



Vivencia Emocional en el Embarazo, Parto y Puerperio

*M^a Isabel Castelló López
Matrona. Psicoterapeuta
Oviedo 2006*

La Emoción de sus Ojos

¿De dónde se surgen las lágrimas?
¿Se gotean de tu corazón,
una sangre salada sin color?

¿Se nadan inquietamente
en las venas de tu alma
pulsando en tus extremidades,
tan volátil como la lava fundida?

¿Te protegen de la realidad del dolor,
acariciando tus ojos de vidrio,
besando tu mejilla con labios
de una docena de rosas blancas?

¿De dónde se surgen las lágrimas?
¿Se tardan en el fondo
del pozo de miedo de tu vientre?

¿Trepándose a tu garganta,
sofocándose tu aliento,
hasta tu nariz tímida,
que corre afuera como un río?

¿Se alimentan tus pensamientos
con comida para una debilidad,
libertando tu mente,
una vez agarrada por grilletes?

¿De dónde se surgen las lágrimas?
¿Cuándo lleguen, quisiera saber su origen?

Meredith Daniell

VIVENCIA EMOCIONAL EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Ponente: M^a Isabel Castelló López.

Matrona Hospital “Luís Alcañíz” . Xativa (Valencia).Psicóloga. Sexóloga. Psicoterapeuta . Miembro de la Escuela de Psicología Humanista. Vocal del Colegio de Enfermería de Valencia. Miembro del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

Introducción

En primer lugar y agradeciendo de antemano la oportunidad que se me ha brindado para compartir estas líneas con tod@s vosotr@s, me gustaría aclarar algunos términos con los que nos vamos a manejar más adelante.

Podría empezar realizando una pequeña reflexión acerca del título, ¿porqué vivencia y no experiencia? ¿Por qué emocional y no personal?

Según su definición, **vivencia** es: *“hecho ó experiencia propia de cada persona, que contribuye a formar su carácter y personalidad”* también significa *“intensidad con que una imagen síquica aparece en la conciencia”* (1).Dicho de otra manera, la forma en “cómo” una persona vive una determinada experiencia y cómo esta marcará su carácter su personalidad incluso sus actitudes ante hechos similares.

Ahora bien, el que se viva de una forma u otra dependerá de factores predisponentes ó facilitadores que expondré más adelante.

¿Y qué es **experiencia**? *“conocimiento que se adquiere con la práctica”* también *“todo lo que es aprehendido por los sentidos y constituye la materia del conocimiento humano”* (1). Volviendo a nuestro contexto, podríamos decir que el tipo de experiencia en la gestación, el parto ó el puerperio estará marcada por la vivencia durante el proceso.

El hecho de que la vivencia haga referencia a lo emocional, es por concretar y hacer más específico el tema, pero por supuesto que es de la persona y forma parte de la personal. Pero ¿qué és lo emocional? Lógicamente todo aquello que hace referencia a las emociones, por lo tanto deberíamos saber qué es la **emoción**.

Emoción. Definición y características

Aunque es un término muy utilizado y estudiado por la psicología, la explicación del término, con claridad y coherencia no tuvo lugar hasta 1967 por V.J.Wakmir (2) quien la definió como *“respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad de un estímulo ó situación”*.

Según Wakmir, tiene un componente *cuantitativo* (positivo ó negativo) según el vocablo utilizado para describir la emoción y un componente *cuantitativo* que se expresa mediante palabras de magnitud.

EMOCIÓN		=	componente cuantitativo	+	componente cualitativo
<i>ej: me siento</i>			<i>muy</i>		<i>comprendido</i>
emociones positivas	+	↑	extraordinariamente	muy	amor deseo respeto amistad comprensión alegría etc.
			bastante		
emociones negativas	0	↓	poco	muy	tristeza temor inseguridad miedo desamparo rechazo etc.
			bastante		
<i>ej: siento</i>			<i>bastante</i>		<i>tristeza</i>

Gráfico 1: Componentes de la emoción

Wakmir también hace referencia a la **emoción** como valoración ó medida de la probabilidad de supervivencia, es decir, por medio de la emoción una persona sabe consciente ó inconscientemente si una situación es más o menos favorable para su supervivencia.

Esta valoración se hace mediante mecanismos físico-químicos muy diversos y complejos, y que en los humanos, con la aparición y desarrollo del córtex, y en particular del neocórtex, tienen particular importancia los procesos cognitivos que participan de forma fundamental en la elaboración de las emociones, como trataré de desarrollar más adelante.

Un riesgo es que la valoración emocional puede ser equívoca, es decir, la emoción vivida puede no corresponder a la realidad de la situación y producir graves perjuicios para la salud.

John Lamberth (3) en su magnifico tratado sobre psicología social define a la **emoción** como “uno de los componentes afectivos que junto con los cognoscitivos y comportamentales forman la actitud en el ser humano”.

Esto quiere decir que tanto el desarrollo cognoscitivo (pensar), el desarrollo emocional (sentir) y el desarrollo comportamental ó conductual (actuar) forman parte de lo que llamamos **actitud** “manera de estar ó posicionarse ante algo ó alguien. Respuesta valorativa, relativamente estable”.

El nexos de unión entre ellas sería lo que llamamos **Inteligencia emocional**

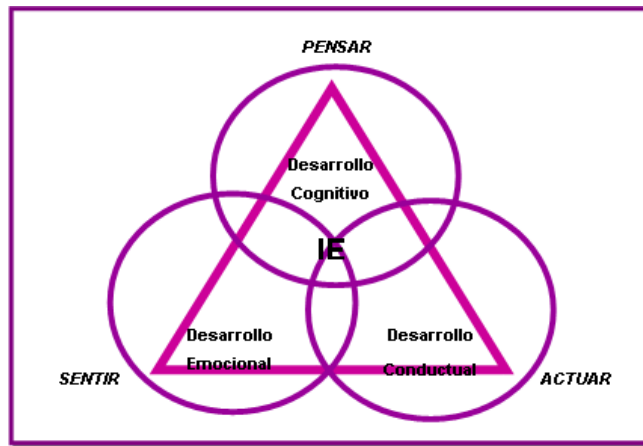


Gráfico 2: Actitud. Inteligencia emocional

Pere Rosales (4), en su conferencia sobre “La evolución del marketing relacional al marketing emocional” expuesta en Madrid en diciembre del 2003, define la **emoción** como “*sentimiento producido por el subconsciente ante la oportunidad de satisfacer una necesidad básica que impulsa al cuerpo a actuar para conseguirla*”. Aquí Pere utiliza el término necesidad como motivación de la persona y a lo que impulsa como emoción.

¿Qué es la emoción?

“Un sentimiento producido por el subconsciente ante la oportunidad de **satisfacer una necesidad básica** que impulsa al cuerpo a actuar para conseguirla”

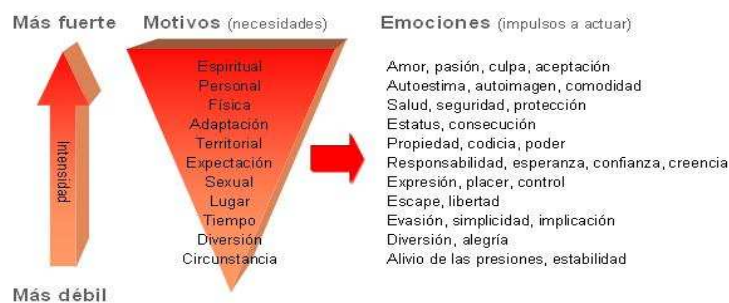


Gráfico 3: Emoción. Fuente: Pere Rosales

Como bien se puede ver en el gráfico, Pere introduce la característica de intensidad en función de cómo sea la necesidad y los impulsos ó emociones correspondientes a esas necesidades.

Pero además existe un puente a nivel cerebral entre necesidad y comportamiento. La necesidad surge de la mente, de los pensamientos que se elaboran en el neocórtex y que correspondería al ¿qué? (verbal).

Al neocórtex se atribuyen la capacidad de reflexión, los pensamientos conscientes, las necesidades básicas, el razonamiento mediante pruebas objetivas, etc.

El comportamiento surge del corazón, de los sentimientos que se elaboran en la amígdala y que corresponde al ¿cómo? (percepción).

A la amígdala se atribuyen la capacidad de acción, los pensamientos inconscientes, las necesidades más fuertes, las creencias justificadas por sentimientos, etc.

En general, se suele identificar el afecto con la emoción, pero en realidad son fenómenos muy distintos aunque sin duda están relacionados entre sí.

Afecto. Definición y características

Mientras que la emoción es la respuesta individual interna que informa de las posibilidades de supervivencia que ofrece cada situación (Wakmir) el **afecto** “es un proceso de interacción social entre dos ó más organismos”.

De lo anterior podemos decir que una de las **diferencias** es que mientras que la emoción se produce dentro de la persona, el afecto fluye y se traslada de una persona a otra.

Otras **características** del afecto:

- el afecto es algo que se *da* y se *recibe* entre personas
- proporcionar afecto es algo que requiere esfuerzo, trabajo cerebral (acción física)
- el afecto es algo esencial (necesidad primaria) para la especie humana, especialmente en la niñez, la vejez y la enfermedad

Pero la verdadera **naturaleza** del afecto reside en la capacidad de cada individuo para realizar un esfuerzo ó trabajo en beneficio (de la supervivencia) de los demás.

Hemos visto antes la diferencia entre emoción y afecto, pero ¿y su **relación**? A menudo en la vida sentimos la “ayuda” del otro, el “cuidado” del otro, la “valoración” ó “reconocimiento” del otro, es decir, el *afecto* del otro, y cuando esto ocurre “nos sentimos”... ayudados, cuidados, valorados, etc.

Dicho de otra manera, el que recibe afecto (el ayudar, cuidar, etc. son formas de afecto) experimenta normalmente una emoción positiva (*orexis*) puesto que ve mejorada sus probabilidades de supervivencia, de ahí que estén íntimamente relacionados.

Por último me gustaría destacar la importancia del afecto para la salud (5) ¿Qué ocurre cuando una persona tiene **déficit afectivo**?

El déficit afectivo provoca que el cerebro esté sometido a un estrés excesivo debido a que, o bien tiene que atender a demasiadas situaciones que aún no está preparado para resolver (estrés), como es en el caso de los niños, tanto por sobreprotección como por subprotección, ó bien tiene que atender a demasiados problemas de otras personas, dejando de lado los propios problemas, como es en el caso de algunos adultos (¿les resulta familiar...?).

Si un déficit afectivo persiste, es decir, si el cerebro no dispone de suficiente capacidad para evaluar correctamente cada situación y empieza a procesar incorrectamente informaciones vitales para el organismo, se produce un aumento de la ineficacia del cerebro (disfunción neuronal) y sus consiguientes errores emocionales.

El resultado de esta persistente ineficacia es la aparición, tarde ó temprano, de alguna enfermedad ó trastorno cerebral.

El déficit puede ser el origen de muchas enfermedades, pero no determina, sin embargo, la forma particular que adoptan, ya que de ello dependerá de dónde proceda la información que llegue al cerebro para su proceso.

Serán **factores**:

-**genéticos** (*variables orgánicas: corazón, metabolismo, etc.*)

- culturales (conocimientos, valores, normas sociales, etc.)
- ambientales (geográfica y socioeconómica).

*En resumen, y desde una **perspectiva biopsicológica**, podemos decir que el déficit afectivo puede manifestarse en cuatro grandes clases de **sintomatologías neurológicas**:

1. trastornos psicológicos: depresión, angustia, fobia, obsesión, etc.
2. conductas de riesgo: conducción temeraria, drogas, trastornos alimentarios, etc.
3. déficits de desarrollo: fracaso escolar, laboral, reproductivo, etc.
4. comportamientos violentos: asesinatos, malos tratos, violaciones, etc.

Estos síntomas neurológicos, acaban produciendo alguna enfermedad somática, incluso en aquellas enfermedades de origen infeccioso existe una incidencia de déficit afectivo (**neuroinmunología**) ya que se produce la debilidad del organismo frente a los ataques microbianos y víricos.

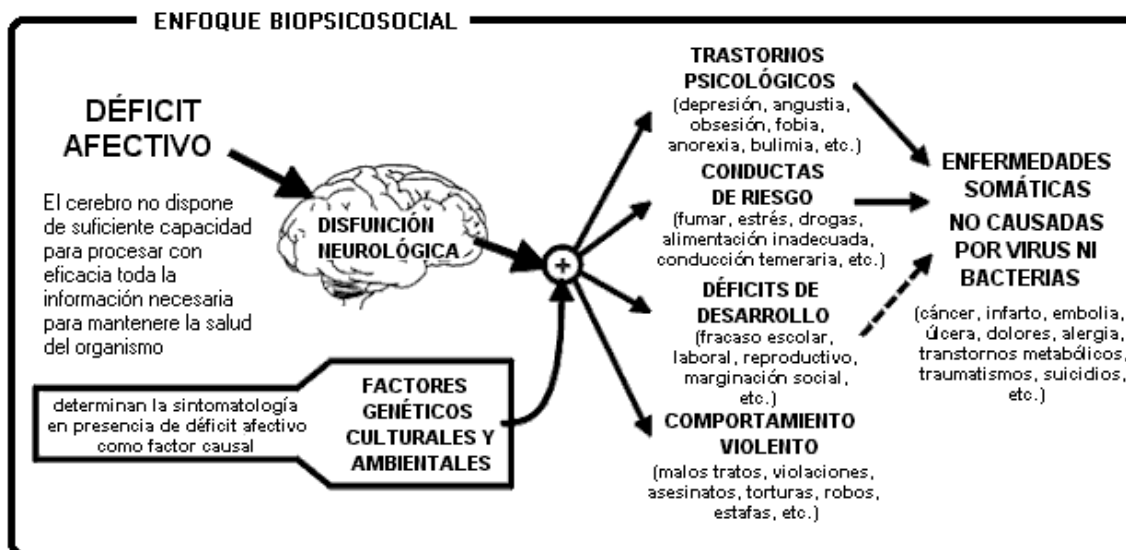


Gráfico 4: Enfoque Biopsicosocial. Fuente: E. Borrull et cols (1998)

Visto todo lo anterior, pasaré a desarrollar el tema concreto: "Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio".

VIVENCIA EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO

Aunque existen generalidades aplicables a los tres periodos de la gestación, será durante la **etapa preconcepcional** donde la actitud personal ante el hecho de un embarazo, tendrá relevante importancia para que la vivencia emocional sea gratificante. El que el embarazo sea buscado y deseado ó no, predispondrá a la mujer ó a la pareja a vivirlo emocionalmente diferente.

Según lo descrito en los apartados anteriores, la motivación con la que se conciba a un hijo, y desde dónde surja dicha motivación (necesidad) inclinará a la mujer a sentir una emoción u otra, y por tanto sus acciones estarán determinadas hacia actitudes positivas ó favorecedoras tanto para ella, para su futuro hijo y por supuesto para el futuro de su relación con la pareja.

Es bien conocido, y los especialistas en ello lo confirman, que las parejas que tienen problemas a la hora de concebir un hijo (esterilidad y/o infertilidad), tienen problemas de estrés, miedo, angustia ó depresión. Todo ello es debido, por un lado, al proceso, a veces reiterado, al que se ven sometidos con las técnicas de inseminación artificial (IA) ó de fecundación in Vitro (FIV).

Son procesos largos, costosos, económica y psicológicamente, en los que la mujer tiene que ser sometida a algunas técnicas invasivas (extracción de óvulos, implantación de los ovocitos, etc.) y que no siempre van a garantizar resultados exitosos la primera vez.

Esto hace que la mujer, sobre todo, viva la experiencia como fracaso personal, y sienta decepción, desilusión, incluso desmotivación para un segundo intento, siendo necesario el proceso de duelo de la situación. Hoy en día existen psicólogos en estas clínicas que asesoran a las parejas previamente y ayudan a que la vivencia sea lo menos “perjudicial” para la ellos en caso de no ver cumplidas sus expectativas la primera vez.

De cómo se resuelva lo anterior, la actitud resultante, positiva ó negativa, determinará que en caso de éxito y logro de la gestación, la vivencia emocional sea el reflejo del impacto ó huella psíquica que halla dejado, y por consecuencia, la gestación se vea marcada por el “miedo” (durante todo el proceso) ó por el contrario, feliz y satisfecha por el logro.

Como sabemos, el hecho de que emocional y afectivamente esté bien, repercutirá en su estado físico, en su salud física, ya que la vivencia personal (conjunto de factores síquicos, somáticos y kinestésicos), está en relación directa con su “Salud” (*Estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad*) (OMS 1948).

Durante el **Primer trimestre** de la gestación, las emociones más frecuentes van a ser:

- a) el **miedo** (*no hay respuesta para lo que sucede*): a la pérdida del embrión (aborto), a no ser capaz llevar a cabo el embarazo, a sentirse rechazada, a mantener relaciones sexuales, a que suceda de nuevo si ha habido experiencias previas. En este caso la mujer tiene pensamientos negativos ó limitantes que la hacen actuar continuamente en alerta a las señales. Esto puede conducirla al **estrés** y a una necesidad imperiosa (**ansiedad**) por confirmar el estado de normalidad del embarazo con ecografías repetidas asiduamente ó acudiendo al hospital en numerosas ocasiones al mínimo signo ó síntoma nuevo que aparezca, muchas veces, propios de la gestación.
- b) la **confusión**, cuando se dan situaciones de deseos encontrados: por un lado el deseo de embarazo y por otro, el deseo de mantener su “modus vivendi” (situación personal, profesional, familiar, económica, etc.) que sin duda sufrirán cambios, pero si estos son vividos a nivel cognitivo negativamente, es lógico que sienta que tiene tomar una decisión importante y se cuestione personalmente, viendo impedimentos por todas partes. En esta situación, la pareja (si se tiene) juega un papel importante, el afecto que le proporcione, la ayudará a vivir más positivamente el hecho de estar embarazada.
- c) la **alegría**, sobre todo si tener un hijo es un proyecto de vida común en la pareja, un deseo intenso surgido de una necesidad de afecto y sobre todo, si ha llegado al final de este trimestre sin ningún problema en los controles realizados, etc.
- d) la **aflicción ó tristeza**, cuando la mujer no desea el embarazo aunque lo asume y con el tiempo lo acepta, cuando no tiene pareja estable ó esta le ha dejado sola y/o abandonada a causa del embarazo.

Esto suele ocurrir, frecuentemente, en embarazos de adolescentes, convirtiéndolo en un embarazo de riesgo. En esta situación es la familia la que debe proporcionar

directamente el cuidado, la ayuda necesaria, es decir, la que proporcione todo el afecto que necesite y del que pueda carecer para que el proceso sea vivido lo más saludable posible.

*En resumen, estas son las emociones más destacadas, por lo que podríamos decir que el primer trimestre se caracteriza por un estado emocional de **intranquilidad ó inquietud** aunque hacia el final surja la alegría y la tranquilidad de manera relativa.

Al principio del **Segundo trimestre**, puede surgir un poco de **miedo e intranquilidad ó desasosiego** hasta conocer el resultado de la amniocentesis, si se ha realizado, tanto por la toma de decisión que podría derivarse en caso de no ser el deseado, como por el hecho mismo de la técnica y de los riesgos que esta conlleva.

Tras conocer el resultado, si es favorable, de nuevo surge la **alegría y la tranquilidad**, máxime cuando además se realizan las ecografías que confirman la correcta morfología fetal (semana 20).

A esta situación, y a lo largo de este trimestre, se añade el hecho de la aparición de los primeros movimientos fetales, el cese de algunas alteraciones físicas surgidas en el primer trimestre (náuseas, vómitos, etc.), el compartir las sensaciones y emociones con la pareja, mantener una vida sexual normal, el participar ó acudir al curso de Educación para la Salud Materno Infantil, pero sobre todo, el sentirse ilusionada y querida por su pareja y/ó familia.

Todo lo anterior ayudará a que la gestante rebose **satisfacción** y su actitud sea favorable a la gestación (y a su hijo/a).

Pero no debemos olvidar aquellos casos en los que la gestación sufre alguna complicación, obstétrica ó personal, en cuyo caso toda la vivencia positiva (orexis) puede verse sustituida por la negativa (anorexis), agravar el cuadro ó incluso sucumbir a la gestante en una **depresión**.

Al principio del **Tercer trimestre**, la **alegría** se mantiene: la **ilusión** por las compras y los preparativos están en auge al mismo tiempo, que surge el deseo de ver a su hijo, de tenerlo en los brazos.

Hacia el final de este periodo puede sentir incomodidad física que dificulte el sueño ó el descanso y la realización de algunas tareas

Nuevamente, hacia el final de este trimestre surge **el miedo** a:

-la aparición de las primeras contracciones (Braxton Hicks) que le pueden hacer creer la posibilidad de la **amenaza de parto prematuro (APP)**

-posibles complicaciones de la placenta (**hemorragias, RCIU, etc.**)

-disminución de los movimientos fetales

-el riesgo de la pérdida del bienestar fetal y claro está, al momento del parto, que está próximo.

Se planteará los recursos y sus capacidades para afrontar el dolor, por otro lado, subjetivo (personal e intransferible).

En este estado emocional en el que puede verse alterada la salud física y psico-sexual, es de suma importancia la colaboración, comprensión y cuidados de la pareja, así como, la asistencia a los cursos de educación maternal.

El *miedo* no siempre es una emoción negativa, a veces tiene una función cuidadora, que nos previene de algunos riesgos para la vida. La gestante puede incrementar los cuidados necesarios para que su hijo nazca vivo y saludable, mostrando en este caso una *emoción positiva* y una *acción de afecto* hacia ella y su hijo, en definitiva, una actitud favorable al buen desarrollo de la gestación.

VIVENCIA EMOCIONAL DURANTE EL PARTO

La emoción estrella en esta etapa es el *miedo*, pero miedo ¿a qué? Y ¿por qué?
En primer lugar al "dolor":

Aunque estamos a principio del siglo XXI, es a finales del pasado siglo XX cuando se estandariza el uso de la *analgesia epidural (AE)* en la asistencia al parto en los hospitales, y a petición de la gestante, independientemente de si se inicia de manera espontánea ó inducida, y por supuesto, independiente de la finalización eutócica ó distócica, y ¿porqué?.

Indiscutiblemente, en esta sociedad de pleno culto al cuerpo, por el que somos capaces de pasar por las mil y una intervenciones ó manipulaciones, por el que somos capaces de sacrificar hasta la salud, resulta que, somos incapaces de prepararlo para afrontar el momento del parto.

Con ello, no sólo me refiero a lo esquelético-muscular, sino a preparar a nuestro cerebro para afrontar el dolor, por otro lado fisiológico, que pueden provocar las contracciones durante el periodo de dilatación y expulsivo.

Está claro que hay que respetar la decisión de la mujer, siempre que no haya contraindicación médica, pero son decisiones que deben ser tomadas, teniendo toda la información correcta de pros y contras, conociendo otras alternativas psicológicas y educativas que pueden colaborar y ayudar a un nacimiento más "fisiológico".

En segundo lugar, a la pérdida del bienestar ó posibles malformaciones de su hijo. La preocupación por que su hijo esté bien durante la dilatación hace que estén pendientes de los monitores de control de la FCF, más que de concentrarse en todo aquello que le pueda ayudar a estar más tranquila y relajada.

Cuando el nacimiento a ocurrido, su estado de alerta se centra sobre la vitalidad del recién nacido y la completa normalidad de su anatomía. Una vez ella confirma que su hijo está bien y sano, la emoción que aparece, generalmente, es la *alegría* (felicidad, satisfacción) que expresa mediante lágrimas, palabras y abrazos hacia su hijo (importante la creación del vínculo afectivo), también llamada *plenitud*.

Algunas veces ocurren rechazos y falta de contacto con su hijo como consecuencia del cansancio ó por que los profesionales lo impidan (protocolos rígidos) ó por necesidad de atención pediátrica.

Si la gestante vive con *estrés* su parto, está demostrado que se incrementan los niveles de la adrenalina (hormona de la alerta) y puede producir la inhibición la necesitada oxitocina (hormona del placer y del amor) propia de estos momentos, teniendo que recurrir a su administración exógena (6,7).

Durante mis años de experiencia como matrona y psicoterapeuta, he visto mujeres que hacían regresiones a su infancia, llamaban a su madre en busca de ayuda, la necesidad de ser "salvada" de aquella situación vivida tan..."traumática". Esto puede ser causa de

déficit afectivo (producen en algunos casos, conductas de inmadurez), que la hacen estar “sin recursos” para afrontar este momento.

Para algunas mujeres es su primera experiencia, carecen de referentes, y les cuesta asimilar el inicio de un nuevo rol, el materno.

Además existen **factores externos** en esta situación (8) que pueden hacerle sentir **insegura y/o decepcionada**:

- a)-el estado de bienestar del Recién Nacido
- b)-el no asistir a los cursos de educación maternal (amplios estudios lo avalan)
- c)-el desconocer el lugar dónde se producirá el parto
- d)-la manera de finalizarlo (vaginal ó cesárea)
- e)-el alto grado de medicalización y uso de técnicas, sin otras alternativas, en la mayoría de hospitales públicos
- f)-el desconocer a la persona que atenderá el parto
- g)-algunas actitudes profesionales inadecuadas e impropias
- h)-la ausencia de la pareja durante este proceso, ajena a la voluntad de ambos
- i)-las “condiciones ambientales” del paritorio
- j)-el abuso de rutinas protocolarias, a veces, innecesarias
- i)-etc.

Actualmente tanto la SEGO, la AEM y la OMS se han pronunciado a este respecto, intentando que los profesionales cambien determinadas actitudes (sin dejar de lado los conocimientos científicos), en pro de un nacimiento “más humanizado” (curioso, humanizar lo que se hace entre y por humanos) ampliando conocimientos y habilidades que se ajusten más a la realidad del momento y de la persona que se atiende.

*A modo de resumen, la vivencia emocional en el momento del parto dependerá por un lado, de la actitud de la mujer previamente durante la gestación, de factores afectivos y de la actitud de los profesionales que la atiendan, PERO SOBRE TODO, DE QUE SU HIJO NAZCA VIVO Y SANO.

VIVENCIA EMOCIONAL EN EL PUERPERIO

Este es el momento que sigue inmediatamente al nacimiento de su hijo, y cuando el parto ha sido eutócico, se recomienda establecer el contacto inmediato “piel con piel”, recomendación, no sólo de los pediatras, la OMS, sino también, por aquellos profesionales que conocen sus beneficios, por ejemplo, para iniciar la lactancia materna(9). Hoy por hoy, todavía no se permite el contacto inmediato en las cesáreas (aunque se está en ello) (10). Generalmente, la emoción que emerge en los padres, y en especial en la madre, es la **satisfacción y alegría** por tener a su hijo vivo y sano entre sus brazos.

El hecho de haber ayudado a su hijo a nacer a esta nueva vida extrauterina, y el logro de un hijo sano, le hacen sentir un acumulo de sensaciones y emociones que despiertan su capacidad afectiva con ese nuevo ser, y que ahora, tienen entre sus brazos. Un ser real y tangible al que dirigir todo su afecto. Es momento de la creación del vínculo afectivo real.

Su pareja se prodiga en afectos hacia ella en señal de gratitud, y en recompensa por el “esfuerzo” realizado por ella hacía él (afecto) al “darle” un hijo.

A veces, hay que dejar tiempo para que estas emociones surjan, pues el propio cansancio y la experiencia en sí, pueden dejar a la madre exhausta e impresionada y sin capacidad para la reacción.

Por desgracia, no todos los nacimientos son “tan maravillosos”, pueden ser más traumáticos, bien por el uso de técnicas más agresivas ó por la urgencia surgida de una complicación de último momento. En estas circunstancias el único objetivo de preocupación de los padres, en especial de la madre, es que su hijo nazca vivo y sano. No le importa lo que hagan con ella con tal de que todo acabe “bien”.

Esta experiencia puede ser vivida con angustia y sufrimiento, pero si el resultado es óptimo y la personalidad de la mujer es adulta y con recursos personales suficientes, lo vivirá de manera saludable.

Otra etapa importante del puerperio es la que sigue con la estancia hospitalaria en la planta de maternidad. Aquí el cansancio y la nueva situación para muchas, la hacen estar como en una “nube”, todavía no acaban de creérselo. Están en la fase de adaptación y las emociones pueden estar no del todo claras, es decir, la puérpera puede estar en un estado de **confusión**.

Si a esto le añadimos, el incesante desfile de visitas, que con toda su buena intención acuden durante todo el día, la inexperiencia con la lactancia materna, la cantidad de consejos “gratuitos” de los familiares, el baile de hormonas, etc. la mujer puede sentir **estrés** (el grado dependerá de los recursos previos).

De lo anterior depende, en gran medida, que la lactancia materna se mantenga, que la recuperación física y el equilibrio psicoemocional se restablezcan lo antes posible y no de lugar a la temida “**depresión posparto**”

Hace algunos años, escribí un artículo en una revista para padres, conocida por vosotr@s, en las que hacía referencia a la prevención de la depresión posparto (11). Entre otros recursos, y por resumir, hacía hincapié en el aprendizaje previo en materia de “*poner límites*”, sobre todo, en la etapa que sigue en el domicilio familiar.

Es en esta etapa del puerperio tardío, cuando la madre tiene más riesgo de que las propias emociones (influenciada por cambios hormonales, experiencia personal, etc.) y la situación misma de cambio y adaptación, desencadenen algunos trastornos psicológicos y que en caso de no recibir ayuda temprana, aboquen a un cuadro grave de “**psicosis puerperal**”.

Ahora surge “*la pregunta del millón*”, ¿Y podemos nosotr@s, como matronas, colaborar ó ayudar para que todas estas vivencias emocionales, en cualquiera de las etapas de gestación, parto y puerperio, sean lo más positivas posibles?

LA MATRONA: PROFESIONAL DEL CUIDADO

Si consideramos a la **matrona** como “*la profesional cualificada para el cuidado de la salud integral de la mujer, su entorno y su familia, a lo largo de todo su ciclo vital, y especialmente, durante la gestación, el parto y el puerperio*”, la respuesta es **SÍ**. Inmediatamente surge la pregunta, ¿pero cómo?

Primero: Conociendo cómo se expresan las emociones.

Las emociones se expresan mediante:

- el lenguaje verbal (cualitativo y cuantitativo, tono, volumen, etc.)
- el lenguaje no verbal (gestos faciales, mirada, cambios en la coloración de la piel, movimientos corporales, etc.)
- comportamiento ó conducta

La emoción verdadera resulta de la armonía de todo lo anterior.

Segundo: Conociendo cómo son las actitudes

Debemos conocer cuáles son los componentes de la actitud (pensamientos, emociones y conducta) para poder establecer los cambios adecuados en cualquiera de sus elementos y a través de ellos, modificar actitudes (incluso las propias).

Tercero: Conociendo los factores que influyen en la vivencia emocional

Conocer que factores van a predisponer el tipo de vivencia durante esta etapa de la vida de una mujer, nos ayudará a entrever o detectar actitudes que no favorezca la integridad de su salud y la de su hijo y así, poder derivarla a tiempo, al profesional ó especialista adecuado.

A modo de resumen, los factores son:

- factores de personalidad (ansiógena, depresiva, etc.)
- factores culturales (nivel de estudios, profesión, etc.)
- factores obstétricos (patologías previas ó actuales, antecedentes obstétricos, etc.)
- factores socioeconómicos (vivienda, situación laboral, etc.)

Cuarto: Educación para la Salud, de forma individual

Generalmente, se realiza en la consulta de la matrona de atención primaria, pero no está de más recordar unos requisitos mínimos, si realmente se quiere hacer educación para la salud y no un mero “cumplimento de información” y “técnicas”.

No olvidemos que trabajamos para el cuidado de la madre y de su hijo, dos personas, y tan importante es el cuidado físico como psicoemocional para el futuro desarrollo de la gestación, de su hijo y en definitiva de la futura sociedad.

Además de crear un ambiente de acogida cálido y que permita la intimidad, la matrona necesita:

- la empatía por parte de la matrona
- la escucha activa
- la realización de una entrevista (y no un relleno de formulario)
- ofrecer información y formación
- habilidades comunicativas

Quinto: Educación para la Salud, de forma grupal

Como profesionales debemos de dejar ya de hablar de *preparación al parto, gimnasia del parto, charlas*, etc. si lo que queremos hacer realmente, es dotar a la mujer de recursos que mejoren su experiencia y por lo tanto, su vivencia sea lo más positiva posible.

Para ello utilizaremos (consultar bibliografía):

- técnicas educativas para los contenidos
- técnicas de dinámica grupal
- técnicas de relajación
- técnicas de visualización creativa
- técnicas proyectivas
- técnicas cognitivo-conductuales
- y todas aquellas otras que sepamos y que ayuden a la gestante

Sexto: Conocer las recomendaciones de la OMS para la asistencia al parto humanizado”:

En muchos hospitales, públicos ó privados, existe la tendencia de emplear determinadas técnicas de manera rutinaria, ajustándose a protocolos internos, que no siempre se ajustan ni a la situación ni persona concreta.

Organismos oficiales y sociedades científicas y profesionales, utilizan el término de “uso racional” de determinadas técnicas, que la medicina basada en la evidencia a demostrado inadecuada para que se justifique su “uso irracional” (abuso).

Está bien saber que la madre dispone de recursos médicos que no sólo le pueden ayudar a salvar ó mejorar la calidad de vida de ella ó de su hijo (morbi-mortalidad materno fetal), pero debe hacerse desde el más absoluto **respeto** y con actitudes más **“afectivas”**.

Las matronas no podemos ser unas meras asistentes de otros profesionales ó ejecutoras de técnicas, debemos ejercer nuestra profesión con afecto y desde el afecto.

Trabajamos con seres humanos y no siempre somos conscientes de nuestras propias actitudes y lo que ello puede significar en un momento tan especial de la vida de una mujer y/ó pareja como es el nacimiento de su hijo.

Actitudes que a veces resultan...máxime si tenemos en cuenta que somos profesionales, la mayoría mujeres y muchas, madres.

Para concluir, os regalo dos textos, de los que yo considero “verdaderas joyas” que nutren el alma y a mí me han ayudado a vivir mejor:

DIEZ PASOS PARA ALCANZAR LA SABIDURÍA EMOCIONAL

- 1.-Haga que el cuidado de su cuerpo sea una prioridad***
- 2.-Busque el sentimiento en su cuerpo, no en su cabeza***
- 3.-Desarrolle músculo emocional cada día dedicándose tiempo a concentrarse en la experiencia emocional***
- 4.-Acepte todo lo que siente***
- 5.-Abra su corazón a los demás***
- 6.-Actúe, haga cosas que le hagan sentirse útil e importante***
- 7.-Escuche con empatía***
- 8.-Dígales cómo se siente***
- 9.-Utilice el cambio como oportunidad de madurar***
- 10.-Llévese una dosis de humor a donde quiera que vaya***

Jeanne Segal

**“Lo que está bien plantado no puede arrancarse...
Cultiva la Virtud en tu persona y se hará una parte auténtica de ti.
Cultívala en tu familia y se hará constante.
Cultívala en la comunidad y vivirá y se acrecentará.
Cultívala en el estado y florecerá con abundancia.
Cultívala en el mundo y se hará universal.”**

El TAO de la GRACIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario Enciclopédico Larousse. Ed: Planeta
2. V.J.Wakmir.(1967) "*Emoción y sufrimiento*".Ed:Labor. Barcelona
3. J. Lamberte (1986) "*Psicología Social*". Ed: Pirámide.2ªedición.Madrid
4. P. Rosales (2003) "*La evolución del marketing relacional al marketing emocional*" Conferencia.Madrid
5. E. Barrull y cols (2000)."*Biopsicología*".Barcelona
6. M. Odent (2001) "*La científicación del Amor*".Ed: Creavida. 2ªedición
7. M.Odent (2005)"*El bebé es un mamífero*".Ed:Mandala
8. R. Schallman (2004) "*Parir en libertad*". Ed: Buenos Aires
9. G. Nylander (2005) "*Maternidad y lactancia*". Ed: Granica
- 10.I.Olza y E.Lebrero (2005) "*¿Nacer por Cesárea?* Ed: Granica
- 11.M. Castelló (1998) "Apoyo psicológico para después del parto". Rev.Mi BB y yo, Nº70

(*) Otros recomendados:

- D.R.Riso(1993) "*Tipos de personalidad*" Ed: CuatroVientos
- J.O'Connor y J. Seymour (1994) "*Introducción a la P.N.L*" Ed: Urano
- W.R. Bion(1990) "*Experiencias en grupos*" Ed: Paidós
- J. Segal(1997) "*Su Inteligencia Emocional*" Ed:Grijalbo
- D.Servan-Schreiber (2003) "*Curación emocional*" Ed: Cairós
- S.Gawain (1991) "*Vivir en la luz*" Ed: Sirio
- S.Gawain (1991) "*Visualización Creativa*" Ed: Sirio
- S.Keen (1992) "*El lenguajes de las Emociones*" Ed: Paidós
- F.Salmurri (2004) "*Libertad Emocional*" Ed: Paidós