

La hora siguiente al nacimiento es, sin duda, una de las fases más críticas en la vida de los seres humanos. No es por casualidad que todos los grupos humanos han molestado de forma rutinaria los procesos fisiológicos durante este corto período de tiempo a través de rituales y creencias. Nuestros entornos culturales están determinados en gran medida desde el principio de la interacción madre-recién nacido.

La primera hora siguiente al nacimiento puede ser vista desde multitud de perspectivas complementarias.

Mi objetivo es catalogar doce perspectivas para demostrar la dimensión real de este tema tan complejo.

PERSPECTIVA 1: NECESIDAD REPENTINA DE RESPIRAR

No necesitamos desarrollar esta perspectiva extensamente documentada. Se sabe muy bien que durante la primera hora después del nacimiento el bebé ha de utilizar sus pulmones de forma repentina. Esto implica, en particular, que el corazón debe bombear urgentemente la sangre para la circulación pulmonar. La condición es que las circulaciones pulmonar y sistémica se separen a través del cierre de las conexiones que hay entre ellas (ductus arteriosus y foramen oval).

PERSPECTIVA 2 : EFECTOS CONDUCTUALES DE LAS HORMONAS

La información disponible es tan reciente que necesitamos desarrollar este aspecto.

Hoy en día estamos en disposición de explicar que todas las hormonas liberadas por la madre y el feto durante la primera y la segunda fase del parto aún no se eliminan en la hora siguiente al parto. Todas ellas juegan un papel específico en la interacción madre-recién nacido. Hasta hace poco ni siquiera se sospechaban los efectos conductuales de estas hormonas.

La hormona clave implicada en la fisiología del parto es sin duda la oxitocina. Sus efectos mecánicos son conocidos desde hace mucho tiempo (efectos en las contracciones uterinas para el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta, en las contracciones de las células mio-epiteliales del pecho para el reflejo de expulsión de la leche).

Prange y Pedersen demostraron los efectos conductuales de la oxitocina por primera vez en 1979 a través de experimentos con ratones: una inyección de oxitocina directamente en el cerebro de las hembras vírgenes inducía una conducta maternal. Este experimento sentó la base para una nueva generación de estudios. Los resultados de cientos de ellos se pueden resumir en una o dos frases: la oxitocina es la hormona típica del altruismo, y está presente en cualquiera de las facetas del amor que se quieran contemplar.

Esta información resulta ser muy importante cuando uno sabe que, según los estudios suecos, es justo después del nacimiento del bebé y antes de la expulsión de la placenta

cuando las mujeres tiene la capacidad de llegar a los niveles máximos de oxitocina. Igual que en cualquier otra circunstancia (por ejemplo, relaciones sexuales o lactancia) la liberación de la oxitocina es altamente dependiente de factores ambientales. Es más fácil si el sitio es muy caluroso (para que el nivel de hormonas de la familia de las adrenalininas quede lo más bajo posible). También resulta más fácil si la madre no tiene otra cosa que hacer que mirar a los ojos del bebé y sentir el contacto con su piel sin ninguna distracción.

«La hora siguiente al nacimiento es, sin duda, una de las fases más críticas en la vida de los seres humanos»

Nos queda un nuevo campo de investigación: el modo de la liberación de la oxitocina. Para hacer efecto, esta liberación tiene que ser pulsátil: cuanto más alta es la frecuencia, más eficiente es la hormona.

La oxitocina no se libera jamás de manera aislada; siempre forma parte de un equilibrio hormonal complejo. Éste es el motivo por el que el amor tiene tantas facetas. En el caso particular de la hora siguiente al parto, en condiciones fisiológicas, el nivel máximo de oxitocina está asociado con un nivel alto de prolactina, la cual también se conoce bajo el nombre de la *hormona de la maternidad*. Ésta es la situación más típica de expresar amor a los bebés. La oxitocina y la prolactina se complementan una a la otra. Además, los estrógenos activan los receptores de oxitocina y prolactina. Siempre tenemos que pensar en términos de equilibrio hormonal.

En el mismo año 1979 también se demostró la liberación maternal durante las contracciones y el parto de hormonas parecidas a la morfina. La liberación de estas endorfinas está ahora muy bien documentada. En los primeros años de los 80 nos enteramos de que el bebé también libera sus propias endorfinas durante el proceso del nacimiento, y hoy no hay duda de que durante un cierto tiempo después del parto ambos, madre y bebé, por igual, están impregnados de opiáceos. La propiedad de los opiáceos de inducir estados de dependencia es de sobra conocida, así que resulta fácil prever cómo es el desarrollo del principio de una «dependencia» o vinculación.

Incluso hormonas de la familia de las adrenalininas (a menudo consideradas como las hormonas de la agresividad) tienen un papel obvio en la interacción madre y bebé inmediatamente después del parto. Durante las últimas contracciones antes de nacer el bebé, estas hormonas alcanzan su nivel más alto en la madre. Este es el motivo por el cual, en condiciones fisiológicas, en cuanto empieza el *reflejo de expulsión fetal*, las mujeres tienden a estar erguidas, llenas de energía, con una necesidad repentina de agarrar algo o a alguien. A menudo necesitan beber un vaso de agua, exactamente como un

orador lo necesita delante de una gran audiencia. Uno de los efectos de esta liberación de adrenalina es que la madre está alerta cuando el bebé ha nacido. Hay que pensar en los mamíferos en su hábitat natural y se puede entender claramente cuán ventajoso es para la madre tener suficiente energía, y agresividad, para proteger a su bebé recién nacido si hace falta. La agresividad es un aspecto del amor maternal. También se sabe muy bien que el bebé cuenta con sus propios mecanismos para sobrevivir durante las fuertes contracciones finales del expulsivo y libera sus propias hormonas de la familia de la adrenalina. Un torrente de noradrenalina permite al feto adaptarse a la falta fisiológica de oxígeno específica de esta fase del expulsivo. El efecto visible de esta liberación hormonal es que el bebé está alerta al nacer, con los ojos bien abiertos y las pupilas dilatadas. Las madres humanas se sienten fascinadas y encantadas con la mirada de sus recién nacidos. Es como si el bebé estuviera dando una señal, y ciertamente parece que este contacto visual humano es un aspecto importante en el comienzo de la relación madre-bebé entre los humanos.

El papel altamente complejo que juegan las hormonas de la familia de la adrenalina-noradrenalina en la interacción madre-bebé no se ha estudiado mucho. Unos pocos experimentos con animales abren el camino para investigaciones más profundas. Los ratones que no tienen el gen responsable de la producción de noradrenalina dejan a sus crías desatendidas, sucias y sin alimentar a no ser que se les inyecte un fármaco productor de noradrenalina cuando dan a luz.

Desde la perspectiva hormonal, parece claramente que la sexualidad vuelve a su punto de partida. En los distintos episodios de nuestra vida sexual se liberan las mismas hormonas y se reproducen guiones similares. Por ejemplo, durante el acto sexual, los dos compañeros, macho y hembra, liberan oxitocina y endorfinas. Es el comienzo de un vínculo afectivo que sigue el mismo patrón que el apego madre-bebé durante la hora después del parto.

«La oxitocina, hormona clave implicada en la fisiología del parto y típica del altruismo está presente en cualquiera de las facetas del amor que se quieran contemplar»

Nuestros conocimientos actuales sobre los efectos conductuales de las distintas hormonas implicadas en el proceso del parto nos ayudan a interpretar el concepto de un período sensible introducido por los etólogos. Está claro que todas las hormonas liberadas por la madre y el bebé durante las contracciones y el parto no se eliminan inmediatamente. También es evidente que todas ellas juegan un papel específico en la ulterior interacción madre-bebé.

PERSPECTIVA 3: PERSPECTIVA ETOLÓGICA

Los etólogos son los que observan el comportamiento de los animales y los seres humanos. A menudo estudian

un comportamiento en concreto dentro de un número de especies no relacionadas. Ellos fueron los primeros científicos en afirmar que, desde el punto de vista del vínculo entre madre y recién nacido en los pájaros y los mamíferos, hay un período corto pero crucial inmediatamente después del parto que no se va a repetir jamás. Harlow estudió concretamente el proceso de vinculación entre los primates.

La importancia del enfoque etológico está surgiendo paulatinamente después del reciente descubrimiento de los efectos conductuales de las hormonas implicadas en el proceso del parto.

Un estudio etológico sobre la primera hora después del parto entre los humanos es difícil porque los procesos fisiológicos se interrumpen de manera sistemática. No obstante, sería posible en circunstancias inusuales.

Imaginad a una mujer que da a luz en su propio baño mientras su marido está de compras. Está en un sitio muy cálido y bastante oscuro. No se siente observada por nadie. No obstante, a través de una rendija de la puerta, de vez en cuando, se pueden vislumbrar imágenes de la escena. Combinando lo que hemos aprendido de diferentes historias como ésta, podremos describir un comportamiento estereotipado. Primero, la madre mira a su recién nacido que se halla entre sus piernas. Después de un rato, se atreve a tocarlo con las puntas de los dedos. Luego, cada vez se atreve un poco más y quiere coger a su bebé en brazos. En ese momento, la mayoría de las mujeres están fascinadas por los ojos del bebé.

PERSPECTIVA 4: PRIMERA HORA Y COMIENZO DE LA LACTANCIA

Hasta hace muy poco no se consideraba la importancia de la primera hora posterior al nacimiento como el momento en el que se supone que comienza la lactancia. Imagínense a un bebé nacido en casa hace un siglo. El cordón se cortaba en seguida; luego, al bebé se le lavaba, vestía y se le enseñaba a la madre antes de ponerlo en una cuna.

Contaré una anécdota que nos ayude a darnos cuenta de lo reciente de esta perspectiva. En 1977, en Roma, en el congreso sobre Psicología, Ginecología y Obstetricia, presenté un documento sobre la expresión temprana del reflejo de succión. Simplemente estaba describiendo las condiciones ideales que permiten al bebé encontrar el pecho durante la primera hora después del parto. Ninguno de los obstetras y pediatras presentes en aquella sesión podían creer que un bebé humano sería capaz de encontrar el pecho, por sí mismo, durante la hora posterior al nacimiento.

«Desde un punto de vista bacteriológico, el recién nacido humano necesita estar en contacto con sólo una persona: su madre»

Hoy día la mayoría de las comadronas saben que el bebé humano está programado de forma natural para encontrar el pecho por sí mismo en su primera hora de vida.

Es más, uno puede entender que en condiciones

fisiológicas, cuando el bebé recién nacido está listo para encontrar el pezón, la madre sigue en un equilibrio hormonal especial. Ella está todavía *en otro planeta*, muy instintiva. Sabe cómo coger a su bebé. En los humanos, la lactancia es básicamente instintiva durante la primera hora posterior al nacimiento. Después hay tiempo para la educación, imitación e incluso técnica.

PERSPECTIVA 5: PRIMERA HORA Y ADAPTACIÓN METABÓLICA
Mientras el bebé está en el útero, los nutrientes y, en particular, el combustible vital, la glucosa, son suministrados a través del cordón umbilical de forma continua. Inmediatamente después del parto, el bebé se debe adaptar a un suministro discontinuo de alimentos. La extraordinaria capacidad del neonato para responder a los valores bastante bajos de la glucosa ha sido estudiada en profundidad por M. Cornblath en EE.UU. y por Jane Hawdon, Laura Derooy y Suzanne Colson en el Reino Unido (*Del útero al mundo*, Suzanne Colson, Midwifery Today, n° 61, pág. 12)

PERSPECTIVA 6: PUNTO DE VISTA BACTERIOLÓGICO
Al nacer, un bebé está libre de gérmenes. Una hora más tarde, millones de ellos cubren las membranas mucosas del recién nacido. Nacer significa entrar en un mundo de microbios. La cuestión: ¿qué gérmenes van a ser los primeros en colonizar el cuerpo del bebé? Los bacteriólogos saben que los ganadores de la carrera van a ser los gobernantes del territorio. El entorno de gérmenes de la madre ya es familiar y amistoso desde la perspectiva del neonato porque madre y bebé comparten los mismos anticuerpos (IgG). En otras palabras, desde un punto de vista bacteriológico, el recién nacido humano necesita urgentemente estar en contacto con sólo una persona, su madre.

«El bebé humano está programado de forma natural para encontrar el pecho por sí mismo en su primera hora de vida»

Si añadimos que la ingestión temprana del calostro va a ayudar a establecer una flora intestinal ideal, no hay duda de que, bacteriológicamente, la hora posterior al parto es un período crítico con consecuencias para toda la vida. Nuestra flora intestinal se puede presentar como un aspecto de nuestra personalidad que no va a ser fácilmente modificable más tarde en la vida.

PERSPECTIVA 7: COMIENZO DEL PROCESO DE TERMORREGULACIÓN

Mientras que en el útero el bebé nunca tuvo la oportunidad de experimentar diferencias de temperatura (exceptuando posibles episodios de fiebre materna), una vez más, los primeros minutos posteriores al parto aparecen como una interrupción de la continuidad. Como los mecanismos de termorregulación no están todavía maduros al nacer, hay razones teóricas para estar preocupados por los casos de hipertermia materna durante el trabajo de parto que inducido por anestesia epidural o baño demasiado caliente.

Estas situaciones podrían suponer un peligroso desafío para la termorregulación del bebé al existir diferencias exageradas de temperatura entre los entornos intra- y extrauterinos.

PERSPECTIVA 8: ADAPTACIÓN A LA GRAVEDAD

Durante la primera hora se establece una nueva relación con la gravedad. De repente, el nervio vestibular que sirve al equilibrio lleva al cerebro un torrente sin precedentes de impulsos de los canales semicirculares, utrículas y sáculos.

PERSPECTIVA 9: ENFOQUE ETNOLÓGICO

La etnología se ha consolidado como ciencia a través de publicaciones de bases de datos. Hoy en día todo el material sobre embarazo, nacimiento y los primeros días posteriores al parto se encuentra fácilmente disponible. La mayoría de las culturas alteran el primer contacto entre la madre y el bebé durante la primera hora siguiente al parto. El modo más universal e intrigante de hacerlo es simplemente fomentando la creencia de que el calostro está contaminado o es dañino para el bebé; incluso se piensa que se trata de una sustancia que hay que sacar y desechar. Esta idea requiere el hecho de que, inmediatamente después de nacer, el bebé no debe estar en los brazos de su madre, lo que implica rutinas tales como cortar el cordón umbilical en seguida. El primer contacto entre la madre y el bebé puede ser perturbado a través de otras muchas rutinas, como baño, masaje, envolver en pañales apretados, atar los pies, «ahumar» al niño, agujerear las orejas de las niñas, abrir las puertas en los países fríos, etc.

Necesitaríamos libros enteros para presentar un estudio exhaustivo de las características de un gran número de culturas en relación a cómo desafían el instinto maternal protector durante el sensible período posterior al parto. Sin embargo, después de echar un vistazo rápido a las informaciones que tenemos a nuestra disposición podemos sacar una conclusión sencilla: cuanto mayor sea la necesidad social de agresión y la capacidad para destruir la vida, más intrusivos son los rituales y las creencias sobre el período siguiente al parto.

Si perturbar el primer contacto entre la madre y el bebé y promulgar excusas tales como la creencia de que el calostro es malo son prácticas tan universales, esto significa que dichas rutinas han supuesto alguna ventaja evolutiva.

Después de tener en cuenta y combinar todas las perspectivas que indican la importancia de la hora posterior al parto, y tras hacer referencia a los rituales y creencias perinatales, estamos en la posición de afirmar que los entornos culturales se forman en gran medida durante la primera hora siguiente al nacimiento. Ahora podemos contemplar la primera hora después del parto en el contexto de nuestras sociedades modernas.

PERSPECTIVA 10: ENFOQUE OBSTÉTRICO

Todas estas consideraciones eran necesarias antes de analizar la hora posterior al parto en el contexto de

nuestras sociedades modernas, en las que el control cultural de los nacimientos está en manos del control médico.

«Después de un parto en condiciones fisiológicas, la madre está todavía en un estado particular de consciencia, como en otro planeta. La contraseña debería ser:

¡No despierten a la madre!»

Analizando la literatura médica, parece que en los círculos obstétricos la pregunta es: *¿Cómo controlas la tal llamada tercera etapa?* Las revistas médicas publican periódicamente estudios aleatorios y controlados comparando los distintos modos de «controlar» la tercera fase. El único objetivo es evaluar los riesgos de la hemorragia postparto. Estos estudios están realizados en el contexto de grandes unidades obstétricas. Todos los protocolos de investigación utilizan una definición negativa del «control expectante» (por ejemplo, la no utilización de sustancias uterotónicas y no pinzar el cordón umbilical). Los factores que pueden facilitar positivamente la liberación de la oxitocina no están incluidos en los protocolos médicos. Los resultados de tales pruebas han llevado a la práctica de inyectar rutinariamente sustancias oxitócicas a todas las madres justo en el momento del nacimiento, las cuales bloquean la liberación de las hormonas naturales sin presentar consecuencias.

Los efectos de estas rutinas obstétricas se deben considerar en términos de civilización.

PERSPECTIVA 11: ENFOQUE DE LAS COMADRONAS

Algunas comadronas pueden todavía practicar la auténtica partería, lo que no significa que no sean prisioneras de pautas y protocolos estrictos. Pueden desempeñar su papel de protectoras de los procesos fisiológicos. Inmediatamente después del nacimiento, la preocupación principal de estas matronas es la liberación por parte de la madre de una gran cantidad de oxitocina, porque es necesaria para la expulsión segura de la placenta y porque es la hormona del amor. Primero se aseguran de que la habitación se encuentre suficientemente caliente.

Durante la tercera etapa, las mujeres nunca se quejan de tener demasiado calor. Si están temblando esto significa que el sitio no tiene la temperatura adecuada. En el caso de un parto en casa, la única herramienta importante para preparar de antemano es una estufa portátil que se pueda enchufar en cualquier sitio y a cualquier hora y se pueda utilizar para calentar mantas y toallas. Su otro objetivo es asegurarse de que la madre no esté distraída de ninguna forma mientras está mirando los ojos del bebé y sintiendo el contacto con su piel.

Hay muchas formas de evitar que la madre se distraiga del bebé en esta fase. La madre se puede despistar porque se sienta observada o controlada, porque alguien esté hablando, porque el que atiende el parto quiera cortar el cordón antes de expulsar la placenta, porque el teléfono suene, porque se encienda de repente una luz, etc.

En esta fase, después de un parto en condiciones fisiológicas, la madre está todavía en un estado particular de consciencia, como *en otro planeta*. Su neocórtex está todavía más o menos descansando. La contraseña debería ser: *¡No despierten a la madre!*

PERSPECTIVA 12: MATIZ POLÍTICO

Tiene sentido y es normal el hecho de que el estudio de la tercera etapa del parto, desde perspectivas no médicas, haga a mucha gente —especialmente a los médicos— sentirse incómoda. Cualquier acercamiento que pudiera conducirnos a reconsiderar nuestras actitudes durante este corto período de tiempo está quebrantando las mismas bases de nuestras culturas.

La investigación puede resultar políticamente incorrecta. Ésta incluye ciertos aspectos de la Investigación sobre Salud Primal, en especial estudios que exploran las consecuencias a largo plazo de cómo nacemos.

Los resultados de tan importantes investigaciones sobre temas típicos (criminalidad juvenil, suicidio adolescente, drogadicción, anorexia nerviosa, autismo, etc.) son evitados por la comunidad médica y los medios de comunicación a pesar de su publicación en reconocidas revistas médicas o científicas.

La investigación políticamente incorrecta conduce a la epidemiología a *un callejón sin salida*.

BIBLIOGRAFÍA

- Odent, M.: *La Cientificación del Amor*. Ed. Creavida. Buenos Aires, 2001
- Pedersen, C.A. et al.: *Oxytocin in maternal, sexual and social behaviors*. Ed. Annals of the New York Academy of Sciences, 1992; vol. 652
- Pedersen, C.S. y Prange, J.R.: *Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin*. Pro. Natl. Acad. Sci. USA, 1979; 76: 6661-65
- Verbalis, J.G.; McCann, M.; McHale, C.M. y Stricker, E.M.: *Oxytocin secretion in response to cholecystokinin and food: differentiation of nausea from satiety*. Science, 1986; 232: 1417-19
- Nissen, E.; Lilja, G.; Widstrom, A.M. y Uvnas-Moberg, K.: *Elevation of oxytocin levels early post partum in women*. Acta Obstet Gynecol Scand, 1995; 74: 530-3
- Zarrow, M.X.; Gandelman, R. y Renenberg, V.: *Prolactin: is it an essential hormone for maternal behavior in the mammal?* Horm. Behav., 1971; 2: 343-54
- Csontos, K.; Rust, M. y et al.: *Elevated plasma beta endorphin levels in pregnant women and their neonates*. Life Sci., 1979; 25: 835-44
- Akil, H.; Watson, S.J. y et al.: *Beta endorphin immunoreactivity in rat and human blood: Radio-immunoassay, comparative levels and physiological alternatives*. Life Sci., 1979; 24: 1659-66 - Moss, I.R.; Conner, H. y et al.: *Human beta endorphin-like immunoreactivity in the perinatal/neonatal period*. J. of Ped., 1982; 101; 3: 443-46
- Kimball, C.D.; Chang, C.M. y et al.: *Immunoreactive endorphin peptides and prolactin in umbilical vein and maternal blood*. Am. J. Obstet. Gynecol., 1987; 14: 104-105
- Odent, M.: *The early expression of the rooting reflex*. Proceedings of the 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Rome, 1977. London: Academic Press, 1977: 1117-19
- Odent, M.: *Colostrum and civilization. The Nature of birth and breastfeeding*. Bergin and Garvey. Westport, CT, 1992
- Prendeville, W.; Harding, J.; Elbourne, D. y Stirrat, G.: *The Bristol third stage trial: active versus physiological management of the third stage of labour*. BMJ, 1988; 297: 1295-300
- Rogers, J.; Wood, J.; McCandish, R. y et al.: *Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrook randomized controlled trial*. Lancet, 1998; 351: 693-99
- Odent, M.: *Don't manage the third stage of labour!* The Practising midwife, 1998; 1 (9): 31-33
- Odent, M.: *Active versus expectant management of third stage of labour*. Lancet, 1998; 351: 1659
- Odent, M.: *Between circular and cul-de-sac epidemiology*. Lancet, 2000; 355: 1371