

EL PARTO NATURAL GENERA UN TRANCE HIPNÓTICO ESPONTÁNEO QUE CONTROLA EL DOLOR

Marisa Villagrán Becerra

Es interesante descubrir importantes coincidencias al comparar estudios realizados sobre la fisiología del trance hipnótico y su utilización en el control del dolor con los procesos descritos en la fisiología del parto natural. Si observamos a una mujer en trabajo de parto, sin intervenciones perturbadoras, es posible que lleguemos a percibir cómo se genera un trance completamente espontáneo durante esta experiencia. Lo más importante es que probablemente se acompañe de un recuerdo grato y sin la vivencia traumática del dolor a que estamos acostumbrados. Por lo tanto, la intervención con terapia de hipnosis debería apuntar al manejo de temores y experiencias difíciles previas y a favorecer y facilitar, en un ambiente adecuado, la fisiología propia del parto.

Introducción

Tanto el desarrollo científico y tecnológico como los cambios sociales y económicos en que se ha visto envuelto el mundo en el último siglo nos llevan con más frecuencia a mirar atrás y buscar la mayor perfección en la sabiduría de la naturaleza, sobre todo, en el ámbito médico. La naturalidad de la reproducción humana se ha visto brutalmente invadida por la ciencia, no sólo en la procreación, sino también en el acto de parir y nacer. Con ello han mejorado las tasas de morbilidad materna y perinatal; además, nuestras acciones sobre la "selección natural" de la especie han afectado a la recuperación de vivencias, emociones y formación de vínculos fundamentales para la especie humana. Desde esta perspectiva, la Terapia de Hipnosis resulta ser un recurso integrador, práctico, útil y sanador que podemos ofrecer a la sociedad actual. Por otra parte, si hablamos del dolor originado por un cólico renal o de un molar infectado, probablemente hallaremos un porcentaje importante de consenso en las características de estos dolores, su intensidad y evolución, en amplias y variadas muestras de población. Pero ¿qué hace que el dolor asociado a las diferentes etapas del parto sea

percibido y manifestado en forma tan diversa por cada mujer?

Quiero destacar la experiencia vivida durante el desarrollo del Diplomado en Hipnosis Clínica al observar el tratamiento realizado por el Dr. Ricardo Voss en una paciente que presentaba un cuadro severo de fobia a las agujas. La resolución de este caso dejó ampliamente demostrado el "poder" que tienen en nuestra mente inconsciente las experiencias vividas, y cómo incluso situaciones sólo "imaginadas" por una mente infantil pueden dejar enormes secuelas capaces de generar y mantener profundas alteraciones de conducta hasta la vida adulta. Ahora, si pensamos en la cantidad de mitos, información y omisiones a que somos expuestos a largo de nuestra vida, en especial sobre los temas relacionados con la sexualidad, será más fácil comprender la variedad de reacciones, tanto positivas como negativas, que podemos observar en las embarazadas, sobre todo durante el trabajo de parto y parto.

Dolor obstétrico

Entenderemos por dolor obstétrico el síntoma o sensación desagradable que percibe la mujer con la contracción del músculo uterino y el paso del feto por el canal del parto. La intensidad de esta sensación es difícil de cuantificar; el estudio de Melsack demostró que sólo el dolor que produce la amputación de un dedo excede la intensidad del dolor obstétrico.

Parto natural

Parto Natural es la circunstancia en la que el niño nace sin ayuda externa y se intenta que la madre disfrute de ese proceso con plena consciencia al momento de nacer su hijo. La idea es entonces preparar a la mujer proporcionándole las condiciones físicas y mentales para que pueda acompañar al niño desde el nacimiento. Muchos de estos

partos se producen en la casa de la mujer o en otro lugar elegido por los padres.

Hipnosis

La Hipnosis es una condición o estado alterado de la conciencia que se caracteriza por el notable aumento de la susceptibilidad a la sugestión; esto favorece la capacidad de modificar la percepción, la memoria y el potencial para el control sistemático de una serie de funciones fisiológicas normalmente involuntarias tales como la actividad glandular, actividad vasomotora, etc. Esta capacidad de alterar la percepción (no necesariamente con alucinación) permite el desarrollo de la anestesia o la analgesia hipnótica. Además, la experiencia de la hipnosis crea una insólita relación entre la persona que ofrece la sugestión y la que la recibe.

Componentes del dolor

1. Sensorio - discriminativos: dolor físico.
 - Visceral: por la dilatación del cuello del útero y la formación del segmento por la contracción del mismo.
 - Somático: por la distensión del suelo pélvico, la vagina y el periné debido al descenso del feto por el canal del parto.
2. Motivacional - afectivos: sufrimiento.
 - Emocional y afectivo: favorecido principalmente por factores personales y ambientales, lo que conduce al temor. Por ejemplo, el dolor de parto puede ser intenso, pero es esperable, de alguna forma conocido o considerado normal. En cambio, otro dolor igual o menos intenso, pero por otra causa puede resultar aún más doloroso por el componente afectivo, por ejemplo, un cáncer. El grado en que nos afecta un dolor tiene que ver con lo que significa ese dolor para nosotros, con la información que refleja de nuestra vida y nuestra relación con el mundo a través de él. Este aspecto favorece la utilización de la hipnosis en el tratamiento del dolor obstétrico, ya que se puede intervenir reforzando los significados positivos del parto.

Etología del parto

Para algunos es fundamental "inhibir" el dolor obstétrico, ya que no existe ningún otro ejemplo de función fisiológi-

ca que sea dolorosa en el curso normal de la salud. Además, no hacerlo impediría a gran parte de las futuras madres vivir una situación placentera y de alegría, transformando el parto en una experiencia desagradable y con una posible repercusión negativa en la relación afectiva madre - hijo; también es común oír que el dolor de parto es un reflejo condicionado o aprendido culturalmente. Pero por otra parte, estudios de base etológica afirman que existiría una conexión entre el dolor del nacimiento y el amor maternal.

En 1920, Marais estudió a un grupo de 60 ciervos sud-africanos. Sabiendo que jamás una hembra había rechazado una cría en 15 años de observación, a las hembras en trabajo de parto les suministró unas bocanadas de cloroformo y éter; percibió entonces que las madres se negaban a recibir a sus crías recién nacidas.

Poidron y Le Niendre determinaron que cuando las ovejas parían con anestesia epidural no cuidaban a los corderos. Además, descubrieron que si los corderitos eran separados de sus madres al momento de nacer por sólo cuatro horas, al volver a su lado, sus madres no los reconocían. Por el contrario, al separarlas durante 24 horas de 2 a 6 días, todas las ovejas aceptaron luego a sus crías.

Bridges estudió el nacimiento de las ratas, llegando a la conclusión de que si se perturba a una rata cuando está dando a luz, no sólo se demorará el parto sino que tendrá efectos en la cría debido a alteraciones en la relación madre - cría. También se detectan alteraciones a largo plazo de esta relación cuando no se les permite a las madres lamer a su cría en el nacimiento. En 1956, Blauvelt también demostró que si un bebé cabra era separado de su mamá por algunas pocas horas antes de que su madre pudiera lamerlo y luego era devuelto a su lado, la mamá no se vinculaba con el recién nacido.

El fundador de la etología moderna, Konrad Lorenz, relató que al colocarse entre patitos recién nacidos y su madre y luego imitar el graznido de la madre pato, estos patitos crearon un vínculo con él por el resto de sus vidas, siguiéndolo, por ejemplo, cuando paseaba por el jardín. De esta forma se introdujo el concepto de "período sensible en la formación del vínculo", lo que demuestra la existen-

cia de un período corto, pero fundamental, después del nacimiento y que nunca será repetido.

Por otra parte, el etólogo alemán Eibl - Eibes estudió los comportamientos de flirteo en un gran número de culturas, incluyendo países industrializados. Describió patrones universales de flirteo y pudo demostrar que la mirada fija es probablemente la forma más constante de galanteo humano. Así es imposible no pensar en la fascinación de la madres humanas ante la mirada fija de sus hijos inmediatamente después del parto.

El avance de los estudios hormonales, entre otros, permite un conocimiento profundo de los distintos procesos fisiológicos humanos, pero hay expertos que saben mucho acerca de un pequeño fragmento y parecen no darse cuenta de la manera en que los distintos procesos humanos (fisiológicos y psicológicos) se conectan formando un todo mucho más complejo e interrelacionado. Por lo tanto, actualmente se requiere una mirada modernamente holística del significado y forma de parir y nacer.

Está claro que en la naturaleza humana están involucradas las mismas hormonas y los mismos patrones de comportamiento durante la relación sexual, el nacimiento y el amamantamiento.

A pesar del conocimiento de las funciones de la oxitocina, hormona producida en la neurohipofisis posterior, y de su tan frecuente uso por administración endovenosa durante la atención del parto (para estimular las contracciones uterinas necesarias para el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta), así como su también conocida participación en la eyección de la leche, únicamente cuando se investigó su efecto al ser inyectada directamente en los ventrículos cerebrales de mamíferos se pudo observar su participación en los cambios de conducta, ya que así se pudo inducir el comportamiento maternal.

Niles Newton definió la "oxitocina" como la "hormona del amor" por su implicación en la lactancia y el acto sexual, ya que tanto el hombre como la mujer liberan oxitocina. También K. Uvnas - Moberg señaló que los niveles máximos de oxitocina justo antes del nacimiento pueden ser aún mayores que durante el trabajo de parto. Hoy también

se sabe que el estrógeno activa los receptores sensibles de la oxitocina y la prolactina.

En 1979 se demostró que existe liberación de endorfinas en la madre durante el trabajo de parto y parto. Y a principios de los años 80 se determinó que el bebé también libera endorfinas durante el proceso del parto. Por lo tanto, hay un período después del parto en que madre e hijo están impregnados de opiáceos, siendo una de las propiedades de éstos el inducir estados de dependencia. Entonces se puede anticipar el comienzo de una dependencia - vínculo.



Fotografía: Maitza Villagrán Becerra

Las hormonas de la familia de la adrenalina también participan en el proceso, llegando a su nivel máximo en las últimas contracciones; igualmente las segrega el feto. Las mujeres, apenas comienza el reflejo de expulsión, tienden a adoptar la posición vertical llenas de energía, con necesidad de asirse de algo con fuerza y de beber agua. Así, uno de los efectos de la adrenalina es que la madre está alerta cuando nace el bebé. En el feto, el flujo de noradrenalina le permite adaptarse a la falta fisiológica de oxígeno de este período. Por este motivo, al nacer, el bebé está alerta, con los ojos abiertos y las pupilas dilatadas. Este contacto visual es una importante característica en la relación mamá - bebé, generándose una cierta fascinación por este encuentro visual.

Muchas veces menospreciamos las consecuencias del ritualismo de las interferencias o negligencias de este crítico período de la vida humana y debemos pagar un precio por esto. Varios investigadores han asociado la experiencia del parto con mayores índices de criminalidad juvenil, comportamientos autodestructivos -adicciones a dro-

gas, trastornos de anorexia, suicidio- y autismo. Otros estudios han demostrado claramente que el estado emocional de la madre embarazada tiene mayores efectos a largo plazo en el niño que el estado emocional de la madre durante el primer año de vida.

Si bien los factores ambientales en pleno también desempeñan un papel en el futuro del individuo, no podemos perder de vista las conclusiones de estos estudios etológicos.

Igualmente se debe reconocer que toda sociedad impone patrones de conducta en el momento del nacimiento de un bebé. Los entornos culturales perturban los procesos fisiológicos al negar la necesidad materna de privacidad al parir, sobre todo cuando se acostumbra a aplicar procedimientos rutinarios de atención. Así, también la mayoría de las culturas perturban el primer contacto entre madre e hijo, con mitos o procedimientos médicos. En relación a esto cabe destacar que, al contrario de lo que se ha dicho durante mucho tiempo, las mujeres a las que se les permite deambular libremente durante el trabajo de parto y luego dar a luz en alguna posición vertical, si llegan a tener un desgarro perineal, éstos son mucho menos graves que el daño producido por la perineotomía, incluso con fetos grandes, y presentan una mejor y más rápida recuperación; es decir, la perineotomía ha sido necesaria por la innovación de parir en posición de litotomía, otro ejemplo de rutina en el parto.

Los profesionales que participamos en la atención del parto debemos aprender a reconocer que somos responsables de una parte importante del dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto y parto, lo que se debe en gran parte a los procedimientos rutinarios innecesarios hechos tanto a la madre como a su hijo, a cómo perturbamos la fisiología del parto y a nuestro descuido en nuestra forma de comunicarnos con estas mujeres que cursan un período tan sensible. La comunicación, tanto verbal como no verbal, tienen una relevancia crítica en este período. Debemos tener presente que las mujeres embarazadas son las personas más sensibles (receptivas) que se pueden encontrar en este mundo. Desde este punto de vista, los elementos que facilitan el trance hipnótico como el vínculo, la motivación y los fundamentos de la

comunicación con la cliente, pueden tener una de sus mejores expresiones de éxito en una mujer en trabajo de parto cuando se consideran durante su atención; no sólo es destacable su uso para el manejo del dolor, sino para lograr una experiencia integralmente sana, positiva y placentera.

Alternativas de control de dolor obstétrico

Las características de una técnica analgésica adecuada son:

- I. Que no deprima ningún órgano ni sistema de la madre o el niño.
- II. Que no modifique la dinámica uterina del trabajo de parto .
- III. Que los fármacos utilizados no traspasen la barrera placentaria.

El tratamiento del dolor por métodos psicofísicos debe ser una intervención que :

1. Elimine el dolor o al menos lo reduzca significativamente.
2. No produzca efectos secundarios (aumento de percepción de dolor o reducción de los niveles de actividad).
3. Potencie otros tratamientos que se estén recibiendo.
4. Permita a las pacientes utilizar por ellas mismas el tratamiento, de modo que adquieran un nivel mayor de confianza y de independencia (autocontrol) respecto del sistema sanitario.

Para que la terapia dé respuesta a problemas tan complejos, debe ser incluida dentro de un marco psicoterapéutico más amplio e integrador, ya que si se visualiza como un evento "milagroso" puede provocar la frustración.

Métodos más utilizados

- Métodos educativos

1. El Parto Natural: Dick Read (1933).
2. Psicoprofilaxis: F. Lamaze (1958), [Velovski,1949].
3. Por un nacimiento sin violencia: LeBoyer (1975).
4. Entrenamiento autógeno: Schultz.
5. Relajación progresiva: Jacobson.

- Analgesia no farmacológica:

1. Apoyo emocional.
2. Estimulación transcutánea.

3. Acupuntura e Hipnosis.

- Analgesia sistémica:

1. Opioides (morfina, fentanyl, ketamina, meperidina), benzodiazepinas, barbitúricos, agentes inhalatorios. Pueden producir depresión respiratoria y cardiovascular en la madre, a la vez que atraviesan la barrera placentaria fácilmente.

- Analgesia regional:

1. Bloqueo paracervical bilateral (dolor visceral).
2. Bloqueo de los nervios pudendos (dolor somático).
3. Anestesia local perineal.
4. Analgesia epidural.
5. Analgesia espinal.
6. Analgesia espinal-epidural.

Hipnosis en el tratamiento del dolor

Múltiples estudios encontraron que el sistema endorfino no está al servicio de la analgesia hipnótica; más bien se ha demostrado la existencia de un complejo mecanismo que depende de más de un neurotransmisor.

En 1995, Kiernan, Dane, Phillips y Price probaron que la analgesia hipnótica implica la supresión de la actividad en las neuronas espinales sensoriales, lo que hace más complejo el fenómeno.

A pesar de que el mecanismo neurofisiológico por el que actúa la hipnosis en el tratamiento del dolor aún no está claro, la mayor parte de la literatura clínica muestra que la sugestión hipnótica es más eficaz como analgésico que lo que los informes experimentales podrían predecir, lo que se explica por las lógicas diferencias que existen en la motivación entre sujetos experimentales y la de los pacientes, así como las diferencias en cuanto a la conducta y motivación entre los experimentadores y los clínicos. Un eficaz empleo de los métodos hipnóticos para el tratamiento del dolor pasa por su integración en una intervención terapéutica más amplia. Implica primero evaluar el estilo personal del paciente, sus expectativas y actitudes con respecto al tratamiento hipnótico y así se podrán elegir la inducción hipnótica y las sugestiones más adecuadas. Es importante observar las reacciones de la embarazada cuando se le habla, prestar atención al lenguaje del

cuerpo, la expresión del rostro y toda la información que nos envía constantemente. En este aspecto es de invaluable utilidad el conocimiento de los principios de la Terapia Cortada a la Medida y la aplicación de su concepto de utilización.

La hipnosis como técnica aplicada al parto no sólo dará a la mujer la oportunidad de vivir de forma óptima la experiencia, sino que también le devuelve el control sobre su cuerpo y su proceso, así como su protagonismo en este evento. Además, es un recurso no excluyente de todos los otros elementos para controlar el dolor; más bien se puede transformar en un gran potenciador de ellos.

Un malentendido muy corriente consiste en creer que la eficacia de los métodos hipnóticos en el tratamiento del dolor se debe a que potencian la relajación; de hecho, hay quien piensa que la inducción hipnótica no es más que un ejercicio para crear un estado de relajación muscular. La relajación muscular no es un tratamiento útil contra el dolor -excepto en el caso del dolor provocado por una tensión muscular; incluso en ese supuesto, es probable que la relajación tenga sólo un efecto temporal.

La hipnosis no implica necesariamente un estado de relajación, más aún, los dos fenómenos pueden darse independientemente. Su asociación depende, en buena parte, del hecho de que las sugestiones encaminadas a buscar la relajación del sujeto forman parte casi siempre de las inducciones hipnóticas. Lejos de ser una simple relajación, la experiencia hipnótica implica un cambio, en ocasiones espectacular, en la conciencia. Al parecer, es este cambio el que está al servicio de la modificación en la conciencia del dolor (Orne, 1976; Shor, 1965).

Las sugestiones que buscan la relajación del paciente pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de ayudarlo a "relajar" su nivel habitual de análisis, de pensamiento crítico y/o la "cháchara mental" que pueden interferir con su deseo de sumergirse en las experiencias que se le proponen.

La teoría de la neodisociación de Hilgard propone que la analgesia hipnótica está en función de la interrupción -la disociación- de la información sensorial que va camino a la conciencia (Hilgard, 1973, 1977).

La utilización de esas capacidades, alcanzadas a través del cambio disociativo en la conciencia, diferencia los métodos hipnóticos de las estrategias cognitivas para el control del dolor. El tratamiento hipnótico no es una terapia cognitiva, en el sentido de que no se enseña al paciente a pensar en su problema de un modo diferente. El paciente que experimenta la analgesia o la anestesia hipnóticas siente tanto la modificación en la percepción del dolor (el componente sensorial y/o el afectivo), como la automaticidad de esa modificación. Si bien es cierto que los procesos cognitivos en la conciencia pueden formar parte del tratamiento hipnótico del dolor, no constituyen un aspecto esencial de dicho proceso.

Raig sostiene que la sugestión es la más simple y la más típica base del reflejo condicionado en el hombre. La utiliza exclusivamente, y para darle mayor valor y penetración, bajo hipnosis profunda por medio de comunicación verbal. Siente que en el complejo dolor del parto aparece un patrón reflejo fundamental (o hábito biológico), donde la contracción uterina es registrada como dolor porque la mujer ha oído y visto previamente que el parto es experimentado como doloroso. Plantea que esto ocurre debido a la transmisión a través de generaciones, no de prejuicios, sino de hábitos biológicos de respuesta que son pasados de madre a hija y que ocurren casi con la inevitabilidad de una fuerza genética. Reconoce que el dolor es agravado por y a través del miedo y la tensión emocional que engendra el nacimiento. Así se establecen el circuito de reverberación de Dick Read de miedo - tensión - dolor - tensión - miedo. Read contaba con un profundo conocimiento de la extraordinaria posibilidad de la hipnosis para desarrollar reflejos condicionados deseables y modificar reflejos y aprendizajes ya presentes.

La eliminación hipnótica del dolor experimental y del dolor clínico, al margen de su naturaleza, historia o intensidad, ha sido ampliamente documentada. Además, se puede producir una eliminación del dolor como respuesta inmediata a la sugestión hipnótica. Detalladas investigaciones han probado que el control hipnótico del dolor es superior al logrado a través de otros métodos psicológicos. En el caso de las pacientes obstétricas, y más aún durante el trabajo de parto, en que la generación del vínculo y la

motivación, elementos que potencian la respuesta a la sugestión hipnótica, se pueden obtener con mayor facilidad y fuerza, hacen de la hipnosis un excelente recurso a nuestro alcance.

Hipnosis en obstetricia

"... Por muchos años he tratado de convencer en esta profesión que la forma de resolver las demandas de la mujer por un trabajo de parto sin dolor no es darle más anestésicos, sino usar menos de ellos y educar las mentes de las mujeres", De Lee & Greenhill, 1939.

Es importante no confundir lo "fisiológico" con lo "normal" Lo fisiológico tampoco implica que "así es como debería ser", sólo es una referencia, de lo que es conveniente no alejarse demasiado. Para que nazca un bebé, una mujer debe liberar una mezcla de hormonas (oxitocina, endorfinas, prolactina, ACTH, catecolaminas, etc.); todas se producen en la parte más profunda del cerebro, la que tiene, por lo tanto, una función glandular. Podríamos decir entonces que, cuando una mujer está en trabajo de parto, la parte más activa de su cuerpo es su cerebro primitivo. Es decir, el proceso depende de aquellas estructuras cerebrales (hipotálamo, hipófisis, pituitaria, etc.) que compartimos con todos los otros mamíferos.

La ciencia también sabe ya que cuando se producen inhibiciones en el parto o en cualquier otra actividad sexual, éstas se originan en la neocorteza, zona tan desarrollada del cerebro humano.

En las mujeres que tienen partos sin medicamentos, durante un período del parto parecen desconectarse del mundo e ignorar lo que está pasando a su alrededor, como si estuvieran en otro planeta. Este cambio se puede interpretar como una disminución de actividad de la neocorteza cerebral. Por lo tanto, los que asisten a la mujer, si conocen la fisiología del parto, no deben de intentar traerlas de vuelta. Cualquier estimulación neocortical o intelectual puede interferir con el progreso del parto en el plano práctico. La mujer que da a luz tiene necesidad de estar protegida de cualquier estimulación neocortical. Los factores que deben cuidar los que asisten a una mujer en su trabajo de parto para no interferir con su verdadera fisiología son:

A. El lenguaje, especialmente el racional, ya que en el nacimiento son vitales los procesos de comunicación; importan el tipo de palabras empleadas y la actitud que hemos transferido en el momento de emitirlos. Así, nuestro modo de hablar puede infundir ánimo y ayuda o, por el contrario, resultar devastadores.

B. Evitar la luz intensa, la cual se utiliza como estímulo en el electroencefalograma.

C. Proveer de un ambiente térmicamente cálido y estable para que se sienta cómoda y no distraiga su concentración y energía en regular su temperatura corporal (consumo energético, vasoconstricción, etc).

D. Debe sentir apoyo y protección para ella y su hijo. Al trabajar con mujeres embarazadas, nuestro objetivo primordial debe ser ayudarlas a que ellas se sientan aptas, capaces y fuertes durante todo el proceso de su embarazo, que resulta ser el proyecto más creativo de su vida.

E. Evitar que se sienta observada y evaluada cumpliendo plazos, normas y estudios electrónicos.

La mujer que va a dar luz necesita sentirse segura; ésta es la condición previa para el cambio de conciencia que caracteriza al parto.

Como profesionales se nos enseña a "gobernar" y "dirigir" el trabajo de parto de la mujer, se nos enseña a dirigir a nuestra voluntad un proceso fisiológico y, por lo tanto, involuntario y natural de la mujer. En verdad hoy nos vemos enfrentados a aprender a corregir cada una de las intervenciones rutinarias que hacemos y que impiden a la mujer desarrollar su proceso en forma natural. Parece que los humanos no confiamos en la naturaleza que le permite parir a las demás especies. Nosotros, en cambio, nos dedicamos a estimular la neocorteza con las rutinas hospitalarias (chequeos, enemas, sueros, etc.), agregamos múltiples monitorizaciones para "observar" mejor a la madre y al niño, las acostamos, las hacemos ayunar, agregamos luces dirigidas a la madre, se hacen múltiples punciones, suele haber personal realmente "innecesario" circulando, no hay privacidad, existen muchas conversaciones y generalmente con mensajes negativos de la situación...; en resumen, acostumbramos a atender a nuestras mujeres y sus hijos contradiciendo todo lo que la natura-

leza ha preparado durante miles de años, y ya ni siquiera lo cuestionamos.

Raig fue el primer experto en este ámbito en combinar el concepto de reflejo condicionado con hipnosis; su aplicación en obstetricia fue el "Método Hipnorreflexógeno" (1960). Además, Kroger sugirió una variedad de razones para la reemergencia de la hipnosis en obstetricia desde principios de los años 60; los beneficios en los que se basó fueron:

- a) Reducción de analgesia química con la consiguiente reducción de efectos post-operatorios no deseados para la madre y el niño.
- b) Reducción del miedo - tensión y dolor antes y durante el trabajo de parto con la consecuente elevación del umbral de dolor.
- c) Control de las contracciones uterinas dolorosas e intermitentes.
- d) Disminución del trauma y recuperación postparto más rápida.
- e) Mayor resistencia a la fatiga, lo que minimiza el agotamiento materno.
- f) Experimentación del parto por parte de la madre con un sentimiento de satisfacción por el logro de una meta.

Read también reconoce la eficacia de la hipnosis para calmar tensiones y eliminar miedos. Trató de hacer que sus pacientes alcanzaran el estado hipnótico más profundo posible una y otra vez durante el período de entrenamiento regular para modificar las respuestas de dolor por la certeza educativa de que las contracciones uterinas no deberían de causar mayor incomodidad que la sensación placentera e indolora del endurecimiento de otros músculos cuando se contraen. También utilizó sugerencias de calma y placidez para bajar y abolir la tensión emocional incómoda y borrar el miedo al parto. Read explicaba: "la sedación profunda de todo el organismo que yo obtengo hace que el útero, como una parte integrante de él, se contraiga con un efecto localizado, evitando la distensión del peritoneo y el disturbio de los ligamentos uterinos donde las contracciones violentas y también los impulsos dolorosos se pueden originar. Finalmente, la misma sedación general produce un descenso en el estado de excitabilidad cortical mucho más baja que la que se encuentra

espontáneamente durante el parto, y que es la cantidad de su nivel fisiológico de sensibilidad más bajo"

El Método Hipnorreflexógeno intenta exaltar la maternidad reviviendo la emoción de la feliz espera y el sublime momento que el nacimiento representa. La mujer, a través de su propia participación consciente y activa, puede mantener esta emoción durante el trabajo de parto. En orden de obtener esta emoción positiva durante la contracción, se presentan sugerencias post-hipnóticas a la paciente en el período de entrenamiento con el efecto de que cada contracción puede ser considerada como un hecho placentero que acerca a la madre constantemente a la meta del parto, ya que la contracción es el elemento motor necesario para alcanzarla.

Este método agrega educación a la madre sobre el proceso del parto, y de algunas expresiones propias como líquido amniótico, rotura de la bolsa de aguas, etc.; además, se explica el mecanismo de la dilatación y el trabajo de parto. Se trata, en definitiva, de un reconocimiento del derecho de la madre de ser considerada mucho más allá de un objeto funcional.

Durante las sesiones de entrenamiento, a las pacientes se les enseñan tres técnicas anestésicas y analgésicas:

1. Se reitera que "si en cualquier momento durante el trabajo de parto y parto usted experimenta incomodidad por una contracción intensa del útero, automáticamente, sin pensar, entrará en el estado hipnótico más profundo que pueda experimentar y permanecerá en él mientras dure la contracción; después de ello, se sentirá completamente cómoda de nuevo. Si el trabajo de parto se ha extendido por mucho tiempo y quiere una siesta, puede permanecer en el estado hipnótico durante varias contracciones e incluso el resto del trabajo de parto y parto" (Werner, 1959).
2. Las pacientes son entrenadas en la técnica de alucinación activa, de Ralph August.
3. Las pacientes aprenden a utilizar una técnica introducida por Donald Coulton a través de la cual dividen su cuerpo en mitad superior e inferior, incluyendo al útero en la mitad inferior. Entonces son entrenadas para elevar la mitad superior mientras permiten que la mitad

inferior esté dormida aplicando una técnica de disociación.

Mientras enseñamos esta técnica no se atrae la atención a la producción de anestesia, se acepta que como subproducto de aprender estas habilidades las mujeres obtienen excelente anestesia. Estas técnicas pueden ser utilizadas en cualquier etapa del trabajo de parto pero, generalmente, si se necesita, será al término de la primera etapa para el dolor de la parte baja de la espalda; en la segunda, se suele recurrir a ella en pacientes primigestas en período expulsivo o para producir anestesia hipnótica para una episiotomía o reparar cualquier laceración del periné que haya ocurrido. El énfasis a través de la hipnosis y del entrenamiento hipnótico en obstetricia es que no estamos preparando pacientes para sobrellevar un procedimiento quirúrgico, sino para realizar un acto fisiológico normal.

Incluso la operación cesárea puede lograrse en un 10 a 20% de las pacientes en estado hipnótico; sin embargo, en esta situación, la ausencia completa de anestesia farmacológica no es necesaria. Con entrenamiento hipnótico, el paciente puede ser llevado a la sala de operaciones en un estado de trance, completamente relajado, sin medicación preoperatoria. La anestesia será rápidamente inducida, y la cantidad de drogas anestésicas es notablemente reducida; también en este caso el paciente recibe sugerencias post-hipnóticas para una rápida y cómoda recuperación.

En suma, la baja excitabilidad de la corteza obtenida por la sedación psicológica, la eliminación de las emociones negativas que se centran alrededor del miedo al parto y la sustitución de la respuesta de dolor por la contracción o endurecimiento placentero del músculo uterino constituyen la tríada sobre la que este método está basado.

N. Rock, T. Shipley, y C. Cambell sugirieron en 1969 que incluso con mujeres "no entrenadas" que tenían su primer encuentro con técnicas hipnóticas durante el trabajo de parto significativamente muy pocas necesitaron anestesia química durante el parto en comparación al grupo de control. Así, muchos otros estudios han apoyado la hipótesis de que la hipnosis reduce el dolor percibido por la madre y, por lo tanto, la necesidad de otro anestésico durante el

trabajo de parto disminuye, y de ser necesario, las dosis requeridas también se reducen notablemente.

Reed planteó en 1943 que "una mente tensa significa un cuello uterino tenso" También Spiegel, ya en 1963, hizo notar que el apoyo emocional derivado del uso de hipnosis durante el período pre-parto beneficiaba a la mujer.

Los resultados positivos de la hipnosis durante el trabajo de parto uniformemente han sido relacionados con actitudes positivas expresadas por estas mujeres. Todas las pacientes se han autodefinido como siguiendo el nacimiento más relajadas, experimentando menos cansancio post-parto y, en general, sintiéndose sorprendentemente bien en relación a las mujeres que no usaron hipnosis.

En la publicación de sus estudios, Werner, Schauble y Knudson son enfáticos en afirmar: "Hay beneficios adicionales observados en las pacientes que recurrieron al método hipnorreflexógeno. Estas mujeres mostraron conductas que les venían naturalmente del proceso subconsciente, el que es facilitado a través de la experiencia hipnótica"

Es importante hacer notar que Read y Lamaze indican el uso de sugerencias durante su entrenamiento, aunque ambos niegan tajantemente los métodos hipnóticos. Es verdad que ninguno de los dos alcances utiliza métodos de inducción formales, y ambos señalan la convicción de que la paciente es responsable y está en control durante su trabajo de parto. Que estos factores no se ajusten al estereotipo de la hipnosis también hacen muy poco para separarlos de los procesos hipnóticos.

Parto con hipnosis versus parto natural

Estudios realizados con hipnoanalgesia describen que después de que el trabajo de parto ha comenzado, pero antes de hospitalizarse, las embarazadas realizan sus tareas habituales, muchas caminan o se entretienen de distintas formas. Por sí mismas, deciden permanecer paradas. En fin, la paciente hipnótica confía en su instinto, en la sabiduría de su mente inconsciente y aplica esto para elegir sus posturas y decidir cuándo comenzar a pujar.

Si son guiadas por su subconsciente o mente inconsciente, significa que están haciendo lo que saben naturalmente. Por lo tanto, el estar fuera de la cama viene de su instinto natural de permitir que la contracción uterina guíe al bebé en el diámetro pélvico adecuado y también facilitar la dilatación cervical al usar la presentación como una herramienta dilatante, ambos procesos ayudados por la fuerza de gravedad.

Estas pacientes entrenadas hipnóticamente saben cuándo termina la primera etapa y comienza la segunda. Tienen un inconfundible deseo de agacharse y empujar cuando la dilatación es completa; no se agacharán antes y no tratarán de retenerlo tan pronto como comience una contracción en la segunda etapa. Es un placer observar a estas pacientes aparentemente despiertas en la segunda etapa. No aparentan estar esforzándose en ninguna forma. Lo que uno puede observar es la excelente contracción de la musculatura uterina más una leve contracción de los músculos de la pared abdominal y la relajación de los músculos perineales cuando la presentación corona.

La placenta suele alumbrarse de forma espontánea. El útero habitualmente permanece contraído, y de permanecer así por un período de unos 5 minutos, se le permite a la paciente bajar de la mesa ginecológica y caminar con su *guagua* a la sala cuna o también ser llevada a su habitación en una silla de ruedas; rara vez se requiere una camilla.

Además de beneficiar a la paciente antes y durante el parto, la hipnosis permite la práctica de sugerencias post-hipnóticas conductoras a la recuperación después del parto: "en los próximos días que siguen, usted orinará sin necesidad de sonda y movilizará sus intestinos sin enemas, tendrá buen apetito, la comida será atractiva y desejará amamantar. Usted tiene unas pocas suturas, pero no le causarán molestia, apenas sabrá que están ahí. La estancia completa en el hospital será como unas placenteras vacaciones" Al estudiar la relación de éxito del método hipnótico según el grado de susceptibilidad de la paciente se encontró que no hace falta obtener estados de trance profundo para un resultado más eficaz del proceso de trabajo de parto, al tiempo que se pudo determinar que las técnicas hipnóticas resultan más eficaces que las que

son sólo de relajación. Esto apoya la idea de que la terapia hipnótica estaría reforzando el trance espontáneo de un parto natural no intervenido y que se desarrolla en un ambiente favorable.

En cuanto a la duración del trabajo de parto, existe disparidad de conclusiones según los autores, y falta de claridad en la definición de lo que será considerado el inicio del trabajo de parto, ya que tradicionalmente se ha asociado al inicio del dolor, y las mujeres que han utilizado estas técnicas logran sentirse cómodas hasta estar ya muy avanzadas en su trabajo de parto. Esto es algo para corregir en los siguientes estudios, aunque, en definitiva, la mejor evaluación del método corresponde en realidad a la propia evaluación de las mujeres sobre su experiencia como una vivencia positiva en sus vidas y que favoreció la vinculación con el recién nacido y la mejor recuperación post-parto.

En este estudio, el porcentaje de partos normales incrementó considerablemente. Los autores atribuyen esta ventaja a que las pacientes adoptaron posiciones verticales la mayoría del tiempo en la primera etapa del trabajo de parto, además de la mayor efectividad de las contracciones uterinas normales producidas por una paciente calmada, sin miedo y bien motivada, que es lo que el método hipnorreflexógeno desarrolla.

Conclusiones

1.- Mi impresión es que en este período, la mujer realmente se desconecta del mundo, en especial cuando se evitan las condiciones ambientales que generan estímulo de la neocorteza; es decir, cuando se le permite generar un estado de trance natural y espontáneo, que tendrá mayor profundidad o efecto protector de los estímulos ambientales dependiendo de algunas características propias de cada mujer. Además, coincido en que aun sin entrenamiento con hipnosis, en este ambiente positivo, la mujer logra un buen control del dolor, lo que puede ampliarse con hipnoterapia durante el trabajo de parto. Por lo tanto, el trabajo con hipnosis más que sólo enfocarse en lograr disociación y anestesia, debe de orientarse a la profundización de este estado natural de la mujer en trabajo de parto.

2.- El uso de rutinas innecesarias e ineficaces presentes tanto en la terapia hipnótica como también en la atención obstétrica deben ser erradicadas de nuestra práctica profesional, en cambio, los conceptos de la terapia cortada a la medida son imprescindibles en una visión integral de la paciente obstétrica.

3.- Se deben tratar los temores o fobias en relación al parto que presente la embarazada con las técnicas específicas que corresponda. Y en forma paralela dar educación específica acerca de trabajo de parto, parto y lactancia.

4.- En mi experiencia clínica, con las pacientes en que hemos comenzado a incluir los conceptos de cuidado de los factores ambientales así como la aplicación de algunas técnicas hipnóticas (con y sin entrenamiento previo), hemos podido observar que los resultados tanto obstétricos como de satisfacción con la experiencia del parto manifestados por las madres, sus parejas y sus familia han sido óptimos.

Marisa Villagrán Becerra es Licenciada en Obstetricia y Puericultura por la Universidad de Concepción y Diplomada en Hipnosis Clínica por la Universidad de Valparaíso. Ha desarrollado su labor profesional tanto en el ámbito público como privado de la sanidad en distintas ciudades de Chile. Dicta talleres de preparación a la maternidad, puerperio y lactancia materna. Su experiencia personal de dos cesáreas ha reforzado su afán por la defensa del parto natural y la importancia del verdadero vínculo tras la cesárea.

BIBLIOGRAFÍA

- Barber, J. (2000): "Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión", Editorial Descleé de Brouwer, S.A.
- Canto Sánchez, L. (2000): "Dolor Obstétrico", www.anestesia.com.
- Carta Europea de los Derechos de la Parturienta (1995): "Derechos de la madre y el recién nacido", Boja nº 72.
- Chopra, D: "Las siete leyes espirituales del éxito", Grupo Editorial Norma.
- Choque, J.: "Aprende a Relajarte", Ediciones Robinbook.
- May, P.; "Todos los reinos palpitan en ti", Editorial Grijalbo.
- Derechos del nacimiento. Plataforma Pro Derechos del Nacimiento (1999).
- Miserda, R.: "Terapia centrada en la construcción de soluciones", Ediciones Olejnik.
- Odent, M. (1984): "Nacimiento Renacido", Editorial Errepar.
- Odent, M.: "La científicización del amor", Editorial Creavida.
- Organización Mundial de la Salud (1999): "Cuidados en el parto normal", Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.
- Organización Mundial de la Salud (1985): Declaración de Fortaleza: "16 recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento"
- Ponencias "1º Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo", Santiago de Chile. 2000; "Nacer en el Siglo XXI. De vuelta a lo Humano". Editorial Universidad de Chile.
- Pizzi, T; Muñoz, A.L. y Fuller, A.: "El dolor, la muerte y el morir", Editorial Mediterráneo.
- Revista OB STARE, nº 1, 3 (2001); nº 4 (2002).
- Robles, T.: "Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig", Editorial Instituto Milton H. Erickson de la ciudad de México.
- Verny, T. y Kelly, J.: "La vida secreta del niño antes de nacer", Editorial Urano.
- Yapko, M.D.: "Lo esencial de la Hipnosis", Ed. Paidós.