesto. También quiere decir que no tenemos procedimientos generales; al contrario, algunos han evolucionado naturalmente a lo largo de los años, en armonía con nuestro interés por la flexibilidad, la innovación y la importancia central de la madre. Estas pautas generales se aplican por igual a todas las mujeres sin tener en cuenta su pasado, tanto a una mujer que

ha visitado la clínica regularmente como a una que haya llegado a nosotros durante la etapa de trabajo activo. Estas pautas generales se aplican a las mujeres que nosotros conocemos bien y a las mujeres que apenas hemos conocido; a las trabajadoras y a las intelectuales; a las que viven en la ciudad o en el campo; a las francesas o a las extranjeras.

Para empezar, en Pithiviers, queremos destruir la imagen tan incrustada en la cultura occidental, de una mujer embarazada, como paciente. No alentamos a las mujeres que entran en el hospital a ponerse rápidamente su camión e irse a la cama. La primera etapa del trabajo puede tener lugar en el cuarto, en la gran sala de reuniones o en la sala de alumbramiento. Durante este tiempo, algunas mujeres prefieren caminar por los corredores o pasear por el jardín. En Pithiviers insistimos en que todo es posible.

Mientras la primera etapa del trabajo prosigue y las contracciones se vuelven más intensas, la madre siente necesidad de pasar a un lugar más calmo, con luces más suaves. La mujer, escuchando a su propio cuerpo, necesita concentrarse; puede encontrar las distracciones externas como intrusas. Un ambiente sereno puede colaborar en gran medida con la transición de una mujer a su propio mundo interior. Muchos maníferos, después de todo, dan a luz en la oscuridad, quietos, en rincones alejados. No es sorprendente, entonces, que los seres humanos también busquen semejantes lugares para trabajar y alumbrar. Nuestra "salle sauvage" está diseñada para llenar este requisito. Idealmente, todo estímulo sensorial tendría que ser reducido. En algunos casos, una música suave realza el sentimiento de calma y quietud. El cuarto es lo suficientemente cálido como para que la mujer se sienta con-

fortable. La mayoría se quita sus anteojos o sus lentes de contacto, para concentrarse totalmente en su interior.

A la mujer que está en trabajo de parto se la urge a confiar en lo que ella siente, a moverse como le parezca, a tomar, de manera espontánea, cualquier posición. Puede caminar, sentarse, arrodillarse, apoyarse en alguien o en algo o también acostarse, si eso le es cómodo. Cuando se les da esta libertad, las mujeres raramente eligen la posición dorsal o la de semisentada, por largos períodos de tiempo, porque simplemente no están cómodas. Por la misma razón, evitan yacer sobre sus espaldas hacia el fin de su embarazo y prefieren, en cambio, entosarse de costado. Si una mujer en trabajo de parto está sobre sus espaldas y duda en moverse o cambiar de posiciones, a veces sucumbimos a la tentación de explicarle que para ella, esta posición restringe el oxígeno transferido al bebé, porque interfiere con el flujo de sangre al útero, comprimiendo la aorta y la vena cava.

Por lo general, esta explicación es innecesaria, ya que la mayoría de las mujeres, en las primeras etapas del trabajo, instintivamente prefieren pararse, inclinándose hacia adelante, apoyándose en un mueble o simplemente afirmarse sobre manos y rodillas. No es casual que tantas mujeres encuentren esta posición espontáneamente y la conserven por largo tiempo; en efecto, reduce el dolor, especialmente los dolores de espalda. Además, es una especie de envoltura física hacia el interior.

Cuando la mujer está en cuatro "patas", generalmente hay una pierna que está más alta o un brazo que está más adelantado que el otro. Puesto que la cabeza del bebé tiene que hacer una espiral en la pelvis, el nacimiento es, por naturaleza, un fenómeno asimétrico. Esta es una de las razones por las cuales la posición de yacer en una posición simétrica es apropiada.



Mujer en trabajo, paseando con amigos

que le facilita ignorar distracciones externas. (Esta postura se parece a la que se adopta para orar; en sí misma, es una transición a un diferente estado de conciencia). Arrodillarse también parece jugar un rol importante desde el punto de vista mecánico. En caso de presiones pélvicas, que a menudo causan los trabajos más largos y difíciles, facilita la rotación de la cabeza del bebé en la pelvis. Como la parte más pesada del cuerpo del niño es su espalda, el bebé tratará de rotar hacia el frente del útero, cuando la mujer está en cuatro "patas". Resumiendo, el caminar, arrodillarse, sentarse, pararse, apoyarse en alguien o en algo son las posiciones de trabajo básicas más comunes, pero cada una tiene innumerables variantes individuales.

Las parteras se encargan de las cosas fundamentales; se aseguran de que el cuarto esté cálido, oscuro y tranquilo y que cada mujer se sienta libre de cambiar las posiciones como quiera. Ofrecen agua, jugos de fruta, miel y azúcar, que proveen a las mujeres con los líquidos y calorías que necesitan para poder hacer el arduo trabajo del alumbramiento. Es bastante fácil enseñar a otros cómo seguir estos pasos de nuestra rutina. Pero ayudar a una mujer en trabajo involucra mucho más que estas simples tareas. Incluye empatía, intuición e inspiración; es un arte.

Es el sentido de la intuición lo que hace que una partera pueda "sentir" si las personas presentes durante el trabajo de parto juegan un rol positivo o negativo. A menudo, durante el

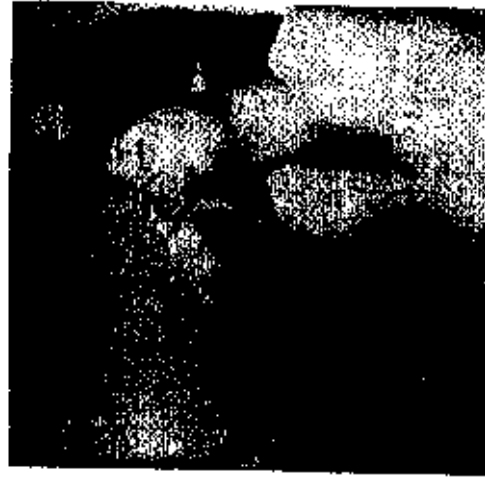


Durante el trabajo, la mujer es libre de ponerse en cualquier posición que encuentre espontáneamente...



parto, las mujeres quieren tener cerca a alguien que ellas conocen y parecería que necesitan establecer una relación especial con, por lo menos, una persona. En nuestra sociedad, a menudo esta persona es el papá del bebé. Sin embargo, no siempre es lo mejor para una mujer, tener a su compañero allí. La presencia de algunos hombres es benéfica, mientras que otros, lo único que hacen es retardar la labor. A veces, un hombre muy ansioso va a preocuparse y va a tratar de ocultar esa preocupación hablando demasiado; esta charla puede distraer a la mujer que está tratando de concentrarse en su trabajo. Me acuerdo de una mujer que no podía sobrepasar una dilatación de ocho centímetros; cuando su esposo dejó el cuarto para tomarse un corto descanso, su bebé nació. A pesar de que esta mujer nos había dicho que ella quería que su marido estuviera presente, su cuerpo estaba diciendo lo contrario. Un hombre particularmente sobreprotector y posesivo, también puede tener efecto muy negativo en un trabajo de parto. Continuamente masajea, acaricia y abraza a su mujer, que le pertenece. Anticipa sus requerimientos, más que responder a ellos. La mujer en trabajo de parto requiere calma, pero lo único que puede proveer el es estímulo. A veces los hombres tienen dificultad para observar, aceptar y comprender el comportamiento instintivo de una mujer durante el alumbramiento. Por lo contrario, a menudo tratan de evitar que ella se salga de un estado racional, autocontrolado. No es una mera coincidencia que en todas las sociedades tradicionales, las mujeres en trabajo de parto son asistidas no por hombres, sino por otras mujeres que ya han tenido niños.

Algunas futuras madres prefieren traer a una hermana o amiga a la clínica. Si la amiga



La ternura es más importante que la técnica

o la hermana ha tenido un parto espontáneo y natural, le dará un conocimiento positivo de la experiencia del acontecimiento; si nunca ha tenido niños o si ha tenido solamente nacimientos por cesárea, le puede traer miedo y ansiedad. Otras mujeres prefieren que haya varias personas con ellas, en la clínica. Hemos notado que muchas de estas mujeres tienen trabajos largos y difíciles. Una noche, mientras las parteras y yo estábamos mirando televisión, vimos llegar un auto. Una mujer embarazada, aparentemente en trabajo de parto, salió del auto, seguida por un hombre, una mujer, una chica joven y otro hombre con una cámara. La primera reacción de las parteras fue: "Bueno, parece que nos espera una larga noche". Tenían razón; la labor fue larga y trabajosa. Quizás algunas mujeres quieren estar rodeadas de gente en este momento, por algún oculto temor o inseguridad con respecto a la labor. Sin embargo, estos senti-

mientras de ansiedad pueden volverse aún más fuertes si la mujer en trabajo de parto siente que la están mirando o que debe jugar algún rol específico en relación con quienes están presentes. Por otra parte, las mujeres que son muy apegadas a sus familias o comunidades, a menudo se sienten reconfortadas durante el trabajo por la presencia de la gente a la que están acostumbradas a ver todos los días.

Ocasionalmente, una mujer puede llegar a la clínica con su propia madre. Esto puede ser muy útil si la madre ha tenido varios niños sin intervención médica, pero no madres que han dado a luz entre las décadas del 50 y el 60. Mucho de lo que las madres han experimentado en alumbramientos en esa época ya no tiene vigencia. Además, las prácticas médicas alrededor del nacimiento siguen cambiando muy rápidamente, así que puede ser bastante difícil para las madres darles informaciones válidas a sus hijas, como se hace en las sociedades tradicionales. La diferencia en experiencia y conocimiento explica algunas de las tensiones que hemos observado entre madres e hijas. En muchos casos, esta diferencia puede ser salvada con gran efectividad por el acompañamiento de una experimentada y comprensiva partera.

Nunca ahataremos suficientemente la importancia de las parteras. Cualquiera sea la práctica particular de la obstetricia, más mujeres tienen trabajos y nacimientos normales cuando las parteras presenales juegan un importante rol durante el alumbramiento, ya sea en Irlanda, en Holanda o aquí, en Pittsburgh. Es muy importante que las parteras sean mujeres, una verdad que aparentemente no es tan obvia como parece, ya que las escuelas de parteras en países como Italia, Francia, Suecia y el Reino Unido han comenzado a

admitir hombres. El trabajo de parto, el alumbramiento y el alumbramiento son parte de situaciones sexuales y el sexo de los presentes tiene que ser tenido en consideración. El contacto entre el asistente al nacimiento y la mujer en trabajo puede ser extremadamente íntimo e intenso. La mujer en trabajo de parto se halla en un estado físico y emocional especialmente vulnerable, lista para volverse dependiente de su asistente al nacimiento, por lo menos por un momento. Los matices sexuales que podrían acompañar semejante contacto con un asistente masculino podrían perturbar a la mujer durante el trabajo y no dejaría actuar con la apertura y la espontaneidad que ella querría, o inclusive después, podría hacerla sentir avergonzada de lo que ha revelado sobre ella misma. Claro que no es tan simple. Aparte de la importancia de que el asistente o la ayudante sea masculino o femenino, la cualidad esencial que el asistente al nacimiento -ya sea hombre o mujer- debe tener es habilidad para ayudar a la mujer a sentirse segura y tranquila.

Resumiendo: privacidad, intimidad, oscuridad, calma, libertad para hacer ruido y trabajar en cualquier posición y la proximidad de las parteras que no se comporten como observadoras son cruciales para una primera etapa de trabajo espontáneo. Iluminación fuerte, ruidos fuertes, máscaras frías e intrusiones enmascarados, típicos del entorno de los hospitales modernos, sumados a la ausencia de las parteras, la negación o la ignorancia de su importancia y el confinamiento de las mujeres en trabajo, a posiciones restringidas, todo esto inhibe el trabajo en sí.

Sin embargo, aun cuando una mujer está en la atmósfera más favorable, la dilatación a veces se define y las contracciones se hacen más dolorosas y menos eficaces. En este caso,



Una mujer con la partera, en la "salle sauvage"

un baño caliente puede proveer algún alivio. Ahora hay dos pequeñas píletas en la clínica, que usamos para estos casos. La mujer se sumerge en el agua caliente, casi siempre hasta el cuello. A veces, una mano atenta, suavemente sostiene su cabeza, mientras sus oídos también se sumergen. En la píleta, el trabajo de parto se hace más fácil, más cómodo, menos doloroso y más eficaz. Por un lado, el agua hace que la mujer no tenga peso; puede flotar y ya no debe luchar contra el peso de su propio cuerpo durante las contracciones. Además, el calor del agua reduce la secreción de adrenalina y relaja los músculos. El agua también puede inducir ondas cerebrales Alfa,

creando un estado de relajación mental. La relajación, a su vez, trae una dilatación rápida. En ocasiones, cuando el trabajo no está progresando, el abrir una canilla, el ver y oír correr al agua, hace que el nacimiento suceda antes de que la píleta se llene!

Tendremos a reservar nuestras píletas para las mujeres que tienen dolorosas e ineficaces contracciones (alrededor de los cinco centímetros de dilatación). Pero el agua puede ser relajante para las otras, también. Puede ser tan reconfortante como un amante, una madre o una partera. La afinidad de las mujeres embarazadas con el agua aun es un misterio para nosotros. Muchas futuras madres dicen



que son atraídas por el agua; sienten una gran necesidad de zambullirse en las olas o de soñar que están flotando en la superficie, por largos períodos de tiempo. Algunas mujeres fuertemente asustadas por el agua durante el embarazo, lo están aún más durante el trabajo de parto. No obstante, hay otras que nos dicen que no les gusta el agua o que no saben nadar. Sin embargo, cuando comienza el trabajo de parto, estas mismas mujeres de repente van hacia la pileta, entran con tranquilidad y no quieren salir!

Mientras la primera etapa del trabajo de parto llega a su fin, por lo común, la mujer sale de la pileta. Siente la necesidad de volverse más activa, para ayudar a que el bebé emerja. A menudo, en este momento, la mujer parece tener una mirada distante en sus ojos e incluso parece que estuviera en un mundo diferente; si habla, repetirá palabras aisladas u oraciones simples. Para nosotros, éstos son signos de

que está respondiendo a lo que es instintivo dentro de ella y que ha llegado a un buen equilibrio hormonal. Lejos de considerar su estado como irracional y desamparado, estamos muy seguros de que ella sabe mejor qué hacer para ayudar a su bebé a venir al mundo.

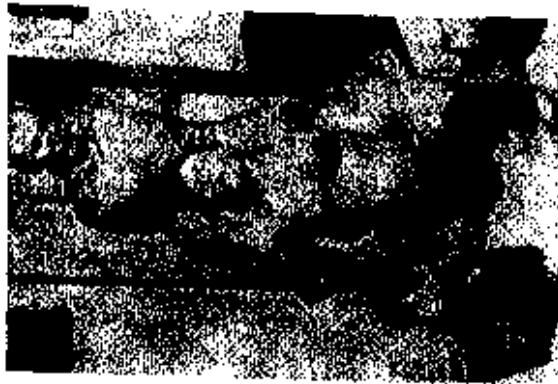
Nuestro modo de terminar la secuencia de la segunda etapa de la labor —cuando la dilatación del cérvix está completa— es muy diferente de la práctica médica común. La mayoría de los profesionales hacen una revisión vaginal, para decidir si una mujer tendría que empujar a empujar o no. Nosotros podemos generalmente distinguir las etapas del trabajo, sin exámenes internos que, en todo caso, deberían ser mantenidos al mínimo. Sabemos que la segunda etapa del trabajo ha comenzado cuando la mujer que ha estado parada o caminando, de repente quiere doblar sus rodillas durante las contracciones y tiene una urgente necesidad de agarrarse de algo o de



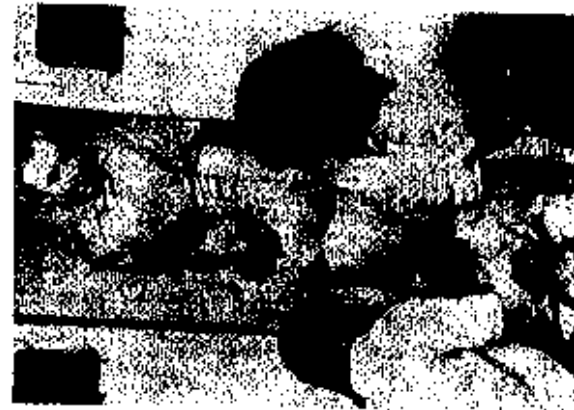
alguien. Si ella y su compañero están parados cara a cara, abrazándose, ella se va a colgar de su cuello, durante las contracciones. Si su compañero está de pie detrás de ella, quizás se acucille mientras ella sostiene por debajo de los brazos. La mujer se deja ir. Mientras grita, con su vulva totalmente abierta y sus piernas completamente separadas, parecería que todo su cuerpo se abriera de repente. Puede suceder que relaje el músculo de los esfínteres y descargue su recto. El relajamiento de estos músculos y su fuerte y típico grito, van totalmente en contra del comportamiento social tan profundamente establecido. Nos dice que la mujer que está en trabajo ha entrado en un óptimo estado instintivo de conciencia; en otras palabras, ha logrado el perfecto equilibrio hormonal.

Muchas mujeres, en Pitiviers, dan a luz en posición acucillada, con alguien que las sostiene por detrás; posición eficaz desde el punto de vista mecánico, pues maximiza la dirección del peso, minimiza el esfuerzo muscular y el consumo de oxígeno y facilita la relajación de los músculos del perineo. El asis-

iente puede sentir que viene una contracción, poniendo su mano derecha sobre la parte de arriba del útero de la mujer. Cuando la contracción comienza, en general el asistente deslizará sus manos por debajo de las axilas de la mujer, para tenerla de las manos o sostenida de los pulgares. Él o ella se quedará derechos, parados, detrás, sin inclinarse hacia adelante, contritiéndose en una especie de respaldo humano. Si una mujer trabaja de cuclillas, dos personas pueden sostenerla al mismo tiempo: una experimentada y otra que esté cercana a la mujer, pero que no nueva ante la situación y quizás vacilante. La mujer también puede preferir estar frente a su compañero y colgarse de su cuello, con sus piernas muy abiertas. Esta posición, en la cual los pies de la mujer por momentos se levantan del piso, también es extraordinariamente útil. Relaja los músculos abdominales y del perineo, asistiendo al descenso del bebé. La persona que está abrazando a la mujer no puede evitar presionar suavemente el abdomen y eso facilita que pueda abrir sus piernas.



Nacimiento en posición acuchillada, ayudada



E. NACIMIENTO RENACIDO -66

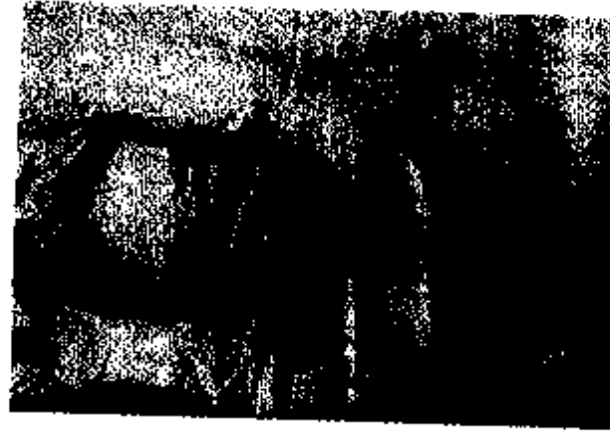


MICHEL ODENT - 67

Aunque en nuestra clínica, las posiciones comunes para la segunda etapa del trabajo son las de estar acullada o colgada del cuello, de ningún modo se convierten en una regla de conducta. Una mujer es totalmente libre de encontrar una posición que la conduzca a la comodidad y a la relajación. Puede adoptar toda una variedad de posiciones asimétricas, sentada con una pierna estirada o recostada hacia un lado; puede querer recostarse, tirarse sobre un lado; sentarse en una silla o ponerse en cuatro "patas". (Adviértase que esta última postura se parece mucho a la posición de cuclillas. Si se deja a una mujer a la que se está ayudando, a acullarse, ella se va a poner en cuatro "patas"). Incluso puede dar a luz en el agua, nuevo e interesante progreso, que es re-

sultado de nuestro uso de las piletas. Algunas veces, las mujeres están tan relajadas en la pileta que no quieren salir del agua, a pesar de que sienten que el trabajo está desarrollándose rápidamente. Aquí también, las mujeres parecen saber que no es nada peligroso dar a luz en el agua; no hay riesgo para el recién nacido, porque —después de todo— el único entorno que él conoce es el acuático. El bebé va a empezar a respirar aire a través de sus pulmones sólo una vez que haya salido a la superficie y note de repente la diferencia en atmósfera y temperatura, por primera vez. Nunca hemos hecho hincapié en que tengan a los bebés debajo del agua, pero este inesperado alumbramiento sucede varias veces al mes (veinte o treinta veces por año).

Nacimiento en el agua





Cualquiera sea la posición que la mujer encuentra, hemos advertido que al ayudarla, la ternura es tan importante como la técnica. Asistentes experimentados pueden percibir los sentimientos de calma, de tensión o de temor de una mujer, por la textura y la humedad de su piel. Cuerpo contra cuerpo, piel contra piel, una partera va a confiar mucho más en tocar y abrazar a la mujer, más que en hablarle. Cuando le habla, usará palabras simples, palabras que hasta un niño podría comprender. Sin embargo, las palabras son generalmente innecesarias en momentos como éste y algunas indicaciones —como “empuje” o “¡más fuerte!”— pueden tener efectos realmente negativos. La

mayoría de las veces, la mujer, durante el parto, sabe exactamente lo que está sintiendo y ciertas instrucciones pueden ser conflictivas con su propia experiencia. Yo trato de no decir nada. Si hablo, expresaré algo así como: “Bien... bien... Deje venir al bebé...”

Si la mujer parece atrapada por el temor al fracaso, uno puede sugerir: “no empuje, no empuje” ... o “no se retenga; grite, llóre si quiere...”

Lisa es nuestra manera de no interferir durante el parto. Las estrategias identificadas con nosotros juegan un rol importante, pero nuestra meta es mucho más amplia. Queremos ayudar a las mujeres a dar a luz con confianza.

Una madre de América Latina

Dicen que durante las horas anteriores al acto de dar a luz, uno pierde contacto con el mundo exterior. Eso fue lo que me pasó a mí. Me encontré en otro universo, en un planeta distante, navegando en un mar de sensaciones. Era una noche muy extraña. La gente estaba durmiendo. Y ahí estábamos nosotros, Philippe y yo y la otra pareja, despiertos durante toda la noche, entre el dormitorio y la sala de alumbramiento. La otra pareja tuvo su bebé a eso de las cinco de la mañana. Estábamos asombrados ante la vívida imagen de ellos volviendo, en la oscuridad, con su bebé en los brazos. Era reconfortante saber que una mujer podía dar a luz y después caminar por sus propios medios. Era muy reconfortante.

En cierto momento, las contracciones se volvieron más agudas, más violentas. Me agarré de Philippe, después, de un piano, después de Philippe otra vez. El cuarto se convirtió en una secuencia de idas y venidas. El dolor se hizo difícil de controlar. Era parte de mí y no tenía fin, ni principio. Cuando el Dr. Odent llegó, me dirigí hacia donde estaba la partera; parecía ser muy lejos. No podía comprender el porqué del dolor sin fin.

Y allí fue donde me volví una con el mar. El dolor se movió a un nuevo lugar; era más sordo. Nuria, nuestro bebé, estaba allí. La podía sentir centímetro por centímetro, recorriendo lentamente su camino. Me sentía



Una madre de París

La posición más cómoda para mí era arrodillada en el piso, con mi torso recostado sobre un sillón. Cuando el Dr. Odent entró, me dolía tanto que me puse a llorar. Lo ví irse sin decir una palabra. Pronto volví con una mujer de más o menos veinte años, con guardapolvo blanco. Era una estudiante de enfermera, que se quedó cerca de mí, desde ese momento. Cuando sentí la siguiente contracción, me tiré en sus brazos y un fuerte lazo comenzó a crecer entre nosotras. Sentí su calidez, su gentileza. Fuimos juntas a la sala de alumbramiento. Con cada contracción, la agarraba fuertemente, hasta que el dolor pasaba. Siempre le estaré agradecida, por todo lo que me dio. Antes, cuando estaba sola en

un bien dejando que mi cuerpo se sumergiera en ese mar de sensaciones, cerrando mis ojos, dejar que las olas me balancearan suavemente... Un día, en un pequeño pueblo en la India, me crucé con un anciano vestido de blanco. Se sentó en el umbral de una puerta, con sus manos puestas en posición de plegaria. Al pasar yo, levantó su cabeza mirándome. ¿Para saludarme? ¿Para bendecirme con su paz? Yo caminé suavemente y le contesté con el mismo gesto. Este incidente y el mar están entrelazados con las infinitas hebras del espacio y el tiempo que marcaron el nacimiento de Nuria.

A veces le pido a Philippe que se siente y me cuente lo que en realidad pasó, qué vía, ya que mi memoria es de otro mundo.



mi cuarto, había tratado de "controlar" el dolor con ejercicios de respiración profunda. La presencia reconfortante de la enfermera trajo un cambio notable; ya no traté más de controlarme. Gritaba en cada contracción. Mis gritos no se detuvieron hasta una hora y quince minutos después, cuando el bebé nació.

Estos gritos me sorprendieron mucho. Con mi primer hijo, no había sentido ningún deseo ni de gritar ni de llorar. Ahora tenía la impresión de que estaba levantando a todo el hospital con mis gritos. En mi vida había chillado tanto como esa vez. Era como si los gritos no me pertenecieran. Cuando llegó mi marido, justo antes de nacer, lo tranquilicé: "No te preocupes, no lo puedo evitar; me siento bien gritando. Siéntate". En un momento dado me oí a mí misma gritando de una manera diferente: gemidos largos, temblorosos, como los gritos de un bebé. Ahora me doy cuenta de que estos gritos me protegían no del dolor sino de una insupportable trau- mática de ese dolor en mi psique. Era una especie de catarsis; por el grito, hacía que el dolor dejara mi cuerpo.

Hacia el fin de mi trabajo, empecé a decir malas palabras. No me acuerdo la que dije: había perdido todo control sobre mis sentidos. Esta experiencia ha quedado por encima del real momento del nacimiento. ¡Pensar que me pude comportar así ante otras personas! Y sin embargo fue como si después de haber perdido mi propia voz durante tantos años, la hubiera recuperado.

Una madre de Leeds

Lunes, 7 de diciembre. Eddie tuvo que apurarse para tomar el desayuno. Treinta millas por un camino derecho, plano, bordeado de árboles, a través de la campiña francesa, corriendo hacia Pithiviers. La policía se me escapaba; las contracciones venían cada quince árboles...

La partera me examina: probablemente sea hoy, esta tarde. Parece dentro de mucho, son sólo los diez. Estamos muy excitados. El dolor se vuelve más insistente. Después de un rato, las contracciones empiezan, rápidas y furiosas. Mis piernas parecen no sostenerme. Me recuesto en uno de los sillones de la sala de reuniones. Por un instante tengo una duda; ¿por qué no me dan la epidural? Así no estaría sufriendo este dolor. Me parece que no lo pueda aguantar. Es demasiado al mismo tiempo; no soy una heroína. Empiezo a gritar y eso me ayuda. El dolor todavía está ahí, cada vez más fuerte, pero el grito lo hace soportable. De repente entiendo mi cabeza en el saco de Eddie que está tirado en el sofá. Su olor está allí. También él está, pero como el dolor es tan fuerte, no quiero que me toque.

Extrañamente, él está calmado. Son las 11 y 10. Le digo a Eddie que vaya a buscar a alguien; el dolor es demasiado grande.

La partera y el doctor Odent llegan, serenos y reconfortantes. La dilatación es completa, para su sorpresa y mi alivio. El Dr. Odent habla de aguas azules y de pluyas; empiezan a llenar la piletta.

Con Eddie y el doctor Odent a mi lado, me voy al cuarto de alumbramiento. El sol está entrando a través de las ventanas. El

Dr. Odent está tarareando suavemente. En el cuarto de alumbramiento, me desvisto. En las paredes, el piso de un color cálido y una gran plataforma con varios almohadones y una gran silla de parto. Estoy muy agradecida por el silencio; los sentidos sólo pueden recibir cierta cantidad de estímulos al mismo tiempo.

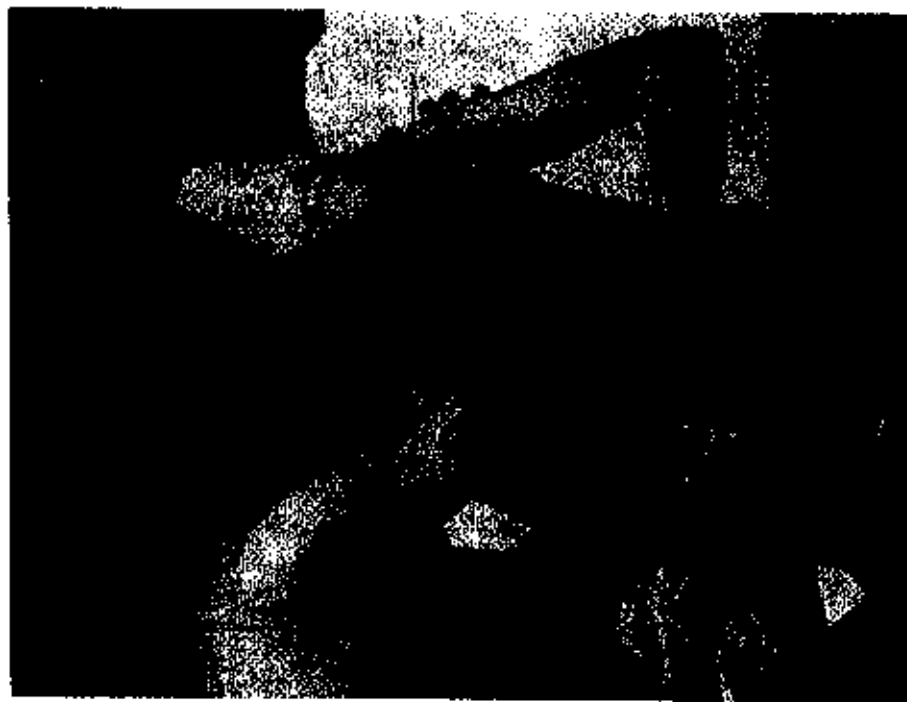
En sólo diez minutos, siento una tremenda necesidad de empujar. La partera está allí, instantáneamente, azorada por la rapidez con que progresa el trabajo. Estoy respirando a través de la parte superior de mi garganta. El Dr. Odent entra. Se rompen las aguas. La partera, suavemente, sugiere que yo adopte una posición semiacucillada, ayudada por Eddie. Al principio no estoy muy segura, pero ayuda. Cada contracción me supera y aún grito muy fuerte, pero sólo mientras dura la contracción. El resto de la gente está calma, quieta, alentadora. El Dr. Odent me da tirones de azúcar, para la energía, y agua (bebí como tres cuartos litros en total). De repente, puedo sentir que la cabeza está bajando. Me alegro porque estoy deseando dormir, debé a no bebé. Mientras me paro durante las contracciones, me balanceo sobre mis pies muy suavemente. La cabeza está visible. Eddie me está ayudando. Un empujón y siento que el bebé va saliendo. La partera lo agarra; me parece que lo ayudó un poquito a girar. Mi memoria de ese segundo está mezclada con excitación.

Eddie me deposita en el suelo y entonces, me ponen al bebé en mis brazos. Estoy asombrada: no se dice ni una palabra. El bebé llora un poquito y después se pone a buscar el pecho. Todo es tan tranquilo y



tan intensa... La partera y el Dr. Odent permanecen en un rincón, disponibles pero totalmente discretos. El momento nos pertenece a nosotros tres. Alguien trae un

recipiente con agua de la pileta (donde no tube tiempo de meterme). Camille, nuestra hija, aún unida a mí, se desmadeja en el agua.





LA PRIMERA HORA Y DESPUES

Hay muchos que sienten que la primera hora después del nacimiento es un tiempo muy importante tanto para los bebés como para las mamás. Puede determinar, en parte, de qué modo los niños se relacionan con sus madres, lo que a su vez puede afectar cómo se van a acercar a otra gente y al mundo que los rodea. Este período crítico después del nacimiento puede muy bien influir en la capacidad de amar de una persona y en la capacidad de apego en general. Por eso nos ocupamos especialmente de proveer un clima cálido y seguro que lleva a la intimidad entre madre e hijo, en esos momentos.

Como hemos descrito, muchas mujeres, en Pithiviers, dan a luz en la posición acurlada, ayudadas. En nuestra clínica, las parturanas no tocan el perineo ni sostienen la cabeza del bebé, cuando sale. Una vez que la cabeza del bebé aparece y rota por sí misma, a veces la asistente debe ayudar suavemente para que salgan los hombros. En general, todo el cuerpo del bebé se desliza por sí solo y la tarea de la asistente es, simplemente, evitar que el be-

bé aterrice en el suelo. Después del nacimiento, la madre —que estaba acurlada hasta entonces— se sienta en el suelo. Muchas mujeres, espontáneamente, se sientan con sus espaldas derechas, cuando llega ese momento. Una vez que la mamá está sentada, le ponemos al bebé entre sus rodillas, en la "posición de seguridad", es decir, sobre el estómago y con la cabecita hacia un lado. De ese modo, aunque el bebé todavía tenga un poco de líquido en su boca y carezca aún de reflejos eficaces para proteger sus vías respiratorias, la fuerza de gravedad evita que esos fluidos vuelvan a los pulmones. El bebé reposa en esta posición sólo durante algunos segundos, los suficientes para dejar salir un vigoroso grito, respirar profundamente algunas veces, toser o estornudar, ponerse rosadito y mostrar un lindo tono de piel. El cuarto está bien calentado, pero si es necesario, se puede cubrir al bebé con una mantita. Entonces, la madre toma al bebé en sus brazos. El bebé todavía está unido por el cordón umbilical; la posición vertical de la madre hace esta rela-



La "posición de seguridad"

ción tan rica y completa como es posible. Cada parte del cuerpo del bebé está en contacto con su madre. Ambos se miran casi inmediatamente; la intensidad de este momento es sentida por todos los que están presentes. A menudo, la madre responde a los gritos del bebé con sonidos afectuosos y simples palabras: su diálogo comienza. Si el padre se encuentra presente, en general está muy emocionado y, con frecuencia, llorando. La cámara fotográfica de la familia suele quedar olvidada en un rincón, a menos que la parte se piense en tomar algunas fotos.

No hay reloj en el cuarto de alumbramiento. Nos tomamos nuestro tiempo. Nadie piensa en registrar el momento exacto del

nacimiento, a no ser que los padres estén interesados en astrología y nos pidan que anotemos el preciso momento en que su hijo respiró por primera vez.

Los profesionales ocupados, impacientes por ir a otra cosa, a menudo tratan de apurar este período del postalumbramiento. Para nosotros, sin embargo, éstos son momentos preciosos. No hay nada que perder y tanto que ganar! Dejando que la madre y su hijo empiecen a conocerse a su ritmo, con calma...

Por una parte, sabemos que el prolongado contacto piel con piel y particularmente, que el bebé mame, sumados a las intensas emociones sentidas en este momento, estimulan las secreciones hormonales de una mujer. A su vez, estas secreciones causan más contracciones, necesarias para expulsar la placenta espontáneamente. La placenta puede salir en el primer momento de contacto entre la mamá y el bebé o puede también salir después de treinta minutos o más. No hay por qué apurarse. Es más importante que la placenta se despreque fácilmente que el hecho de que salga con rapidez; cuanto menos apuro haya, menor es el riesgo de hemorragia. Cuando una mujer siente las contracciones señalando el desprendimiento de la placenta, naturalmente, va a estar menos concentrada en el bebé por algunos momentos. Va a querer recostarse, teniendo al bebé en sus brazos; y si es así, es mejor que se recueste sobre su lado izquierdo, a fin de no comprimir la vena cava. También quizás quiera volver otra vez a la posición de caderas, ayudada (en general, durante una contracción). Ocasionalmente es útil presionar justo arriba del hueso púbico para verificar si la placenta se ha desprendido (si el cordón





unbíblico no se mueve hacia arriba, la placenta está lista para ser expulsada. Pero es un causa dolor e incomodidad a la madre, y raramente es necesario. La mayoría de las veces, la expulsión de la placenta sucede sin ninguna clase de interferencia de nuestra parte.

Somos muy flexibles con respecto a cuándo cortar el cordón. Mientras la madre y el bebé están felices juntos, no hay razones

para hacerlo, siempre y cuando el cordón sea lo necesariamente largo como para que el contacto de la madre y el bebé resulte cómodo. Cuando lo cortamos antes de haber expulsado la placenta, no siempre es imprescindible usar pinzas. Podemos hacer un nudo en el cordón, del lado del bebé. De todas formas, nunca pinzamos el lado más cercano a la madre, puesto que eso parece inhibir el desprendimiento de la placenta.

Una madre de Inglaterra

Fui levantada desde atrás una vez más, para la contracción final; el bebé nació en dos pujos, creo. Pareció deslizarse por su propio peso. En el cuarto de alumbramiento ni siquiera una vez consideré una respiración especial, jadero o pujos. Hice lo que sentí que estaba bien para que mi bebé naciera. Me bajaron a una posición sentada, mientras que el bebé aparecía. El Dr. Odent recogió al bebé y me lo dio inmediatamente diciendo: "Aquí está su bebé". Nunca olvidaré esos cuatro palabras, mientras viva. Me dejaron tranquila para que abrazara a mi bebé y lo empezara a conocer. El primer sentimiento fue una necesi-

dad de abrazarlo; el segundo fue curiosidad por saber el sexo; era una niña y puedo recordar claramente que este descubrimiento lo sentí como un privilegio más que un derecho, porque los doctores no me lo habían permitido, en mis dos alumbramientos previos. Repetía la palabra "Hola..." — encantada de poder finalmente saludarla. Los demás miraban, simplemente. Nadie interrumpía. Nadie trataba de quitármela.

Una madre de los Estados Unidos

Mientras caminaba hacia el cuarto de alumbramiento, sentí que empezaba otra



contracción. Me puse de cucullas y me apoyé contra la cama. Las aguas se rompieron; mientras empujaba con esa contracción; mi hija de tres años, Alissa, asustada, lanzó un grito; no se esperaba eso. El Dr. Odent le habló suavemente en inglés, explicándole que el bebé pronto estaría aquí. Empujé y la cabeza del bebé coronó. Descanse; después, con la contracción siguiente, empujé otra vez. Finalmente, una tercera vez. Me sentía como montada sobre las olas de verano en la playa, en Nueva Jersey, durante mis días de secundario; las olas eran muy altas y las más altas siempre parecían venir de a tres. Todo el tiempo, el Dr. Odent continuaba hablándole suavemente a Alissa, tranquilizándola: "Sí, sí, realmente es la cabeza del bebé"; "Mira el pelo"; "Ya llega".

Con esa contracción, Geneviève nació. La pusieron en el piso y después me ayudaron a sentarme. La levanté y empecé inmediatamente a oler en mi pecho. Luego de algunos minutos, trajeron una pequeña bañera y la bañé allí, entre mis piernas, todavía unida a ella por el cordón. Alissa y George también me ayudaron. Entonces, pinzaron el cordón y George lo cortó. La partera la sacó del agua y la pesó, la olió y se la dieron a Alissa. Alissa estaba extasiada; ella había querido una hermanita. Cuando Geneviève empezó a protes-

tar, Alissa dijo: "Mamá, mejor que le des el pecho". Media hora después del nacimiento, George tenía a Geneviève en sus brazos y las enfermeras me ayudaban, mientras, en cucullas, yo expulsaba la placenta.

Una madre de Dijon

Dos pujos fuertes y Amélie entró en el mundo. Salí como una bola de cañón y, haciendo un gracioso arco, cayó en las tibias sábanas sostenidas por la partera. Sentí tan rápido que, por una fracción de segundo, pensé que iba a aterrizar en el suelo. Era la una y quince de la mañana. La partera la puso sobre mi estómago. Me sentí exhausta, sobre mi propia sangre coagulada. La proeza física que acababa de realizar me había dejado extenuada.

Repetía sin cesar las mismas palabras: "¿Esto es mío? ¿Es realmente mío? ¡Amélie, ya pasó... lo hicimos!" Empecé a explorar a mi bebé, este minúsculo ser que pateaba sin soltar un sonido. Primero noté que era una niña. Estaba encantada; había deseado que fuera una niña todo el tiempo. Después le miré su cara. Sus rasgos, claros y finos, tenían la suave huella de una sonrisa. Era tan pequeña y tan bella... No podíamos dejar de mirarla.



A veces, ya sea antes o después que se expulsa la placenta, ponemos un pequeño recipiente lleno de agua caliente cerca de la madre, para que ella pueda bañar a su bebé. Sin embargo, esto no es rutinario: los recién nacidos necesitan primero los brazos de su madre.

La gente a veces pregunta por qué bañamos a los bebés tan rápido después del nacimiento. Bueno, realmente no podemos contestar esta pregunta. Es como si nos estuvieran preguntando: "¿Para qué haces eso, plaacer?" Cualquiera que haya visto a un recién nacido durante el baño, con sus ojos abiertos,

feliz de descubrir el mundo, no haría esa pregunta. Por supuesto que el baño también tiene un benéfico efecto fisiológico: es un modo excelente y agradable de estimular la piel del bebé.

La técnica de darle el baño no es lo más importante. Las manos prácticas de un profesional pueden saber mejor cómo sostener el cuello del bebé y no su cabeza, con cuánta confianza sumergir su cuello y sus orejas, pero ciertamente, son preferibles las manos de los padres. Además, nuestro énfasis en que la madre bañe a su recién nacido cuestiona lo que posiblemente nomínmente la obstetricia tradi-

las películas hubieran sido mostradas en el gran cronológico correcto (la de Leboyer y luego la audiencia habría podido apreciar que nosotros simplemente llevamos sus actitudes ideas, un paso más adelante).

De hecho, el trabajo de Leboyer, en general, nos hizo mucho más sensibles con respecto a cómo tratar a los recién nacidos. Después de bañar al bebé y cortar el cordón por ejemplo, pesamos al bebé pero nunca medimos en ese momento; como Leboyer subraya, medirlo involucra un penoso e innecesario estiramiento de la espina dorsal del bebé, y en todo caso, el único resultado es número aproximado. Después de haberlo y sado, lo vestimos.

Ahora, la madre lo vuelve a tomar en sus brazos y, eventualmente, el recién nacido vuelve a mamar o lo hace por primera vez, tiempo de la primera mamaza varía con cada madre y con cada bebé. Puede suceder im-



MICHEL ODET - 87



cional: que la mujer que acaba de dar a luz es pasiva. Lo detectamos incluso en la práctica de Leboyer, donde la madre da a luz yacido sobre su espalda y es el doctor, la partera o el padre, quien baña al bebé. Así, el baño se vuelve parte de la separación de la madre y el niño. Se intenta compensar al bebé del shock de esta separación, dándole la posibilidad de volver a la suavidad y calor acústicos de los meses pasados en el vientre materno. Para nosotros, el baño tiene un sentido diferente: es algo que la madre hace ella misma, como parte del continuo contacto con su propio hijo. Me di cuenta de esta diferencia en una conferencia durante la cual fue proyectada el filme *Nacimiento*, de Leboyer, después de haber mostrado el filme de una madre bañando a su propio bebé, en Pittsburgh. La audiencia reaccionó negativamente a la escena del baño de Leboyer, percibiendo en ésta la eliminación de la madre. Quizás si



EL NACIMIENTO RENACIDO - 86

diariamente o a la hora o a la media hora después del nacimiento. En general, "el reflejo de raíz" aparece dentro de la hora y nosotros observamos, mientras el bebé mueve la cabeza de un lado a otro, para encontrar el pezón de su madre.

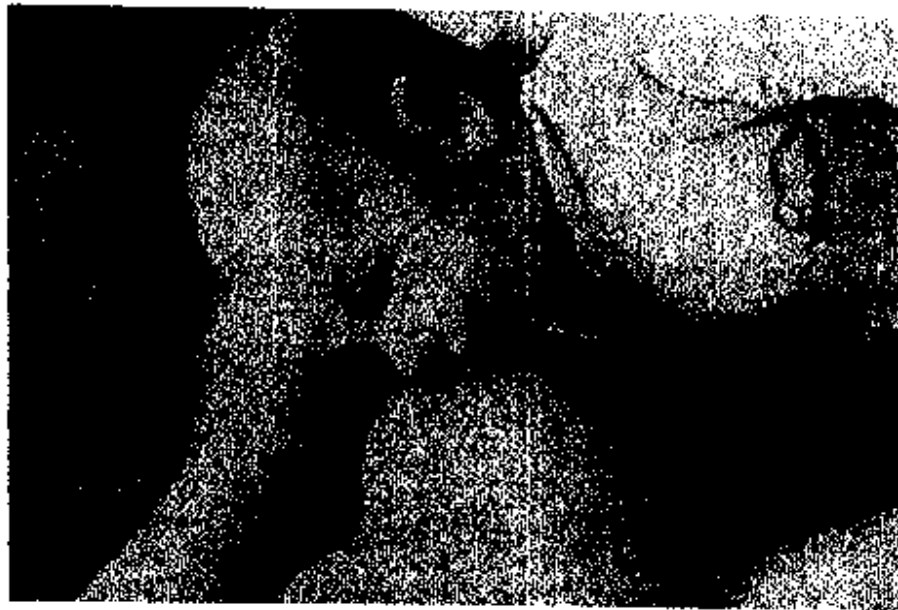
Para que el amamantamiento precoz tenga lugar en el cuarto de alumbramiento, se deben crear las condiciones que estimulen los sentidos del bebé, a fin de que funcione al máximo. Es más fácil para el bebé mamar cuando la madre está sentada derecha que cuando está recclinada hacia atrás, porque así el pezón es más accesible para la boca del bebé. Y es mejor aún si las manos del bebé están libres para moverse. ¡Luce un tiempo empezamos a envolver a los recién nacidos en mantas, ya que vestílos después del baño representaba tenerlos separados de sus madres por un tiempo más largo. Sin embargo, pronto notamos que estos bebés generalmente comenzaron a mamar más tarde y com-



prendidos que tal actitud estaba relacionada con el hecho de que sus manos no se hallaban libres para tocar la piel de sus madres.

Todos los sentidos juegan un rol en el "apego precoz". Probablemente, los bebés establecen parcialmente los primeros lazos con sus madres, por el olfato; por eso los olores antisépticos de los hospitales pueden tener un efecto de interferencia para establecer los lazos precoces. También puede interferir la presencia de mucha gente durante el alumbramiento. La calma y el silencio son muy importantes. Cuanto menos cantidad de gente haya, menor cantidad de ruido y más fácil comunicación entre la madre y el bebé. Ya que los bebés abren sus ojos mientras maman, el cuarto debe ser iluminado suavemente, para que no les moleste. Vale la pena advertir que las necesidades básicas para una mujer en trabajo de parto — las luces bajas, el silencio, el calor — son las mismas que las de los recién nacidos.





A pesar de haber observado esta escena miles de veces, la seguimos mirando con un encantamiento infinito. No sólo los bebés saben adónde buscar y encuentran los pechos de sus madres casi inmediatamente, sino que las madres también saben qué hacer; actúan instintivamente para ayudar a mamar a sus bebés. La madre se sienta, acerca su bebé a su pecho, lo mira a los ojos y mueve el pecho hasta que el pezón entra en la boca del bebé. A veces, incluso, una madre que no tenga la menor intención de amamantar a su bebé, empezará a hacerlo inmediatamente después del nacimiento; unas horas más tarde recordará que tenía planeado darle la mamadera.

El orden de los acontecimientos varía un poco cuando los bebés nacen en el agua. Esto es algo especial, en Pithiviers. Es muy emocionante ver a un bebé flotar hacia la superficie del agua. Me acuerdo que una bebé subió sola a la superficie, sin ninguna asistencia. El cordón era muy largo y, de repente, vimos cómo el bebé nadaba en la superficie. En caso de nacimientos en el agua, el cuarlo no debería ser sobrealentado, porque el contacto con el aire fresco es especialmente efectivo para estimular las primeras respiraciones del bebé cuando se lo saca de la pileta. Hasta este día, nunca hemos tenido necesidad de limpiar las vías respiratorias después de estos

nacimientos, ni tampoco luminas infecciones menores o complicaciones, asociadas con nacimientos debajo del agua.

Por lo general, después de un nacimiento debajo del agua, la madre se arrodillará y recibirá a su bebé exactamente como si estuviera fuera de la pileta. Si el bebé siente frío, nada más fácil que un baño caliente allí mismo. Pero nunca hemos intentado prolongar la inmersión del bebé después del nacimiento, como algunos lo hacen. El recién nacido necesita calor humano, necesita estar en los brazos de su madre y sentir su suave contac-

to. A pesar de que hay mujeres que desean quedarse en la pileta después de haber dado a luz, preferimos que salgan del agua justo antes de expulsar la placenta, para eliminar cualquier posibilidad de que el agua penetre en el torrente sanguíneo a través de los vasos sanguíneos que están abiertos en el útero y cause una embolia.

Sólo recientemente se ha vuelto objeto de un estudio científico la primera hora después del nacimiento. Hasta los años 1930 y 1940, los psicoanalistas eran realmente los únicos en reconocer la importancia de los primeros

momentos. Su interés en la infancia, sin embargo, permaneció en el campo de lo académico y abstracto. Pasaban muy poco o ningún tiempo con madres y recién nacidos. Se concentraban en el simbolismo maternal de leche y pechos y enfatizaban al máximo la importancia del hambre-satisfacción, en la formación del lazo de la madre con el hijo. Su exclusivo interés en este vínculo oscureció el hecho de que un bebé tiene otras necesidades, por ejemplo, la necesidad de contacto. Esto tuvo alguna importancia en el trabajo de Konrad Lorenz y Nikolaas Tinbergen, publicado en los años 1950, que por primera vez expuso a los ojos del público la etología (el estudio científico del comportamiento animal). Todo el mundo oyó hablar de los gansos de Lorenz que, después del nacimiento, se apegaban al primer cuerpo grande con el cual entraban en contacto, incluso creyendo que un hombre barbudo o una gansa de cartón era su madre. Con la etología, llegaron los conceptos de "apego", "lazo" y períodos "críticos" o "sensitivos"; fases relativamente breves durante las cuales se piensa que ocurren los principales cambios de comportamiento. Los científicos empezaron a estudiar las tempranas relaciones entre madre e hijo en aves, ratas, cabras y simios. Pero hasta el día de hoy casi ningún estudio etológico ha investigado lazos tempranos entre las madres humanas y sus bebés. Los pocos que lo han hecho son difíciles de interpretar, a causa de la incontrolable interferencia del personal médico y de la tecnología —común en todos los hospitales occidentales— durante el proceso del nacimiento.

Investigaciones realizadas durante la década del 60 pusieron en evidencia las bases específicamente hormonales y fisiológicas de

este lazo.⁴ En 1968, Terkel y Rosenblatt trataron de determinar si ciertas sustancias regulaban el comportamiento maternal cuando eran transportadas en el plasma de la sangre. Inyectaron a un grupo de ratas vírgenes con plasma tomado de una madre rala, dentro de las veinticuatro horas después del parto y a otro grupo de ratas vírgenes con plasma de ratas que no habían parido. Un tercer grupo fue inyectado con una solución salina. Las ratas vírgenes inyectadas con plasma de ratas madres mostraron un significativo comportamiento maternal, mucho antes que las ratas de los otros grupos. La cuestión del comportamiento maternal parecía entonces conectada con la actividad de las hormonas sexuales (los altos niveles de estrógeno y prolactina y bajos niveles de progesterona en la sangre de las ratas, inmediatamente después del parto). Inyecciones de esas hormonas confirmaron este descubrimiento. Sin embargo, una gran cantidad de datos quedaron sin explicación. Por ejemplo, ratas no inyectadas con el plasma posterior a la parición de las otras ratas, exhibieron el mismo comportamiento maternal, después de un contacto continuo con otras ratas, durante varios días. ¡Esto sucedía incluso con machos! Terkel y Rosenblatt decidieron proponer un "período de transición", durante el cual la regulación del comportamiento maternal pasó de una base hormonal a una base no hormonal.

Inesperadamente, en la última década, el descubrimiento de las neurohormonas contribuyó con otro importante dato, al fundamento fisiológico del "lazo maternal".⁵ Aún no sabemos precisamente cómo funciona el sistema neurohormonal, pero lo que sí sabemos es que las endorfinas —las neurohormonas que alivian el dolor— también estimulan



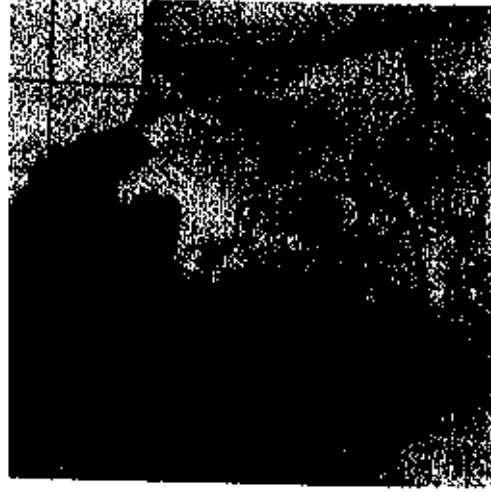


los sentimientos de placer y bienestar; comienzan a actuar en la amistad, el amor, el sexo y en las relaciones afectivas de cualquier índole; inducen a dar cuidados, a nutrir y producen hábitos de dependencia mutua. Las neurohormonas, entonces, juegan un rol en toda forma de apego y afectos en la vida diaria, independientemente de la actividad o de las hormonas sexuales. Eventualmente, pueden llegar a explicar la activación del comportamiento maternal, aun en ausencia de parto.

Las neurohormonas también figuran de manera importante durante el nacimiento, tanto durante el trabajo (cuando, según hemos visto, ayudan a aliviar el dolor) como después del parto. Al advertir, con posterioridad al parto, que los niveles endorfinos son elevados en la sangre materna y en la del bebé, nos damos cuenta hasta qué punto el sistema endorfinico contribuye a crear lazos de interdependencia entre la madre y el hijo. El proceso de "lazo maternal". El hecho de que el nivel de endorfinas en la sangre es más alto después de un nacimiento vaginal que después de una cesárea es otro argumento a favor de la no perturbación del nacimiento. Una crítica similar puede hacerse con referencia al uso de las drogas contra el dolor y de las hormonas sintéticas, las que compitiendo con las hormonas naturales, alteran el complejo balance hormonal natural, afectan el estado de ánimo de las madres después del nacimiento y, de esa manera, influyen en las dinámicas del lazo maternal.

Todos estos descubrimientos nos alientan para que estemos muy atentos y pongamos mucho cuidado en facilitar ese importantísimo primer contacto entre madre e hijo. El lazo inicial del bebé con otro ser humano po-

dría servir como un maravilloso modelo de cómo pueden ser la elección y el apego. Con esto no quiero decir que las mamás y los bebés que no gozan de la oportunidad de sentarse primer contacto ideal estén, pero, a la larga, que quienes pueden tenerlo o que estos bebés, necesariamente van a tener menos raíces cuando sean adultos o van a ser menos aptos para amar o sentir placer. La cultura, el entorno y el condicionamiento social ejercerán, en cualquier individuo, mayor efecto que cuanto suceda durante algunos periodos "críticos" tempranos y, seguramente, pueden compensar cualquier carencia del principio. Después de todo, los seres humanos no son gansitos. Pero, ¿por qué no hacer el comienzo lo más positivo posible? ¿Por qué no aumentar todas las posibilidades? ¿Acaso nosotros, como obstetras y parteras, como profesionales, no somos responsables por algo que está más allá de la asistencia estrictamente



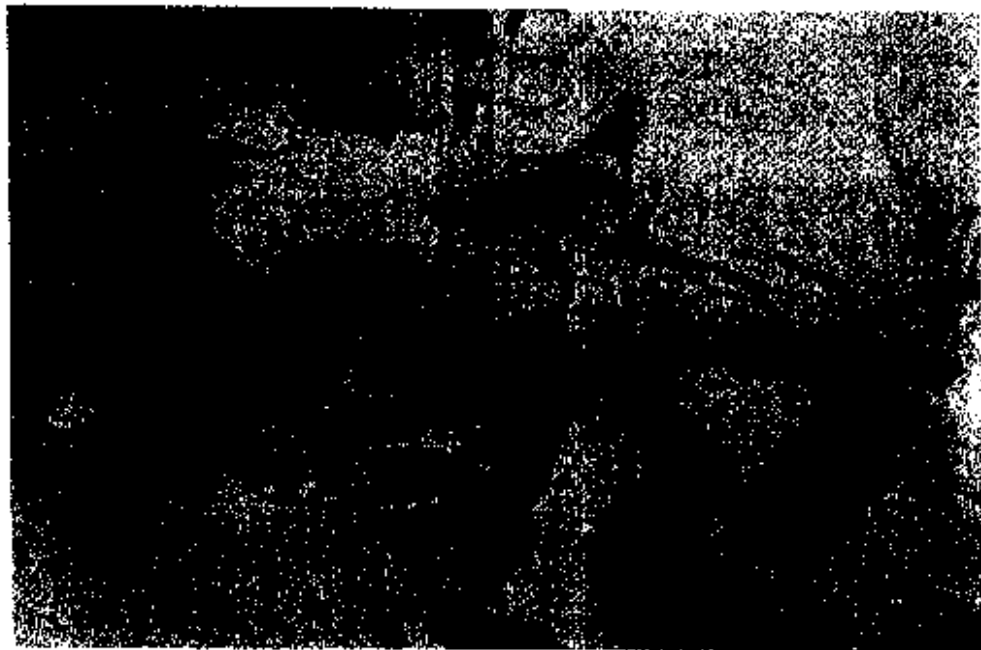
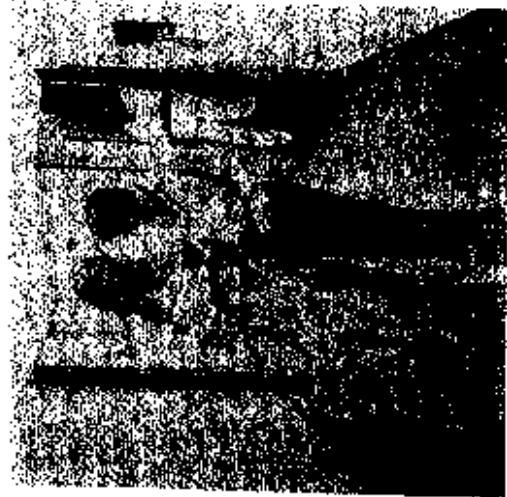
médica? Mejorar los contactos iniciales que la gente tiene con los demás, al comienzo de sus vidas, es una manera concreta de humanizar nuestro mundo.

En Pitiviérs, una vez expulsada la placenta, la madre, el bebé, el padre, la partera y ocasionalmente el doctor van a un cuarto cercano. Por lo general, el bebé ya ha empezado a mamar. Muy a menudo, la mamá camina hasla su cuarto llevando a su bebé en los brazos. Cada uno de estos cuartos tiene al lado de la cama, una cuna de madera, fabricada por el padre de un bebé nacido en Pitiviérs. Además, hay una silla muy baja, en realidad un verdadero "prie-dieu" (reclinatorio), que parece haber sido especialmente diseñado para la comodidad de una madre que amamanta. Las mujeres pueden tener todos los invitados que quieran. Una cama extra está siempre lista para la persona que acompañe a la madre.

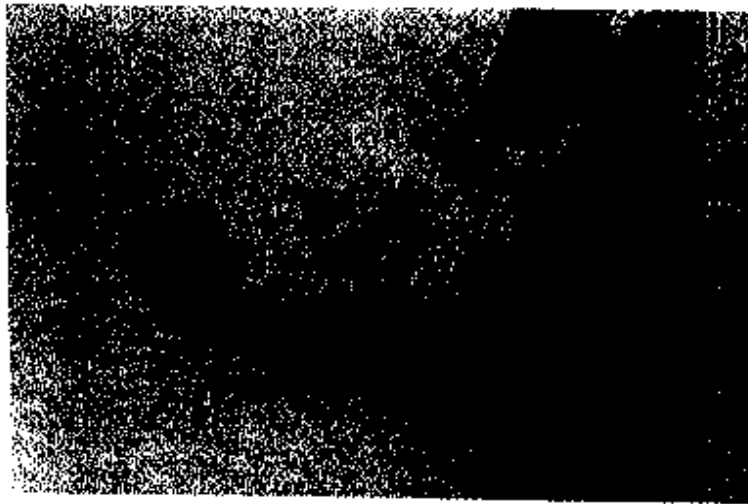
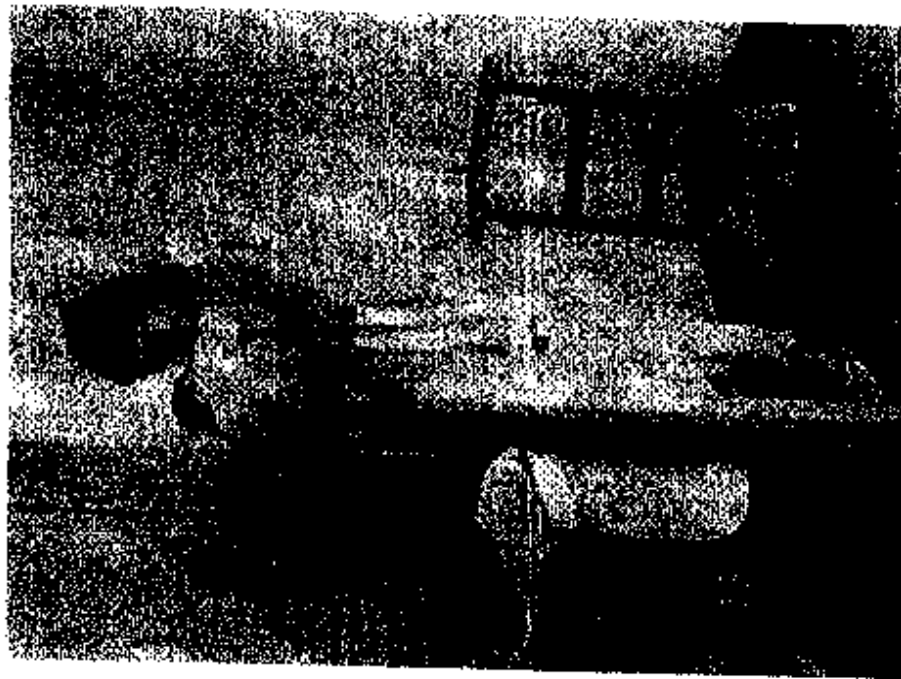


En la habitación

Por supuesto, no hay ninguna nursery central en Pitiviérs. Los bebés siempre se quedan con sus mamás. Las mismas parteras que ayudaron a la mamá durante el trabajo están disponibles durante el tiempo de postparto en que la madre se queda en el hospital. Las asiste cierto número de mujeres, la mayoría de las cuales también son madres. Estas asistentes (varias de las cuales han trabajado aquí durante veinte años), limpian los cuartos y sirven las comidas. También les muestran a las madres cómo cambiar pañales, ofrecen útil consejo para el amamantamiento e informan acerca de cualquier circunstancia inusual —como ictericia o cambios en el comportamiento del bebé— a alguna de las parteras o al doctor. El trabajo de las parteras y de las asistentes libera a la madre de toda preocupación material durante su permanencia en la clínica, para que pueda



La partera y una madre durmiendo con su bebé



poner toda su atención en su bebé y en ella misma. Ninguna regla o rutina del hospital interfiere con la creciente relación entre madre e hijo. En semejante entorno, se hace muy fácil satisfacer las necesidades básicas de un recién nacido. Los bebés necesitan la presencia tranquilizante de la mamá: su calidez, su contacto, su voz, su olor, la sensación de su piel. Los bebés necesitan moverse, ser amullados en los brazos de sus madres. El amullar y harnacar a un bebé ha sido subestimado desde el principio de siglo; los pediatras, preocupados con los gérmenes y las calorías, le dieron poca importancia a la función vestibu-

lar, que regula el equilibrio y otras coordinaciones motoras y requiere estímulo —en este caso, provisto por el bñanceo— para su desarrollo. Naturalmente, los bebés también necesitan mamar y, sobre todo, cuando se les antoja. Estas necesidades fundamentales se pueden satisfacer casi inmediatamente, cuando una madre está lo más cerca posible de su recién nacido, tanto de día como de noche. Los bebés parecen estar mucho más calmos y mucho más felices cuando se hallan en la cama de sus mamás que cuando están en sus cunas, aun cuando la madre no se encuentre cerca; quizás porque allí todavía pueden per-



cibir su olor y esto los tranquiliza. A las madres se las alienta para que cambien ellas mismas a sus bebés y los bañen diariamente. Esto último es un aspecto original de la vida en Pithiviers. En cierta época, en los hospitales, hubo una disposición que prohibía bañar al niño hasta que el cordón umbilical se hubiera caído, lo que generalmente significaba una espera de alrededor de dos semanas. Sin embargo, desde 1963, las madres, en su unidad, han bañado a sus bebés desde el nacimiento en adelante, sin ningún problema y para gran placer de ambos. Con respecto a la nutrición, una madre que está con su bebé

veinticuatro horas al día, rápidamente va a aprender cuáles son sus necesidades y deseos. Va a desarrollar la sensibilidad para las expresiones de su bebé y no interpretará cada llanto o grito como un pedido de leche, lo cual, a menudo, acarrea problemas de amantamiento.

Alentamos la paciencia, para establecer el amantamiento. A fin de disminuir cualquier presión que pueda sentir una nueva madre, le recordamos que los bebés realmente no necesitan ni leche ni otras muchas cosas, hasta los dos o tres días. De hecho, antes de este tiempo, los pechos no contienen

leche sino calostro, un líquido de alta calidad, rico en anticuerpos. Es sólo al tercer día que la leche real baja. A veces, hay problemas de tiempos: la leche baja antes de que el bebé tenga hambre o el bebé tiene hambre antes de que la leche baje. Las asistentes, realmente pueden ayudar en estos casos, para tranquilizar a la madre y para que no se sienta impaciente o frustrada. La posibilidad de semejantes problemas convierte al tercer día después del nacimiento en el peor para dejar la clínica. No se requiere que las mujeres se queden por un determinado período de tiempo; son libres de irse cuando quieran. Sin embargo, la mayoría encuentra que lo mejor es irse dentro de los primeros dos días o si no, cuatro o cinco días después.

Salvo algunas frustraciones momentáneas, la depresión de postparto es rara en nuestra clínica. Mucha gente que ha trabajado o dado a luz en grandes hospitales se da cuenta muy pronto que, relativamente, muy pocas mujeres en Pithiviers están deprimidas después del alumbramiento. Es posible que el modo en que las mujeres dan a luz en Pithiviers, las haga menos vulnerables a la depresión. Sabemos que esos estados de ánimo, hasta cierto punto, son el resultado de un desequilibrio hormonal. Cada nacimiento es seguido de repentinas alteraciones en los niveles de estrógeno, progesterona, prolactina, oxitocina y endorfinas. Sin embargo, respaldando el equilibrio hormonal de una mujer durante el trabajo de parto y el nacimiento y evitando el uso de drogas, probablemente eliminamos muchas tensiones hormonales anormales, y por ende, decrece la posibilidad de la depresión de postparto. Además, el entorno alentador de la clínica también puede tener efecto consolador y nutritivo en las madres noveles

y vulnerables. Otro factor puede ser que las madres, en nuestra clínica, toman parte tan activa en el cuidado de sus bebés, que se crea un sentimiento de plenitud y se familiariza a las madres primerizas con sus nuevas responsabilidades. Así, cuando una mujer nos deja para irse a su casa, no tiene que encargar de repente, una total y nueva situación frustrante, sino que ya está habituada y tranquila con el cuidado de su bebé.

Aparte de clínicas como la nuestra, hay muy pocos lugares dedicados a cumplir con las necesidades de los recién nacidos. Por ejemplo, la necesidad del bebé de poder identificar a su madre y tenerla cerca, a menudo es imposible de satisfacer en la mayoría de los hospitales modernos. Miembros del personal del hospital, frecuentemente toman el lugar de la madre y causan innecesaria confusión al bebé. Las nurseries en China y en Europa del Este son casi caricaturas de esta si-



tuación: docenas de bebés yacen envueltos estrechamente, uno al lado del otro, para ser llevados como paquetes a sus madres, cuando llega el momento de alimentarlos. Una mirada a semejantes escenas hace que uno se dé cuenta de la gran necesidad de cambio. Irónicamente, en Pithiviers, la resistencia más fuerte para el cambio, a menudo proviene de las madres de las mujeres que vienen a dar a luz. Sobre todo si ellas dieron a luz en los años '50 y '60, en una época en la que el amamantamiento no era valorizado y a las mujeres se les decía una y otra vez, que la exclusiva atención "estroppearía" al niño; que dándole de mamar cuando pidiera, llevaría al desarrollo de "malos hábitos". Estas mujeres se sienten mal cuando ven a sus hijas o niñas responder a las necesidades de sus bebés, de ser alimentados, tenidos en los brazos y mudados cuando lo reclaman.

Obviamente, si una madre no "escucha" a su bebé por miedo de aientar "malos hábitos", la criatura no va a tener más salida que la de terminar por someterse a semejante tratamiento. Pero tarde o temprano va a pagarse un precio. Aunque no enteramente concluyentes, los resultados de un número de estudios importantes muestran correlación entre ciertos sucesos durante la vida fetal, el alumbramiento y la primera infancia y una variedad de enfermedades posteriores. Por ejemplo, Nikolaas Tinbergen, el etólogo inglés y ganador del Premio Nobel, ha identificado factores específicos como alambamientos con fuertes fórceps y prolongada separación de la madre después del nacimiento— como "patógenos" (producciones de enfermedad); en este caso particular como causas posibles de autismo.

Personalmente, siempre estuve predispues-

to a darle gran importancia y valor a la temprana edad y la primera infancia, gracias a que mi madre trabajó en una escuela formadora de maestras para jardines maternales. Ella fue influida profundamente por figuras como María Montessori, una pionera en la educación de los niños pequeños, quien estudió los posibles efectos a largo plazo de las experiencias de los bebés durante las primeras horas de sus vidas, en su desarrollo posterior. El trabajo de Montessori tuvo nuevo significado para mí en una época de mi vida, cuando en Pithiviers, mi previa experiencia médica convergió con nuestra reconsideración de la práctica de la obstetricia. Como cirujano, a menudo traté adultos con enfermedades como úlcera péptica, colitis ulcerante e hipertiroidismo. Cada vez que intenté describir el origen y la naturaleza de las llamadas enfermedades "psicosomáticas", era llevado inevitablemente a alguna consideración de la primera infancia del paciente. El hecho de tratar semejantes enfermedades y trabajar al mismo tiempo en la unidad de maternidad, hizo que mi continuo interés se enfocara en la primera infancia y los principios de la relación madre e hijo. Me volví curioso con respecto a la perspectiva psicoanalítica e intrigado por el trabajo de los etólogos que habían estudiado los primeros contactos entre madres animales y sus proles e investigado los periodos críticos del proceso de esta interrelación.

El concepto fascinante de "inhibición de acción" formulado por Henri Laborit — el fisiólogo francés que, en 1952, introdujo la clomipramina, la primera droga neuroleptica (modificadora del comportamiento)— provee una importante llave para nuestra comprensión del vínculo que hay entre traumas tem-

pranos y desarrollo posterior. Laborit usó el término "inhibición de acción" para describir el modelo de comportamiento de sustitución básico, un estado patológico, que resulta cuando un organismo no está en posición de responder al estrés, ya sea peleando o huyendo. Experimentando con ratas, Laborit pudo rastrear el origen de alta presión arterial en las situaciones de continua frustración. Las ratas, en una jaula, recibían repetidos choques eléctricos. Algunas tenían acceso a una puerta abierta; otras no podían huir. Algunas estaban en una jaula con otras ratas y podían pelear; otras estaban aisladas. Sólo aquellas ratas que no podían ni pelear ni huir, sufrieron una indudable alza en la presión arterial. El punto es que la naturaleza exacta o la causa del estrés es un factor menos significativo que cómo puede actuar uno para aliviarlo, si es que puede. Esto es ciertamente verdadero en los humanos. Basta pensar en cuán desgraciados son, en nuestras propias vidas, esas situaciones de frustración, sin ninguna posibilidad de alivio o de resolución.

Estudios hormonales confirman la teoría de Laborit. La "inhibición de acción" genera una secreción de noradrenalina y cortisol; el cortisol mismo desencadena la inhibición de acción y el resultado es un círculo vicioso que explica la generación de la angustia. Sólo una acción que viola el modelo dando un premio, puede romper el ciclo. Además, como sabemos que la noradrenalina contrae los vasos sanguíneos, acelera los latidos del corazón y eleva la presión arterial y que el cortisol tiene varios efectos a largo plazo, como el de disminuir el sistema inmunológico y destruir el timo, podemos predecir terribles consecuencias, en caso de repetida inhibición de acción. Es obvio que semejantes reacciones

hormonales continuadas (reacciones a las situaciones patógenas) son factores (junto con causas genéticas y otras causas) —en la etiología— de las que solíamos llamar "enfermedades psicosomáticas". Estas incluyen la depresión, alta presión arterial, úlceras, alergias, disfunciones sexuales, partos difíciles, colitis, irregularidades del sistema inmunológico, cáncer, en resumen, todas las enfermedades que asociamos con la civilización moderna.

A pesar de que Laborit no relaciona explícitamente sus descubrimientos con las experiencias comunes de los recién nacidos, lo podría haber hecho. Es precisamente en las primeras etapas de la vida (cuando el "horizonte" que, desde el cerebro, regula el nivel hormonal del cuerpo, es puesto en marcha), que estas situaciones de comportamiento son más propensas a generar la patología.⁶ Muchos bebés pasan días, semanas e incluso meses en prolongados o casi crónicos estados de "inhibición de acción". Separados de sus madres durante horas, sujetos a duros exámenes médicos, sus pedidos de comida ignorados, probablemente aprendan bien temprano que sus llantos tendrán muy poco o ningún efecto en lo que sucede a su alrededor. A nuestras madres y abuelas se les enseñó que los bebés no debían ser "malcriados" en otras palabras, que ellos debían ser mantenidos en estado de "inhibición de acción". En Pithiviers, nuestra meta es prevenir estas situaciones patógenas, satisfaciendo los deseos fundamentales del bebé. El mejor modo es asegurarnos de que, en los primeros días, la madre y el niño estén juntos y sean accesibles uno al otro, en todo momento.

Si bien los hospitales convencionales raramente satisfacen las necesidades fundamen-

les de los bebés nacidos en término, la situación es aún más aguda en el caso de los bebés prematuros. Actualmente, la prematuridad está vista como una desventaja y es temida, porque a menudo se la asocia con una mayor susceptibilidad a la enfermedad, a los problemas emocionales y al retardo mental. Sin embargo, sin negar los potenciales problemas que pueda haber, recordemos que Galileo, Pascal, Darwin y Einstein fueron prematuros y, en un sentido, todos los seres humanos, comparados con la mayoría de los mamíferos, nacen en estado de inmadurez. (Sus sistemas no están totalmente formados todavía). Su madurez se realiza dentro de un contexto social, donde ellos experimentan tempranamente un intenso estímulo sensorial. Las claves específicas de estímulo varían de una cultura a otra y de un individuo a otro, pero el estímulo sensorial de cierta clase es universal.

¿Qué puede decirnos esto con respecto a los niños nacidos "antes de término"? A pesar de que la madurez del sistema nervioso central está determinada por ciertos imperativos cronológicos ligados al código genético, el despertar de las funciones sensoriales, claramente, es un estímulo esencial para su desarrollo. Por ejemplo, simples exámenes han demostrado que los bebés prematuros, a los cuarenta y cinco días después de la concepción, generalmente tienen una función vesicular más avanzada que los bebés de la misma edad, nacidos en término. Entonces, la prematuridad no lleva necesariamente a una incapacidad física y emocional; al contrario, los bebés prematuros que están rápidamente expuestos a ricos y variados estímulos pueden muy bien convertirse en algunos de los más avanzados en su desarrollo. Quizás algunos de nuestros genios nacidos prematuramente

fueron expuestos a experiencias sensoriales excepcionalmente ricas desde muy temprana edad, una muy probable hipótesis, ya que en los días anteriores a la existencia de la neonatología, los bebés prematuros, probablemente debían su supervivencia a la constante sensibilidad y vigilancia de sus atentas y comunicativas madres.

Ahora, la prematuridad se caracteriza, desafortunadamente, por la separación de la madre y el niño y por una profunda privación sensorial en un momento crucial del desarrollo de la vida del bebé. Un bebé prematuro en una nursery de cuidados intensivos, a menudo recibe menos estímulo sinérgico y vibratorio que un feto de la misma edad *in utero* cuando, en realidad, necesita más. El entorno en esa jaula húmeda de vidrio o de plástico, llamada incubadora, es obviamente aséptico; el constante ruido del motor sirve para enmascarar todos los sonidos que pueden tener sentido para el bebé. El bebé no puede ni tocar a su madre, ni oír su voz. Eso es terriblemente descorazonador, dada la especial importancia que tienen para el niño, los estímulos sensoriales y el contacto humano. Alimentarlo y calor no serán suficientes para llevar energía al cerebro o ejercitar tempranas funciones motoras.

Para empezar, ¿por qué no se pone la incubadora en el cuarto de la madre? Cualquier madre puede entender que una incubadora es simplemente una caja de plástico o de vidrio con un termostato adentro, una pieza de tecnología bastante manejable. Además, agregando una estufa en el cuarto, es posible sacar al bebé de la incubadora, sin riesgos. Cuidado con cálidas frazadas, aun el bebé prematuro puede pasar la mayor parte de su tiempo en los brazos de su madre y puede ser



La mamá conserva al bebé prematuro en su cama, con la incubadora al lado

hacacado, tocado, acariciado, recibir cosquillas, mientras se le habla o amamanta. El bebé prematuro, también, puede empezar a conocer a su madre, acostumbrarse a su voz, a su aroma y a su tacto. De hecho, la composición de la leche de su madre está perfectamente adaptada para las necesidades especiales de su bebé prematuro.⁷ No es sorprendente que la mayoría de las madres, en Pittsburgh, eligen usar las incubadoras lo menos posible, prefiriendo tener a los bebés en la cama, con ellas. Cuando un bebé prematuro y su mamá están juntos todo el tiempo, es asombroso lo rápido que se vuelven una unidad autónoma, independiente del personal del hospital. Gracias a este íntimo contacto, la madre va a conocer mejor a su bebé: si al

go extraño sucede, ella siempre será la primera en notarlo. Los bebés más pequeños que conservamos en la clínica y no mandamos a la unidad de cuidados intensivos neonatal, fue un par de mellizos, cada uno con un peso de 3.5 libras. Durante su estadía en Pittsburgh, los mellizos fueron separados de su madre solamente una vez durante una hora, cuando salió a comprar algunas cosas al pueblo. Nunca tuvimos que mandar a bebés nacidos con un peso inferior a 5.5 libras a la unidad pediátrica después de haber decidido cuidar de ellos en la clínica, y lo que es más, estábamos siempre impresionados por el progreso rápido que esos chicos hacían estando al cuidado de sus madres; a menudo estábamos de acuerdo en que se los llevaran a casa

cuando aún tenían un peso inferior al normal. (Por el contrario, semejantes bebés, si estuvieran en las unidades de cuidado neonatal, serían mantenidos en incubadoras, durante una o dos semanas más). Realmente, hemos empezado a sospechar que, muchas de las alteraciones metabólicas observadas con frecuencia en bebés prematuros, están ligadas no al hecho de que son prematuros sino a la ausencia o reducción de estímulo sensorial y de afecto humano —específicamente a la separación de la madre y el bebé— común en la mayoría de los hospitales modernos.

Desafortunadamente, obstáculos prácticos a menudo hacen imposible este acercamiento ideal entre madre e hijo, incluso en nuestra unidad. Una madre que ya tiene varios niños en casa, a veces no puede quedarse en el hospital durante varias semanas, con su bebé. Además, al seguro nacional francés no se le convence fácilmente para que cubra los costos de su hospitalización por más de diez días, a pesar de que, por lo general es menos costoso que la permanencia del recién nacido en una unidad de cuidado intensivo. Esas dificultades prácticas en cierto modo, se hallan ligadas también con nuestra quizás excesiva prudencia.

A pesar de la "falta de calidad" de la incubadora, las hemos utilizado en casos en los cuales habría sido posible, simplemente, prescindir de ellas. No nos sentimos preparados para seguir totalmente el ejemplo del pediatra

colombiano que manda los bebés prematuros a su casa, después de sólo uno o dos días, recomendándoles a las madres que se queden con ellos día y noche, en estrecho contacto corporal, como los bebés canguros en la bolsa de su madre.

Los resultados de nuestro acercamiento al prematuro no pueden interpretarse estadísticamente, pues no hemos tenido suficientes casos, hasta ahora. Aún así, entre 1978 y 1984, a cien bebés con un peso menos de 5.5 libras, se los mantuvo constantemente con sus madres.

Antes que la madre deje la unidad de maternidad, dialogamos con ella sobre varios temas, desde concepción hasta cocheritos. Nos aseguramos de hablarle sobre la Liga de la Leche, organización internacional fundada hace treinta años por mujeres que quisieron hacer que el amamantamiento fuera más fácil y más satisfactorio tanto para las madres como para los bebés. Es importante que las mujeres estén informadas sobre qué esperar del amamantamiento, pues muchos doctores saben tan poco sobre esto que no pueden aconsejar a las madres acerca de qué hacer cuando surgen problemas, y entonces, demasiado rápidamente, les aconsejan darles mamaderas.

Desde este momento, es la madre "la que toma las riendas". Quedamos a su disposición para ayudarla, si hubiera algún problema. Pero si hemos hecho nuestro trabajo de manera adecuada, ahora ella estará lista y deseando manejar por sí misma.

Una madre de París

Era primavera. Cada martes íbamos para cantar con Marie-Louise a la unidad de maternidad. Yo estaba embarazada de dos meses, cuando hicimos nuestra primera visita. A la salida del colegio podía oír a mi hija de cinco años mandándose la parte con sus amigos: "Me voy a bañar y a cantar al hospital donde nacen los bebés".

Fantasia: Marie-Louise canta a propósito de la vida y mi bebé canta a la vida adentro de mí. El verano llega a Pithiviers, inundando al pueblo con la luz del sol. En Beauce, los campos dorados cubren la tierra. Pasamos las vacaciones en la hostería de la campiña, dirigida por Madame de la Forge. Ella trabaja en el hospital y también canta allí. Su hospitalidad no tiene límites.

Un día durante la cita con un pediatra, mi hijo es atraído por Martine, una joven futura madre. Juegan juntas y hacen pajaritos de papel. Una amistad nace. "Bueno, lo prometo: mañana vamos a hacer juntas un picnic en el césped". Pero al día siguiente Martine y Didier, nuestros nuevos amigos, no están allí. En el hospital, una asistente nos informa que su bebé está por nacer en el cuarto 126. Le vamos a hacer una corta visita. Didier me pide que me quede con Martine durante unos cinco minutos, mientras él fuma un cigarrillo. Esaban acampanado, cuando los primeros "signos" comenzaron durante la noche. Martine está por dar a luz. Quiere compartirlo conmigo, para volver a traer los viejos lazos entre mujeres. Martine se sienta en la pileta para aliviar las contracciones fuertes. Mi hija entra y sale en puntas de pie. ¿Terminaría que tratar de alejarla de la realidad

del nacimiento? Muy pronto la oigo locando el piano en el cuarto de canto; sus manitas tocan las teclas como si fueran alas de mariposas cepillándose en un verde profundo. La cabeza del bebé coronó. "Me he quedado sin fuerzas, ya..." Martine larga un grito de queja.

El bebé de Martine ha nacido y llora suavemente en sus brazos. "¡Mi hijo!", dice asombrada: "¡Ahora tienes tu propia vida!" El sudor de mi cara está mezclado con lágrimas de alegría. "¿Podemos ir al picnic ahora?" grita mi hija, al entrar en el cuarto.

Varios días después, me pregunta pensativa: "Mamá, ¿eso es la vida?" "Sí", le contesto. Y su respuesta es: "¡Oh! ¡Es maravilloso!"

Un mes más tarde, hacemos el viaje familiar desde París a Pithiviers. Los pueblitos están celebrando la fiesta local. Flores. Bandas. "Mayorettes". Mis contraindicaciones, que empezaron esa mañana, se vuelven regulares mientras seguimos el ritmo de la música. A eso de las ocho de la noche desahago mi valija en el cuarto 126. Mi hija está encantada escuchando mágicas historias que le cuenta su padre. Pronto se queda dormida.

A medianoche, nace Baptiste.

Su padre me ayudó con todas sus fuerzas, mientras que una asistente se asegura de que su precioso agurte fuera firme. Nuestra partera esperó pacientemente. Y ahí estaba yo, sentada en el piso, con mi bebé en mis brazos. Se le preparó un pequeño recipiente para bañarlo. Una enfermera estudianta, a quien conocí en las sesiones de canto, se sentó a mi espalda, haciéndome de conforable respaldo. Observé mientras el papá de Baptiste cortaba el

cordón umbilical, que aún estaba unido a mí.

Volvimos a nuestro cuartito. Baptiste iba en los brazos de su padre. En la cama, Baptiste yace dormido a mi lado. Se despierta, trata de mamar, se vuelve a dormir otra vez. Recuerdo otra noche de nacimiento, una noche sin dormir, gris de tristeza, rodeada de vacío: en cuanto mi hija nació, ¡fue sacada de mi lado para que yo descansara! Aquí, en Pishiviers, a uno no le sacan sus hijos. Se dan tiempo y espacio para que nuevos lazos se creen y crezcan.

Al otro día, una enfermera sugiere que cambiemos al pequeño Baptiste, pero está dormido. Así que esperamos. Y yo todavía estoy allí cuando se despierta. Ellos simplemente me dan consejos generales; yo sé qué hacer.

Han pasado cuatro meses. El nudo tan sólidamente hecho en Pishiviers se ha vuelto cada vez más fuerte con cada día que pasa. ¡Miren a Baptiste, dejando mi pecho para sonreírme, para mirar a su padre, cuando yo lo escucho! La primera vez que hizo eso, no se dio cuenta de que al sonreírse podía perder mi pezón y empezó a gritar.

Cuando lo encontré de nuevo, ¡sonrió otra vez!

En Pishiviers, yo estaba viva durante el nacimiento; era capaz de disfrutar cada momento. Compartí mi experiencia con las mujeres asistentes, infinitamente atentas hacia mí y mi bebé. Y para un hombre debe ser una experiencia inolvidable ayudar a dar a luz a la mujer que ama.

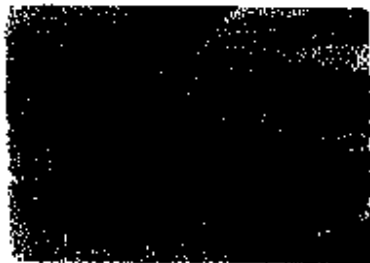
Seco al temeroso Baptiste después de su baño y le canto las tiernas palabras de Marie Louise:

Tu n'auras jamais froid,
de sèmerai la laine,
Tu n'auras jamais froid,
de planterai la sote...

You'll never be cold,
I'll sow seeds of wool,
You'll never be cold,
I'll plant silks untold...

Jamás tendrás frío,
Sembraré semillas de lana,
Jamás tendrás frío,
Plantaré incalculable seda.





ANTIOBSTETICIA

Es fácil imaginar las objeciones que un obstetra convencional puede tener con respecto a nuestra manera de encarar el nacimiento en Pithiviers. Esos doctores pueden argüir que nuestra práctica es adecuada sólo para mujeres sanas, con embarazos de "bajo riesgo" (de las que se espera un parto sin complicaciones) y que para todas las demás mujeres, es potencialmente peligroso. Es cierto que la mayoría de los nacimientos en Pithiviers no tienen problemas. Sin embargo, esto no se debe al bajo riesgo de la población de la clínica. No seleccionamos a las posibles madres ni enviamos a aquéllas con posibles problemas a otro hospital, ni tampoco hacemos propaganda para atraer sólo un cierto segmento de la población. De hecho, muchas mujeres que vienen a Pithiviers lo hacen precisamente porque tuvieron problemas en previos trabajos y partos. Algunas, habiendo visto muchos doctores y muchas unidades de maternidad, están extremadamente preocupadas, y a causa de esto, no podemos esperar una labor y un nacimiento fáciles. Otras

han sido consideradas como casos especiales o difíciles en otras partes y quieren saber qué es lo que nosotros podemos hacer de diferente. Por ejemplo, es típico encontrar en nuestra clínica, a mujeres de más de treinta y siete años o de treinta y siete a cuarenta y tres o cuarenta y cuatro años, que ya han tenido una cesárea y ahora quieren la oportunidad de hacer un trabajo natural y tener la posibilidad de dar a luz por vía vaginal. Además, una clínica de maternidad a unos treinta kilómetros, que aún no tiene medios quirúrgicos, nos envía mujeres con problemas durante el trabajo de parto. Evidentemente, estas mujeres no se pueden calificar como embarazos de "bajo riesgo".

Así que, conrarnos, por lo menos, con nuestra cuota de casos difíciles. Sin embargo, para nueve de cada diez mujeres que dan a luz en Pithiviers, la calidez, la oscuridad, la privacidad, la calma, la tranquilidad, la libertad de movimiento y la presencia de sensibles ayudantes durante el nacimiento, son suficientes para asegurar un tranquilo progreso

en el trabajo. En realidad, cuanto más difícil parece que va a presentarse el trabajo, más atención prestamos a la calidad de la atmósfera.

Los problemas son la excepción, aun con aquellas mujeres cuyas experiencias pasadas nos llevaron a creer lo contrario.

El establecimiento médico cita con frecuencia el "factor riesgo" —la legítima preocupación por la seguridad de la madre y el niño— para justificar la "medicalización" del proceso del nacimiento y desacreditar toda otra alternativa; ya sean nacimientos caseros o centros de maternidad fuera del hospital o unidades de Píthiviers. Pero no está realmente bien claro si esta actitud (que involucra el uso de sedantes, hormonas artificiales para estimular el trabajo, epidurales y otras anestesias, fórceps y las cesáreas clásicas) ha disminuido el "factor riesgo", puesto que gran parte de esta intervención médica introduce nuevos riesgos. Además, este énfasis en casos de alto riesgo sirve muy pobremente a los intereses de la gran mayoría de las mujeres, que tienen embarazos y alumbramientos "normales". Desafortunadamente, la mayoría de los doctores están mucho más interesados en la enfermedad que en la salud. Creen que la buena salud es simplemente la ausencia de enfermedad. Como resultado, doctores y estudiantes de medicina se refieren con frecuencia a la obstetricia, sólo cuando implica patología. Se pasan la mayor parte del tiempo preparando para todas las cosas terribles que podrían ir mal durante el embarazo y el alumbramiento. Los estudiantes saben todo acerca de la placenta previa y de la toxemia aguda, pero para cuando se reciben, han aprendido muy poco sobre la fisiología de un

trabajo normal e ignoran por completo los factores perfectamente comunes que pueden modificar el proceso, sin que eso sea causa para alarmarse o intervenir. El resultado final es que, cada nacimiento, es visto como un problema potencial.

Lito Píthiviers, por supuesto que no dudamos en intervenir médicamente cuando es necesario. No estamos contra la tecnología médica y no negamos la importancia de las contribuciones tecnológicas en el campo de la obstetricia. Lo que hacemos es evitar cualquier riesgo innecesario para la madre y el bebé. Sin embargo, nuestra dedicación para ayudar a las mujeres a dar a luz por sí solas, determina cuándo y cómo intervenimos, si se generara algún problema; puesto que la función de cada mujer es diferente, no puede haber un modelo de rutina general para intervenir. Y ya que consideramos al nacimiento como un acontecimiento personal e íntimo, hacemos todos los esfuerzos posibles para minimizar la naturaleza invasora de la asistencia médica. Como resultado, muchos aspectos de nuestra práctica eliminan los peligros que la obstetricia convencional ha creado: cuando las mujeres tienen la libertad de moverse durante el trabajo de parto y asumir las posiciones de alumbramiento verticales, algunas complicaciones nunca aparecen y muchas intervenciones comunes se vuelven innecesarias.

Tomemos, por ejemplo, el desgarro artificial de las membranas; un procedimiento que se ha vuelto cada vez más frecuente, aunque su justificación médica sea discutible. En los hospitales modernos, es normal romper las membranas que contienen las aguas en las que flota el feto, al comienzo del trabajo. Cuando la presión de una contracción hace

que las membranas se hinchen, se pueden romper fácilmente con cualquier instrumento sin filo. Una de las razones que dan los doctores para este procedimiento (amniotomía) es que acelera el trabajo, lo cual se supone que es bueno. Otra razón por la cual los practicantes rompen las membranas, es para determinar el color del líquido amniótico. Este color puede proporcionar datos que ayudan a saber en qué condiciones está el bebé y a veces puede indicar peligro fetal. Si en algún momento el feto es privado de oxígeno, protegerá sus órganos vitales —como el corazón y el cerebro— y comprometerá el flujo de oxígeno que va a otros órganos menos cruciales. Cuando esto sucede, los intestinos se retraen y se vacían en el líquido amniótico, dándole un tinte amarillento, verdoso o marrón, lo cual sugiere que el bebé ha sufrido o está sufriendo por la privación de oxígeno. Una tercera razón para romper las bolsas es posibilitar a los doctores el uso de un monitor eléctrico interno fetal que requiere ajustar un electrodo en el cráneo del bebé para verificar el peligro fetal.

Desde nuestro punto de vista, ninguna de estas son razones suficientemente buenas para una intervención de rutina. Primero, no está del todo claro por qué una aceleración rutinaria del trabajo es deseable. Para empezar, la rotura de las membranas da más posibilidades a la infección tanto para la madre como para el niño. Sobre todo si la mujer tiene que trabajar yaciendo sobre su espalda, ya que en esta posición, el líquido no puede salir por abajo y para afuera. Romper las membranas también destruye su función potencial como protección adicional para el cordón y para el cráneo del bebé, durante las etapas finales del trabajo. Por último, en esos casos en los cua-

les el romper las membranas parece acelerar el trabajo, probablemente se esté ante membranas que se hubieran roto muy rápidamente por sí solas.

En Píthiviers, raramente rompemos las membranas, a fin de dejar que el trabajo de parto siga su curso fisiológico natural. En cambio, si pensamos que es necesario hacer una revisión especial para ver la condición en que se encuentra el bebé, inspeccionamos las membranas con un amnioscopio: un tubo de metal equipado con una luz al final. Con el amnioscopio podemos ver el color del líquido amniótico a través de las membranas transparentes, sin tener que romperlas. Tampoco vemos la necesidad de usar monitores internos electrónicos para chequear y verificar los latidos fetales continuamente. Por una parte, es una intrusión agresiva en el mundo del bebé, no está exenta de riesgo. Por otra parte, el bebé probablemente está sufriendo porque la madre está irremovible sobre sus espaldas, con su útero presionando contra la vena cava y sus contracciones aumentadas por hormonas sintéticas; entonces sí, el monitor electrónico constante se vuelve necesario. En nuestra clínica, donde las mujeres se mueven libremente y no se usan drogas, las dos principales causas de peligro fetal son eliminadas. Las causas de peligro para nosotros hacer por lo tanto innecesario para nosotros hacer otra cosa que escuchar intermitentemente el latido fetal con un estetoscopio obstétrico convencional. Si la mujer está parada o si está en la pileta, es más práctico recurrir al Dopplere, pequeño instrumento que se parece a una aletadora eléctrica y se usa con ondas de ultrasonido de muy baja frecuencia, para detectar los movimientos cardíacos del bebé. El Dopplere es considerado seguro por muchos médicos, porque su onda es baja en

presión y en intensidad. Sin embargo, puesto que sus efectos a largo plazo todavía no son conocidos, no lo usamos en las primeras etapas del embarazo; si lo tenemos que utilizar durante el parto, lo hacemos por breves intervalos.

Hay sólo dos situaciones en las cuales juzgamos necesario romper las membranas: la primera, cuando el trabajo cesa totalmente, una vez que la dilatación cervical se ha completado. Este es un problema que encontramos raramente, ya que si somos suficientemente pacientes, por lo general el trabajo vuelve a empezar de manera espontánea. El segundo es cuando la placenta está baja pero no cubre absolutamente la apertura cervical (placenta previa marginal). En este último caso, una vez que las membranas se han roto, algunas mujeres pueden dar a luz vaginalmente, sin peligro de hemorragia. Sin embargo, salvo estos ejemplos especiales e inusuales, no es excepcional en Pithiviers que los bebés nazcan con las membranas intactas cubriéndoles la cabeza; éste es un signo de buena suerte en muchas culturas del mundo. Por supuesto que, algunas veces, las membranas se rompen ellas solas antes de que las contracciones empiecen. Si esto sucede, esperamos que el trabajo comience y nos aseguramos de que el agua esté limpia, lo cual es un indicador del estado de salud del bebé. No hay que anticipar ningún riesgo por esta ruptura espontánea y normal, pero evitamos hacer exámenes vaginales durante estos momentos, para minimizar la posibilidad de infección. Otra práctica que cuestionamos es el uso rutinario de Pitocin. El Pitocin (una forma sintética de la hormona oxitocina) es la droga que se usa más frecuentemente en todo el mundo durante todas las etapas del trabajo,

para estimular o reforzar las contracciones uterinas. El Pitocin es prescripto cuando una mujer no logra tener el equilibrio hormonal necesario durante el trabajo, para secretar bastante oxitocina capaz de generar las contracciones o bien las contracciones suficientemente fuertes. Sabiendo lo que ya sabemos sobre el efecto del entorno para la mujer que está trabajando, no debería sorprendernos que el ambiente de un hospital convencional no sea muy apropiado para trabajos espontáneos y eficaces. Los alrededores desconocidos, las luces brillantes, las máquinas que irradian, los sonidos extraños, el constante ir y venir de gente extraña hacen bastante probable que una mujer pueda lograr el equilibrio hormonal requerido. Por eso el Pitocin se vuelve necesario en tantos nacimientos de hospital. Sin embargo, no es una alternativa ideal. Las hormonas sintéticas, aun en dosis prudentes, nunca pueden reemplazar el balance hormonal fisiológico perfecto. Además, la experiencia nos ha enseñado que las contracciones reforzadas artificialmente con Pitocin, a causa de su a veces excesiva fuerza y mayor frecuencia, tienen más probabilidad de privar de oxígeno al feto, que las contracciones naturales. Finalmente, estudios recientes han demostrado una relación entre el uso de Pitocin y de la glicosa (el azúcar que se encuentra en la solución del drip intravenoso, a través del cual el Pitocin es administrado) y la ictericia neonatal.

Por eso, en Pithiviers, hacemos todo lo posible para crear un entorno en el cual la mujer va a secretar su propia oxitocina, haciendo innecesario el Pitocin. Empleamos Pitocin en raras de un nacimiento cada cien, sólo si la dilatación no progresa y el descenso del bebé se hace difícil. ¡Nunca administramos Pi-

tocin cuando hay presentación pélvica, por razones que serán tratadas más adelante, en este mismo capítulo. Muy suavemente empezamos el goteo de Pitocin. Si los latidos del bebé se hacen más lentos (aunque sea en grado mínimo), cesamos el drip inmediatamente; si todo sigue bien, continuamos hasta que el bebé haya descendido y la dilatación sea completa. A veces, una dosis minúscula es suficiente para que la dilatación y el descenso sean completos. En cuanto se puede —es decir, cuando el bebé ha coronado y está listo para nacer— suspendemos todo el Pitocin.

Abir el armario de las medicinas para buscar drogas de cualquier tipo no es en absoluto una rutina en nuestra clínica. Excepto en las ocasiones mencionadas más arriba en que usamos Pitocin, casi nunca administramos drogas durante el trabajo de parto. Narcóticos, tranquilizantes y calmantes, todos ellos atraviesan la placenta y tienen efectos depresivos en el bebé. (Los efectos a largo plazo de estas drogas en el recién nacido, desde el Pitocin a los calmantes, aún no se conocen; hay estudios en desarrollo). Tampoco usamos anestesia local, como epidurales, tan populares en muchos hospitales. La epidural se efectúa insertando una aguja entre dos vértebras lumbares, introduciendo un catéter y luego inyectando una anestesia que desensibiliza o paraliza la región inferior de la mitad del cuerpo de una mujer. Las epidurales hacen bajar la presión arterial —lo cual tiene que ser remediado por drips intravenosos— e inhiben contracciones uterinas; entonces las dosis de Pitocin se hacen necesarias. Cuando la dilatación es completa y el descenso del bebé ha terminado, la mujer, por supuesto, no puede sentir cuándo tiene que empujar para ayudar al bebé a emerger y entonces se le tie-

ne que decir cuándo lo debe hacer. Si sus esfuerzos no son exitosos, el bebé tiene que ser sacado con fórceps.

La obstetricia convencional justifica el uso de epidurales y otros procesos anestésicos diciendo que evitan a las madres un gran dolor. Las epidurales sacan el dolor, pero también eliminan la participación activa durante el parto. Además, los mismos doctores que abogan por su uso se niegan a reconocer que, gran parte del dolor del alumbramiento es creado por su insistencia en que las mujeres deben dar a luz en una posición determinada, así como por el uso rutinario del Pitocin, que trae contracciones artificialmente fuertes y en su prescripción de otras drogas para alterar el equilibrio hormonal y probablemente inhibir la producción natural de opiáceos. En cierto sentido, la obstetricia convencional no deja a la mayoría de las mujeres otra opción sino la de solicitar epidurales y algún otro alivio artificial.

En vez de recurrir a las drogas cuando un nacimiento es particularmente difícil, brindámos a la futura madre la posibilidad de relajarse en una pileta de agua tibia y, eventualmente, de permanecer un rato a oscuras, sola, libre para ser tan ruidosa como ella lo desea. En ocasiones sugerimos una o dos gotas de alcohol en forma de punch o champagne, para ayudar a la mujer a que se relaje. También hemos experimentado con algunas otras alternativas, aparte de los calmantes químicos. Por un tiempo tratamos de reducir el trabajo de parto con acupuntura. Paradójicamente, mi viaje a China nos desalentó en la intención de proseguir en esta línea. De hecho, me enteré de que la acupuntura tradicional china raramente es usada durante nacimientos. Esto no es el resultado de ignoran-

cía o indiferencia por parte de los acupunturistas masculinos. Por el contrario, la acupuntura es utilizada en obstetricia. El punto Zhìyù del merique del pie, se cree que hace dar vuelta a los bebés en presentación pélvica durante el embarazo y el Renzhong, en el labio superior, puede ser usado para revivir a los recién nacidos. Pero la poca frecuencia del uso de acupuntura durante el trabajo, probablemente refleja una actitud tradicional que sabiamente reconoce que, tratar de influir en el trabajo de parto, implica perturbar un proceso en extremo complejo, al cual es mejor dejar intacto. A pesar de haber tenido algún éxito con la acupuntura, era imposible de aplicar mientras la mujer estaba caminando por allí, cambiando posiciones o flotando en el agua, por lo tanto, eventualmente, la abandonamos. Tenemos muy poca experiencia con la homeopatía durante embarazo y parto, pero nos ha sorprendido la aparente eficacia del "caulofyllin 4CH" usado alternativamente con "actea racemosa 4CH" (píldoras puestas debajo de la lengua de la mujer que está en trabajo). Algunas parteras piensan que estos remedios homeopáticos hacen que el trabajo sea más fácil, más rápido y menos doloroso. De tanto en tanto, usamos "terapia lumbar de reflejo" para aliviar, cuando las contracciones se sienten dolorosamente en la parte baja de la espalda y la dilatación se ha detenido en unos cinco centímetros. Esto involucra inyectar pequeñas dosis de agua intradérmicamente, en el área lumbar. Se ha demostrado, mediante estríctos, que los impulsos de dolor originados en la piel pueden inhibir impulsos de dolores profundos. Después de un intenso dolor local no manténeo, dicho tipo de terapia generalmente trae alivio inmediato para este específico



dolor de espalda y también permite que la dilatación progrese.

Por último, cuando hay un trabajo de parto especialmente difícil, una mujer debe usar toda la fuerza que tenga, para traer a su hijo al mundo. Confiamos en las capacidades propias de la mujer y en su potencial durante el trabajo; esa confianza ha sido constantemente reforzada por nuestras experiencias en la clínica.

Lo mismo sucede para el momento del alumbramiento. Los obstetras reaccionan bastante enérgicamente cuando les decimos que los fórceps no han sido usados en Pithiviers desde 1963 y, en lo que nos concierne, pertenecen a los museos. Semejantes reacciones apasionadas no deberían sorprender, ya que los fórceps son tan básicos en la práctica de la obstetricia moderna como lo es la posición supina; eliminando ambas cosas, de hecho hemos sacado los fundamentos de la práctica de la obstetricia moderna. No deberíamos olvidar que las mujeres, en un principio, tuvieron que yacer sobre sus espaldas, en angostas y altas mesas de parto, para que los doctores pudieran usar los fórceps con

más facilidad. El uso de fórceps para sacar al bebé del cuerpo de la madre desplaza completamente el proceso natural del alumbramiento. A veces, los nacimientos con fórceps deben ser acompañados de anestesia, haciendo el proceso tanto más intruso y peligroso. Claro que, en la mayoría de los casos, el entrenamiento y la destreza de quien lo practica son más importantes que el tipo de instrumento usado. Pero es desafortunadamente verdad, que los fórceps no pueden ser considerados como seguros en cualquier mano y muy pocos son los que pueden usarlos con la suficiente delicadeza y seguridad.

En Pithiviers, el abandono de la posición dorsal ha convertido los fórceps en piezas obsoletas. En los raros casos en que las contracciones de la madre son insuficientes para empujar a su bebé sin ninguna ayuda, aun cuando el descenso está completado y el cérvix absolutamente dilatado, utilizamos en su lugar un aparato llamado "extractor al vacío". Este instrumento (que se emplea aproximadamente en un 6% de todos los nacimientos en Pithiviers), consiste en una pequeña taza sujeta por un tubo de goma a un frasco. Con un simple inflador como para bicicleta, se crea el vacío en el frasco, para que la taza se adhiera a la superficie. A pesar de que puede ser usado en cualquier posición, el extractor al vacío es utilizado cuando la madre está en una posición sentisentada, ayudada por su compañero o asistente. La taza es insertada en su vagina y puesta en la cabeza del bebé, lo más cerca posible del hueso púbico de la madre. Cuando se bombea para crear el vacío, la taza se adhiere a la cabeza del bebé. Un dispositivo indica la cantidad exacta de presión que está siendo aplicada. En cuestión de cinco minutos, la presión alcanza alrededor

de 0.4 Kg. por cm., un número muy bajo pero suficiente para nuestras necesidades. Cuando la presión llega a este punto, mantenemos una ligera tracción en el tubo de goma, tirándolo suavemente en la dirección de la cabeza del bebé. Durante las contracciones, la taza ayuda a evitar que la cabeza del bebé se vuelva a subir por la vagina de la madre. Mientras tanto, por su parte, la madre sigue colaborando con el bebé al fuera, usando el extractor al vacío como una ayuda para sus propios esfuerzos. La cabeza del bebé que empuja contra el perineo estimula una más alta secreción de oxitocina, lo que desencadena contracciones eficaces (el reflejo Ferguson). Por esta razón, si se ha esitado usando el goteo de Pitocin, lo discontinuamos en cuanto el bebé ha bajado lo suficiente como para usar el extractor al vacío. Una vez que las contracciones son buenas y fuertes, guiamos la cabeza del bebé suave pero firmemente hacia afuera. El bebé desciende con facilidad y la cabeza, generalmente, corona después de varias contracciones. Llegados a este punto, a veces sacamos la taza y procedemos como de costumbre, mientras la madre adopta la posición que mejor le convenga. En resumen, el extractor al vacío es un instrumento práctico y seguro; nunca falla, es extremadamente fácil de usar y no requiere anestesia. Lo utilizamos en el cuarto de alumbramiento, pero también podría ser aplicado durante nacimientos en los hogares.

Después del uso del extractor al vacío, al finalizar la primera etapa del trabajo, las mujeres en general están aptas para valerse de sus propios recursos y dar a luz. Muchas madres no tienen la sensación de que sus bebés les fueron extraídos; algunas de ellas hasta se olvidan de que fueron asistidas por el extractor

al vacío. Un cambio las mujeres cuyos bebés han sido sacados con fórceps, nunca lo olvidan. En lo que concierne a los bebés, después de la extracción al vacío, se suele formar un pequeño chichón en sus cabezas, que desaparece por completo luego de algunas horas.

Significativamente, los extractores al vacío son muy conocidos y usados sólo en los países donde las mujeres tienen control sobre el entorno del nacimiento. Originalmente fueron desarrollados en Suecia, un país con larga tradición en parteras. En China, donde la mayoría de las obstetras son mujeres, las asistentes a menudo usan una versión muy rudimentaria del método del extractor. Los fórceps, que literalmente atan al nacimiento a la madre y lo ponen en las manos del doctor, son usados exclusivamente en países donde los hombres dominan el campo de la obstetricia. En los Estados Unidos, por ejemplo, donde a las parteras no se les ha dado su lugar, el uso de fórceps es muy alto.

Otro proceso que se practica comúnmente en el momento del alumbramiento y que nosotros efectuamos sólo en circunstancias muy particulares, es la episiotomía. La episiotomía consiste en cortar la apertura vaginal con tijeras a fin de agrandarla, para facilitar el pasaje del bebé. Siempre se hace en la "fourchette", es decir, en la parte de atrás de la apertura vaginal. A veces el corte es derecho hacia atrás (línea media); otras, hacia un lado (medio-lateral). Esto suele efectuarse justo antes de las contracciones finales, cuando el bebé es dislocado por la presión de la cabeza del bebé y se ha vuelto relativamente insensible; la mujer no siente dolor. Mientras que las episiotomías son rutinarias en la mayoría de los hospitales modernos (95%), nosotros las

hemos encontrado necesarias en sólo un 7% de todos los nacimientos en Pithiviers. Hacemos una episiotomía sólo cuando hay causa de preocupación por el estado físico del bebé, por ejemplo, en caso de presentación pélvica. En ese caso, la episiotomía va a ayudar al bebé ya estresado, esas úterinas contracciones, que van a ayudarlo a hacer más rápidamente.

La verdad es que las episiotomías son raramente necesarias cuando las mujeres dan a luz en la posición de caderas, con asistencia, como tan a menudo es el caso en Pithiviers. Esta posición asegura la máxima presión pélvica, óptima relajación muscular, elasticidad perineal extensa y el mínimo esfuerzo muscular. También provee la mejor salvaguardia contra serias tagaduras de perineo. Cuando una mujer yace sobre sus espaldas con sus pies en los estríbo y mala de empujar contra la gravedad, es muy posible que se origine un desgano en los tejidos profundos, por debajo de la superficie de la piel. Sin embargo, en la posición acullada, ayudada, cualquier desgarramiento será superficial y sanará rápidamente. Otras maneras de prevenir serias tagaduras de perineo es evitar dar órdenes ("empuje!", "no empuje!"), que muy raramente están alineadas con lo que la mujer siente y también evitar tirar de la cabeza del bebé para que salgan los hombros.

Otras de las razones por las cuales las episiotomías son tan ocasionales en nuestra clínica es simplemente porque a nuestras parteras no les gusta hacerlas, lo que trae a colación la cuestión de que, por ahí, esta cortadura de la vagina refleja alguna insensibilidad específicamente masculina. Por supuesto, los obstetras convencionales siempre han tratado de justificar su práctica. Argumentan que las

episiotomías reducen la posibilidad de un futuro prolapso* uterino, aunque no hay ninguna evidencia científica que apoye esta hipótesis. Un mi propia experiencia quirúrgica, he observado que el prolapso tiene muchas más probabilidades de ocurrir cuando los médicos aceleran la labor artificialmente, poniendo más presión en los músculos o por nacimiento con fórceps, que realmente dan los músculos. El hecho de que las episiotomías sean una ruina, generalmente hechas sin razón, hace que se vuelva aún más insostenible el saber que pueden causar a las mujeres dolor y problemas sexuales durante muchas semanas después. Semerantes complicaciones no surgen tras un desgarro natural, que cicatriza mucho más rápido que una episiotomía.

Las consecuencias de nuestra actitud quizás estén demostradas en forma más dramática, con nuestra tasa de cesáreas del 6 al 7%, que contrasta muy provocativamente con las cada vez más altas tasas de todo el mundo (19% en los EE.UU., en 1982; 13% en Inglaterra y 15% en Francia). El más famoso profesor de obstetricia en Francia, recientemente declaró que él pensaba que un 20% de tasa de cesáreas era sumamente razonable. A este aumento se le dan muchas explicaciones. Los médicos, de buena fe, lo atribuyen a la creciente preocupación por la seguridad del bebé, pero también están involucrados otros factores. A pesar de que las razones financieras sean raramente predominantes, en algunos países, la operación proporciona mucho dinero a los hospitales privados. En Rio de Janeiro, por ejemplo, la tasa

* Una condición en la cual los músculos vaginales, heridos o desgarrados durante el alumbramiento, ya no pueden sostener al útero.

de cesáreas es mucho más alta en hospitales privados que en hospitales públicos. (Un hospital privado registra una tasa del 80%). Además, el peligro de ser procesado juega un papel importante. Hoy en día, un obstetra raramente es condenado por hacer una cesárea innecesaria, pero si un bebé muere durante el trabajo de parto, es fácil decir a posteriori que la operación podría haberlo salvado. La manera más simple de evitar problemas legales es ser absolutamente convencional. A este respecto, nosotros, en Pithiviers, somos muy vulnerables. Otro factor que contribuye al aumento de la tasa de cesáreas es que, en estos días, los estudiantes de medicina no están siendo entrenados para lidiar con trabajos complicados, como presentaciones de pelvis o, incluso, con largos trabajos de parto normales, sin recurrir a la cirugía. Una vez más, la medicina convencional parece tratar el mismo alumbramiento como una complicación, un caso patológico que necesita intervención. Una de las razones fundamentales para el aumento de las cesáreas puede ser la necesidad bien establecida por los obstetras masculinos, de controlar el proceso de nacimiento. Ciertamente, el dramático aumento en la tasa de cesáreas (en los EE.UU., de 4,5% de alumbramientos en 1965 a 25% a finales de 1980) sugiere que las cesáreas ya no se usan más sólo como un método de nacimiento de emergencia para salvar la vida de la madre y el niño. Por supuesto, hay razones indiscutibles para hacer cesáreas, pero este aumento de la frecuencia parece cada vez más cuestionable. Desafortunadamente, el trauma físico y emocional asociado con los nacimientos por cesárea, que alguna vez llevaron a que las mujeres protestaran, ha sido olvidado por la cosmo-cirugía. Las mujeres se acostumbraron a

la idea de las cesáreas, precisadamente porque ahora, semejante procedimiento es tan común —y hemos llegado a la segunda o a la tercera generación de madres a quienes los nacimientos "medicalizados" han sido impuestos— y porque también está fuertemente apoyado por la institución médica.

En las raras instancias en que el alumbramiento por vía vaginal es realmente no aconsejable o imposible, nosotros, como cualquier otra persona, efectuamos cesáreas. Por ejemplo, nunca dudamos en hacer una cesárea cuando el bebé se presenta en forma frontal (con la frente en vez de la parte de atrás o el tope de la cabeza sobre el cérvix) o en posición transversal (cuando el bebé está atravesado en el útero). También la hacemos cuando hay un prolapso repentino del cordón por más de cinco o diez minutos antes del momento probable del nacimiento. (Esta compresión del cordón es muy peligrosa, porque va a reducir y luego suprimir el intercambio de sangre entre el bebé y la placenta, cortando así la fuente de oxígeno para el bebé). Una cesárea también es inevitable si hay algún obstáculo en el camino del bebé, como es una placenta previa que cubra completamente el cérvix. Y por último, cualquier peligro fetal inesperado puede llevar a una cesárea.

Obviamente, cada grupo de asistentes al nacimiento tendrá su propio criterio para calificar los riesgos y las indicaciones. Es significativo, sin embargo, que en Pitiviers, las cesáreas aparecen con menor frecuencia que en cualquier otra parte. El hecho es que los procedimientos de los hospitales invariablemente ausentes en nuestra clínica, a menudo crean por sí mismos la necesidad de efectuar las cesáreas. La inducción del trabajo de parto

con drogas, practicada comúnmente en los hospitales occidentales, produce una labor más difícil, más dolorosa y prolongada y con frecuencia puede ser el preludio de una cesárea. También lo es la ruptura artificial de las membranas, posible origen de un prolapso del cordón umbilical. (Por el contrario, los prolapso en los cordones raramente suceden cuando las membranas no son rotas artificialmente). Al salir el líquido en el cual el cordón umbilical flota fuera de la bolsa, el cordón puede pasar por debajo de la cabeza del bebé y ser apretado por completo; de esa manera, la llegada de oxígeno es bloqueada. El resultado es el peligro fetal, y entonces, la cesárea se vuelve necesaria. Las drogas que aceleran el trabajo también pueden interferir con la llegada de oxígeno al bebé, pues éste es privado de oxígeno durante las contracciones; las inducidas con Pitocin artificial son más fuertes y más frecuentes que las espontáneas. Una vez más, el resultado puede ser el peligro fetal y, en consecuencia, una cesárea.

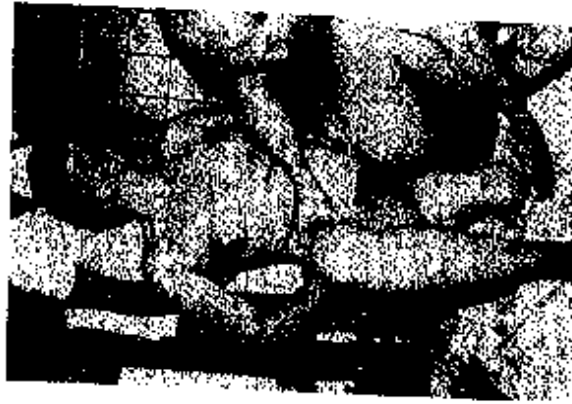
Las drogas para calmar el dolor, a menudo administradas a la madre para aliviarle el sufrimiento de las contracciones inducidas por Pitocin, pueden perturbar el proceso del trabajo y también llevar a una operación cesárea. Habiendo más generalmente, los procedimientos profesionales de los hospitales: la inserción de monitores electrónicos (que a menudo registran falsos peligros fetales), los exámenes vaginales, los goteos intravenosos, todo eso puede inhibir el trabajo de la mujer. El médico detiene el trabajo y, entonces, se juzga la necesidad de practicar una cesárea. Es alarmante pero verdadero. Cuando más interviene la medicina en el alumbramiento, más difícil y complejo se vuelve todo. Nuestro bajo porcentaje de cesáreas en Pitiviers, su-

giere que una práctica cuyo primer objetivo es ayudar a la mujer a dar a luz sin perturbar el proceso fisiológico en ningún momento, es la mejor manera de disminuir el número de operaciones cesáreas. En Pitiviers, casi nunca planeamos cesáreas. Aunque sospechamos que una cesárea puede llegar a ser necesaria, preferimos esperar que el trabajo de parto empiece espontáneamente. Después, dependemos de nuestra experiencia para ayudarnos a tomar decisiones rápidas. Primeramente —ya que tenemos razones para creer que el sistema endocrino fetal juega un rol en la puesta en marcha del principio del trabajo— cuando el trabajo empieza espontáneamente, quiere decir que el bebé ha desarrollado adecuadamente las glándulas pituitaria y adrenal y está lo bastante maduro como para lidiar con los rigores del trabajo y del nacimiento. Segundo, parece ser que las contracciones uterinas durante el trabajo juegan un rol estimulando el sistema neuroendocrinológico del bebé; no queremos privar al bebé de ninguna parte de este estímulo.

Por último, dentro del campo del trabajo y el alumbramiento, uno aprende rápidamente a esperar lo inesperado. A veces, una mujer tendrá una rápida y fácil labor aunque los profesionales creían que sólo era posible una cesárea. Por ejemplo, a mujeres que en otras oportunidades habían tenido cesáreas, a veces se les dice que siempre tendrán que dar a luz de esa manera. Sin embargo, en nuestra clínica, una de cada dos mujeres que previamente ha tenido cesáreas, logran dar a luz por vía vaginal. Tampoco los nacimientos que vienen con presentación pélvica justifican siempre esta operación, aunque esto, a pesar de todo, se haya vuelto una regla en muchos hospitales convencionales. Por nues-

tra experiencia con bebés de presentación pélvica, nos hemos dado cuenta de que observando el progreso natural de la primera etapa del trabajo, tenemos las mejores indicaciones para saber a qué atenernos hasta el último momento. Esto quiere decir que no haremos nada que pueda interferir con la primera etapa del trabajo: ni Pitocin, ni baño en la pileta, ni ninguna mención de las palabras "de nalgas". Si todo sale bien, no hay ninguna razón para pensar que la segunda etapa del trabajo pueda crear algún problema. Nuestra única intervención será insistir en la posición acuclillada, ayudada, para el nacimiento, ya que mecánicamente es la más eficaz. Reducir la posibilidad de que tengamos que sacar al bebé hacia afuera y es la mejor manera para minimizar el tiempo entre la expulsión del ombligo del bebé y su cabeza, que podría resultar en la compresión del cordón umbilical y privarlo de oxígeno. Jamás nos arriesgamos a arriesgarnos a hacer un parto con presentación pélvica si la madre estuviera en una posición dorsal o semientada.

Por otra parte, si las contracciones en la primera etapa del trabajo son dolorosas e ineficaces y la dilatación no progresa, rápidamente debemos dejar de lado la idea de un alumbramiento por vía vaginal. Si no, vamos a tener que encarar el peligro del "punto de no retorno": a último momento, cuando luego de la aparición de las nalgas del bebé, ya sea demasiado tarde para cambiar estrategias y decidir hacer una cesárea. Sin embargo, a pesar de que siempre hacemos cesáreas cuando la primera etapa del trabajo es difícil y la situación no mejora, la mayoría de los nacimientos que vienen con presentación de pelvis, en nuestra clínica, terminan siendo nacimientos por vía vaginal.



Una presentación pélvica en la posición acullada, ayudada

En dos situaciones, a veces, planeamos las cesáreas por adelantado: la primera es cuando una madre desarrolla una preeclampsia. Si una mujer tiene un incremento abrupto en la presión arterial hacia el final del embarazo y hay proteínas en su orina, la hospitalizamos y la tenemos bajo cuidados observación. Si se tiende sobre su costado izquierdo, para aliviar la presión en la vena cava, su presión arterial a veces baja y puede dar a luz normalmente. Una mujer en este estado no tendría que tomar ningún medicamento. Si le vienen repentinos dolores de cabeza y siente como una barra en el estómago o si el amnioscopio muestra que las aguas no están claras, se hará una cesárea, inmediatamente. Es el único

modo de que su estado no desemboque en una eclampsia (convulsiones seguidas por un estado comatoso, que puede causar la muerte a ella o al bebé). La mayoría de los casos de preeclampsia ocurren en las últimas semanas del embarazo; a veces, aparecen incluso durante el trabajo de parto.

En ocasiones, hacemos una cesárea sin esperar que comience el trabajo de parto espontáneamente, cuando un embarazo dura más de lo requerido. Sin embargo, es reabiente raro que un bebé llegue con retardo, hay una tendencia a subestimar la frecuencia con que esto sucede, generalmente porque la madre o el obstetra han calculado mal o se han equivocado sobre la fecha



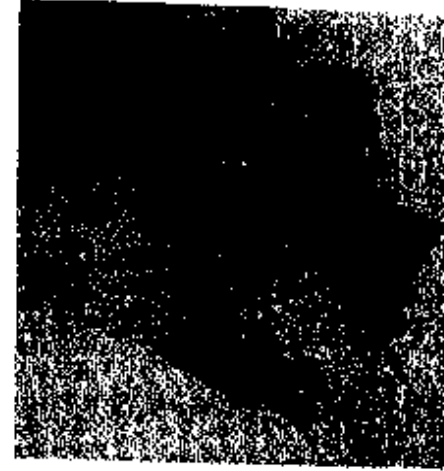
de concepción. Cuando estamos seguros de que una mujer está con verdadero retraso, se le hace una amnioscopia cada treinta y seis horas; mientras el líquido amniótico se presente claro, esperamos pacientemente. No vemos ninguna buena razón para inducir el trabajo de parto en forma rutinaria con goteos intravenosos de Pitocin o romper la bolsa, en semejantes casos. A veces, una vez por año, esa amnioscopia revela el líquido amniótico coloreado o en disminución; esos signos de peligro fetal requieren intervención inmediata. Si la futura madre ya ha tenido bebés, quizás rompamos las membranas y veamos qué pasa, antes de decidir hacer una cesárea. En caso de que la mujer sea primeriza, generalmente esperamos un trabajo más largo y más difícil; entonces, en general preferimos hacer una cesárea inmediatamente, para no añadir dificultades. Con esta estrategia, el número

de cesáreas en relación con la "postmaturez", se mantiene muy bajo.

En general, las cesáreas en nuestra clínica se reducen a medidas de emergencia. Nuestra actitud disminuye de manera significativa la tasa de intervenciones, porque nosotros no hacemos cesáreas automáticamente, sino cuando éstas son absolutamente necesarias. Y dado que por lo general terminamos decidiendo hacer una cesárea de una manera totalmente inesperada, inmediatamente antes del nacimiento, no podemos usar anestesia que requiera larga preparación, como sucede con la epidural. Usamos una típica anestesia general liviana que dura lo suficiente para la operación y operamos con la mayor rapidez posible. A menudo, el padre está presente durante la cesárea para recibir a su bebé y es frecuente que el bebé esté mamando, dentro de las dos horas.

Tanto en el alumbramiento vaginal como

Usando el estetoscopio, para limpiar las vías respiratorias



en la operación cesárea, las horas que siguen inmediatamente al nacimiento también son tenidas como períodos posibles de peligro para las madres y sus bebés recién nacidos. También aquí nuestra filosofía y experiencia nos han llevado a minimizar la intervención y, cuando es indicado, optar por los medios que sean menos intrusivos.

El bebé puede tener problemas justo después del nacimiento. En la mayoría de los hospitales, es una práctica común introducir un tubo en la nariz y en la boca de cada bebé para abrir los conductos inmediatamente después del nacimiento. Con frecuencia, éste es el motivo que se da para la inmediata separación de la madre y el niño. En Pittsburgh, el recién nacido es inmediatamente puesto en la "posición de seguridad": sobre su estómago y con su cabecita sobre un lado. En esta posición, las vías respiratorias del bebé están protegidas, aun si sus reflejos todavía no son lo suficientemente fuertes como para que los olore. No hay ningún peligro y se puede esperar pacientemente algunos instantes, para que el tono muscular y los reflejos mejoren. Luego, sin embargo, si el bebé todavía no respira, hay que limpiar las vías respiratorias. Para este propósito, usamos la parte del estetoscopio obstétrico monoaural que tiene forma de embudo —el extremo se pone sobre la boca y la nariz del bebé— y suavemente se aspira la mucosa a través del embudo. Algunos bebés requieren una asistencia corta de ventilación con una máscara de oxígeno. Después de algunos segundos, el recién nacido generalmente puede respirar por sí mismo y empieza a llorar. Pero ¿qué pasa si, después de transcurridos unos minutos, el bebé todavía no puede respirar sin ayuda de la máscara de oxígeno? En semejantes casos

excepcionales, ponemos un tubo dentro de las vías respiratorias del bebé y soplamos aire rítmicamente, directamente dentro de sus pulmones. Si el recién nacido continúa teniendo dificultades respiratorias o si hubiera habido un exceso del líquido amniótico durante el alumbramiento (que a menudo coincide con los problemas respiratorios), usamos una sonda para verificar si el esófago está obstruido. Por último, debe considerarse la posibilidad de que el problema respiratorio esté relacionado con una malformación que puede ser corregida quirúrgicamente, como un esófago bloqueado o una hernia de diafragma.

La salud de la madre también puede correr riesgos, inmediatamente después del alumbramiento. En caso de nacimiento por cesárea, los riesgos para la madre son estadísticamente más serios que aquellos causados por el alumbramiento por vía vaginal. En caso de un parto vaginal, si hay alguna dificultad en el desprendimiento de la placenta o si continúa una hemorragia, puede ser requerida la atención inmediata. Primero compensamos la pérdida de sangre; después sacamos la placenta manualmente y usamos drogas uteróticas para ayudar a que se contraiga el útero. Estos problemas ocurren pocas veces en Pittsburgh; en realidad casi nunca suceden, cuando el proceso de trabajo ha sido resuelto todo el tiempo.

Además, hemos descubierto que una mujer puede evitar una hemorragia, simplemente sentándose derecha para recibir a su bebé, después de haber dado a luz. Cuando está en posición vertical, inclinándose suavemente hacia adelante para abrazar a su bebé, su útero —todavía pesado— retosa sobre la vena cava y la sangre puede circular fácilmente

por sus venas. El temprano amamantamiento y el contacto piel con piel de la madre con el niño también pueden ayudar a prevenir hemorragia materna; aparentemente, ambos procesos estimulan la secreción de oxitocina y a su vez hacen contraer el útero, ayudando tanto al despegue como a la expulsión de la placenta. Nuestro 1% de intervención para extraer la placenta manualmente habla con fuerza en favor de respetar la fisiología interrelacionada de la madre y del niño, después del alumbramiento. Cuando el nacimiento sucede en el hogar, es aún más importante que

se evite perturbar esta interrelación de la madre con su recién nacido, ya que las hemorragias son potencialmente más peligrosas fuera del hospital.

Nuestra estrategia es fácil de sintetizar: casi siempre esperamos que el trabajo de parto empiece por sí solo. Si el alumbramiento por vía vaginal parece difícil, tenemos tres técnicas médicas a nuestra disposición: el Procto (raramente); extracción al vacío y episiotomía (a veces); si el alumbramiento por vía vaginal parece imposible o peligroso de cualquier manera, no dudamos en hacer una cesárea.



Dominique Jourré, partera

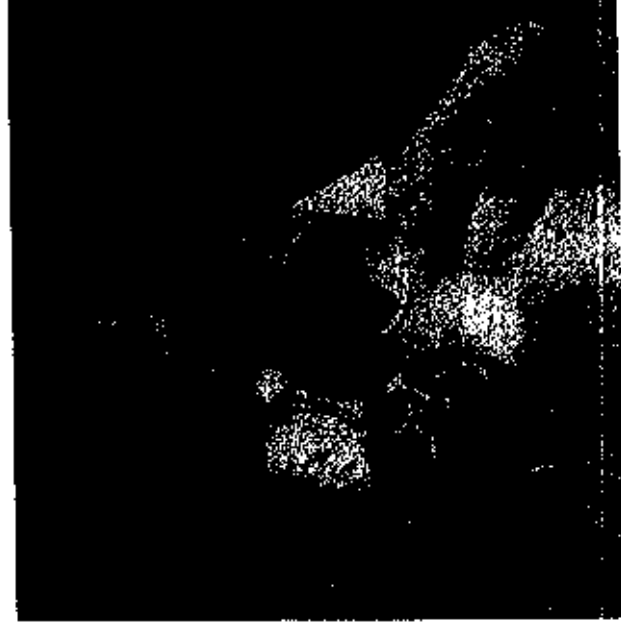
Llegué a Pithiviers como partera, hace diez años, más por instinto que por elección. Pero elegí quedarme. Todo lo que he aprendido acá acerca de las mujeres, de los hombres, de los doctores, de las parteras —y de mí misma— ha hecho que me fuera imposible volver a cualquier trabajo que descuidara esta sabiduría, que se concentra solamente en el entrenamiento, internaciones y exámenes. Los últimos diez años me han enseñado una cosa muy importante: las mujeres deben tener cuidado de no ponerse tan totalmente en manos de doctores y parteras, cuando van a dar a luz a sus niños. Como profesionales, hemos sido entrenados para ser fríos, distantes, técnicos, a sus ojos; con esto no hacemos ningún mal. Entonces, ¿cómo podemos no continuar creyendo y haciendo creer a los de-

más, que las mujeres, dentro de este campo del alumbramiento, carecen de creatividad e inventivo y que ellas esperan nuestras soluciones? Actuamos por ellas, les enseñamos, organizamos sus vidas enteras —incluso sus emociones— durante estos momentos cruciales. Fue respecto de este entrenamiento, de estas actitudes, del continuo refuerzo de esta autoridad y jerarquía, que mi década en Pithiviers transcurrió como un prolongado y triunfante desafío.

La idea básica sobre las madres, de Michel Odent, era la siguiente: "No siga el consejo de nadie más. Nadie sabe mejor que usted lo que es bueno para su bebé". La futura madre era ahora responsable por lo que iba a convertirse en una ocasión de alegría. En vez de dejar que otro trajera su bebé al mundo, que lo confortara o que le diera el primer baño, era ella quien iba a hacerlo; ella iba a participar.

Yo misma acababa de tener un hijo y quizás esto me hizo más sensible a estas verdades. Pronto decidí que, a pesar de las tradicionales prerrogativas de mi rol como partera, yo no podía ser la primera en tocar al bebé. Ya no llevaría al recién nacido a otro cuarto, por alguna misteriosa razón que ya he olvidado hace mucho. Le dejé que usara guantes de goma, para que el primer contacto del bebé sea con la piel humana. No fue fácil, pero trataba. Y dejaría que el bebé fuera acariciado por su madre. Y yo digo dejaría, porque nosotros, los profesionales, aún conservábamos el poder. Todavía dábamos la luz verde para la liberación y expresión de las emociones o más frecuentemente (como las convenciones y la rutina nos habían enseñado), la luz roja.

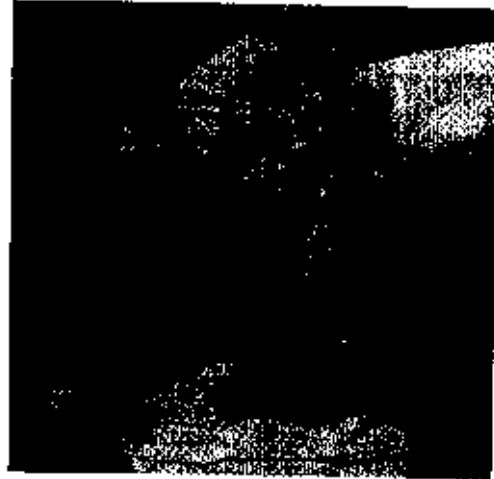
Las madres tenían que empezar a tomar



sus propias iniciativas. Yo no podía sentir temor por la fragilidad y el contacto resbaloso de sus bebés. Les enseñamos que decir: "Usted puede tener a su bebé usted misma. Busque hacia afuera y tome esos pequeños bracos que la están buscando a usted. No tenga miedo, usted puede hacerlo. Es su bebé". No es nuestro, no es del doctor, no es un producto extraño de la sabiduría médica, de la técnica o del poder. Pero no era tan simple como sonaba.

Uno no renuncia al sancionado rol profesional de "quitadora de bebés", sin una gran dosis de autonegación. Cuando yo era la

"quitadora" oficial, estaba tan aliviada, a la vista del bebé. Solía pensar: "¡Ahí está, un varoncito, aquí está, vívoo! Lo puedo tener, tengo el derecho." ¡Oh!, estaba tan asustada de que pudiera no existir... Sí, como tú, la madre. Yo tenía los mismos sentimientos, la misma ansiedad. "Y ahora te voy a hacer un regalo: tu bebé. Pero primero tengo que examinarlo, bañarlo, pesarlo, vestirlo". Parecía interminable la cantidad de cosas o de personas a las cuales el bebé tenía que pertenecer aporte de su madre. Y estos "quitadores de bebés", vestidos de blanco, estas mis teriosas figuras que hablaban fuerte y toma-



ban las decisiones ¿qué era lo que estaban ocultando debajo de las máscaras de gosa? ¿El temor a la muerte, el temor de las mujeres? ¿No podríamos encontrar otra manera? ¿Realmente damos tanta sensación de seguridad? ¿Cómo pueden realmente las mujeres creer que nosotros sabemos más sobre estas cosas que ellas?

Así que ahora, ya sacarse las máscaras! ¡Los roles se han revertido!

Estoy acá, oyéndola: ¿qué está sintiendo? La pueda ayudar si usted me dice qué es lo que quiere. Hábleme, enséñeme. Yo no quiero pararme enfrente de usted, acá y poderosa.

Hoy, en Pithiviers, me puedo sentar discretamente, escuchar, participar de un acto íntimo. La mujer está parada. Ella me dice lo que está pasando: que siente cambios en su cuerpo; que quiere empujar; que quiere abrirse un poco más; que las membranas llenas de agua se están hinchando entre sus dedos. Me dice lo que quiere: calidez, agua caliente, las caricias de su marido o estar sola o quizás mis propias caricias. Expresa lo que siente: cuánto duele; si quiere que las enfermeras estudian con sus grandes ojos abiertos se vayan del cuarto, porque están deteniendo algo dentro de ella; que no soy siempre tan suave y gentil; como ella querría que fuera; que

quiere que se termine; que quiere gritar; que lo va a hacer. La oigo mientras grita y ya no trato de oídetarla más. Ella se vuelve mi maestra. Lo escucho, estudio sus acciones. Yo también estoy embarazada, embaazada con sus palabras, sus dolores, sus extrañas gritos que ni ella misma reconoce como propios.

Estoy asombrada. No hay nada que enseñarle. Ella está empujando por la vida, soñando. No la tengo que tocar. Me grita: "¡No se acerque! ¡Estoy dando a luz! ¡Déjeme soñar!" Se pone cómoda y yo me tengo que acomodar a su posición. Ella se mueve. Es creativa, tiene intuición, está llena de vida. Busco lo que quiere. Está exhausta y sin embargo tan vital! Cuando se tira sobre mí, estoy cubierta con su sudor. Estoy obligada a hacer lo que ella quiere. Pero ella es maravillosa, ella es la vida que está por traer al mundo. Ya no me pregunta ni el tiempo, ni el sexo, ni el peso. En cambio, simplemente grita con placer. Yo me voy del cuarto, exhausta, llena de sus emociones y de su alegría.

Durante diez años en Pithiviers, me han enseñado: que donde las mujeres estén en libertad, aprenderemos cómo dar a luz de la mejor manera. Ellas nos lo van a mostrar. Ellas van a confiar en nosotros. Miren, mírenlas, escúchen con atención...





Mural de la sala de encuentros, pintado por el padre de un bebé nacido en Pithiviers



NACIMIENTO RENACIDO

Un día, durante un juego de preguntas y respuestas en una radio francesa, le preguntaron a los participantes: "¿Qué hay de especial sobre los nacimientos en Pithiviers?" No era una pregunta fácil. Incluso yo hubiera tenido dificultad para elegir la respuesta adecuada; de una sola línea. La respuesta "correcta" fue: "Las mujeres dan a luz en cuclillas". Ciertamente, pero también había una cantidad de otras respuestas posibles: el rol prominente de las parteras; contacto prolongado entre madre e hijo; baños para los recién nacidos; grupos de canto; luces suaves; música; pilatas con agua caliente para relajación.

Pero Pithiviers es más que la suma de todas estas partes. Representa una actitud, una fe en el potencial instintivo de los seres humanos y en la sabiduría innata de las mujeres para traer a sus hijos al mundo. Pithiviers afirma el alumbramiento como una experiencia sexual y alienta la espontaneidad y, ante todo, la libertad. Una mujer embarazada es libre de visitar nuestra maternidad tan a menudo o tan espaciadamente como quiera. Es li-

bre de rechazar cualquier forma de preparación que pretenda "enseñarle" como dar a luz. Es libre de moverse como desee, durante el trabajo. Las parejas son libres de acunar como crean conveniente, en la privacidad del cuarto de alumbramiento.

Introducir libertad en una institución no es ni fácil ni trivial. De hecho, los conceptos de "libertad" e "Institución" parecen incompatibles, por definición. Sin embargo, como nuestra experiencia lo ha demostrado, se puede hacer más de lo que generalmente se trata de hacer. Idealmente, las instituciones de verdad pueden ofrecer una sensación comunitaria.

En nuestros esfuerzos por crear libertad en el entorno del alumbramiento, estamos continuamente cuestionando nuestros roles como profesionales. Los profesionales en general y los representantes de la comunidad médica en particular, a menudo inhiben el comportamiento de los futuros padres, mucho más que cualquier persona lega, común. En Pithiviers, tratamos de ser lo más discretos posible, po-



niéndonos fuera del camino, quedándonos en la parte de atrás y, asegurándonos simplemente, de que no ocurre nada anormal. A pesar de que nuestros métodos y nuestra filosofía desafían lo que se asume y las prácticas obstétricas que prevalecen, nos parece que, medido aún por los estándares obstétricos tradicionales como son la morbilidad perinatal y materna y las tasas de mortalidad, Pithiviers es un éxito. Por ejemplo, desde el 15 de enero de 1982 hasta el 30 de junio de 1983, de 1402 nacimientos, 93 fueron cesáreas (6,6%); 73, extracciones al vacío (5,2 %), 84, episiotomías (6 %); tres extracciones manua-

les de placenta (0,9 %); 10 muertes perinatales (7,1 por mil) y 22 bebés separados de sus madres (1,5 %) para ser trasladados a las unidades de cuidado intensivo pediátrico.

Durante la última década, Pithiviers ha crecido. Ha pasado a ser de una unidad tradicional de maternidad de provincia, a algo como un centro internacional de alumbramiento, un punto focal para la nueva concientización, sobre la importancia de cambiar las condiciones del alumbramiento. La idea de humanizar el parto había estado ganando fuerza no sólo en Pithiviers, sino también en muchos lugares del mundo. A menudo, estos aislados centros

de innovación se concentraban en los aspectos personales, más que en los médicos o técnicos, del alumbramiento. Involucraban a gente fuera de la corriente principal de la medicina occidental, que sentía la necesidad de una actitud más holística y espiritual respecto del bienestar y a aquellos interesados en las posibilidades terapéuticas del tacto, del sonido, de la música, de la luz, del color y del agua. Antropólogos, psicoterapeutas, sociólogos, ecólogos y educadores del alumbramiento también se unieron. Al mismo tiempo, las parteras y los pediatras de todo el mundo estaban pidiendo más alto reconocimiento de las verdaderas necesidades de las mujeres y de los recién nacidos y llamando la atención sobre cómo estas necesidades habían sido ignoradas u olvidadas por los médicos. Fuera de los círculos profesionales, mujeres y hombres preocupados, estaban cuestionando las prácticas y actitudes de los nacimientos médicos convencionales, luchando para cambiar las.

Ahora, estos grupos diferentes se están comunicando cada vez más entre ellos. A pesar de las distancias geográficas que existen, han creado una poderosa red mundial que pone en contacto a los pioneros de la nueva obstetricia en Europa, EE.UU., América Latina, Nueva Zelanda, Australia y Japón. Pithiviers ha jugado un rol muy importante en el desarrollo de esta red internacional y ha sido un foco clave. Durante los últimos quince años, parteras y madres, parteras profesionales de la salud y propulsores de la medicina alterna firm de todas partes del mundo, se han reunido en Pithiviers para hablar de su trabajo y compartir ideas. Equipos de televisión y periodistas de Francia, Alemania, Gran Bretaña, Australia y Japón, todos vinieron a la ci-

nica para filmar y hacernos entrevistas a nosotros y a las mujeres que daban a luz aquí. Parece ser una de las tareas básicas de Pithiviers, el actuar como catalizador de una excitante nueva percepción; el constante flujo de amigos y visitantes nos ayuda a difundir la palabra.

Sin embargo, esta nueva conciencia no viene sin sus propios dilemas internos. Por ejemplo, ¿cómo podemos conciliar la paradoja inherente de basarnos en los profesionales de la ciencia, en los profesionales médicos, para ayudarnos a redescubrir y apoyar las capacidades naturales de las mujeres o los procesos naturales de los jazos que se forman entre los bebés y sus mamás? ¿Cuál es el rol apropiado de un hombre en un movimiento que trata de devolver la experiencia del alumbramiento a las mujeres? Estas son las preguntas que me perturbaban. En la actualidad, estoy considerando seriamente abandonar la obstetricia; éste es el momento que los obstetras masculinos podrían elegir para retirarse progresivamente y reemplazar el alumbramiento a las mujeres.

La crisis crónica de obstetricia que se ha ido formando durante varios cientos de años ha llegado ahora a un punto agudo. La revolución que muchos de nosotros está buscando no va a ser puesta en marcha por los profesionales de la obstetricia; ni siquiera por la profesión médica en general. No es que la ciencia no tenga que hacer contribuciones, en el futuro. El progreso en las disciplinas científicas, como por ejemplo en la neurobiología, a pesar de su aparente distancia de la obstetricia, puede contribuir a esta revolución. Creen que la naturaleza del trabajo y del parto va a ser más y más comprendida como un proceso cerebral involuntario que puede

ser estudiado con mucho acierto por todos aquellos que se preocupan por los cambios fisiológicos de la conciencia, como el sueño y el orgasmo. Pero el movimiento más poderoso de esta revolución está en las mismas mujeres.

En cómo las mujeres dan a luz, en cómo nacen los bebés; todo eso está profundamente ligado a nuestra forma de ver la naturaleza, la ciencia, la salud, la medicina, la libertad y las relaciones humanas, especialmente, las relaciones entre el hombre y la

mujer. Nuestro ambicioso proyecto, que trabaja por humanizar y feminizar el nacimiento, usa maneras muy simples para el logro de este fin. De hecho, las mujeres de la zona que han dado a luz en nuestra clínica, se refieren a nuestra manera de hacer las cosas, como simple sentido común. Estas mujeres encuentran nuestra actitud tan obvia que no pueden imaginar por qué hay tantos visitantes y tantos equipos de filmación aquí. Vale la pena reflexionar sobre este asombro.



NOTAS

1. El campo de la investigación neurohormonal está en ebullición; cada día hay nuevas hipótesis, nuevos descubrimientos. Nos ha parecido útil reunir las diferentes referencias bibliográficas que sugieren la importancia de las endorfinas durante el alumbramiento, el lazo entre madre e hijo y la sexualidad en general. Ver:

- Bo, P.; Mauriello, M.; Nappi, G.; and Savoldi, F. (1980): "Behavioural and EEG Effects of Synthetic Enkephalin Analogue" - *Il Farmaco*, Ed. Sci. 35:924-932.
- Gautray, J. P.; Jolivet, A.; Vielh, J. P.; and Guillemin, R. (1977): "Presence of Immunoreassayable Beta Endorphin in Human Amniotic Fluid: detection in Cases of Fetal Distress", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 129:211.
- Giesen, W. J.; Wingard, V. M.; Bradbury, A. F.; Hulme, E. C.; Smyth, D. G.; Snell, C. R.; and Dewied, D. (1976): "Induction of Excessive Grooming in the Rat by Fragments of Lipopeptide", *Nature* 270:357.
- Goland, R. S.; Wardlaw, S. L.; Starck, R. J.; and Frantz, A. G. (enero 1981): "Human Plasma Beta-Endorphin during Pregnancy, Labor, and Delivery", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 52(1): 74-78.
- Granat, M.; Shari, M.; and Weissman, B. A. (1980): "Humoral Endorphin in Human Body Fluids during Pregnancy": *Gynecologic and Obstetric Investigation* 11(4):214-218.

Kinball, C. D. (1979): "Do Endorphin Residues of Beta-Lipotropin Hormone Enhance Reproductive Functions?", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 134 (2):127-135.

Lien, E. L.; Fenichel, R. L.; Garsky, V.; Sarantakis, D.; and Grant, N. J. (1976): "Enkephalin-Stimulated Prolactin Release", *Life Science*, 19:837.

Liotta, A. S., and Krieger, D. T. (1980): "In Vitro Biosynthesis and Comparative Posttranslational Processing of Immunoreactive Precursor Corticotropin/Beta Endorphin by Human Placental and Pituitary Cells", *Endocrinology*, 106:1504.

Martin, R., and Voigt, K. I. (1981): "Enkephalins Coexist with Oxytocin and Vasopressin in Nerve Terminals of Rat Neurohypophysis", *Nature*, 289:502-504.

Moss, I. R.; Conner, H.; Yee, W. F. H.; Iorio, P.; and Scarpelli, E. M.: "Human Endorphin Like Immunoreactivity in the Perinatal/Neonatal Period", *Journal of Pediatrics*, setiembre, 1982:443-445.

Nakai, Y.; Nakao, K.; Oki, S.; and Imura, H. (1978): "Presence of Immunoreactive Beta Lipotropin and Beta-Endorphin in Human Placenta", *Life Science*, 23:2013-2018.

Pfeifferbaum, A.; Berger, P. A.; Elliott, G. R.; Tinkenberg, J. R.; Kopell, B. S.; Barchas, J. D.; and Li, C. H. (1979): "Human EEG Response to Beta Endorphin", *Psychiatry Research*, 1:83-88.

- Riss, P. A., and Rieglnayer, C. (1983): "Immunoreactive Endorphin Peptides in Amniotic Fluid During Labour", *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 90 (1):49-50.
- River, C.; Vale, W.; Ling, N.; Brown, M.; and Guller, R. (1977) "Stimulation in Vivo of the Secretion of Prolactin and Growth Hormone by Beta-Endorphin", *Endocrinology*, 100:238.
- Stein, L., and Belluzi, J. D. (1978): "Brain Endorphins and the Sense of Well Being: A Psychological Hypothesis", *Advances in Biochemical Psychopharmacology* 18:299.
- Vanvugt, D. A.; Bruni, J. F.; and Meites, J. (1978): "Naloxone Inhibition of Stress-Induced Increase in Prolactin Secretion", *Life Science*, 22:85.
- Vizi, E. S., and Volbelas, V. (1978): "Modulatory Role of Dopamine and Beta Endorphin in the Release of Oxytocin from Neural Lobe of Pituitary", *Proceedings of 76th International Congress on Pharmacology*, Paris, 1976, pág. 562.
- Wardlaw, S. L.; Stark, R. J.; Daniel, S.; and Fantz, A. G. (mayo 1981): "Effects of Hypoxia on Beta-Endorphin and Beta-Lipotropin Release in Fetal, Newborn, and Maternal Sleep", *Endocrinology* 108 (5):1710-1715.
2. Ver:
Anderson, D. W.; and Barrett, J. T. (1979): "Ultrasound: A New Immunosuppressant", *Clinical Immunology and Immunotherapy*, 14:18-29.
- Liabekind, D.; Bases, R.; Mendez, F.; Flequin, F.; and Koetigsberg, M. (1979): "Sister Chromatid Exchanges in Human Lymphocytes after Exposure to Diagnostic Ultrasound", *Science*, 205.
- "Medical News: Question of Risk Still Hovers over Routine Prenatal Use of Ultrasound" (1982). *Journal of the American Medical Association*, 247(16):2135.
- Murai, N.; Hoshi, K.; Kang, C.; and Suzuki, M. (1975): "Effects of Diagnostic Ultrasound Irradiated during Foetal Stage on Emotional and Cognitive Behavior in Rats", *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 117(3):225-235.
- Stratneyer, M. E. (1980): "Research in Ultrasound Bioeffects: A Public Health View". *Birth and the Family Journal* 7(2).
3. Ver:
Dwight, P. (1983): "Midtrimester Amniocentesis" (analysis of 923 cases with neonatal follow-up), *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 146:204.
- Hiskop, A., and Fairweather, D. V. (1983): "Amniocentesis and Lung Growth: An Animal Experiment with Clinical Implications", *Lancet* 2:1271-1272.
4. Ver:
Rosenblatt, J. S. (1967): "Nonhormonal Basis of Maternal Behavior", *Science* 156:1512-1514.
- Rosenblatt, J. S. (1982): "Progress in the Study of Maternal Behavior in Animals", in Klaus, M., and Robertson, M. O., eds., *Birth, Interaction, and Attachment* (Piscataway, N. J.: Johnson & Johnson).
- Rosenblatt, J. S.; Siegel, H. L.; and Mayer, A. D. (1979): "Progress in the Study of Maternal Behavior in the Rat: Hormonal, Nonhormonal, Sensory and Developmental Aspects", in Rosenblatt, J. S., ed., *Advances in the Study of Behavior* (New York: Academic Press).
5. Para una mejor referencia sobre el rol de las endorfinas, véase nota 1.
6. Ver:
Ambrose, A. (1969): "An Endocrine Theory of Infantile Stimulation", in *Stimulation in Early Infancy* (New York: Academic Press).
7. Ver:
Atkinson, S. A.; Bryan, M. H.; and Anderson, G.H. (1978): "Human Milk: Differences in Nitrogen Concentration in Milk from Mothers of Term and Preterm Infants", *Journal of Pediatrics*, 93:67.
- Gross, S. J.; David, B. J.; and Bauman, L. (1980): "Nutritional Composition of Milk Produced by Mothers Delivering Preterm", *Journal of Pediatrics*, 96:641.
- Gross, S. J.; Rebecca, H. y colaboradores (1981): "Elevated IgA Concentration in Milk Produced by Mothers Delivering Of Preterm Infants", *Journal of Pediatrics*, 389:393.

El doctor Michel Odent (que además de ser el director de la Unidad de Maternidad de Pithiviers durante los últimos veinte años, es cirujano) es un pionero del nacimiento, de fama internacional. Sus conferencias, artículos y libros han tenido gran influencia en doctores, parteras y madres de todo el mundo.

OTRAS OBRAS DEL SELLO EDITORIAL

NARRATIVA

- Ami - El Niño de las Estrellas - *Enrique Barrios*
Ami Regresa - *Enrique Barrios*
Cuentos de Amor, Estrellas y Almas
Gemelas - *Enrique Barrios*
Y... El Anciano Habló - *Antón Ponce de León Paiva*
Maravilla - *Enrique Barrios*
- Todo es Luz - *Sir George Trevelyan - Dr. Benito F. Reyes - Antony Ellens Molfaj - Dr. John S. Hislop*
Mensajes de Dios de Amor y Esperanza - *Alberto Vasconcelos*
Swami - Un Camino de Amor - *Graciela Busio*
... Y el Dolor nos Dio sus Frutos - *Susana Galperin de Farba*
Comunicación con los Angeles y los Devas - *Dorothy Maclean*

ENSAYOS

- El Morir Consciente - *Dr. Benito F. Reyes*
Espiritualidad y Ciencia - *Grupo de Estudio - Varios*
Charles Sobre Meditación - *Dr. Benito F. Reyes*
Evidencia Científica de la Existencia del Alma - *Dr. Benito F. Reyes*
Nacimiento Renacido - *Michel Odent*

ESPIRITUALIDAD

- El Maravilloso Universo de la Magia - *Enrique Barrios*
Mensaje Acuariano - *Enrique Barrios*
La Madre Divina - *Jyotish Chandra Ray*
Servidores de la Luz - *Rhea Powers*
Cimientos de Findhorn - *Eileen Caddy*
Abriendo las Puertas de tu Interior - *Eileen Caddy*

FILOSOFIA

- La Supremacía de Dios - *Ron Lawson*

ORIENTALISMO

- Manual de Meditación - Cibernética de la Conciencia - *Dr. Benito F. Reyes*
Energía y Autocuración - Técnicas Chinas para la Salud - *Tung Kuo Tsao, Carlos Baztemica, Ricardo Bisignani*
Medicina Tradicional China - *Mario Schwarz*
Manual Práctico Budista - *Samuel Wolpin*

PSICOLOGIA

- Cortando los Lazos que Atan - *Phyllis Krystal*

RELACIONES HUMANAS

- Aprenda a Hablar en Público - *Victor Hugo Alvarez Chávez*
Técnicas para Escribir, Leer y Estudiar - *Victor Hugo Alvarez Chávez*

TESTIMONIALES

- Dios me Habló - *Eileen Caddy*
La Biblia y el Mensaje a los Hombres de la "Nueva Tierra" - *Asociación "Acción y Vida"*
La Palabra Viva - *Eileen Caddy*
Huellas en el Camino - *Eileen Caddy*