

PERINATOLOGIA Y STRESS EFECTOS DEL ESFUERZO Y DEL SOBRESFUERZO ADAPTATIVO SOBRE EL BINOMIO MADRE-HIJO

Eduardo A. Alvarez Palacios*

En el presente trabajo se analizan los efectos del esfuerzo y del sobreesfuerzo adaptativo al parto y al nacimiento sobre la salud de madre e hijo.

RESUMEN

En el presente trabajo se analizan los efectos del esfuerzo y del sobreesfuerzo adaptativo al parto y al nacimiento sobre la salud de madre e hijo.

– Se propone un esquema simple del cuadro de Stress y Síndrome General de Adaptación aplicable en Perinatología.

– Se analiza el interjuego psico-biológico y la interacción madre-hijo desde la perspectiva del Síndrome General de Adaptación.

– Se relaciona el esfuerzo adaptativo en parto y nacimiento con el logro de altos niveles de salud y el sobreesfuerzo con patologías, ambos detectables en el proceso evolutivo ulterior.

– Se señalan indicadores para evaluar el efecto del parto y nacimiento como agentes de salud o como noxas.

– Se propone, ante patologías reiteradas y de etiología dudosa en la púerpera y el recién nacido, considerarlas manifestaciones de Enfermedad de Adaptación.

– Se mencionan algunos síntomas y afecciones de la

púerpera y el recién nacido que pueden ser manifestaciones de Enfermedad de Adaptación, fundamentándolos y clasificándolos.

– Se hacen propuestas asistenciales de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria para estos trastornos.

INTRODUCCION

Es indudable que contamos en la actualidad con valiosos conocimientos y recursos para entender y tratar la patología, pero nos hemos olvidado un poco de la "normalidad", fuente de la cual podemos y debemos nutrirnos para una mayor comprensión de la enfermedad y del ser humano.

Podríamos, en algún caso y sin darnos cuenta, encarar la asistencia de forma que sea ella misma la que provoque la necesidad de otra asistencia. Si esto ocurre, una solución consiste en la ampliación de nuestro espectro de observación.

Hoy en día no podemos negar el amplio panorama que nos brinda unir a los conocimientos médicos los aportes de la psicología, antropología, sociología, etc. Esto es marcadamente evidente en Perinatología. A nadie le resultará extraña la afirmación de que los cambios en el cuerpo de la embarazada actúen sobre sus emociones, como que las emociones despertadas por su estado tengan influencia y produzcan algunos efectos sobre su cuerpo.

Tampoco nos sorprenderá que se planteen relaciones directas sobre los grados de salud o enfermedad de la púerpera y el recién nacido o viceversa.

Es a partir de la observación de la normalidad y del análisis del interjuego psicobiológico, como del interjuego Salud-Enfermedad, Madre-Hijo, que está desarrollado este trabajo.

La aplicación del concepto de Stress y Síndrome General de Adaptación (S. G. A.) en Perinatología

puede, a mi juicio, introducir un giro sustancial a nuestra conceptualización tradicional en cuanto a asistencia de madre e hijo en parto y nacimiento.

OBJETIVOS

Es mi objetivo en este trabajo tratar de indagar qué consecuencias puede tener, si las tiene, para el individuo que el proceso de su parto (en la mujer) y de su nacimiento (en el niño) se cumpla de una forma o de otra y por qué.

Y, en el caso de que tengan consecuencias indeseables, iniciar la búsqueda de cómo corregirlas y evitarlas.

HIPOTESIS

1. Diversas circunstancias condicionan modalidades distintas de partos y, en buena parte consecuencia de éstos, de nacimientos.

2. La forma en que se realice ese parto y ese nacimiento devengará en grados variables de salud o enfermedad de la mujer y del niño.

3. Que el parto y el nacimiento actúen como agentes de salud o como noxas, puede ser evaluado utilizando los siguientes indicadores: a) Morbilidad puerperal. b) Morbilidad neonatal. c) Interjuego de las estructuras vinculares. d) Otros. Y relacionando estos indicadores con las características del parto y el nacimiento.

DESARROLLO

Conceptos básicos

Definir parto y nacimiento sería ocioso en este ámbito en el que son conceptos ampliamente conocidos. Quiero solamente dejar señalados algunos aspectos que son tenidos en cuenta en todo el resto del trabajo y sobre los cuales podemos hacer algunas reflexiones.

En el parto: Su componente orgánico y su componente emocional, o sea, todos los aspectos mecáni-

* Tocólogo-Ginecólogo de: INTEGRAL. Centre Mèdic de Salut. Pça. Urquinaona, 2, 3.º, 2.º TELS.: 318 30 50 - 301 78 37 98010 BARCELONA

cos y fisiológicos del proceso y las emociones que despierta, cómo es vivido y cómo quedará registrado psíquicamente.

Remarco entonces: El comienzo, aunque esperado, no puede ser previsto por lo que es, entonces, un ataque sorpresivo. El desarrollo implica un proceso de automatismo corporal fuertemente influido por las cargas psíquicas y no controlable por la voluntad. En estas condiciones ocurren sus manifestaciones: contracciones, molestias retropúbicas y sacras, secreciones mucosanguinolentas por los genitales, dolor -uterino (corporal y cervical), ligamentario, articular (apertura y contranutación-nutación, única situación vital fisiológica en que se produce)-, compresión expansiva pelviana, distensión perineal. Estos hechos, que son corporalmente intensos y novedosos, se producen en y son generadores de un natural estado de temor y ansiedad, lo cual se suma para hacer que el proceso tenga una altísima magnitud emocional.

En el nacimiento: Producto del parto y, por tanto, fuertemente influenciado por las características de aquél.

Su componente orgánico y su componente psíquico, o sea, los cambios en los distintos órganos, aparatos y sistemas para funcionar de acuerdo a las nuevas condiciones vitales y el registro experiencial, que se inscribe corporalmente como uno de los precursores del aparato psíquico.

Los componentes que quiero remarcar son:

- Disminución del aporte sanguíneo, y por consiguiente de la oxigenación fetal, por efectos de la contracción. Disminución que será cada vez más marcada a medida que el parto progresa con contracciones más intensas y más duraderas.

- Compresión en el canal.

- Cambio de sistema vital: modificaciones internas y externas.

Dejo obviados los que, como el aparato circulatorio, son ampliamente conocidos.

Acentúo: - Exposición al efecto gravitatorio.

- Ilimitación de movimientos.

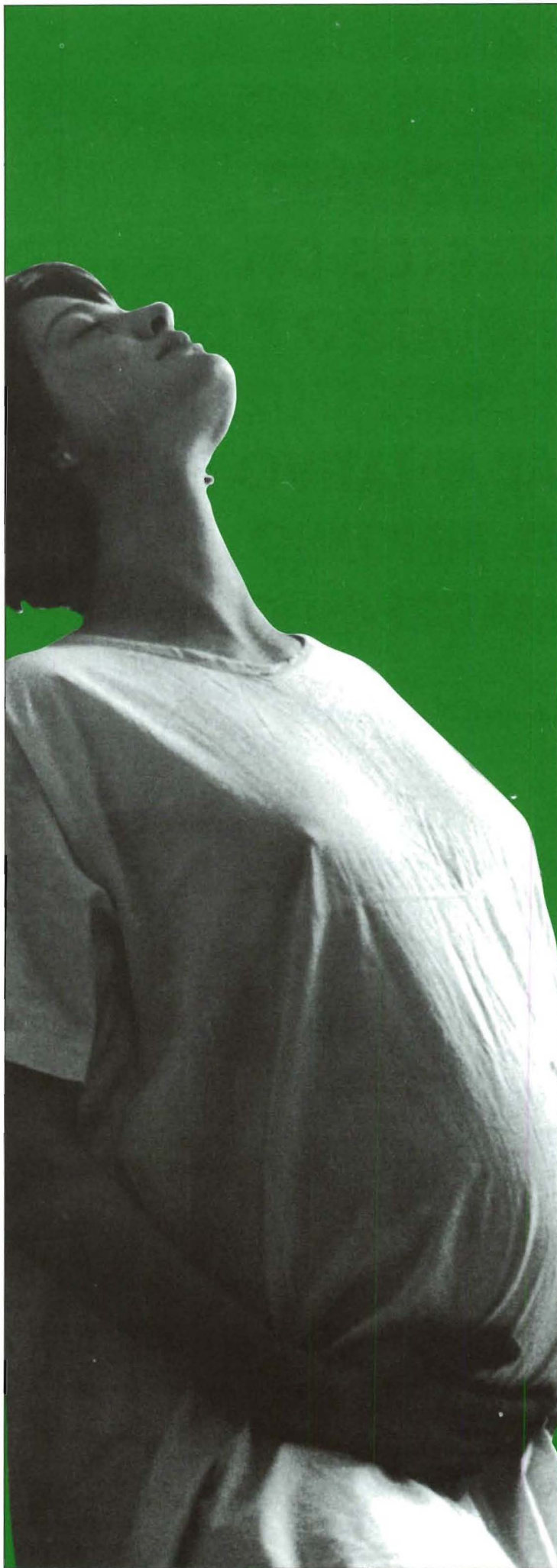
- Alimentación: Pasaje del flujo cordonal constante al sistema intermitente necesidad-satisfacción. (Necesidad que se produce en todas las células de todos los tejidos.)

- Vista y oído: Todos sabemos que el feto recibe estímulos luminosos y sonoros, pero su magnitud es inmensamente menor que en el medio extrauterino.

- Piel: De las múltiples e importantes funciones de la piel, podemos tomar aquí en cuenta el nivel de percepciones. Termorreceptores y receptores de contacto; ambos han sido estimulados en el interior del útero en forma ínfima. La diferencia de variaciones de contacto y térmicas son en el recién nacido altísimas en comparación con aquéllas. Las percepciones cutáneas son uno de los estímulos fundamentales para la puesta en funcionamiento de los delicados sistemas de Termorregulación y Respiratorio. La extensión de la superficie cutánea, cantidad y calidad de receptores y su grado de conexión con el Sistema Nervioso Central nos da idea del efecto perceptual.

- Aparato respiratorio: Proveedor de esa particularísima forma de alimento que es el oxígeno. Sufre un cambio total en su fisiología, teniendo que poner en funcionamiento los pulmones, únicos órganos que no han realizado ni mínimamente en la vida intrauterina la función a la cual están destinados. Para poder evaluar la magnitud del impacto de nacimiento, debemos aún tener en cuenta la indiscriminación dentro-fuera en el recién nacido y que las interconexiones sensoriales funcionan en él como una unidad perceptual.

Por último: Sabemos ya que el nacimiento comienza con el comienzo del



parto. ¿Cuándo lo consideramos terminado? Existen conceptos netamente biológicos, psicológicos, filosóficos, etc., para considerar el nacimiento. Necesitaremos aquí un marco suficientemente claro y definido que nos permita su evaluación.

Creo que, desde la perspectiva que nos puede resultar más útil aquí, podemos considerar finalizado el proceso de nacimiento cuando el niño se haya adaptado a las condiciones básicas del medio extrauterino. En ese caso son indicadores útiles: Respiración, termorregulación, respuesta a estímulos lógicos de contacto, luz, sonido, pequeños desplazamientos en el espacio, movimientos propios.

Sería razonable, entonces, considerar al niño adecuado en su respuesta y, por lo tanto, adaptado a condiciones básicas cuando: 1.º) La respiración adquiere automatismo, se hace rítmica, regular en profundidad y frecuencia. Y se ha establecido el mecanismo termorregulador.

2.º) A los estímulos mencionados el niño no responde en forma masiva y desproporcionada (llanto importante "y" movimientos ampulosos), sino en forma atenuada y parcial ("o" llanto "o" movimientos limitados de partes de su cuerpo).

Podemos considerar, entonces, distintas etapas en el proceso del nacimiento:

A - Adecuación al parto.

B - Adecuación respiratoria y termorregulación.

C - Adecuación a estímulos.

Aquí se puede dar por completada la adaptación basal mínima vital, sin entrar en consideraciones dilemáticas de si hechos posteriores deben ser considerados nacimiento o no.

Stress y Síndrome General de Adaptación (S. G. A.)

Quiero dejar sentado mi más profundo homenaje, cariño y respeto al realizador de uno de los descubri-

mientos más notables en fisiología y fisiopatología de nuestro siglo: Con agradecimiento al Dr. Hans Selye.

A riesgo de no seguir ortodoxamente los lineamientos de la teoría del autor, presentaré una descripción que, respetando la conceptualización básica de Selye, tiene la ventaja de ser fácilmente comprensible y aplicable a los procesos que estamos viendo. Entenderemos por stress el estado que se manifiesta dentro de un sistema biológico ante cualquier elemento, externo o interno (alarmógeno o agente stressor), que amenaza romper, en el sentido de modificar, el estado de equilibrio dinámico en el cual se encuentra ese sistema (organismo). El efecto de esta amenaza será el registro de la misma, el reconocimiento de la amenaza.

"El stress puede entonces ser entendido como la amenaza y el registro (tensión de alarma) de la amenaza". El stress configura así una situación, un estado de los seres vivos en un proceso que Selye denominó Síndrome General de Adaptación (S. G. A.) y que es la secuencia de estados que en ese organismo se desarrollan a partir de la acción de aquel agente alterador (o modificador) y su interjuego con las respuestas defensivas, tendentes a la restitución del equilibrio.

ETAPAS DEL S. G. A.

1. *Reacción de alarma:* Se produce a partir de la presencia de un alarmógeno (o agente stressor o stressante), agente interno o externo que amenaza el equilibrio pre-existente. El organismo registra la amenaza y tenemos configurado el stress. Debemos tener presente que sin registro no hay stress, pero que sin stress no hay defensa.

La acción del alarmógeno produce cambios orgánicos a los cuales el organismo responde con modificaciones que constituyen la Reacción Orgánica Defensiva

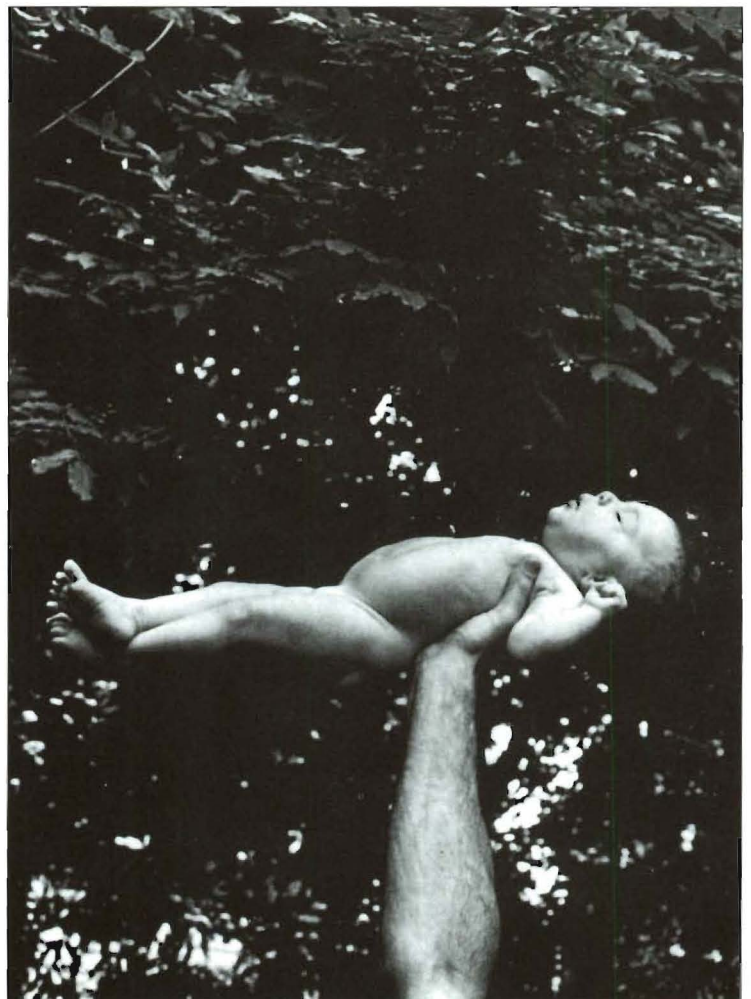
(R. O. D.), manifestada por acciones psicobiológicas de avance, firmeza o retirada. Es de suma importancia dejar aclarado aquí que tanto la acción del alarmógeno como la R. O. D. producen modificaciones orgánicas. Nos puede servir un ejemplo simple: Imaginemos la acción de un objeto quemante sobre un trozo de carne y sobre un músculo vivo; estudiemos las dos quemaduras y veremos dos lesiones muy diferentes. En el trozo de carne veremos sólo el efecto producido por el objeto quemante mientras que en el músculo vivo la lesión estará compuesta por elementos de la acción quemante más elementos de la R. O. D. De aquí se desprende que en ese sitio, en el ser vivo, habría también algún tipo de lesión si se produjera una R. O. D. en ausencia de objeto quemante.

2. *Estado de resistencia:* Esta fase está caracterizada por la lucha entre el agente stressor y las defensas orgánicas que tienden a la

restitución del equilibrio; es la fase en que interjuegan la potencia agresora y la capacidad defensiva. Las acciones de ataque tienden a la ruptura del equilibrio homeostático mientras que las acciones defensivas intentan su mantenimiento y restitución a través de la combinación de las acciones de avance, retirada y firmeza.

3. Como resultado de esta situación de lucha pueden producirse las siguientes variantes:

a) *Resolución:* Es el estado que se logra cuando las defensas orgánicas logran neutralizar correctamente el agente stressor. Este estado no configura un retorno al estado anterior, por cuanto, al lograr la resolución, el organismo ha aprendido un modelo de respuesta adaptativa que en lo biológico es un aprendizaje corporal, fisiológico y con el que cuenta para responder a futuras amenazas de su nuevo equilibrio.



b) *Estado de agotamiento*: Claudicación y muerte del organismo, que sobreviene cuando, en relación a las posibilidades defensivas, el agente stressor presenta alguna de las siguientes condiciones o combinaciones de ellas:

- Exceso de intensidad.
- Exposición prolongada a su acción.
- Suma de alarmógenos.

c) *Enfermedad de adaptación*: Esta situación ocurre cuando se presenta una o más de las condiciones antes mencionadas y el organismo es incapaz de hacer frente a estos agentes mediante reacciones de adaptación adecuadas, pero el desnivel, magnitud del ataque-capacidad defensiva, es inferior al que llevaría a la claudicación.

Básicamente este estado se caracteriza por la presencia de manifestaciones de R. O. D. que persisten aun cuando el alarmógeno que las originó ha sido eliminado. Como estas acciones producen modificaciones orgánicas, son generadoras de patologías caracterizadas por defensas ante una amenaza inexistente. Aquí vemos justificado el énfasis puesto anteriormente en dejar bien marcado el efecto de la R. O. D., que en Obstetricia y Perinatología puede darnos explicación de un amplísimo número de patologías.

Quiero también remarcar que stress no implica sólo estados patológicos sino que introduce una situación nueva acutando como *modificador* porque va a cambiar la situación de equilibrio en que se estaba y, entonces, no solamente no es generador de patología, sino que actúa como agente de *crecimiento* y *evolución*.

Relaciones psicobiológicas entre stress y situación perinatal

Aquí podemos retomar la problemática anterior y utilizar los elementos vistos para intentar dar respuesta a una de nuestras preguntas: ¿qué consecuencias puede tener, si las tiene,

para el individuo, que los procesos de parto y nacimiento se cumplan de una manera o de otra? Habíamos postulado que podían ser generadores de salud o enfermedad. Sin duda, parto y nacimiento son situaciones stressantes en alto grado; de hecho, el equilibrio en que se encuentran madre e hijo es amenazado por un profundo cambio. Podemos decir que:

- Si la magnitud del stress sobrepasa las posibilidades de adaptación, evolucionará hacia la claudicación. Sus consecuencias serán: Muerte de la mujer por el parto y/o muerte del niño por el nacimiento.

- Si evoluciona hacia la resolución, será generador de altos niveles de salud, acutando como agente de crecimiento y desarrollo. Y digo *altos niveles* porque, cuando se produce la resolución, el grado de beneficio obtenido está en relación directa con la magnitud del stress resuelto. El mecanismo sería que las situaciones de stress que se presenten condicionadas por las necesidades psicobiológicas de creciente magnitud que se van produciendo, los irán adaptando. Los esfuerzos adaptativos serán atenuados, por el aprendizaje previo, y progresivos, con lo cual el recién nacido y la puerpera estarán en mejores condiciones de salud para enfrentar la situación puerperal y neonatal.

- Si la magnitud del stress es muy alta en relación a las posibilidades de respuesta adaptativa bajas, pero menor que la que llevaría a la claudicación, sobrevendrá la enfermedad de adaptación. Esta situación es la que con frecuencia podemos encontrar dando origen a diversas manifestaciones patológicas, inexplicables en la puerpera y en el recién nacido (R. N.); y son inexplicables porque la agresión que las provocó ya no se haya presente y, además, porque aparecen a través de sistemas que, desde la clínica habitual, no se relacionan, lo cual lleva a pensar en noxas diferentes.

Pero, desde el enfoque de enfermedad de adaptación, vemos que las podemos relacionar. Cuando en la situación de parto y nacimiento se producen: Stresses de alta magnitud por exceso de intensidad, exposición prolongada a los mismos, suma de alarmógenos o combinación de estos elementos; se presentarán a la madre y/o en el niño patologías que podemos definir como enfermedad de adaptación y que no configuran sino un estado de enfermedad única que se *manifestará* en aquellos niveles que se encuentren más comprometidos en el proceso adaptativo. Así, en la madre, las áreas más comprometidas son las corporales, psíquicas y vinculares. Las manifestaciones podrán ser predominantes en una de estas áreas, pero siempre estarán incluidas las demás. Tomo como ejemplo aquellas situaciones en que la patología emerge con distintas manifestaciones, las que, consideradas enfermedad de adaptación, podrían responder a un único estado patológico. Por ejemplo: Metrorragias intensas, sin causa orgánica, que una vez resueltas ceden su lugar a la aparición de intensos dolores que, una vez desaparecidos éstos, se instala una profunda depresión y que, más o menos estabilizada ésta, se presentan trastornos de lactancia o dificultades serias de convivencia de pareja. Todos hemos visto esto y, siendo el único hecho común el parto, ¿no es lógico que pensemos que él es la causa y que nos preguntemos cómo puede haber actuado?

Un ejemplo que nos muestra claramente la interrelación de áreas es el de la aparición de patologías mamarias, donde es evidente el predominio orgánico (área física), pero que conmociona emocionalmente a la mujer (área psíquica) y dificulta la buena relación con su hijo (área vincular).

En el recién nacido, la enfermedad de adaptación se manifiesta por trastornos en el aparato respirato-

rio, la piel, el sueño, la alimentación y el aparato digestivo, exponentes de los niveles más comprometidos en el proceso de nacimiento al esfuerzo adaptativo. También todos hemos visto trastornos cutáneos del R. N. que luego ceden su lugar a problemas de alimentación, etc., etc.

Aun hecha la discriminación entre parto y nacimiento, me he referido hasta aquí mencionándolos unidos exprofeso, debido a que la forma en que se produzca el nacimiento depende en altísimo grado de la forma en que se produce el parto.

Stress y parto

Trataré de analizar ahora, desde la perspectiva del S. G. A., la situación de parto. La evolución del parto, del comienzo al fin, implica un stress y el pasaje por todas las etapas del S. G. A. Pero debemos tener en cuenta que, si bien podemos considerar al parto como *un stress* originante de *un S. G. A.*, también podemos analizar la inmensa cantidad de sucesivos stresses que se van produciendo paulatina y progresivamente, determinando, cada uno de ellos, un S. G. A. parcial—dentro del S. G. A. del parto total—y con distintas características y desarrollos; un S. G. A. parcial puede evolucionar a la resolución, otro a la claudicación, etc., y así irán perfilando el desarrollo del S. G. A. total del parto. Cada comienzo de contracción, por ejemplo, es un stress y durante una contracción se desarrolla todo el S. G. A.

Esta característica es la que hace sumamente difícil seguir linealmente el S. G. A. en el parto. Además, el estado de resistencia del S. G. A. en el parto implica un complejísimo interjuego de las reacciones defensivas frente al ataque de la dinámica uterina, que se manifiesta en algunas áreas—y en algunas ocasiones—por retirada (permitir); en otras, avance (oponerse), y en otras, firmeza (no dejar-se avasallar).

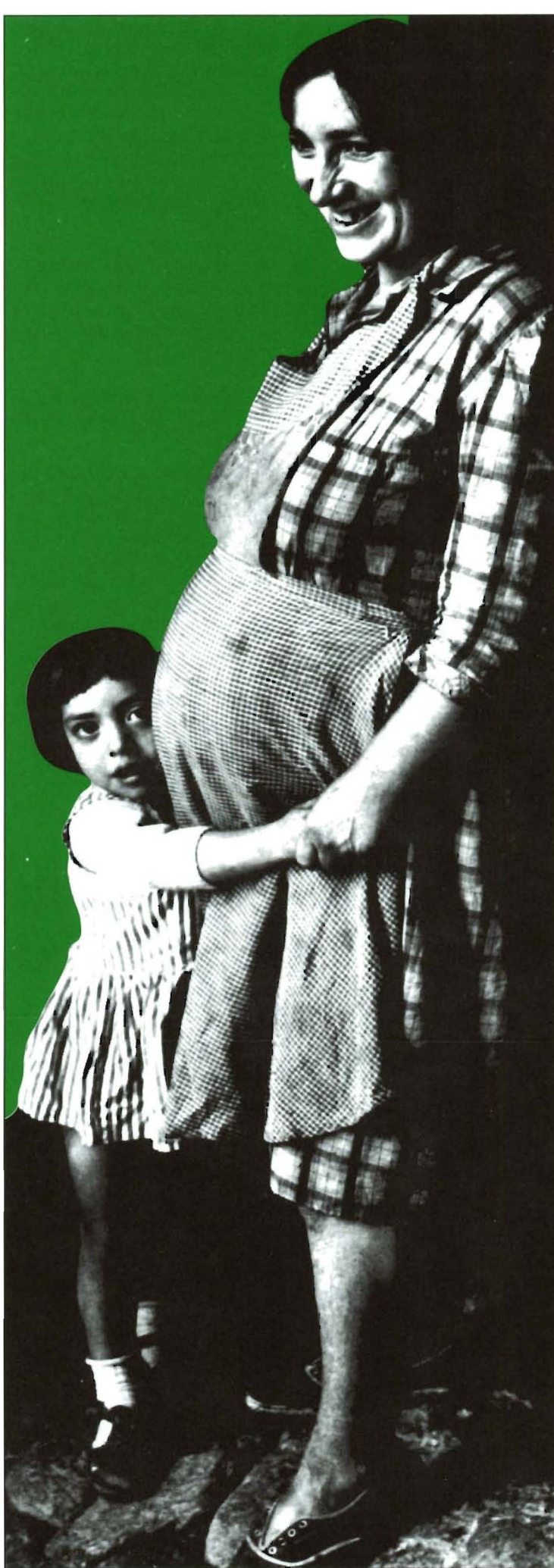
Tratemos ahora, centrando nuestra atención en una contracción, de identificar los distintos componentes de stress y seguir la posible evolución del S. G. A. en la misma.

- *Alarmógeno*: El primer elemento que hay que identificar es el agente agresor. Este es el comienzo de contracción, representado por *aumento gradual del tono muscular uterino*, que amenaza romper el equilibrio preexistente caracterizado por el bajo tono muscular basal, con cuello relajado y sin dolor.

- *Tensión de alarma*: Es el registro psico-físico. Podemos decir que percibir es hacer el *registro corporal* y reconocer es hacer el *registro psíquico*. Es un registro corporal transmitido a la conciencia. Percepción corporal y concientización.

- *Acción del alarmógeno*: El aumento de tono uterino producido por la contracción provoca aumento de tensión del cuello uterino, ocasionado por las fuerzas de tracción (activa) y contratracción (pasiva), que causará molestia o dolor, tanto mayor cuanto mayor sea el desnivel (o gradiente) tracción-contratracción, y que se hace máximo cuando la contratracción se hace activa.

- *Reacción orgánica defensiva*: Aquí tenemos que discriminar en distintos niveles. Como el ataque se da en una estructura psico-física y tiene componentes físicos y psíquicos, la defensa tiene que descomponerse en dos niveles: defensa orgánica y defensa psíquica. La defensa física efectiva será la retirada (permitir), relajar el cuello, dejar que se dilate. Y la psíquica será avance (oponerse), no permitir el ingreso de estímulos a la corteza cerebral. Esto representa la R. O. D. efectiva y manifiesta la *sinergia psicobiológica defensiva*.



- *Estado de resistencia*: Va a estar caracterizado por la lucha entre la acción del agresor, aumento de tensión de cuello y dolor, y la R. O. D. en sinergia psico-biológica, relajación de cuello y corteza cerebral activa. En esta fase interaccionan la potencia agresora y la capacidad defensiva. Los predominios en el ataque se manifiestan por rupturas parciales de la sinergia defensiva.

- *Resolución*: a) Se alcanzará cuando se logre mantener la R. O. D. en sinergia psico-biológica, y la correcta neutralización del alarmógeno se manifiesta por el fin de contracción con cuello blando y más dilatado e indoloridad y tranquilidad.

Alcanzada la resolución se habrá producido el aprendizaje de un modelo de correcta respuesta adaptativa, útil para actuar en la próxima contracción.

b) *Claudicación*: Puede producirse cuando haya un exceso de magnitud del alarmógeno. Una contracción de exagerada intensidad y duración produce un desmesurado aumento de la tensión del cuello y desmedido aumento del dolor por incremento del gradiente tracción-contratracción. Esto rompe la sinergia defensiva, la contratracción se hace activa y sus efectos son: no progreso de la dilatación y dolor insoportable. Se manifiesta por: En lo orgánico, *espasmos de cuello*. En lo psíquico, *sufrimiento y descontrol*.

c) *Enfermedad de adaptación*: Aquí su equivalente estará representado por una situación intermedia entre las dos anteriores. En este caso, se ha producido una ruptura parcial de la sinergia. Esta asinergia parcial impide que haya una preparación útil para la contracción siguiente, pero no llega al espasmo y el descontrol. Sus manifestaciones son: Cuello tenso, escaso progreso de dilatación, intranquilidad, inquietud, malestar, dolor de grados variables, pero en general importante, aun cuando la contracción ya terminó. Sabemos que

algún aumento de tensión en el cuello y dolor durante la contracción es normal; que lo haya en el intervalo entre contracciones, no.

La evolución del proceso en una contracción y en sucesivas irá condicionando la evolución total del parto. Si un stress (contracción) evoluciona a la resolución se irán creando condiciones que *facilitarán* los stresses más intensos de contracciones posteriores.

- Si evoluciona a la claudicación se producirán *obstrucciones*.

- Si evoluciona a la enfermedad de adaptación se producirán *interferencias*.

Parto en general y stress

Vamos ahora a tratar de identificar los distintos componentes de stress y su posible evolución, considerando a todo el parto como un stress. Tendremos entonces:

- *Alarmógeno*: El agente que amenaza romper el equilibrio previo es el *comienzo de trabajo de parto*. Es importante aquí recordar el estado en que se encuentran madre e hijo inmediatamente antes de que empiece el parto. Las manifestaciones o componentes del comienzo serán: orgánicos (contracciones, ruptura de bolsa, molestias sacras, etc.) y psíquicos (incertidumbre, deseo-temor, etc.).

- *Tensión de alarma*: El registro de la amenaza tiene las mismas características que vimos para la contracción, a lo cual podemos agregarle la elaboración intelectual que se va produciendo en el tiempo.

- *Acción del alarmógeno*: La acción del alarmógeno es la persistencia en el tiempo de estados de stress por *reiteración y diversidad*. Recordemos que cada contracción es un stress y que habrá otros distintos (apertura pelviana, distensión perineal, etc.). La repetición de las contracciones introduce cambios cuantitativos (cada contracción

será más intensa, más duradera que la anterior). Los momentos evolutivos del parto introducen cambios cualitativos que, por supuesto, suman magnitud (cuando se completa la dilatación y comienza el descenso fetal, la calidad de las nuevas sensaciones cambia). Podemos sintetizar diciendo que la acción del alarmógeno en el parto es la *persistencia* (tiempo) de la incorporación de *sucesivos alarmógenos* cuali y cuantitativamente variados. Y como síntesis más general, la acción del alarmógeno es atacar la sinergia psico-biológica defensiva.

- *Reacción orgánica defensiva*: La R. O. D. efectiva consistirá en la *firmeza* en el mantenimiento de la sinergia psico-biológica defensiva representada por *permitir* en el plano corporal y *oponerse* en el plano psíquico. Vemos aquí un ejemplo donde están presentes las tres acciones defensivas.

- *Estado de resistencia*: Como siempre, está caracterizado por la lucha entre la acción del agresor (aquí, intensificación de las sensaciones - incorporación de nuevas) y la defensa (firmeza en el mantenimiento de la S. P. B. D.).

- *Resolución*: Cuando la R. O. D. logra mantener su sinergia psico-biológica, hará una correcta neutralización del alarmógeno, que estará representada por el *parto normal* sin secuelas patológicas, y con: 1) Fácil dilatación del cuello uterino que, unido a una buena dinámica, acorta y facilita el desarrollo del parto; y 2) Ausencia de dolor o éste es de escasa magnitud. Esto lo podemos considerar un saludable ingreso al puerperio.

- *Claudicación*: Cuando haya exceso de intensidad, exposición prolongada o suma de alarmógenos (en reacción de alarma) en relación a la capacidad de respuesta adaptativa, el resultado será una *obstrucción irreversible del parto*.

- *Enfermedad de adaptación*: El equivalente es una neutralización incorrecta, con secuelas. En el estado de resistencia hubo resoluciones, claudicaciones y enfermedad de adaptación que no llegaron, en el saldo, a la obstrucción irreversible pero que originan el *parto complejo*, cuyo desarrollo y terminación se hacen a través de un proceso penoso y agotador que dejará secuelas psico-físicas.

El parto patológico y la enfermedad de adaptación en el puerperio

Llegado a este punto, trataré de relacionar patologías que con bastante frecuencia presenta la puerpera, unificándolas como manifestaciones de enfermedad de adaptación, con una noxa única: el parto.

- *Alarmógeno*: Ubicándonos en la situación puerperal y observando las características de su equilibrio, veremos que el elemento alterador está en el parto, representado por el *parto complejo* o la *obstrucción irreversible*.

Esto irá aclarándose con el desarrollo de las acciones y manifestaciones, pues, según dice Selye, "no tendríamos ningún modo de evaluar el estado de stress si no fuera por los cambios que produce", "las manifestaciones del S. G. A. son las que nos permiten conocer la magnitud del stress". Muchas veces tenemos que hacer el análisis retrospectivo para identificar los elementos, como ahora para encontrar el alarmógeno a partir de los efectos que produce.

- *Tensión de alarma*: Consiste en el registro psico-físico *persistente*. Esto es stress patológico - recordemos que: Alarmógeno + tensión de alarma = stress-. Aquí hay tensión de alarma sin presencia de alarmógeno. El que la tensión de alarma y sus efectos defensivos puedan relacionarse con la psicobiología del parto es lo que nos hace pensar que aquél sea el alarmógeno.

- *Acción del alarmógeno*: Ninguna. No la hay. No habiendo alarmógeno *actual*, no puede haber acción del mismo. Es por esto que las manifestaciones de enfermedad de adaptación no ofrecen una etiología clara.

- *Reacción orgánica defensiva*: En el parto, la R. O. D. efectiva era la sinergia psicobiológica representada por: en lo orgánico, permitir (relajación), y en lo psíquico, oponerse. La ruptura de esta sinergia implica R. O. D. defectuosa y alcanza su máximo cuando se invierten las acciones defensivas, lo cual representa la *máxima defensa defectuosa*. Esta defensa defectuosa fue la causa del parto complejo o de la obstrucción irreversible y lo que aquí vemos son los efectos de su persistencia. La persistencia de la R. O. D. defectuosa (oponerse en lo orgánico y permitir en lo psíquico) se manifiesta por un estado de *hipertono defensivo* representado por *hipertono simpático* con descenso del umbral de percepción.

- *Estado de resistencia*: Sus características son las mismas que las descritas en el párrafo anterior, ya que no hay acción de un agresor. Por lo tanto, en el estado de lucha las únicas acciones son las de las defensas.

- *Resolución*: a) Puede alcanzarse espontáneamente de forma muy lenta y progresivamente, en largo tiempo, a través de la introducción de factores anti-stress, inespecíficos, que serán los acontecimientos gratificantes psico-físicos cotidianos de vida. No puede evolucionar rápidamente a la resolución porque no puede eliminar (neutralizar correctamente) a un agresor que, ahora, no existe. Estuvo antes, en el parto, pero el parto ya terminó. No se puede *sacar* algo que *no está*. No se puede luchar contra *nada*, sin hacerse daño uno mismo.

b) *Claudicación*: En el puerperio estará representada por el pasaje a una enfermedad orgánica o psíquica persistente, encuadrable dentro de la medicina o la psicología clásica. (De alguna manera sería también una forma de resolución aunque patológica).

c) *Enfermedad de adaptación*: Es la cronificación del estado de resistencia y puede acompañarse de episodios de claudicación menores. Así, sobre la base de manifestaciones de enfermedad de adaptación se presenta una patología clara física o psíquica; una vez resuelta ésta, reaparecen las manifestaciones de enfermedad de adaptación, y así sucesivamente.

Manifestaciones de enfermedad de adaptación en la puérpera

Las manifestaciones son psicobiológicas y emergen a través de las áreas más comprometidas que son: área física, área psíquica y área de las estructuras vinculares. Una manifestación emerge *predominantemente* en un área, pero siempre con compromiso de las otras. Son recurrentes, es decir, si se atenúa y desaparece una manifestación, aparece otra, con predominancia en la misma o en otra área. Voy a intentar clasificar las manifestaciones según: 1.º) Su predominancia en área o 2.º) De acuerdo a lo que sea más evidente.

1.º) Manifestación predominante en:

Area Física:

- Dolores.
- Metrorragias.
- Infecciones.
- Adinamia.
- Trastornos de lactancia:

Hipo o agalactia.

Fisuras de pezón.

Abscesos.

Mastitis.

- Otras.

Area Psíquica:

- Depresión.
- Tristeza.



- Neurosis.
- Angustia.
- Miedos inespecíficos.
- Otras.

Aclaro que las psicosis no las incluyo aquí por considerar que pertenecen al grado de las claudicaciones.

Area Vincular:

- Conflictos de pareja.
- Deseo de no contacto con el recién nacido.
- Retracción social.
- Otras.

Debe ser tenido muy en cuenta que cuando las manifestaciones son predominantes en el área vincular, en realidad es allí donde se están haciendo más evidentes dificultades del interjuego físico-psíquico, que son menos manifiestas. La influencia del estado psico-físico sobre el área vincular es lo que nos debe alertar sobre sus efectos en la familia, el grupo, la sociedad.

2.º) De acuerdo a que sea más evidente:

El *hipertono defensivo somático* (representante de la falla defensiva del parto, persistente = *oponerse* en el cuerpo):

- Contracturas musculares generales o locales.
- Atonía gastrointestinal.
- Taquicardia.
- Disnea.

O la *disminución del umbral de percepción* (representante de la falla defensiva persistente = *permitir* en lo psíquico):

- Hipersensibilidad emocional.
- Hiperemotividad.
- Nerviosismo.
- Hiperexcitabilidad.
- Insomnio, depresión, tristeza.
- Hasta el más mínimo estímulo externo o interno es percibido y con una magnitud muy alta.

STRESS Y NACIMIENTO

El proceso de nacimiento comienza con la iniciación del parto, que modifica el equilibrio previo. Veamos ahora este proceso parcial en el niño ante la primera contracción de parto.

Primer stress de nacimiento

- *Alarmógeno*: La contracción de parto produce una disminución del aporte circulatorio en los espacios intervulvositarios de la placenta, el que se compensa parcialmente por el seno circular. Como la compensación es parcial, su resultante será una ligera *hipoxia circulatoria fetal*, actuando ésta como alarmógeno.

- *Tensión de alarma*: Registro orgánico que podría realizarse a través de los quimiorreceptores (seno aórtico y carotídeo).

- *Acción del alarmógeno*: Resultante de la disminución del oxígeno circulante disponible. Se producirá una *hipoxia tisular*.

- *Reacción orgánica defensiva*: Taquicardia. Dado que la falta de oxígeno en los tejidos es causada por la poca disponibilidad sanguínea por unidad de volumen, la respuesta compensatoria efectiva es acelerar el tránsito circulatorio.

- *Estado de resistencia*: En esta fase, las fuerzas antagónicas son, por una parte, la progresiva disminución del aporte de oxígeno a medida que la contracción uterina se va intensificando y, por la otra, la aceleración cardíaca fetal intentando alcanzar niveles que compensen el déficit.

- *Resolución*: a) Buena oxigenación fetal durante toda la contracción, con incorporación orgánica del mecanismo defensivo útil. La primera alarma del nacimiento es la disminución del oxígeno disponible. Esto genera la puesta en funcionamiento de una respuesta adaptativa que compensa el déficit, pero, además delinea el molde defensivo. Durante la evolución del parto, las contracciones serán progresivamente más intensas, más duraderas, más frecuentes y, por consiguiente, la carencia de oxígeno irá siendo *progresivamente* mayor, a lo cual el niño podrá ir respondiendo a *partir* del molde inicial con pequeños ajustes, también progresivos, de aquél. De esta forma, la diferencia entre la magnitud de un stress y el siguiente nunca será exagerada y, al enfrentarse con la gran situación del medio extrauterino, lo hará con un bagaje de capacidad adaptativa importante que facilitará su adecuación a él.

b) *Claudicación*: En el caso de que la contracción sea exageradamente intensa, su efecto será la anoxia fetal. En caso de que una contracción, no tan intensa, se prolongue significativamente, llevará al agotamiento cardíaco fetal. En ambos casos, el resultado es la muerte.

c) *Enfermedad de adaptación*: Está representada

por oxigenación deficiente y falla compensatoria donde, por ejemplo, se produzca una gran taquicardia para compensar un pequeño déficit de oxígeno.

El nacimiento en totalidad

Considerando ahora todo el proceso de nacimiento en conjunto, vamos a analizarlo.

- *Alarmógeno*: Sería ocioso enumerar los múltiples alarmógenos que actúan en el nacimiento, que son, naturalmente, muchos y variados, pero podemos centrar nuestra atención en un momento del nacimiento y, entonces, unificar varios alarmógenos en *exposición al medio extrauterino*.

- *Tensión de alarma*: Aquí es importante tener en cuenta que hay un *registro corporal* y que en ese cuerpo debemos, al menos, considerar la existencia de precursores del aparato psíquico y que el nacimiento, de alguna forma todavía no suficientemente aclarada, se inscribe experimentalmente.

- *Acción del alarmógeno*: Inespecífica por la indiscriminación de sensaciones, aun entre sensaciones internas o externas. El ataque es a todas las formas fisiológicas previas.

- *Reacción orgánica defensiva*: Altamente inespecífica y generalizada en el comienzo.

- *Estado de resistencia*: La lucha se establece entre las condiciones medioambientales extrauterinas y las posibilidades de puesta en funcionamiento de una fisiología nueva, acorde con las exigencias de aquella, y la reducción del gasto adaptativo. "Un carácter esencial de la adaptación es la delimitación del stress al área más pequeña que sea capaz de hacer frente a los requerimientos de una situación" (Selye).

a) *Claudicación*: Muerte.

b) *Resolución*: Niño adaptado a los requerimientos básicos del medio extrauterino, habiendo completado su adaptación

basal, cuyas características mencioné antes, sin secuelas patológicas. El nivel de salud generado a partir de su adaptación al medio extrauterino, debería ser comprobable en su desarrollo posterior.

c) *Enfermedad de adaptación*: Ocurriría siempre que se incremente la magnitud del stress de nacimiento, ya de por sí muy alta, y sus manifestaciones podrían presentarse en el período neonatal como obstrucciones persistentes a una correcta adaptación basal y, por lo mismo, dificultades para la adaptación a instancias posteriores.

Stress de nacimiento de alta magnitud y enfermedad de adaptación en el recién nacido

La posibilidad de esta patología debe alertarnos sobre la incuestionable necesidad de evitar al máximo los incrementos artificiales innecesarios que a veces pasan inadvertidos o que son minimizados, ya que la incorporación de los menores estímulos hacen crecer exponencialmente la magnitud del stress de nacimiento.

Si la magnitud del stress de nacimiento fuera causante de fallas adaptativas (enfermedad de adaptación), debería manifestarse en los niveles más comprometidos en este proceso. No es llamativo que el primer riesgo del recién nacido sea de respiración y termorregulación. Estos dos elementos que aparecen por el medio extrauterino constituyen juntos lo que podemos denominar defensa vital primaria. Un organismo que no puede respirar, muere. Un organismo que no puede mantener su temperatura integran constante ante los cambios externos, muere. Las patologías relacionadas con estos dos aspectos están bien estudiadas.

Sabemos que pasar por experiencias de stress es generador de salud, pero también que depende de

la magnitud del mismo que el organismo sea capaz de resolver. Si la magnitud es muy alta pero el organismo sobrevive, estamos autorizados a pensar que alguna secuela debe haber dejado.

Manifestaciones de enfermedad de adaptación en el recién nacido

Si damos por resuelta, aunque quizás con fallas, la adaptación basal y observamos al niño en su desarrollo ulterior, debemos encontrar, en los casos en que se haya producido enfermedad de adaptación, sus manifestaciones a través de los sistemas que se encuentran más comprometidos en el proceso evolutivo de adaptación.

Deben ser recurrentes, o sea, si se atenúa y desaparece una manifestación, aparece otra en la misma o en otra área.

Los sistemas y funciones más expuestos son: aparato respiratorio, piel, aparato digestivo, sueño, funciones de integración, por lo que sería esperable encontrar alta incidencia de:

Aparato respiratorio: Distress respiratorio, ronquido adenoideo y adenoiditis, bronquiolitis, muerte súbita, espasmo de sollozo, otros.

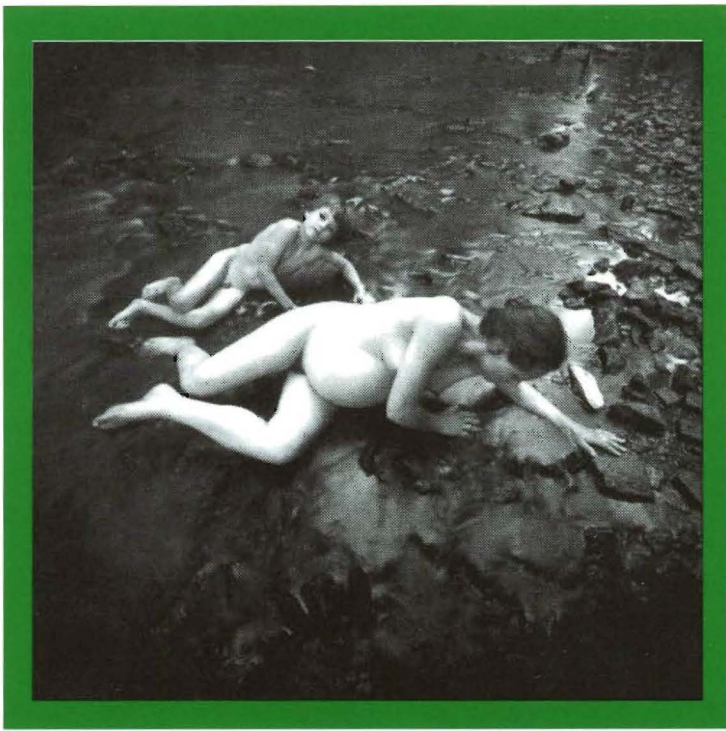
Piel: Dermatitis de pañal, dermatitis seborreicas, dermatitis ectópicas, otras.

Aparato digestivo: Trastornos diversos de la alimentación, cólicos de lactante, vómitos o regurgitación incohercible, síndrome pilórico.

Trastornos del sueño: Sueño intranquilo, sueño breve.

Llanto frecuente e incohercible, dificultades severas para el reconocimiento y aceptación de las variables día-noche y muchas otras.

La no resolución correcta y suficiente de las primeras etapas interferirán luego en el desarrollo de las siguientes.



Profilaxis - Prevención Primaria

En todo el mundo, cada vez con más convicción, se está acentuando, en materia de salud, el valor de la prevención primaria. Esto es, sabiendo que un organismo va a estar en el futuro mediano o inmediato expuesto a alguna situación potencialmente capaz de enfermarlo, acrecentar anticipadamente sus posibilidades defensivas.

He intentado establecer relaciones mediante las cuales parto y nacimiento, como factores de stress, pueden actuar generando posibilidades de salud en el proceso evolutivo, pero también pueden actuar, en determinadas condiciones, como generadores de enfermedad. Si esto fuera así, debemos enfrentar este factor de enfermedad en la tarea asistencial con sentido preventivo primario, lo cual supone:

1.º) *Durante el embarazo:* Incrementar en la mujer sus posibilidades de respuesta adaptativa psico-biológica.

2.º) *Durante el parto:* Realizar la asistencia buscando reducir al mínimo la magnitud del stress, ya de por sí naturalmente muy alto. En esta situación es importante tener en cuenta

el interjuego psico-biológico, ya que podría ocurrir que disminuciones en el nivel psíquico ocasionen trastornos orgánicos, y disminuciones en el nivel orgánico provoquen alteraciones psíquicas.

3.º) *Durante el nacimiento:* El primer elemento a tener en cuenta, con sentido preventivo primario, es el parto, ya que las características del parto pueden incrementar la magnitud del stress de nacimiento. El segundo es tratar de evitar que la exposición al medio extrauterino sea incrementada en forma desmedida.

Terapéutica - Prevención secundaria y Rehabilitación - Prevención terciaria

En los casos en que hayan surgido situaciones que incrementaron la magnitud del stress y originaron enfermedad de adaptación, se debe encarar su tratamiento.

En la puerpera: - Podemos pensar en manifestaciones de enfermedad de adaptación cuando haya antecedentes de parto traumático y/o manifestaciones recurrentes sin causa orgánica evidente y/o trastornos psíquicos o vinculares.

- Encarar la terapéutica psico-biológica tratando las manifestaciones en la forma que corresponda, según se ubiquen en el área física o psíquica.

- Tener presente la interrelación de áreas y hacer la profilaxis de las recidivas en la misma o en otra área.

El sólo eliminar una manifestación no implica curación, pues no neutraliza el estado de alerta defensivo, el cual persiste y es reforzado por la reaparición de ésta u otra manifestación. Por el contrario, si una manifestación se elimina y se evita su reaparición o su reemplazo por otra, la huella mnémica se va borrando, la alerta defensiva patológica va disminuyendo y, por tanto, se corrige la secuela. La eliminación de la secuela, alerta defensiva psico-biológica sin alarmógeno, podría entonces constituir el criterio de curación, comprobable por la ausencia de manifestaciones y/o de episodios menores de claudicación.

En el recién nacido: - Podemos pensar en manifestaciones de enfermedad de adaptación, cuando haya antecedentes de dificultades en el nacimiento y/o manifestaciones recurrentes en los sistemas y funciones que mencioné antes.

- El enfoque terapéutico dependerá de la magnitud del cuadro, pero siempre serán fundamentales las conductas de la madre. Teniendo en cuenta que es a través de ella que se resolverá o persistirá el cuadro, es responsabilidad profesional cubrir correctamente sus necesidades y brindarle todo el asesoramiento necesario para el manejo de su hijo.

CONCLUSIONES

- El complejo cuadro de stress y Síndrome General de Adaptación acepta un diagrama fácilmente comprensible y aplicable en Perinatología.

- Parto y nacimiento son situaciones de stress de alta magnitud.

- Parto y nacimiento, como estados de stress, admiten ser analizados en su evolución según el cuadro de Síndrome General de Adaptación.

- Stress de parto y stress de nacimiento son generadores de salud al incrementar las posibilidades adaptativas futuras.

- Si la magnitud de stress de parto y stress de nacimiento son muy elevadas, pueden ser generadoras de patologías.

- La magnitud de stress de parto y stress de nacimiento se relacionan directamente.

- Diversas manifestaciones patológicas consecutivas al stress de parto y nacimiento pueden ser halladas en la puerpera y el neonato.

- Las magnitudes de stress de parto y nacimiento, cuyo monto es relativo a las respuestas individuales, pueden ser atenuadas mediante la prevención primaria.

- Cuando el stress de parto y el stress de nacimiento hayan generado patologías, éstas son pasibles de acciones de prevención secundaria.

Considero que el material presentado deberá ser reforzado por investigaciones más pormenorizadas en el futuro.

Como reflexión final deseo remarcar que en el estado de puerperio y período neonatal, es donde se pone más de manifiesto el interjuego psico-biológico y, especialmente, el interjuego madre-hijo.

En estos momentos, cualquier logro que hagamos en la salud de la madre repercutirá mejorando la salud del niño y, un aporte a la salud del niño, elevará la salud de la madre. Creo, sobre la base de esa profunda interrelación, que el camino se abre promisorio para quienes hemos abrazado la perinatología.