

RESILIENCIA EN LA PREPARACION AL PARTO

(Profesor Néstor Suárez, Argentina)

Buenos días a todos, en primer lugar quiero expresarles que es para mi un honor estar en este Seminario Internacional Complutense y agradecer a los organizadores habernos invitado. Quiero pedir disculpas porque, aunque soy argentino, toda mi trayectoria profesional la he hecho en EE.UU., en Washington y el español a veces no es tan bueno como uno desearía, sobre todo cuando tiene que hablar nada menos que en España, la cuna de nuestro idioma.

Tal vez se me escapen algunos anglicismos o expresiones no muy precisas en español, además quiero señalar que es una gran audacia y agradezco también a los organizadores, que podamos presentar un concepto relativamente nuevo como es el de la “**resiliencia**” que de por sí es un neologismo en castellano y su aplicación, un nuevo giro en la asistencia del parto y el periodo prenatal.

Nosotros hemos tratado de traducir las experiencias que se iniciaron en EE.UU. y luego tomaron gran auge en algunos países de Europa.

En la aplicación en la realidad en América Latina es especial y esto ha ido tomando un desarrollo sumamente impresionante en cuanto a la rapidez con que ha crecido el número de publicaciones.

Es cierto que en los EE.UU. tienen un gran apoyo económico y se han podido hacer investigaciones incontables. Para dar una idea hicimos con el Dr. LEE Burchinal de la Universidad de Georgetown una búsqueda bibliográfica en todos los bancos de datos y Web que son accesibles desde los centros de computación que se tiene por allá, y en julio del 2003, habíamos encontrado 394.000 referencias en las que aparecía la palabra “resiliencia”, ya en octubre del 2004, las referencias llegaron a 835.000, es decir, 835 000 publicaciones en las que se mencionaba este término, lo cual suponía un crecimiento del 120% en este periodo de un año. Pudimos detectar que en la última parte del año pasado, se producían 28.000 referencias nuevas por mes., la cantidad de publicaciones es inabordable, el interés que hay, es triste decirlo, pero un gran auge vino después del 11 de Septiembre, de aquella trágica circunstancia en que EEUU debió apelar a su propia “resiliencia” para sobreponerse a una tremenda adversidad como fue este atentado.

Obviamente, un gran número de publicaciones está en inglés pero en los últimos dos años casi han sido desplazadas por las publicaciones en francés. En Francia, autores como Cyrulnik, Vanistendael, que aunque no es francés publica en ese idioma, han tenido un gran auge y casi están por lo menos, emparejando la situación con los EE.UU.

En español hemos localizado 10.900 referencias sobre “resiliencia” buena parte de ellas, vienen de Latinoamérica donde se ha instalado sobre todo a partir del apoyo dado por la Fundación Bernard van Leer y la Organización Panamericana de la Salud de la cual formo parte. Se han publicado también 403 libros que incluyen el término resiliencia en el título o subtítulo, incluso hay ocho libros en idioma chino, es decir, que ha tenido desde sus inicios una muy rápida evolución.

¿Que entendemos por resiliencia? Entendemos por tal esta condición humana que da a las personas la capacidad de sobreponerse a las adversidades, construir sobre ellas y proyectarse en el futuro.

Todos conocemos y particularmente, los que hemos atendido recién nacidos y demás lactantes, aquellos seres humanos que son capaces de sobreponerse, aquel niño de muy bajo peso que sufre todas las infecciones, toda la problemática neonatal y sin embargo sale adelante y llega a ser un buen estudiante en la escuela primaria, a superarse.

Esto lo estudió matemáticamente y con todos los recursos que esto implica una gran investigadora de la Universidad de California en la isla de Hawai, Emmy Werner,. Ella tomó una cohorte de niños que habían nacido con todas las circunstancias adversas: pobreza, analfabetismo materno, pertenecientes a lo que se llaman minorías desprotegidas y los siguió; estos 505 niños que, además eran de bajo peso al nacer, planteaban un estudio de riesgo. La idea era que muy pocos

iban a llegar a edad de adulto . Durante 35 años los siguió y encontró que a los 20 años el 30% no se habían hundido sino que eran adultos bien adaptados, pensó entonces en llamarlos “niños invulnerables” pero encontró que esta palabra muchas veces no era la idónea, incluso, tenía un contenido ideológico que no era muy grato en los EEUU . Buscaron una nueva palabra y fue la palabra “*resilience*” muy aceptada en el idioma inglés que significa rebotar, resistir agresiones. Tal es su aceptación que incluso en ese deporte tan brutal que se juega en EE.UU., el fútbol americano, cuando un jugador recibe el golpe de tres o cuatro señores que pesan mas de doscientos kilos y sale indemne dicen “*What a resilientce player!*” (¡Que jugador resiliente!),. Se hace evaluación de resiliencia de estos jugadores en este deporte, de manera que fue muy fácil adaptar esta idea de resiliencia aun en el idioma popular.

En la edad adulta, el 50% de estos niños aparentemente condenados, estaban sin problemas y hasta algunos llegaron a ser alcaldes de su pueblo. Es decir, que se superó toda esta condición de adversidades y surgió este término de resiliencia que en la década de los 80 presentó Emmy Werner.

Se han descrito los pilares de la resiliencia sobre un concepto desarrollado por Steve Woolin, un psiquiatra que trabajó con familias de alcohólicos y encontró la sorprendente capacidad de los niños para sobreponerse a estas circunstancias adversas y describió características que ellos tienen y que no vamos a entrar a detallar por razones de tiempo . Las características que podemos señalar son empatía, iniciativa, creatividad, humor, sentido de autonomía, conciencia social y la confianza, estos son elementos fundamentales que en el día de hoy trataremos de ver cómo se aplican en el embarazo y en la atención a la mujer embarazada.

Un hito muy importante y aquí empieza el aporte europeo al concepto, fue la contribución de el gran maestro de origen holando-belga residente en Ginebra y que publica mayormente en francés, Stefan Vanistendael .El utilizó el término de “*la casita*” tomado del español, aunque su clase sea en holandés, el usa “*la casita*” porque opina que tiene una tono más dulce que “*the house*”, más apta para dar la idea de la posibilidad de construir esta resiliencia.

No es que los seres humanos se dividan entre los que nacen resilientes y los que no nacen con esta condición o con esta virtud. En la actualidad el NIH(National Institute of Health) de EE.UU. , a través de su unidad de salud mental, estima que de los atributos de la resiliencia tan solo un 30% están determinados por la genética y el 70% restantes se pueden edificar, construir como dice Vanistendael. En la base de esto está lo que él llama aceptación fundamental de la persona y no del comportamiento.

En el idioma anglosajón, en la cultura anglosajona, se habla más bien del amor incondicional, es decir, el niño que va a ser resiliente tiene que recibir siempre un amor incondicional del adulto significativo y éste, fundamentalmente es la madre, por eso la importancia que en el periodo prenatal y en el momento del nacimiento este niño pueda recibir amor incondicional que hace que luego se constituya en resiliente y posteriormente se agregan una serie de atributos que se van adquiriendo a lo largo de la vida: sentido de vida, la autoestima, las competencias.

Quiero señalar especialmente la importancia que tiene el humor; hoy en día se han creado numerosas instituciones para promover el humor,.Es notable que un país de gran desarrollo en los últimos años, como es Noruega, haya tratado de estimular el humor y creado un instituto del humor en Trondheim con resultados positivos en el bienestar anímico de la población.

Esta capacidad de hacer comedia en la propia tragedia es lo que muchas veces nos permite superar adversidades, es la esencia de la resiliencia y esto es lo que muchas veces, el médico, la matrona, pueden hacer con sus pacientes, ayudarles a ver el lado menos trágico en momentos sumamente negativos.

Necesitaríamos un curso de varios meses de duración y de hecho, lo estamos haciendo en Chile, y Argentina , pero hemos de resumir diciendo que los preceptos principales de resiliencia frente al riesgo que habíamos estudiado siempre, nos traen un mensaje de optimismo realista, como dice Loessel, un gran investigador alemán en este campo.” *Es el optimismo basado en las propias fortalezas*”; también queremos decir que, si bien este concepto se ha desarrollado mucho en los últimos 40 años, es como “poner vino viejo en odres nuevos”, ya Shakespeare hablaba mucho de esto y decía “*dulces son los caminos de la adversidad*”. En la pintura y la escultura se ilustran casos de resiliencia así como en la literatura se prodiga su uso, particularmente en los idiomas anglosajones, e incluso en la construcción, los físicos e ingenieros, ya hablaban mucho acerca de la resiliencia de los edificios desde principios del siglo pasado.

Hoy en día hemos incorporado esto a las ciencias humanas, a la medicina y a la salud pública, y hablamos de que es un proceso dinámico que da una mirada esperanzadora a los eventos de la vida humana como son el nacimiento y el parto y basándonos en conocimientos científicos que son muy conocidos por todos ustedes, se ha podido aplicar especialmente en el periodo perinatal. La imagen del apego, este momento inmediato después del nacimiento y esa relación, un fenómeno “enfase” de la mirada del hijo y la madre es tan trascendente que, ahora que nos desplazamos tanto hacia la medicina basada en la evidencia, sabemos que no es solo el amor en sentido etéreo sino que esta relación va acompañada de una producción de hormonas, sumamente importantes en el establecimiento de la lactancia materna y de esto que los psicoanalistas llaman el vínculo o el apego y que es muy trascendente en la conformación de la personalidad de cada ser humano. Y lo que ha tenido más aplicación pragmática, particularmente en la atención prenatal y perinatal, ha sido el modelo de Edith Grotberg gran investigadora norteamericana que trata de dar los elementos prácticos para cómo desarrollar la resiliencia en los seres humanos. Afirma que hay básicamente tres expresiones verbales que se deben estimular en todos los pacientes: YO SOY, YO ESTOY y YO PUEDO.

Una primera es que la paciente se reconozca en “lo que yo soy” con lo cual se aumenta su autoestima. Es muy importante y necesario también que tenga presente “los yo tengo” que significa tener el apoyo del entorno psicosocial que la rodea. Como mostraba el Dr. Hugo Sabatino, muchas veces ese apoyo físico a lo largo de la historia lo ha ido dando el hombre, el esposo o conyuge como vimos en previas exposiciones. Hoy, ese apoyo lo da fundamentalmente la persona o el equipo que atiende el parto. En muchos lugares, y cada vez se está incorporando más, al menos en lo que vemos en América, a la familia y al hombre en el nacimiento. Se reconstruye así “la burbuja afectiva”, según dicen los psicoanalistas, y luego esto tiene que ver con el “yo puedo” que implica la confianza en sí mismo.

Veamos con más detalle como se aplican estos verbos en el embarazo y parto. Qué es lo que debíamos transmitirle a la mujer embarazada de los “yo soy o estoy” y con esta conjugación debemos reconocer que nuestro idioma castellano tiene una ventaja sobre el inglés. Ellos tienen un solo verbo, solo pueden decir “I am” y no diferencian si es una cosa permanente o transitoria; en español podemos decir yo soy o yo estoy, porque tenemos dos verbos y esta riqueza nos permiten hacer algunas diferencias. Hay que transmitirle a la mujer el “yo soy amable”, o tal vez, mejor, “querible” quiere significar en este caso, y digna de ser amada, que la mujer sienta que tiene un atractivo especial. La mujer debe estar orgullosa de sí misma y de su embarazo. Cada vez sabemos más de cuán importante es esto del “niño deseado” en la construcción de todos estos elementos positivos de su personalidad. Y también la mujer debe sentirse responsable y capaz de tomar decisiones correctas para sí misma y para su niño. Se extiende mucho más Edith Grotberg al respecto pero resumimos en esto. También es muy importantes lo que le podamos transmitir a la mujer en el sentido del “yo tengo”: yo tengo relaciones de confianza, confío en quien me atiende, confío en los que me rodean;. En la historia tan bien reseñada por Hugo Sabatino veíamos como en Grecia existía la participación de las doulas, un personaje que le daba apoyo a la mujer aunque no fuese técnicamente quien la atendía. Hoy hay experiencias, especialmente las de Marshall Klaus en los EE.UU. en que están usando la doula como se hacía en la antigua Grecia y muestran resultados muy positivos. También la mujer debe sentir yo tengo estructura y normas en el hogar. En general todo este concepto de resiliencia no nos lleva a la anarquía sino que más bien hemos reconocido que hasta el niño necesita tener normas, límites, y agradece a aquellos adultos significativos que se las expresan efectivamente. Lo que en U.S.A. llamamos “rol models” tienen mucho que ver con esto de la doula y se refiere a la necesidad de que la mujer vea otras mujeres y compartan experiencias. En algunas maternidades se están haciendo experiencias en las que se forman reuniones grupales durante el periodo prenatal para compartir las experiencias resultando beneficiosas especialmente para las primerizas cuando logran el contacto con otras mujeres que las serenar en torno a la experiencia del dolor y otros aspectos de su interés. Y también es muy importante que la mujer sienta que tiene acceso seguro a servicios. Esto en Latino América muchas veces no lo vemos posible y es uno de los factores que explica esas cifras que se mencionaron y que dio ayer el Director de la OMS. Hay- estimó el director, más de 500.000 muertes de mujeres por causas maternas por año. Las cifras que manejamos en América son algo más altas porque somos conscientes, por lo menos en nuestros países, de que hay un sub-registro de por lo menos 20% en las muertes maternas, así que

podemos hablar de unas 600.000 muertes y gran parte de estas muertes son consecuencia de esta falta de acceso seguro a los servicios .

No puedo dejar de mencionar también la oportunidad de este Seminario Internacional iniciado inmediatamente en el día siguiente del Día Mundial de la Salud que, este año, está destinado a la mujer y el niño, .lo que creo que ha sido una muy buena elección del momento en que se hacía. Decíamos que dentro de estos elementos de la resiliencia es importante que la mujer sienta “yo puedo”, yo puedo comunicarme. Frecuentemente esto no sucede y dicha incomunicación es mucho mas grave en EE.UU. que en Europa.El médico norteamericano está tan ocupado que mantiene un muy breve contacto con la paciente,e inmediatamente la deriva.la forma en que se ejerce la medicina y el altísimo costo que tiene en los EE.UU. ha reducido el tiempo de comunicación.

También en casi todo el continente americano ha habido una política errada, a mi juicio, de cerrar las escuelas de obstetricas por lo que esta ayudante tan útil que tenemos, elemento fundamental en la atención del proceso reproductivo, se dispone en poca cantidad. En estos momentos se están reabriendo algunas escuelas y restituyendo esta capacidad de comunicación al rol de las obstetricas. Como dato estadístico, las tasas de mortalidad materna en Latinoamérica son 20-30 veces mayores que las que se ofrecen observan en Canadá y en los países europeos .Lo curioso es que los países que tienen mas bajas tasas de mortalidad en América Latina son los que mantuvieron la profesión de “matrona” y mantuvieron las escuelas abiertas como Cuba, Chile y Uruguay. En otros países las escuelas se cerraron por mucho tiempo y pagaron un alto precio en vidas y calidad de la atención perinatal..

También es importante que la mujer sienta el yo puedo resolver problemas, es decir, que no establezca una dependencia absoluta y también asimismo el yo puedo manejar mis sentimientos e impulsos. El transmitirle estas convicciones durante la atención prenatal y en esto hay varias experiencias, nos muestra una mujer mejor dispuesta para, en el momento del parto, establecer una relación de vinculo y de apego muy sana con el producto de la gestación. Estas experiencias en América Latina, para no ser tan dependientes del hermano del norte, se han hecho particularmente en la universidad de Campinas(Brasil), y también en la Univ. de Córdoba, en Argentina, donde el grupo “Amar –Nacer” tiene una casuística bastante importante y muestra resultados bastante satisfactorios. No voy a entrar en la parte numérica dado lo avanzado del tiempo pero quiero reseñar que ya en Argentina se han establecido tres centros en los cuales se trabaja con estos conceptos, uno es en Escobar, provincia de Buenos Aires, el otro de Córdoba ya mencionado y en la provincia de Tucumán en la cual se esta desarrollando un programa que toma especialmente a la población de mas bajos ingresos. Es decir, que aun en estas circunstancias de restricciones económicas se pueden aplicar estos criterios que son de gran novedad e implican gran beneficio para el bienestar de la embarazada y el recién nacido.

Solo quiero mencionar que desde desde nuestro regreso a Argentina hace unos pocos años , estamos trabajando en estos temas y con apoyo internacional se creó el Centro Internacional de Estudios de Resiliencia para apoyar a toda América Latina.Ya tenemos 38 experiencias en marcha en nuestro continente latino americano y se han producido 6 publicaciones de los libros que mencionábamos, 6 en español y dos en portugués sobre este concepto de resiliencia y su aplicación.

Para finalizar solo quiero señalar que este es un camino nuevo y que ha resultado muy coincidente con lo que nos expresaban los anteriores expositores. Creo que hay una tendencia al cambio en la atención y en ella es en la cual vamos a incorporar recursos intelectuales y avances científicos que deben alcanzar a todas las mujeres y niños de los tradicionalmente países desarrollados pero que hoy están alcanzando a todo el mundo.