



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**LA PARTICIPACIÓN DE LA LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN LA ATENCIÓN DEL
EMBARAZO Y PARTO HUMANIZADO EN EL HOGAR
COMUNITARIO “YACH’IL ANTZETIC” A.C. EN SAN
CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTERICIA**

P R E S E N T A:

ARACELI BUSTAMANTE VIRGEN

No. DE CUENTA: 0401101937

**DIRECTORA DE TRABAJO:
MCE. ZOILA LEÓN MORENO**



OCTUBRE, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A g r a d e c i m i e n t o s

Es imposible dejar de agradecer a algunas personas que fueron fundamentales para el desarrollo exitoso de mi carrera, mi servicio social en provincia y por contar con su amistad:

A Laura, mi compañera de lucha por compartir conmigo la transformación y trascendencia hacia la energía vital del nacimiento.

A la Partera Profesional: Cristina Alonso, por enseñarme lo bello, mágico, maravilloso y excitante que puede ser el parto para la mujer cuando esta lo vive como un proceso natural en el que se puede tener confianza.

A la directora del Hogar Comunitario la Lic. Sandra Lorea, y al personal de salud por haber permitido trabajar, ya que esta práctica fue enriquecedora y significativa en el ámbito profesional y sobre todo en el crecimiento personal.

A todas las mujeres del Hogar Comunitario “Yach’íl Antzetic”, quienes me enseñaron la grandiosidad del nacimiento, cuyos partos me ofrecieron la oportunidad de celebrar y honrar la sabiduría de la naturaleza.

A la Maestra Zoila, por todo el apoyo que me brindó en la realización y culminación de este trabajo.

D e d i c a t o r i a

Este trabajo se lo dedicó en primer lugar a Dios porque no se equivocó en crear de manera tan perfecta, hábil y única el cuerpo humano femenino.

En segundo lugar y con mucho cariño a mis padres:

*ADELA VIRGEN MARTINEZ Y CARLOS BUSTAMANTE HERNANDEZ,
que con su inquebrantable apoyo me ayudaron a concluir mi carrera y realizar el
servicio social en el estado de Chiapas*

*A todos mis hermanos especialmente a mi querida hermana CRISTINA
por su inmenso apoyo en muchos aspectos*

*También a todas aquellas personas que están luchando por ofrecer mejores opciones
para el cuidado del embarazo, parto y nacimiento.*

A todas las mujeres del mundo

*Y por último a la Madre Tierra por su abundancia infinita, su cobijo y seguridad, su
capacidad para crear, recrear y transformar la vida infinitamente...*

...TE AMO Madre Tierra

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA.....	5
1.1. Descripción de la situación problema.....	5
1.2. Pregunta fundamental de la temática.....	8
2. OBJETIVOS.....	9
2.1. General.....	9
2.2. Específicos.....	9
3. MARCO TEORICO.....	10
3.1. CUIDADO HUMANIZADO DEL EMBARAZO.....	10
3.1.1. Concepto de enfermería y obstetricia.....	10
3.1.2. Práctica basada en la evidencia.....	11
3.1.3. Interdisciplinaridad.....	12
3.1.4. Humanización.....	13
3.1.5. Mujer embarazada y familia.....	14
3.1.6. La humanización en el cuidado del embarazo.....	14
3.2. CUIDADO HUMANIZADO DEL PARTO.....	16
3.2.1. El modelo tecnocrático de la medicina.....	16
3.2.2. El modelo humanístico de la medicina.....	18
3.2.3. Elementos indispensables para un parto humanizado.....	19
4. METODOLOGIA.....	31
4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA.....	31
4.1.1. Tipo de tesina.....	31
4.1.2. Diseño de tesina.....	31

5. ANALISIS DE LA EXPERIENCIA COMO LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.....	32
5.1. En la atención humanizada del embarazo.....	32
5.2. En la atención humanizada del parto.....	38
CONCLUSION.....	46
SUGERENCIAS.....	52
GLOSARIO DE TERMINOS.....	54
REFERENCIAS.....	55
ANEXOS Y APENDICES.....	58

INTRODUCCIÓN

La presente tesina describe con detalle la atención en el embarazo y parto humanizado como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Servicio Social, dentro del Hogar Comunitario Yach'íl Antzetic -Mujeres Nuevas- en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

En el primero y segundo capítulo se define la fundamentación del problema de la tesina, donde se señala la problemática, a través de la observación y la convivencia cotidiana con las mujeres internas del hogar, así como los objetivos general y específicos de la tesina.

El tercer capítulo hace referencia al sustento teórico, que incluye información sostenible y actualizada, que se debe conocer para participar de manera profunda en la atención humanizada del embarazo y parto, enfatizando los modelos con que trabaja la obstetricia actual y cuales son los resultados que se obtienen al seguirlos, así mismo, sugiere los elementos que se requieren para humanizar el parto.

El cuarto capítulo describe la metodología en donde se determina el tipo y diseño de tesina.

En el último capítulo se narran las actividades de enfermería en el campo de acción, contextualizando la experiencia profesional y el crecimiento personal durante el servicio social, describiendo las acciones de enfermería encaminadas a la humanización de la atención del embarazo y parto, con la finalidad de ayudar a las embarazadas a asumir la responsabilidad de mejorar sus hábitos y estilo de vida para que se beneficien de un

embarazo, parto, posparto feliz y que repercuta también en el bienestar de los recién nacidos.

Al final de esta tesina, se describen las conclusiones y sugerencias en función del desarrollo y crecimiento profesional durante la etapa formativa y la experiencia del servicio social.

JUSTIFICACIÓN

Se pueden considerar los siguientes argumentos para justificar la inserción del tema de humanización del embarazo, parto y nacimiento como contribución del profesional de enfermería. La gran intervención tecnológica en un proceso fisiológico, es el primer contexto argumentativo para justificar la intervención de enfermería, debido a que la práctica obstétrica habitual suele manejar a las mujeres embarazadas como si estuvieran enfermas. De igual manera la obstetricia convencional, donde la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtúa la experiencia del nacimiento y genera riesgos innecesarios para la madre y el bebé. En un principio la técnica se creó al servicio de la naturaleza, pero actualmente la naturaleza está siendo doblegada por la técnica. Las tasas de cesáreas en los centros de nacimiento y hospitales de los países que respetan los procesos naturales no suelen superar como mínimo un 15%, cuando la asistencia es de corte intervencionista, la tasa de cesáreas siempre es superior al 60% (Feenstra, C., 2004).

Dicho de otra manera, no es posible asistir dignamente a una mujer parturienta sin comprender la verdadera naturaleza del parto: es un acontecimiento involuntario tanto como el sueño o el orgasmo, aunque mucho más complejo. Todos sabemos lo que sucede cuando se trata de controlar o dirigir mentalmente estos procesos, simplemente no ocurren. La sola pretensión de controlar un proceso involuntario lo inhibe, y eso es lo que sucede con el parto hospitalario. Ese es el motivo por el cual cuando la mujer al llegar al hospital, la dilatación a menudo se estanca. Cuando el parto se inhibe, se prepara el terreno para todo tipo de procedimientos (inducción con oxitócina, episiotomía, anestesia, fórceps, cesáreas innecesarias) que sustituyen la

función de la naturaleza y en estas condiciones, ésta ya no trabaja, porque se sustituye un proceso natural sofisticado y sabio, por un conjunto de técnicas encaminadas a resolver los problemas a menudo creados por ella misma, también para someter el proceso al ritmo acelerado que establece un hospital.

Es preocupante que cada día la cesárea se este convirtiendo en el modo de nacer más "civilizado", siendo que un principio surgió como una técnica destinada a los casos de verdadero riesgo. La evaluación de las tasas de cesáreas muestra una peligrosa tendencia de sustitución de los procesos naturales, por una medicina tecnológica a la que no le interesa la fisiología normal.

Por ello la propuesta fundamental de esta tesina es cuestionar el valor de estos grados tan altos de intervencionismo, que además se han convertido en prácticas habituales sin ser evaluadas y que son adoptadas sin crítica previa constituyendo un verdadero riesgo en los servicios de maternidad de casi todo el país. Es por eso que, como Profesional de Enfermería y Obstetricia se tiene la intención de favorecer un embarazo y parto humanizado y seguro.

Con esta tesina se pretende difundir y comunicar una mejor opción para que las mujeres traigan a la vida a sus hijos comenzando a humanizar desde la etapa prenatal y el parto en si, para que esta opción sea considerada también por las nuevas generaciones de profesionales de enfermería.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA

1.1. Descripción de la situación problema

El Hogar Comunitario “Yach’íl Antzetic” ofrece un acompañamiento integral a mujeres de todo el estado, de diferentes edades de entre 13 a 40 años con embarazo no planeado, en situación de desamparo emocional y económico, brindándoles apoyo en hospedaje, comida y vestimenta. Cuenta con varios programas de capacitación para las mujeres en el fortalecimiento de su autoestima, la prevención de la violencia y el desarrollo de su autonomía a través de talleres de artesanía y proyectos de autosuficiencia con el objetivo de lograr su independencia económica. El hogar cuenta con un programa de adopciones, donde se acompaña emocional y legalmente a las madres biológicas y a las familias adoptivas. También se brindan cuidados a los bebés hasta que sean entregados a sus respectivas familias que han legalizado la adopción.

En el área de salud proporciona atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio (incluyendo consulta psicológica) y cuidados a los recién nacidos. El control prenatal se brinda a mujeres externas, las cuales ingresan al Hogar Comunitario a partir de la semana 33 de gestación o antes si la mujer lo necesita, donde permanecen internas junto con sus bebés hasta el cumplimiento de los 40 días que dura el puerperio. Cuando las mujeres ya son residentes del hogar, se les imparten talleres de salud, que incluyen temas de autocuidado en embarazo, nutrición, planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual, cuidados del recién nacido, etc.

El Hogar Comunitario trabaja en conjunto con una enfermera técnica, 3 asistentes para el área de salud, una psicóloga, una pedagoga y dos pasantes de la licenciatura en

enfermería y obstetricia de la ENEO-UNAM (incluyéndome), un licenciado en contaduría e individuos nacionales o extranjeros que en ocasiones ofrecen sus servicios de manera voluntaria. También tiene convenios permanentes con instituciones de salud, para la referencia de mujeres y niños según sea el caso; en algunas de estas se presta atención gratuita o de bajo costo para las usuarias y niños residentes del hogar. Dichos acuerdos los tienen con las siguientes instituciones: el Hospital General “I” SSA-ISSTECH de San Cristóbal de las Casas (mejor conocido como Hospital Regional), el laboratorio de análisis clínicos “Laboratorio Humano” A.C., el laboratorio de análisis clínicos “Marie Stopes – México” A.C., el “Consultorio Homeopático del Dr. Roberto Gutiérrez” A.C., el “Consultorio Pediátrico” A.C. y recientemente con la Casa de Partos “Luna Maya” A.C.

La idea de humanizar el embarazo y el parto en las mujeres del Hogar Comunitario surgió con la finalidad de transformar la práctica de la obstetricia actual en el ámbito hospitalario, donde en ocasiones se llegan a hacer comentarios negativos a las madres solteras durante el parto y el recuerdo de este rechazo puede hacer todavía más difícil y traumático el momento en que se separen de sus hijos. Esta clase de comentarios pueden eliminar cualquier sentimiento de estimación propia que pudiera estar aflorando en las madres solteras, causando la pérdida de interés por su autocuidado durante todo el proceso de embarazo y parto.

En un estudio antropológico sobre la “Evaluación de la Atención Institucional a la Urgencia Obstétrica en los altos de Chiapas” señala que el Hospital Regional, esta muy saturado porque atiende a la toda la población de la región de los Altos de Chiapas y el principal problema es la falta de médicos especialistas para la atención de urgencias obstétricas, por lo que la excesiva carga de trabajo y la deficiencia de camas, dificulta la

calidad de atención, que puede propiciar el maltrato hacia las mujeres. (Freyermuth E., G., 2004. P. 99).

El Hogar Comunitario solo tenía la opción de la atención del parto en el hospital y por lo consiguiente, un solo tipo de atención para el parto, en donde la realización de las prácticas rutinarias o por costumbre del equipo de salud “para acabar pronto” (inducción con oxitócina sintética, practicar la episiotomía o uso de fórceps, romper artificialmente las membranas, cesáreas injustificadas, etc.) se puede dar, algunas veces sin el consentimiento de la mujer y sin ofrecerle ninguna alternativa (tal y como prevé la ley), o en contra de su voluntad. La mayoría de las mujeres a las que se realizan dichos procedimientos, refirieron sentimientos de impotencia y frustración por haber vivido un parto violento. Es más probable que las mujeres que dan a luz en el ámbito hospitalario presenten con más frecuencia signos de depresión postparto y problemas de lactancia con sus bebés, que las que tienen una atención personalizada en otro lugar.

Otro motivo importante de humanizar el embarazo y parto de las mujeres del Hogar Comunitario fue por las secuelas emocionales que implica un embarazo no planeado, sobre todo porque algunos embarazos fueron concebidos por abuso sexual o incesto, lo anterior casi siempre genera sentimientos ambivalentes y de ansiedad en las mujeres, sobre todo si decidieron entregar al bebé, lo mismo sucedió en quienes pensaron conservar a su hijo al enfrentarse a todas las dificultades que esto implica.

Someter a la mujer a vivir una nueva situación de violencia durante el parto, puede traer consecuencias físicas y psicológicas a las mujeres, dejando una huella insuperable para toda la vida en el binomio madre-hijo. Las mujeres del Hogar Comunitario “reclamaron” – muchas veces desde la incertidumbre y el desconocimiento-, una asistencia respetuosa

y atenta, sin exigencias, ni imposiciones en sus costumbres, en el cuidado de su embarazo y parto.

Es por ello que, como profesional de enfermería se pensó ofrecer una experiencia humanizada y digna a las mujeres respetando sus derechos y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la etapa de embarazo y en el parto, en un lugar diferente al hospital donde se les brinde calidad y un cuidado individualizado, con la finalidad de generar un recuerdo positivo de este evento e incrementar la estimación de si mismas y hacia sus bebés, quienes con frecuencia son los mas afectados.

1.2. Pregunta fundamental de la temática

La pregunta fundamental como eje de está tesina es:

¿De que manera la Licenciada en Enfermería y Obstetricia promueve la humanización del embarazo y parto en las mujeres internas y externas del Hogar Comunitario Yach'íl Antzetic?

2. OBJETIVOS

2.1. General

Describir la participación de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la atención humanizada del embarazo y parto en el Hogar Comunitario “Yach’il Antzetic”, como una experiencia exitosa, que puede contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de la mujer, en la etapa reproductiva y así mismo, considerarse un sustento teórico a las nuevas generaciones de profesionales de enfermería.

2.2. Específicos

- ❖ Proponer acciones diversas con las cuales se pueda fortalecer y mejorar la calidad de la atención obstétrica convencional, a través de la promoción del modelo humanístico en la atención del embarazo y parto.
- ❖ Ofrecer elementos para el proceso de educación e investigación en enfermería en el área de atención prenatal para mejorar la calidad de la atención obstétrica.

3. MARCO TEORICO

3.1. CUIDADO HUMANIZADO DEL EMBARAZO

Los aspectos que orientan la atención de enfermería a las mujeres embarazadas, durante el proceso de gestación de bajo riesgo, está compuesto por los conceptos de enfermería, práctica basada en evidencia, interdisciplinaridad, humanización y mujer embarazada y familia. Dichos conceptos están interrelacionados y deben ser usados como principios orientadores de las acciones de enfermería desde las más “simples” hasta las más complejas, visualizando una atención humanizada y apoyada en las evidencias científicas. (OPS. FEPPEN, 2004. P. 5-7)

3.1.1. Concepto de enfermería y obstetricia

La enfermería obstétrica implica un encuentro interpersonal, que ocurre como respuesta a una necesidad de cuidado que emerge durante el proceso de gestación. Es una forma particular de relación intersubjetiva, en la cual los participantes (equipo de profesionales en obstetricia, enfermería y enfermería obstétrica, mujer embarazada y familia) son interdependientes, pues participan necesariamente en cada uno de los acontecimientos, sin embargo son independientes y singulares. En este sentido, el cuidado, como foco central de la enfermería, no se restringe apenas a una acción técnica en el sentido de hacer o ejecutar un procedimiento, sino que también en el sentido de ser, expresado por la actitud, y las relaciones.

Las acciones, integrantes del cuidado de enfermería, en la atención prenatal, permiten compartir conocimientos, que puede ser realizado de forma individual o colectiva. La

enfermería debe tener sensibilidad para crear una relación de confianza que posibilite que la mujer embarazada y familia expresen sus reales necesidades.

En el contexto de la atención prenatal, la enfermería al utilizar su conocimiento sobre la fisiología del proceso, de las prácticas benéficas y competencia técnica aliada al conocimiento intuitivo, presencia genuina, disponibilidad y sensibilidad tiene como meta el bienestar y el estar mejor de la mujer embarazada y familia durante el proceso gestacional.

3.1.2. Práctica basada en la evidencia

El cuidado prenatal es una de las áreas en la que la atención puede convertirse en rutinaria, promoviendo a veces algunas prácticas que son más fáciles, confortables y familiares para los y las profesionales, y en algunos casos no están basadas en la ciencia. En este contexto, la enfermería, incorporó protocolos de atención y normas institucionales del país en que actúa, sin embargo, estos modelos, en su mayoría, no son sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad, a pesar de haber tenido como objetivo mejorar y ampliar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención prenatal.

La práctica basada en evidencia surge a partir de la necesidad de cambios de paradigma, debido a tres factores: costos asistenciales elevados; métodos pedagógicos obsoletos e insuficientes para atender de modo adecuado y eficaz en la práctica diaria a las demandas crecientes, a la diversidad de las situaciones clínicas y a la extensión y heterogeneidad de la producción científica.

Este nuevo paradigma reconoce la importancia de la experiencia clínica y de la evaluación intuitiva aunque resalta que el registro sistemático de las observaciones, de

forma reproducible y no preconceptuada, puede aumentar la certeza sobre el diagnóstico, la eficacia terapéutica y la confianza en el pronóstico. Considera también la necesidad de los conocimientos fisiopatológicos; enfatiza el valor de las evidencias, que están fundamentadas en la literatura científica, que deben ser debidamente evaluadas; estimula la iniciativa y la creatividad personal, a cambio de una actitud autoritaria.

La práctica basada en evidencia pretende llenar una laguna entre la investigación cualificada y la práctica correcta, limitando el autoritarismo a través de la búsqueda de evidencias que distorsionan los procedimientos. Así, en el aspecto asistencial, es la aplicación conciente, explícita y juiciosa de las mejores evidencias disponibles, resultantes de una búsqueda sistemática en las decisiones clínicas, o sea, integración de la habilidad clínica con las evidencias. Al planificar la atención de enfermería en la atención a la mujer embarazada y familia en el proceso gestacional, se torna imprescindible, buscar el conocimiento de las mejores evidencias disponibles, promover la revisión de las prácticas que susciten la eliminación, mantenimiento o incorporación de otras.

3.1.3. Interdisciplinariedad

La interdisciplinariedad es una interacción entre dos o más disciplinas, pudiendo ir más allá de la comunicación de ideas hasta la integración mutua de los conocimientos, de la epistemología, de la terminología, de la metodología y de los procedimientos.

Se caracteriza por la intensidad de los intercambios de conocimiento en la búsqueda del saber unificado. Actitudes que llevan al profesional a estar “abierto” al diálogo y a los cambios, a compartir e incorporar nuevos conocimientos de otras disciplinas,

promueven un trabajo interdisciplinario. Como consecuencia, los diversos profesionales hablan el mismo lenguaje, no se contradicen, se complementan y no toman actitudes opuestas. En fin, pasa a existir una complicidad en el equipo, disminuye el estrés, se amplían las posibilidades de éxito, una vez que se reducen o eliminan los riesgos ocasionados por las conductas aisladas y descontextualizadas. Todos estos aspectos son percibidos por la embarazada y familia, reflejándose esto en la calidad de la vivencia gestacional; pues genera tranquilidad, seguridad y confianza en el equipo de salud.

3.1.4. Humanización

La humanización involucra un conjunto de conocimientos y prácticas comprobadamente benéficas, orientadas hacia la promoción de la gestación y parto saludables y la prevención de la morbi-mortalidad materna y perinatal. Debe contemplar actitudes que respeten la gestación como experiencia personal y familiar, preservando la privacidad y autonomía de la mujer. La humanización debe ser entendida como un fenómeno situado en los seres humanos. Así, los profesionales que acompañan a la embarazada y familia durante esta etapa del proceso del embarazo y nacimiento, además de poseer competencia técnica, precisan estar auténticamente presentes, disponibles y ser capaces de comprenderlos a partir del significado atribuido a la experiencia.

Cuidar de la embarazada y familia de forma humanizada requiere el reconocimiento de que la existencia humana es relacional. Así, la base de la humanización está en el tipo y calidad de la relación que se establece entre la embarazada/acompañante y familia y los profesionales de la salud.

La mujer embarazada debe ser considerada como un ser humano singular, que vive un momento único y el acompañante de su elección debe ser valorizado e integrado en la asistencia.

3.1.5. Mujer embarazada/familia

La mujer embarazada es un ser humano singular que vive un importante momento de transición que conlleva una serie de transformaciones biológicas, emocionales y sociales consecuentes del proceso de la gestación inherente al cambio de papel, o sea, ser madre. Estas transformaciones pueden tener efectos positivos o negativos en su salud. Así, la mujer vive una situación limítrofe, en cualquier momento pueden surgir factores de riesgo y / o complicaciones capaces de interferir en su bienestar y en el de su hijo. Para que la mujer viva la gestación de forma tranquila, placentera y saludable, necesita recibir una atención prenatal que identifique precozmente los factores de riesgo; realice intervenciones respaldadas por las evidencias científicas; que genere una relación de confianza y estimule la participación de su familia en el proceso de embarazo, parto y nacimiento.

En este contexto, la familia es considerada una persona significativa, de la red social, poseedora o no de lazos de parentesco, que fue escogida por la mujer embarazada para acompañarla durante la atención prenatal. Es en este sentido, el “acompañante” pasa a ser considerado sinónimo de familia.

3.1.6. La humanización en el cuidado del embarazo

La humanización en el cuidado del embarazo es la que debe otorgar servicios que consideren los distintos aspectos psicológicos, sociales y biológicos (Ej.: embarazos

deseados y no deseados). El parto es un evento que puede ser realmente estresante en lo biológico y con un significativo impacto en todos los aspectos psicológicos y sociales de las personas.

El propósito de humanizar las acciones del proceso reproductivo, es culminar con el nacimiento de una nueva persona sana, con una madre sana física y mentalmente, con progenitores y familias capaces de asumir positivamente la crianza. Al humanizar el tipo de procedimientos, su frecuencia y escenario, se debe considerar los aspectos psicológicos y sociales del proceso, modificar el carácter amenazante de la atención producto de la priorización tradicional de los aspectos biológicos, y la capacidad de las personas de decidir y asumir responsablemente su papel protagónico en el proceso. (OMS, 2006)

Para humanizar el embarazo también se requiere llevar un control prenatal que considere el estado de salud de la mujer y sus necesidades particulares, de modo que los exámenes y procedimientos para la detección de riesgos no sean molestos, dolorosos y potencialmente riesgosos, sobre todo si se aplican usualmente y sin cuestionamiento, por hábito o costumbre de los miembros del equipo de salud o por pautas no revisadas, ni actualizadas. Es necesario conocer las prácticas para plantear dudas y cuestionar su utilización indiscriminada. (ver anexo no. 1). El embarazo es una situación de salud, natural y fisiológica. Cada persona es única, son únicos cada embarazo y no existe una fórmula para acompañar este proceso de manera idéntica y repetida. Está claro que la mayoría de estos procedimientos pueden ser útiles en situaciones específicas donde se requiera su aplicación. Pero no en todos y cada uno de los embarazos. (Asociación Dando a Luz, 2006)

3.2. CUIDADO HUMANIZADO DEL PARTO

El parto y el nacimiento humanizado se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia.

Lo opuesto es el proceso de medicalización habitual, en el que el destino de la mujer y su hijo está sujeto a procedimientos de intervención rutinarios que no consideran las diferencias y especificidades individuales, transformando en violentas las actitudes asistenciales. (Asociación Parto humanizado, 2006)

Para poder entender lo que es el parto humanizado primero se debe reflexionar acerca de los modelos o paradigmas más importantes que influyen en el nacimiento y el cuidado de la salud en el mundo que utilizan o siguen el personal de salud actualmente, su principio subyacente y el tipo de pensamiento.

A continuación se mencionan dos de los tres paradigmas o modelos con que trabaja la medicina actual los cuales son: el modelo tecnocrático, el humanístico y el holístico, pero solo se mencionan los dos primeros para hacer una comparación enfocada en la atención del embarazo y parto actual. (Davis- Floyd, R., 2004. P. 15-20).

3.2.1. El modelo tecnocrático de la medicina:

1. Separación cuerpo/mente
2. El cuerpo es visto como una maquina
3. El paciente como un objeto

4. Alienación entre el medico y el paciente
5. Diagnóstico y tratamientos de afuera hacia adentro
6. Organización jerárquica estandarizada de la atención
7. Autoridad y responsabilidad inherentes al médico, no al paciente
8. Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología
9. Intervención agresiva con énfasis en el resultado a corto plazo
10. La muerte es considerada como una derrota
11. Sistema dirigido el lucro
12. Intolerancia con respecto a otras modalidades

Principio básico subyacente: separación; tipo de pensamiento: unimodal, cerebral izquierdo, lineal.

Aplicando el modelo “tecnocrático” de la medicina da como resultado una - atención medicalizada del parto - (Fernández del C., I., 2006. P. 35-37) donde:

- El ambiente debe ser estéril, iluminado, cómodo para el personal.
- Mujer subordinada al personal en una relación jerárquica.
- Sobrevaloración de la tecnología y de los procedimientos médicos.
- Generalmente se induce el parto, porque hay un tiempo límite para cada fase.
- El proceso debe ser siempre progresivo
- La mujer debe aceptar los procedimientos
- La mujer debe adoptar la posición acostada para el parto.
- Separación de madre y bebé

- En todos los casos se realizan intervenciones rutinarias sobre la mujer, durante el trabajo de parto y el parto (ver anexo no. 2).

3.2.2. El modelo humanístico (biopsicosocial) de la medicina

1. Mente y cuerpo como una unidad
2. El cuerpo como un organismo
3. El paciente como un sujeto de relaciones personales
4. Conexión y afectividad entre el profesional y el cliente
5. Diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro y de adentro hacia fuera
6. Equilibrio entre las necesidades de la institución y las del individuo
7. Información, toma de decisiones y responsabilidades entre el profesional y el paciente
8. Ciencia y tecnología equilibradas con el humanismo
9. Focalización en la prevención de enfermedades
10. La muerte como resultado aceptable
11. Cuidado compasivo
12. La mente abierta ante paradigmas alternativos de tratamiento

Principio básico subyacente: equilibrio y conexión; tipo de pensamiento: bimodal

Aplicando el modelo “humanístico” de la medicina da como resultado una - atención humanizada - del parto donde:

- El ambiente debe ser cálido, a media luz, familiar, cómodo para la mujer.

- Mujer y bebé son protagonistas en el parto, las personas alrededor facilitan y apoyan el proceso.
- Se usa lo mínimo indispensable para no inhibir el proceso.
- Hay que respetar el ritmo de cada mujer, hay distintos tiempos para cada mujer.
- El proceso puede progresar, detenerse y volver a progresar.
- La mujer es parte activa del proceso, se mueve, camina, hace sonidos se alimenta e hidrata y elige su posición para parir.
- Madre y bebé forman una unidad, son inseparables.

3.2.3. Elementos para la atención de un parto humanizado

Para que un parto sea considerado humanizado, se requiere de ciertos elementos que se deben considerar para que este fluya como un evento verdaderamente fisiológico. Al describir los elementos necesarios para un parto humanizado cabe recalcar que son solo sugerencias. Un parto humanizado no es un método o reglas a seguir porque cada parto se presenta de manera única e irrepetible.

De acuerdo a Bárbara Harper en su libro Opciones para un Parto Suave. (2002. P. 38-39), plantea los siguientes elementos como requisitos para la atención humanizada de un parto:

- Preparación:

Considera que la educación da a las mujeres el poder de decisión mediante la información y la creencia de su capacidad de dar a luz de modo natural. Pero que lo más importante es que tengan una actitud saludable, es decir, que pongan atención a

su cuerpo comiendo sanamente, evitando el estrés, haciendo ejercicio, teniendo precaución para no ingerir productos químicos nocivos o toxinas y manteniendo una perspectiva emocional positiva; y dice que deben también mantener una mentalidad abierta sobre como sucede el parto en realidad. Siendo flexibles en caso de que sea necesaria la intervención médica.

Propone que las mujeres analicen antes su actitud, ideas y creencias del nacimiento. Incluyendo sus sentimientos acerca de la sexualidad, su relación con el padre del bebé y con sus padres. Porque una mujer que esta a gusto con su pareja se sentirá menos inhibida sexualmente durante el parto. Y si ésta ha examinado su propio parto, no estará dispuesta a repetir el mismo patrón en el parto para el cual se está preparando. Y que si ésta tiene buena autoestima no se dejará desviar de lo que ella piense que es mejor para sí misma. Estando ésta en paz con su compañero y los demás miembros de la familia se encontrará a gusto y fuertemente unida a ellos y querrá que estén presentes en su experiencia de dar a luz.

- Un ambiente de seguridad:

Cuando una mujer se encuentra en un ambiente confortable, libre de distracciones y lleno de seguridad, está dispuesta a entrar a un nivel más instintivo de concentración conciencia que la hará capaz de hacer la labor espontáneamente. Este cambio beneficia, reduciendo la sensación de dolor. Los niveles de ciertos elementos químicos cerebrales llamados endorfinas, se incrementan durante el embarazo alcanzando su máximo nivel durante la labor. Las endorfinas afectan más en la percepción del dolor y el sentimiento de bienestar, son los sedantes o tranquilizantes naturales del organismo. Cuando el cuerpo responde a la oxitócina natural que ocasiona la contracción del útero,

se provoca un aumento de las endorfinas reduciendo el dolor y creando la sensación de bienestar. El útero es un músculo ancho con un trabajo difícil, pero las endorfinas trabajan en cooperación con el útero. Cuando las contracciones del útero se hacen más largas y fuertes, se emiten más endorfinas. Si una mujer en labor de parto es tratada de forma impersonal en los fríos pasillos del hospital, bombardeada por el acoplamiento de la inyección intravenosa, la parafernalia médica, luces brillantes, ruidos fuertes y la separación de sus seres queridos, su respuesta será de miedo e inhibición. El cuerpo responde al miedo engarrotándose y por lo tanto bloqueando la emisión de endorfinas y emitiendo adrenalina. La adrenalina puede realmente aminorar o detener la labor. Envía señales mezcladas al cuerpo en el trabajo de parto, causando a veces una aceleración de ritmo cardíaco y una intensificación del dolor. La autora cita que en *Birth Reborn*, (1993) el Dr. Michel Odent escribe: “Para que los poderes naturales del organismo se pongan en acción se les debe dejar a solas... El dar a la mujer medicamentos para anular el dolor y hormonas sintéticas (oxitócina artificial) durante el parto, destruye el equilibrio hormonal del cual depende esa labor espontánea. El dolor mismo puede aminorar la labor, pero cuando no se usan drogas el cuerpo se defiende solo de una forma natural y efectiva”

La imposición de tiempo en la labor de parto, es igual de destructiva, porque impide que la mujer entre a un nivel de concentración más profunda donde se olvide del concepto de tiempo. En los hospitales las mujeres en labor de parto se ven amenazadas a menudo con varios tipos de intervenciones “si se están tardando mucho”: la ruptura artificial del saco amniótico, la administración de oxitócina sintética o cesárea con la intención de acelerar el proceso para la seguridad de la madre y el bebé; por lo que sugiere que, la mejor ayuda que se puede dar es dejar que la madre continúe durante el

tiempo que sea necesario, especialmente si la madre está activa, descansada, comiendo, bebiendo y el bebé no muestre signos de tensión.

- Libertad de movimiento:

Si una mujer se mueve durante la labor, su bebé se cambia de posición constantemente en el vientre, reajustándose y descendiendo, preparándose para el parto. Obligar a la mujer a estar en la cama durante cualquier momento de su labor, aminora sus posibilidades de movimiento aumentando la necesidad de intervención. Rara vez la mujer elige recostarse durante el parto por lo doloroso que es. La mayoría de las mujeres darían a luz en posición vertical si no hubiera ningún obstetra o enfermera cerca para hacerlas acostarse.

Las dos posturas mayormente elegidas para dar a luz en todo el mundo son en cuclillas o de rodillas. En culturas en donde la mujer todavía controla el parto utiliza la posición de rodillas o se inclina sobre alguna(s) persona(s) que la apoya(n) en una posición semisentada. Erguir a una mujer y ponerla derecha es algo más que cambiarla de posición. Le da control sobre su cuerpo. Elimina la noción de que ella es una paciente sobre la cual se esta realizando el alumbramiento y le da el poder de volverse una mujer que realiza el acto de dar a luz a su bebé.

- Silencio:

El silencio es un elemento importante para un parto humanizado, no solo para el trabajo de parto sino también para el bebé. En una atmósfera callada y silenciosa, la mujer no tiene distracciones y es capaz de concentrarse en sí misma. En un ambiente de calma, la mujer se puede concentrar en las contracciones, al mismo tiempo entre cada una,

puede descansar y a veces hasta dormir. La sensación de intimidad puede ser extremadamente importante para la mujer sabiendo que cuando sale de una contracción habrá un par de brazos abiertos para sostenerla y la intimidad para abrazarse, besarse, bromear o reparar el daño con la pareja. Durante la labor una mujer puede salir de una profunda concentración durante las contracciones, a un estado más liviano y juguetón entre las mismas. La intimidad y la capacidad de concentración mejoran la resistencia de la mujer y su capacidad de enfocarse en el trabajo de dar a luz a su bebé. Una plática innecesaria con el doctor, la partera u otras personas presentes puede distraer a la mujer de la labor.

- Luz suave:

La autora menciona también que la luz suave es relajante. Porque buscamos un refugio en la luz brillante del lugar de trabajo y las luces fluorescentes de las instituciones. Regresamos a la luz suave para descansar, reflexionar o relajarnos. Meditamos u oramos en la luz velada de los lugares sagrados. Hacemos el amor a la luz de las velas, a luz de la luna o en la oscuridad. Cuando estamos enfermos nos recuperamos bajo la luz suave de nuestra habitación.

Durante el proceso de nacimiento la luz tenue, proporciona el ambiente más agradable para la madre y el bebé. La luz suave crea una atmósfera relajante y privada en la cual va a ocurrir un evento muy íntimo. Una habitación con luz natural velas o luz eléctrica de bajo voltaje proporciona el ambiente ideal para la labor.

Isabel Fernández del Castillo menciona en su artículo: parto natural, (2006) los siguientes elementos para humanizar el parto:

- Intimidad, seguridad y apoyo emocional

Para favorecer un proceso involuntario primero hay que conocer y crear las condiciones idóneas para que se produzca por sí solo. Puede resultar paradójico que la única forma de “humanizar” el parto sea recapitulando el hecho de que somos una especie “mamífera”. El parto es un acontecimiento instintivo, llevado a cabo por nuestro cerebro mamífero, en el que la participación de nuestra mente racional tiene un efecto contraproducente. Lo más que se puede hacer es rendirse a la experiencia y permitir que ocurra, para lo cual el ambiente en que transcurre, la calidad humana y las actitudes de los asistentes son esenciales.

Ese cerebro mamífero primitivo es también nuestro cerebro emocional (sistema límbico). Es una constante en todas las especies mamíferas que la parturienta necesita una atmósfera de intimidad, de seguridad física y emocional, que le permita entrar en el estado de conciencia especial propio del parto. Cuando este estado de intimidad se impide, es decir, cuando una hembra mamífera se siente amenazada, o incluso indiscretamente observada, el parto se interrumpe: las hormonas del estrés inhiben las hormonas del parto.

Esto pone de relevancia la enorme importancia del estado emocional de la madre y cómo influye en él el soporte emocional y el trato que recibe, así como las condiciones y el ambiente en que transcurre el parto. La forma en que se trata a la mujer de parto puede condicionar totalmente su progreso.

- Ambiente y entorno apropiado:

El parto es dirigido por el cerebro mamífero (emocional), pero inhibido por el neocórtex (racional). La autora cita que Michel Odent en su libro *Cientificación del amor* (1999) dice: - basta preguntar a una mujer su número de seguridad social para que el parto se interrumpa. Debe pues evitarse todo lo que active el pensamiento racional en la mujer en trabajo de parto: hablarle sin necesidad, darle órdenes o interrumpirle en su “viaje interior”-. También interfieren las luces, los ruidos, el frío, la prohibición de comer, la incomodidad de tener que mantener una postura determinada o estar en un lugar poco apropiado, como en los hospitales. Las condiciones necesarias para un parto fluido no difieren mucho de las condiciones idóneas para dormirse: intimidad, penumbra, silencio... todo lo que permita a la mujer ensimismarse. La autora cita que Sheila Kitzinger dice: “el lugar ideal para dar a luz es el mismo que para hacer el amor”.

- Libertad de expresión:

La contención de la expresión de dolor durante el parto tiene la consecuencia de reprimir la evolución del parto mismo. La autora cita que Beatrijs Smoulders, comadrona holandesa, afirma en su libro “Parto Seguro” (Ed. Médici, 2001), “Hace años, de una parturienta se esperaba que fuera fuerte y no dijera ni pío al dar a luz. En estos casos, el personal sanitario del hospital podía afirmar: “¡Qué bien lo hace la señora!”. Mientras que la comadrona de hoy en día más bien pensaría: “¡Suelte un berrido de una vez, señora, y así como mínimo pasará algo!”. Sumergirse y aceptar el dolor es condición necesaria para la producción de endorfinas, “opiáceos” internos que amortiguan y modifican la percepción del dolor.

- Libertad de movimientos y postura para el expulsivo:

La posición tumbada para dilatar (enganchada al gotero y al monitor fetal) y la mesa obstétrica para el expulsivo pasarán a la historia como uno de los mayores y persistentes errores de la obstetricia.

Numerosos estudios demuestran que la posición vertical favorece el parto y la horizontal lo entorpece. En posición horizontal, el canal del parto se alarga y estrecha y el coxis se dirige hacia lo alto, convirtiéndose en una vía de paso más angosta para el bebé, y en contra de la gravedad. En posición vertical la vagina se amplía y acorta, pero además la presión de la cabeza del bebé sobre el cuello del útero ejerce un efecto hormonal que estimula la producción interna de oxitócina, y por tanto la dilatación. La posición vertical acorta y amplía el canal del parto, permite que las articulaciones de la cadera se abran más para dar paso al bebé, facilita sus movimientos de rotación y permite que la fuerza de la gravedad le ayude en su descenso. La episiotomía y el uso de fórceps son procedimientos técnicos que sustituyen la fisiología de la mujer y la gravedad con evidentes y penosos efectos secundarios para la madre y el bebé.

La mujer debe tener la libertad de dilatar y parir en la postura que más le convenga: en cuclillas, sentada en el taburete obstétrico, a cuatro patas, de lado, colgada de alguien, de pié... El instinto indica en todo momento cual es la postura idónea mediante un lenguaje infalible: la más cómoda es también la más fisiológica.

- Asistencia profesional respetuosa:

Siendo la fisiología del parto tan sensible al entorno, el papel del profesional asistente es estar disponible en un discreto segundo plano, sin interferir, confiando en los

recursos de la mujer para dar a luz, y aplicar los procedimientos obstétricos únicamente si hacen falta. El protagonismo del parto corresponde a la mujer.

- Procedimientos naturales de abordar el dolor:

La producción de endorfinas se favorece cuidando al máximo las condiciones en que transcurre el parto y evitando todo lo que pueda producir estrés. Actualmente la tendencia es a recurrir a formas inocuas y agradables de amortiguar el dolor: cambiar de postura, baño de agua caliente, masaje en la zona lumbar, masaje de pies, sentarse en pelota de goma...

- Intimidad y tiempo para recibir y acoger al bebé:

El momento del nacimiento es un momento especial, mágico, en el que el estado hormonal propio del parto natural crea las condiciones para que produzca el vínculo madre-hijo, un vínculo que tiene consecuencias duraderas sobre esa relación, sobre la confianza de la mujer en su capacidad para amar y criar a su hijo, sobre el desarrollo emocional del bebé. El vínculo que el bebé crea con su madre la base de su capacidad para crear vínculos posteriores. Por ello el nacimiento medicalizado tiene consecuencias no sólo físicas, sino psicológicas y sociales. Madres y bebés deben estar juntos tras el nacimiento, y en todo momento, y no se justifica que un recién nacido sano sea apartado de su madre. Incluso los prematuros progresan mejor con el “método canguro”, que dentro de una incubadora, o al menos con un sistema mixto. La OMS recomienda iniciar la lactancia antes de abandonar la sala de partos.

- Cordón umbilical:

El respeto por la fisiología del parto implica reconocer la función del cordón umbilical, que continúa latiendo y suministrando sangre oxigenada al bebé durante varios minutos tras el nacimiento. La naturaleza no hace nada que no sea necesario, y esos minutos son el tiempo que el recién nacido necesita para comenzar a utilizar sus pulmones sin angustia, ni riesgo de privación de oxígeno. El recién nacido tiene el derecho de disponer de esos minutos y de esa sangre, y con mayor motivo si ha tenido sufrimiento fetal, ya que al iniciar la respiración la sangre acude a los pulmones en detrimento del cerebro. Pinzar el cordón inmediatamente tras el nacimiento es una práctica que, a la luz de la evidencia científica, debería ser abandonada.

Se deben considerar también los siguientes elementos (OMS. Orientación para la atención humanizada del proceso reproductivo. 2006, P. 22) para humanizar el parto:

- Alimentación durante el trabajo de parto:

La alimentación durante el Trabajo de Parto asumiéndolo como un proceso natural, es un aspecto de gran importancia y variabilidad en las mujeres; se recomienda una ingesta oral de líquidos y dieta liviana, respetando los deseos de la mujer.

En el período final (etapa de transición del Trabajo de Parto), la mujer por si misma probablemente sólo pida líquido, o algo que la refresque; en este período es recomendable prestarle apoyo y ofrecerle un cubo de hielo o helado de agua con sabor para satisfacer esta necesidad.

Premisas a considerar:

1. El proceso de parto requiere una gran energía.
2. La duración del Trabajo de Parto y nacimiento no son previstas.
3. La restricción de fluidos conduce a deshidratación y cetoacidosis.
4. Es necesario garantizar las fuentes energéticas.
5. El aporte exagerado de glucosa, puede provocar el aumento de la insulina materna, lo cual aumenta la glicemia fetal, con disminución del pH umbilical; además, el uso exclusivo de solución intravenosa sin sal puede llevar a una hiponatremia de la madre y el feto.
6. La colocación de una vía endovenosa es una intervención innecesaria, que limita la movilidad de la mujer durante el proceso.

- Contar (si es posible) con una Doula o acompañante:

Una doula o acompañante es una persona experimentada en la ayuda al nacimiento que provee de soporte continuo, información, apoyo emocional y físico, a las mujeres embarazadas, antes, durante y justo después del parto. Las doulas asisten a las mujeres que dan a luz en hospitales, en casas de partos y en sus domicilios. (Crianza natural. Las Doulas. 2006: P. 3-4). Las funciones que realiza son las siguientes:

Durante el embarazo:

- o Comenta los objetivos para el parto así como cualquier duda y temor
- o Complementa la información recibida en las clases de preparación al parto por parte de la partera o educadora perinatal.

- Informa sobre el proceso del parto y el dolor; sugiere ideas para mejorar el confort adecuadas a las circunstancias
- Provee de consejo sobre un plan de parto a consultar con el médico, partera o educadora perinatal

Durante el parto

- Acompaña si se necesita de su apoyo, ofreciendo soporte emocional
- Esta con la mujer para responder sus dudas y para animarla
- Sugiere maneras para soportar el dolor y facilitar el parto en colaboración con el personal sanitario
- Actúa como un vigilante de los deseos de la madre durante el proceso del parto frente a intervenciones no deseadas
- Ayuda creando un entorno adecuado para la madre (reduciendo el nivel de ruido y luz, poniendo música, regulando el frío o calor, respondiendo al teléfono, etc.)
- Ayuda en un parto vaginal tras cesárea (PVTC), si fuera el caso
- Colabora con la partera en la atención de un parto en casa
- Respeto la privacidad de la mujer de parto
- Da apoyo y seguridad a otros miembros de la familia

Numerosos estudios determinan los siguientes beneficios de contar con una doula o acompañante estadísticamente: hay un 50% de reducción de cesáreas, 25% de parto más corto, menos peticiones de epidural, 40% menos uso de oxitócina sintética, 30% menos uso de analgésicos, 40% menos uso de fórceps, mejora el vínculo padres - bebé y menos incidencia de depresión postparto.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo y diseño de la tesina

4.1.1. Tipo de tesina

Descriptiva y observacional

Es descriptiva porque pretende describir el fenómeno que produce la atención humanizada del embarazo y parto en las mujeres residentes del Hogar Comunitario “Yach´il Antzetic”, para poder analizarlo de manera profunda.

Y es observacional porque al observar el fenómeno que origina la atención humanizada del embarazo y parto, se pueden proponer sugerencias para mejorar la atención actual y difundirla con sustento teórico a las nuevas generaciones de profesionales de enfermería.

4.1.2. Diseño de tesina

El diseño de esta tesina se estructuro de la siguiente forma:

- Realizar parte del Servicio Social en el Hogar Comunitario “Yach´il Antzetic en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
- Búsqueda de un problema útil para el fortalecimiento de la profesión.
- Elaboración de los objetivos, general y específicos de la tesina.
- Consulta de varias fuentes de información para la integración del marco teórico (asistencia a congresos, convenciones, Internet, biblioteca, etc.).
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

5. ANALISIS DE LA EXPERIENCIA COMO LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

5.1. En la atención humanizada del embarazo

En primer lugar al insertarme al programa de acompañamiento integral del Hogar Comunitario, específicamente en el área de salud (en el cuidado del embarazo), se creó una relación de confianza con las mujeres, para promover el autocuidado y brindar atención de manera integral y apropiada según las necesidades físicas, intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres.

Al dar la consulta se trató de brindar un buen servicio, informando o pidiendo permiso a las mujeres en cada procedimiento que se les realizaba, sobre todo en el examen abdominal o el de pechos (ver foto no. 1). Cabe resaltar que dicha asistencia no solo se centró en un cuidado biológico, sino que, también se tomó en cuenta las decisiones de las mujeres; el respeto de su privacidad, su dignidad y su confidencialidad; considerando también sus emociones, esperanzas, temores, tensiones de la vida diaria, las preocupaciones económicas y los conflictos familiares o con las personas que convivían con ellas dentro el Hogar Comunitario.

En caso de detectar algún riesgo se refirió y acompañó a las mujeres internas y externas a sus consultas de especialidad, con el propósito de saber con exactitud las recomendaciones dadas, ya que en algunas ocasiones debido al nivel de escolaridad bajo de algunas mujeres y el uso de tecnicismos por parte de algunos profesionales de salud, existieron dificultades en la comprensión de dichas indicaciones.

Por otro parte algunas mujeres, se sentían más seguras y en confianza al estar acompañadas de alguien conocido durante la realización de sus estudios de laboratorio y gabinete. En caso de indicación de algún tratamiento alópata, homeopático o de herbolaria fue necesario coordinarse con el personal de salud para la supervisión constante de su aplicación y efectos. En el caso de que existiera omisión se conversaba tranquilamente con la señora sus motivos para llegar a una solución razonable. Por lo también que fue necesario coordinarse con el personal interdisciplinario de las diferentes instituciones que tenían convenio con el Hogar Comunitario y con los encargados de la salud de las mujeres del Hogar Comunitario para que funcionara.

Cabe mencionar que algunos controles prenatales los llevó la partera profesional, incluidas las pacientes que consideramos de alto riesgo, al menos en la primera consulta para conocer una segunda opinión y descartar por completo aquellas señoras que requerían realmente de una cesárea y trasladarlas oportunamente.

Por otra parte se realizó un programa educativo formal de 17 sesiones tipo taller, que incluyó elementos para la prevención de riesgos y complicaciones a la promoción de la salud óptima de la mujer embarazada, en etapa de puerperio y sus bebés, en dicho programa se impartieron clases psicoprofilaxis que contenía temas a cerca de la preparación para el parto, los derechos de la mujer embarazada, planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual, cuidados del recién nacido, lactancia, etc. con información precisa, basada en la evidencia actual y adecuada al contexto intelectual, emocional, social y cultural de las mujeres.

El taller de preparación para el parto (ver anexo no. 3) fue de gran importancia para ayudar a las mujeres a despejar las incógnitas y para sustituir conceptos negativos sin

fundamento por información correcta y positiva con respecto a la experiencia del parto.

La preparación para el parto se dividió en tres áreas:

1. *El área cognoscitiva:* con información relativa al embarazo, el parto, el posparto inmediato, la lactancia y los cuidados del recién nacido. Esta información fue suficiente, clara y enfocada a los aspectos normales o fisiológicos del embarazo y parto. (ver foto no. 2)
2. *El área física:* se trabajó con ejercicios de fisioterapia obstétrica para sensibilizar, dar elasticidad y fortalecer los músculos y articulaciones involucrados en los cambios fisiológicos del embarazo, parto y en la recuperación postparto. Así como la enseñanza de diversas técnicas de relajación (ver foto no. 3)
3. *El área emocional:* se trabajó en la prevención del estrés durante el parto con las mujeres y con las personas que las rodeaban para que tampoco hicieran comentarios negativos, que pudieran ocasionar temor a las mujeres.

Por otra parte se dieron sugerencias prácticas pero de manera informal, con buenos resultados acerca de la salud mental, buena nutrición y ejercicio en cualquier contacto con las mujeres, ya fuese durante la consulta, en la convivencia en otras actividades de los diferentes programas del Hogar Comunitario o en el momento en que ocurrían los hechos.

La oportunidad de recibir capacitación continua en diversas instituciones como lo son la Casa de Partos “Luna Maya”, la Comunidad de Aprendizaje para el Desarrollo Porfirio Encino Hernández “La albarrada”, ACASAC, El Punto, et., me brindaron herramientas y recursos que fueron de mucha utilidad para la elaboración de material didáctico facilitando el proceso de enseñanza-aprendizaje. (ver foto no. 4)

En todos los temas se hizo una evaluación final para asegurar que se comprendió bien el tema en caso de ser lo contrario, se trató de buscar una solución de dudas de manera colectiva. Los talleres de salud no tenían fechas fijas, sino que se adecuaban conforme la etapa del proceso reproductivo en que estuvieran las mujeres y en caso de que no todas pasaban por la misma etapa se facilitaba el taller de manera general.

Cabe mencionar que los momentos de educación para la salud de las mujeres se improvisaron de una manera informal (con muy buenos resultados), ya que por diversas razones algunos talleres programados de manera formal con las mujeres no pudieron llevarse a cabo. (ver fotos no. 5 y 6)

También se llevaron a cabo actividades de saneamiento como son: control de plagas (ratones y cucarachas), la vigilancia de la higiene del hogar y la higiene de los alimentos para reducir riesgos.

En general en el período de noviembre del 2005 a julio del 2006 se llevo el control prenatal 25 mujeres embarazadas externas y 15 internas que ingresaron al Hogar Comunitario a partir de las semanas 30-33, de entre 13-28 años de edad. En donde se detectaron tres embarazadas con infección de vías urinarias, a las que se les proporcionó el tratamiento adecuado, la educación y la vigilancia de las medidas de autocuidado que culminaron en partos eutócicos; se presentó el caso de una mujer con el virus del papiloma humano (VPH), la cual a pesar de los esfuerzos en educación para la salud constante, su situación psicológica especial no le permitió autocuidarse para mejorar la infección, por lo que fue necesario derivarla al hospital para la conclusión del embarazo por cesárea. Se detectó también un embarazo distócico con presentación

transversa a la semana 37, el cual se resolvió a la siguiente semana con las recomendaciones de la partera para corregirla y como resultado un nacimiento cefálico exitoso.

El trabajo en el Hogar Comunitario, además de ser incontable, fue muy complejo debido a las condiciones del entorno y a la situación personal de cada una de las mujeres; sin embargo, hubo mucho compromiso y entrega hacia la protección de la integridad y su salud.

El incluirme en actividades tales como: administrar los recursos financieros para el área de salud, acompañar a las mujeres al mercado, la recepción y acomodo de la despensa, cocinar, ayudar a limpiar la casa y la convivencia en muchos aspectos contribuyó una relación más estrecha, humana, cariñosa, y confiable que fue de mucha ayuda para promoción y vigilancia de las medidas de autocuidado de mujeres y niños residentes del hogar.

Otra estrategia para dar impacto a la población fue que durante la impartición de talleres se brindó información clara y precisa con material didáctico adecuado, sencillo y divertido para lograr un mejor entendimiento de los temas y no aburrir a las mujeres.

Por otra parte entendí, la importancia en ponerse de acuerdo con el personal de salud al dar indicaciones, porque en muchas ocasiones la desigualdad de información provocó confusión a las mujeres sobre “que consejos seguir” y por lo tanto algunas optaban en no realizar lo que se les recomendaba, afectando así, los cuidados de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Así mismo aprendí, que la información se debe expresar de tal manera, que no genere temor sobre todo cuando se trata de temas delicados, como son: alimentación y cuidados en el embarazo, parto, opciones para el nacimiento y lactancia. Para dar solución a este problema, se hicieron reuniones periódicas con el equipo de salud para analizar los casos y poner en común las recomendaciones y cuidados que se les brindan a las mujeres y a los recién nacidos. (ver foto no. 7)

Dar a conocer los riesgos y beneficios de cualquier procedimiento específico que se realiza en el trabajo de parto y el nacimiento (ver anexo no. 4) desde el control prenatal e informar “positivamente” de la experiencia de la maternidad a las mujeres embarazadas, fue algo indispensable para disminuir la ansiedad y el temor para que ellas conocieran las bases para un parto respetado, independientemente del lugar donde fueran a dar a luz o si entregaban o no en adopción a sus niños.

Fue primordial que todas las mujeres internas y externas del Hogar Comunitario participaran en los talleres de preparación para el parto, aunque algunas estuvieran pensando en entregar en adopción a su hijo; y dirigirlas con mucha delicadeza, para hacer más seguro el parto debido a su labilidad emocional. Y con mayor razón animarlas y halagarlas por sus esfuerzos para aumentar el aprecio de si mismas y tener un recuerdo positivo del embarazo y parto.

El uso de una bitácora y la estrecha comunicación con el personal de salud de turno, fue de buen apoyo, para estar siempre enterada de lo que sucedía con las mujeres y sus niños el resto de la semana. El personal del Hogar Comunitario brindó también apoyo en traducir a las mujeres que hablaban las lenguas Tzotzil o Tzeltal. Reconózco que la organización y el trabajo en equipo se pueden lograr, pero requiere

conocimientos actualizados con información basada en la evidencia científica para compartirlas con las personas con quien se trabaja, con la finalidad de orientar de mejor manera a las mujeres.

5.2. En la atención humanizada del parto

En coordinación con la directora del Hogar Comunitario, se logro llevar el control prenatal y atención del parto con la Partera Profesional Cristina Alonso Lord en la Casa de Partos “Luna Maya”, con la finalidad de que las mujeres contemplaran diferentes opciones acerca del lugar donde van a dar a luz, porque uno de los objetivos planteados es reducir el intervencionismo médico, así como, la promoción del protagonismo y responsabilidad de las mujeres mediante una atención de calidad que generara experiencias gratificantes para las mujeres y el hospital no fue la mejor opción, (tras escuchar los testimonios de las mujeres que se atendieron allí) y sobre todo por la situación personal que caracteriza a las mujeres del Hogar Comunitario, quienes merecen un trato digno, antes durante y después del parto.

Otro acuerdo con el Hogar Comunitario fue el compromiso de vigilar la evolución del trabajo de parto, para posteriormente trasladarlas al hospital. Pero a partir de febrero del 2006 éste se llevó a cabo de mejor manera dentro del hogar y la mayoría de los partos por elección de las mujeres, se atendieron desde entonces en la Casa de Partos.

Los conocimientos adquiridos en el curso de profesionalización de parteras y los adquiridos durante la formación académica inspiraron al diseño y uso de otras herramientas para la vigilancia de la evolución del trabajo de parto (ver apéndices no. 1 y 2). Los conocimientos en psicoprofilaxis sirvieron para brindar un acompañamiento útil

y un cuidado compasivo a la mujer durante el trabajo de parto. Así mismo los registros de todo el evento y la comunicación estrecha con la partera, brindaban mayor información para atender con más eficacia a la mujer antes del traslado a la Casa de Partos. En caso de rotura espontánea de membranas se vigilaba siempre las características del líquido amniótico, la actividad uterina y la frecuencia cardiaca fetal por lo tanto una medida importante fue: que la mujer estuviera relajada y cómoda para que no se estresara produciendo adrenalina y las complicaciones que esto implica.

Previo al traslado, ya se tenía lista la ropa para la madre y el bebé, la comida, el expediente clínico, las notas de evolución del trabajo de parto y todo el material que requiere la partera para atender a la madre y al niño. Una vez en la Casa de partos, se brindó apoyo a la partera en las siguientes actividades:

En la fase activa:

- Preparar un ambiente de seguridad; es decir confortable (caliente, con luces tenues), silencioso, libre de distracciones, sin imposiciones de tiempo.
- Proponer a la mujer que tenga libertad de movimiento y cambio de posiciones
- Proporción de medidas confort a la mujer: masajes, caricias, ternura, aplicación de frío o calor y técnicas de relajación.
- Nutrición e Hidratación durante el trabajo de parto (ver foto no. 8).
- Animar entre las contracciones a la mujer y felicitarla por su manera de trabajar para aumentar la confianza en si misma.
- Animar a la mujer a expresar sus emociones, sus necesidades y ayudarlas a descubrir sus soluciones.
- Recordarle siempre mantener contacto con el bebé (trabajar en equipo)

En el periodo expulsivo:

- Sugerir posiciones verticales.
- Procurar que la mujer tenga la mandíbula relajada.
- Tener siempre contacto visual con la mujer.
- Ayudar a sostener manos, piernas o pies.
- Aplicar compresas frescas en cara, cuello o labios.
- Aplicar compresas calientes en la espalda (sin hay dolor) y en el periné para ablandarlo.
- Averiguar regularmente que la mamá esté relajada los pies, piernas, manos cara (mandíbula).
- Recordar a la mamá relajarse entre las contracciones (respirar adecuadamente para oxigenarse bien, tanto ella como el bebé) y recordar que el bebé vive también un momento difícil (compresión del cráneo).
- De ser necesario ayudar a la partera a realizar maniobras para el descenso y expulsión del bebé.
- Dejar que el reflejo del pujo surja manera instintiva y sin dar órdenes.
- En ambas fases vigilar siempre el bienestar materno y fetal.

En el nacimiento:

- Mantener caliente la ropa del bebé y preparar el material para recibirlo (guantes, tijeras, pinzas, cinta umbilical, perilla, etc.).
- Una vez nacido el bebé, en caso de no haber peligro, entregárselo a la madre inmediatamente para que realice la transición de respiración de forma pasiva,

sea recibido con amor y se alimente para favorecer la expulsión de la placenta, una vez nacida esta, cortar y ligar el cordón umbilical al momento que deje de latir.

- Al final del alumbramiento: explorar el periné en busca de desgarros (que en la mayoría de los partos no sucede); valorar integralmente a la madre y el bebé para tomar las medidas asistenciales pertinentes y asegurar el apego madre-hijo antes de realizar cualquier cuidado convencional del recién nacido.
- Al terminar con los cuidados iniciales del bebé y la valoración de la madre, brindar a ambos nutrición e hidratación inmediata.
- Vigilancia del puerperio a la madre y el bienestar del bebé las primeras 24 horas en la casa de partos. En el caso de las mujeres de Hogar Comunitario se reducía a 8 horas porque esta atención se lleva a cabo en el hogar al contar con personal de salud que se encarga de esto; en caso de que surgiera algún evento, se reporta con la partera para resolver el problema. Posteriormente dar seguimiento a las madres durante el puerperio y a los bebés, para vigilar su crecimiento y desarrollo, la realización de pruebas de tamiz neonatal, inmunizaciones, etc.

En general en el período de noviembre del 2005 a enero del 2006, 6 mujeres tuvieron a sus bebés, por intervención quirúrgica (cesárea) y uno eutócico en el Hospital Regional. A diferencia de los atendidos en la Casa de Partos en el período de febrero a julio del 2006, que fueron 8 partos eutócicos, 6 en Casa de Partos, uno en el Hogar Comunitario y sólo uno, por cesárea en el hospital. Con esto se demuestra que la disminución de intervenciones en un proceso natural, tuvo mejores resultados en la atención del parto. Entre otros beneficios disminuyó la incidencia de depresión postparto en las mujeres,

mejoró el vínculo madre- hijo y como resultado un buen crecimiento y desarrollo de los bebés al beneficiarse de una lactancia materna exitosa (ver foto no. 9).

Siempre hubo disposición de tiempo para acudir al Hogar Comunitario, en caso de que se presentara un parto para vigilar su evolución, y trasladar a las mujeres al hospital o a la casa de partos y en ocasiones retornarlas al hogar. Estar junto a las mujeres para proveer soporte continuo, información, apoyo emocional y físico antes, durante y después del parto, fue la intervención más humana que se hizo, a diferencia de mi experiencia en la atención hospitalaria en donde fue casi imposible realizar.

La vigilancia ininterrumpida del trabajo de parto y la comunicación vía telefónica con la partera no solo contribuyó a brindar un mejor cuidado, sino también, para que la partera o el personal hospitalario contaran con la información adecuada para un mejor desempeño de su atención.

La experiencia más significativa que tuve de un parto fue: el martes 4 de abril del 2006 con la señora C. que inicio contracciones regulares a las 20:30 hrs., se me notificó y llegue al Hogar Comunitario a las a 9:30 y desde ahí, empecé a acompañar a C. en su gran labor. Ella se encontraba contenta en la sala sentada en el sillón viendo la televisión y tomándose un té de hinojo caliente, galletitas y quesadillas, estaba tranquila aunque algo adolorida, para esto, fue útil darle masajes en el sacro y colocar bolsas calientes en la parte baja del vientre, cuando no había contracciones descansaba y respiraba profundamente, cuando tenía contracciones le sugería cambios de posición o simplemente que se levantará para abrazarla o acariciarla, sin perder el contacto visual. A veces instintivamente se balanceaba y respiraba suavemente; al cabo de dos horas C. se sintió lista para ir con la partera, entonces pedimos un taxi, y llamamos a la partera,

quien acompañada por una Doula, la recibieron cariñosamente en un ambiente realmente cómodo, apacible, con luces tenues; lo que la hizo sentirse segura desde el primer momento, le realizó un tacto y sorpresa: ya tenía 9 centímetros de dilatación, 80 % de borramiento, membranas integrales y el corazón del bebé latía perfectamente. Entonces la condujeron a una hermosa habitación para continuar trabajando, le brindó la silla para partos para que se sentara. La partera siempre estuvo pendiente del bienestar de la madre y el bebé, y yo le servía de asistente. La Doula se colocó detrás de C. para darle apoyo, amor y masajes. A veces C. quería ir al baño y lo hacía con libertad, si tenía sed sin ningún impedimento tomaba agua. En poco tiempo completó los 10 centímetros de dilatación y entró a un ligero estado de somnolencia que duró más o menos 10 minutos por lo que la Doula para no interferir en esta transición, le sostuvo la cabeza y la partera continuaba vigilando su bienestar y el del bebé. Al cabo de las 01:45 C. despertó y comenzó a sentir ganas de pujar, pero comenzó a sentirse incapaz diciendo que no podía más y en ese momento necesitó de más apoyo y la partera le dijo: - cambia de frase - di "si puedo", le puso un espejo y la animó a tocar la cabecita del bebé; - entonces ella y nosotros estábamos concientes que el bebé estaba a punto de nacer -. Preparamos el material necesario y la ropita del bebé ya estaba cerca del calentador, para recibirlo y ella empezó a gritar "si puedo, si puedo" y fue tanta la emoción que el bebé nació inmediatamente, se le colocó en el abdomen a la madre, que recibió amorosamente a una niña sana en un ambiente acogedor, tranquilo y con mucha alegría. Y la bebé comenzó a beneficiarse del cariño de su madre y de la lactancia. Al cabo de 10 minutos nació la placenta, sólo que el útero se prolapsó parcialmente; entonces la partera levantó las piernas de C. y la agitó por unos segundos dando solución al problema, lo que me hizo comprender a grandes rasgos la

gran capacidad y preparación que tiene la partera para resolver complicaciones. Al revisarla no hubo desgarros. En particular me llamó mucho la atención que la partera y la doula se preocupan más por vigilar el bienestar de las mujeres y sus bebés en vez de estar perdiendo el tiempo llenando formatos. Al poco tiempo después de favorecer el apego madre-hijo y de terminar de atender a la mamá, se cortó el cordón umbilical cuando éste dejó de latir y posteriormente se brindaron los cuidados iniciales del recién nacido. La bebé nació a las 02:15 hrs., tuvo un APGAR de 9/10, pesó 3750g y midió de 53 cm. y sin ninguna alteración física. Se ligó el cordón umbilical, se bañó y vistió. Se le entregó a la mamá y fueron a descansar, por último se le dió de comer a la mamá para que se recuperara y posteriormente la bebé continuó beneficiándose de la lactancia.

La placenta al final se entregaba a las mujeres y ellas por costumbre las regresaban a la madre tierra bajo un árbol o algún otro lugar de su gusto. Cuando las mujeres no la querían, la partera le daba un uso terapéutico de diversas maneras.

Me dió gusto que la mayoría de las mujeres tuvieron mayor aceptación al parto en casa, no solo por sus beneficios, sino que a diferencia de las mujeres de la ciudad sus madres o abuelas fueron atendidas por parteras y casi nunca hubo complicaciones. Lo más impresionante de todo esto es que aún las mujeres que no se prepararon para el parto, pero que dieron a luz en la casa de partos se involucraron y se rindieron activamente al proceso de la misma manera, que las que si tuvieron una preparación en los talleres de psicoprofilaxis. Esto generó a las demás mayor confianza en su capacidad para dar a luz; pero quizás esto tenga que ver con que las mujeres no estuvieron rodeadas de gente que estuviera contándoles historias de horror en relación al parto y la maternidad. (ver fotos no. 10, 11 y 12).

Considerándose afortunadas de tener este tipo de atención, ellas mismas recomendaron a otras mujeres del Hogar Comunitario la atención del parto en la Casa de Partos “Luna Maya” por la buena experiencia que tuvieron. Al principio muchas de ellas no estaban dispuestas a aceptar la maternidad por la forma en que se dio el embarazo, pero con ésta experiencia la mayoría de las mujeres conservó a sus bebés y los aman intensamente. Del mismo modo como profesional de enfermería me sentí afortunada por presenciar partos tranquilos, lindos y exitosos en los que se compartió la alegría con las nuevas madres.

CONCLUSION

Durante la formación académica en la ENEO-UNAM, siempre me interesó el trabajo con mujeres, sobre todo en el área de obstetricia, y el Hogar Comunitario ofrecía un campo perfecto para desempeñar esta labor, igualmente el deseo de trabajar de manera más profunda y holística con las mujeres en proceso reproductivo, desde su contexto social y así, poder identificar con más cercanía los estilos de vida que conllevan a tener algún riesgo durante el proceso reproductivo, y de este modo durante la convivencia, buscar una alternativa de solución tomando en cuenta dichos estilos de vida.

El Servicio Social fortaleció los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante la formación profesional, en beneficio de la sociedad y cumpliendo con las funciones y actividades del programa de servicio social comunitario de enfermería.

El Servicio Social dentro del Hogar Comunitario “Yach’il Antzetic” cambio la perspectiva de atención a la salud que tenía en la práctica obstétrica hospitalaria, me di cuenta que el embarazo y el parto son un rito de la vida. Deben ser experiencias únicas para cada mujer y cada bebé que nace de ella. Si se honran y se respetan, el embarazo y el parto tienen el poder de traer a toda mujer a nuevos lugares dentro de ella misma y resurgir como un ser cambiado.

Las mujeres [como dice el Dr. Michel Odent en su libro nacimiento renacido (1993)] somos mamíferas, animales humanos. Por ello es importante que todas podamos parir como mamíferas, de manera instintiva. En pocas ocasiones necesitamos realmente la interferencia de máquinas, medicinas o cirugía. De hecho el uso rutinario de estas intervenciones conlleva al uso de otras intervenciones, creando una situación

considerada como urgente, deteniendo el proceso natural de nacimiento. Muchas veces, la introducción de la tecnología sobre una mujer en trabajo de parto le manda un claro mensaje diciendo “Tu cuerpo no esta preparado para manejar esta experiencia”.

Sin embargo, si se permite que una mujer realice su trabajo de parto de manera que su cuerpo e intuición la guíen, dándole el apoyo emocional y físico que necesita, el parto ocurrirá tan naturalmente como cualquier otra función humana. También se entiende que el parto es un proceso sexual, y por lo tanto requiere de la privacidad e intimidad de los actos sexuales. Hay que permitir que las mujeres elijan el equipo para el parto basado en personas con las que ella se sienta cómoda.

Es comprensible y fundamental tener la habilidad de manejar situaciones urgentes. Sin embargo, es más importante reconocer lo que es “urgente” y lo que es simplemente la diferencia entre un cuerpo de una mujer y otro, ya que siempre responden de manera única durante el trabajo de parto.

Es la responsabilidad de todos los proveedores de servicios de salud y como enfermeras obstetras y el personal de salud, trabajar junto con las mujeres para ofrecerles la información y el apoyo necesario para que puedan tomar sus propias decisiones en uno de los eventos más importantes de su vida y realmente procurar que lo sea. Para que esto funcione hay que estar “abiertos” ante otros paradigmas para la atención del parto, un ejemplo claro es en países como Holanda donde el 60 % de los partos son atendidos por parteras profesionales y doulas con muy buenos resultados y no encuadrarse únicamente en el modelo hospitalario “tecnocrático” que “saca” el trabajo de una gran demanda de población; pero que esta lejos de responder a la necesidad de intimidad y privacidad, que entorpece la fisiología del parto y lo convierte

en una dura prueba para las mujeres. En los países con una fuerte medicalización de la asistencia al parto, la planificación de los servicios obstétricos suele revelar una profunda incompreensión y falta de respeto hacia las necesidades y dignidad de los protagonistas del acontecimiento.

Como enfermera es importante respetar el “principio de privacidad” de las mujeres parturientas, como es el caso de la posición horizontal con las piernas separadas, que deja los órganos sexuales innecesariamente expuestos y vulnerables, la presencia de observadores que irrumpen en la habitación o el paritorio, las órdenes a las mujeres sobre lo que deben o no deben hacer, los tactos continuos y tantos otros comportamientos invasivos no son sólo una falta de respeto, sino que constituyen auténticos factores de riesgo.

Esta falta de privacidad favorece las complicaciones médicas, al someter a las mujeres a un fuerte estrés físico y emocional que dificulta la fisiología y evolución del parto. Las hormonas del estrés inhiben la producción de oxitócina (hormona que dirige el parto) y además contraen la musculatura. Dicho de otra forma: la mujer se contrae, se cierra, y la dilatación se bloquea. La famosa comadrona Ina May Gaskin lo resume de modo magistral en unas pocas palabras: "Una mirada poco amable es suficiente para que una mujer no dilate". Por lo tanto, la falta de intimidad es un factor real de riesgo. Si una mujer sabe que le van a cortar su vagina (episiotomía) ¿cómo se va a abrir? ¿Cómo va su cuerpo a querer dejar salir a su bebé, si sabe que se lo llevarán de su lado? Su instinto de autoprotección y conservación le hará contraerse literalmente.

La humanización o “mamiferación” del parto es un derecho básico, aprobado por la OMS y esperó que algún día en nuestro país se aprueben derechos para los padres e

hijos durante en el embarazo, parto y nacimiento como sucede en Argentina en la ley Nacional 25929 vigente desde en 2004, en todo el territorio nacional.

Mientras tanto, durante el Servicio Social se insistió en ofrecer a las mujeres la opción de realizar un trabajo de parto humanizado en la Casa de partos “Luna Maya”, dónde se acompañó a las mujeres en este proceso como asistentes de Partera Profesional Cristina Alonso y como Doulas, enriqueciendo nuestra experiencia profesional y la experiencia emocional de las mujeres. Numerosos estudios científicos han constatado que el acompañamiento continuo durante el parto por una persona de su elección aumenta el bienestar de la madre, mejora los resultados de salud y disminuye considerablemente la tasa de todas las intervenciones, incluyendo cesáreas.

Es necesario también tener en cuenta que las creencias o sentimientos de los asistentes a un parto pueden tener un gran impacto en la evolución del mismo. Si las personas presentes en el parto confían más en la tecnología que en la naturaleza, creen que el parto es arriesgado y peligroso, tienen miedo o prisa, será inevitable que eso contagie a la mujer e impregne la calidad de la atención que reciba.

Es también esencial la calidad de la relación entre la mujer y su acompañante. Siendo el nacimiento un acontecimiento involuntario y espontáneo al cual hay que rendirse y entregarse para que fluya, es necesario que la parturienta no se sienta obligada a guardar compostura alguna, que se sienta absolutamente libre y desinhibida para expresarse y actuar de la manera que sea. Por todos estos motivos, quien acompaña a la mujer durante el parto es una cuestión de primer orden, que la mujer debe decidir sin condicionamientos de ningún tipo. Del mismo modo hasta una cesárea se puede humanizar, algunos médicos en nuestro país ya lo están haciendo y considero que es

un gran avance en beneficio a las mujeres, niños, la pareja e incluso para la familia y la sociedad misma.

El haber realizado el Servicio Social en provincia y haber compartido experiencias satisfactorias durante el embarazo, parto y puerperio me abrió un nuevo enfoque de la enfermería obstétrica, que requiere de actitudes y aptitudes y no solamente basta con la intención, si se quiere lograr buenos resultados.

Otro aspecto importante que se debe considerar es la realización inmediata de procedimientos sobre los bebés [la recepción en sala de partos con temperatura inadecuada (baja) para el bebé, el corte inmediato de cordón, la separación de la mamá para controles y observación, la aspiración de secreciones, la inserción de sondas oro gástrica y anal, la medición del peso y talla, la vitamina K inyectable y la, profilaxis oftálmica (gotas de nitrato de plata, ó eritromicina en los ojos)], ser recibidos de manera “no violenta” en un ambiente con luz tenue, sonidos amortiguados, temperatura tibia y compañía es importantísimo para que el primer contacto bebé-mamá y la lactancia sea lo más precoz posible.

Y para concluir quisiera dejar claro que cuando los “profesionales” (ginecólogos, obstetras, parteras, doulas, educadoras perinatales, enfermeras o pediatras) damos nuestra opinión sobre alguna cuestión, no es más que eso... “nuestra opinión”, que en este caso está emitida en base a nuestros conocimientos, nuestras experiencias y nuestro estudio.

En definitiva, quiero decir que no hay verdades absolutas, los profesionales deberíamos poder orientar sin ser nosotros quienes tomemos la decisión sobre la salud de nadie, y

en ese sentido, deberíamos todos aprender a ser críticos sin ser cínicos, a ser responsables sin ser precipitados y a hacernos respetar, sin ser irrespetuosos.

SUGERENCIAS

Las sugerencias que hago con respecto a la atención humanizada del embarazo y parto son las siguientes:

- ❖ Es necesario modificar la propuesta de " institucionalizar " el cuidado del embarazo y la atención de partos normales en hospitales terciarios (públicos y privados) altamente tecnológicos y caros. En nuestro país y en muchos otros de Latinoamérica con características similares, se saturan los servicios con embarazos y partos de bajo riesgo que consumen recursos humanos y técnicos especializados en embarazo y partos de alto riesgo o complicados.
- ❖ La creación y dotación de múltiples centros menos sofisticados (casas de partos, centros de nacimiento ambulatorios...) a nivel de grupos pequeños de población adscritos y dependientes de un centro terciario, puede ser una opción. Una especie de descentralización del parto normal. Sería interesante evaluar y adaptar estrategias y programas de salud reproductiva como el holandés donde las parteras y doulas son un grupo de profesionales que atiende alrededor de un 60% de todos los partos normales, casi todos domiciliarios. [Una mujer debería dar a luz en el lugar que ella se encuentre segura y en el nivel de asistencia más " simple " posible, en el cual el manejo correcto esté asegurado. (FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. 1982)] Los beneficios económicos de estas estrategias son evidentes.

- ❖ Las políticas sanitarias podrían enfocarse en el entrenamiento, educación y formación de parteras, enfermeras parteras y médicos de familias que complementen la atención de partos normales en centros urbanos y rurales con límites específicos de sus espectros de acción y responsabilidad.
- ❖ Es urgente la difusión y aplicación de las nuevas prácticas de atención del parto normal para detener el insólito y vergonzoso índice de cesáreas practicadas con impunidad y paradójica aceptación de mujeres y hombres afectados por una aberrante y común práctica obstétrica distorsionada.

SUGERENCIAS

Las sugerencias que hago con respecto a la atención humanizada del embarazo y parto son las siguientes:

- ❖ Es necesario modificar la propuesta de " institucionalizar " el cuidado del embarazo y la atención de partos normales en hospitales terciarios (públicos y privados) altamente tecnológicos y caros. En nuestro país y en muchos otros de Latinoamérica con características similares, se saturan los servicios con embarazos y partos de bajo riesgo que consumen recursos humanos y técnicos especializados en embarazo y partos de alto riesgo o complicados.
- ❖ La creación y dotación de múltiples centros menos sofisticados (casas de partos, centros de nacimiento ambulatorios...) a nivel de grupos pequeños de población adscritos y dependientes de un centro terciario, puede ser una opción. Una especie de descentralización del parto normal. Sería interesante evaluar y adaptar estrategias y programas de salud reproductiva como el holandés donde las parteras y doulas son un grupo de profesionales que atiende alrededor de un 60% de todos los partos normales, casi todos domiciliarios. [Una mujer debería dar a luz en el lugar que ella se encuentre segura y en el nivel de asistencia más " simple " posible, en el cual el manejo correcto esté asegurado. (FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. 1982)] Los beneficios económicos de estas estrategias son evidentes.

- ❖ Las políticas sanitarias podrían enfocarse en el entrenamiento, educación y formación de parteras, enfermeras parteras y médicos de familias que complementen la atención de partos normales en centros urbanos y rurales con límites específicos de sus espectros de acción y responsabilidad.
- ❖ Es urgente la difusión y aplicación de las nuevas prácticas de atención del parto normal para detener el insólito y vergonzoso índice de cesáreas practicadas con impunidad y paradójica aceptación de mujeres y hombres afectados por una aberrante y común práctica obstétrica distorsionada.

GLOSARIO DE TERMINOS

Atención humanizada del embarazo: El conjunto de acciones que realizan los profesionales de salud para disminuir los sentimientos y emociones negativas en las mujeres embarazadas, que pueden afectar durante el parto.

Cognoscitivo: se dice de lo que es capaz de conocer.

Doula: mujer capacitada para proporcionar apoyo psico-emocional, físico e información a la madre, su(s) acompañante(s) y familia antes, durante e inmediatamente después del parto.

Endorfinas: sustancia producida naturalmente por el organismo para protegerse del dolor.

Enfermera partera: Es aquella que centra sus conocimientos en la fisiología de los procesos humanos, para brindar un cuidado holístico o integral, tanto a las mujeres en la etapa reproductiva, como a sus bebés y su familia.

Empatía: aspecto de una relación de ayuda-confianza que implica la capacidad para experimentar, comprender y transmitir comprensión de las percepciones y sentimientos de la otra persona.

Fisiológico: Dícese de aquello que tiene que ver con las funciones de los seres orgánicos. Normal lo opuesto a lo patológico.

Modelo: Representación simbólica de un fenómeno que enlazan grupos o conceptos.

Parto Humanizado: es aquel que se produce gracias a la maravilla de la fisiología femenina.

Paradigma: es un diagrama conceptual que puede ser de amplia estructura en torno a la cual se articula una teoría.

Psicoprofilaxis: Prevención. Método de educación para el parto.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS

DAVIS- Floyd R. y Gloria St. John. *Del médico al sanador*. Argentina, Buenos Aires. Ed. Creatividad; 2004. 383 pp.

FERNÁNDEZ del Castillo Isabel. *La Revolución del Nacimiento*. España. Ed. Gránica; 2006: 263 pp.

FREYERMUTH E., Graciela et al. *Maternidad peligrosa: evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en los Altos de Chiapas*. México. Ed. DUMA; 2004: 192 pp.

GALLAR, Manuel. *Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente*. 3ª ed. México. Ed. Thomson Paraninfo; 2002.

HARPER, Bárbara. *Opciones para un parto suave*. 2a. ed. España. México, D.F. Ed. Lasser Press Mexicana; 2002: 296 pp.

KITZINGER, Sheila. *Nacer en casa y otras alternativas al hospital*. 2da. ed. España. Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1993: 224 pp.

WEISSMAN S., Vivian y CHAVÉZ V., Ma. Angélica. 3ra. imp. *El parto psicoprofiláctico una maravillosa experiencia de amor*. México, D.F. Ed. Diana; 2004: 124 pp.

ELECTRONICAS

Artículo de revista en Internet

Cárdenas, Ma. T. y Carrillo, C. *Control prenatal*. Boletín de información científica para el cuidado en enfermería. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. [serie en Internet] octubre 2006; [citado 5 dic. 2006]; 2(6): [6 Pág.].

Disponible en: URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/ICCE_04.pdf

Organización Panamericana de Salud. *Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN). [serie en Internet]. 2004; [citado 25 marzo 2007]; 175(5-9): [50 Pág.]. Disponible en: URL:<http://www.feppen.net/Publicaciones/Revistas/01.php>

Artículos en Internet

Chalmers B, Mangiaterra y V., Porter R. OMS. *Principios para el cuidado Perinatal. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto*. Oficina Regional de la OMS. Europa: [Internet] 2001: [Citado 17 mayo 2007]; [6 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.nacerencasa.org./cuidados_parto_normal/1/pdf

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana (NOM. 007-SSA2-1993). *Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. México: Diario Oficial de la Federación. [Internet] 6 enero1995: [citado 8 noviembre 2006]; [8 Pág.]. Disponible en: URL: http://www.salud.gob.mx/pagina_principal/manual_cont_sum_sup_alim/anexo_b.pdf

OMS. *Orientación para la atención humanizada del proceso reproductivo*. Washington, D.C: [Internet] 2006: [citado 7 de octubre 2007]; [3 pantallas]. Disponible en: URL:<http://www.fraternet.org/afar/smar2005/index-es.html>

Fernández del Castillo, Isabel. Parto Natural. Parto Fisiológico. Qué es parto natural. España: [Internet] 2006: Citado [17 octubre 2006]; [5 pantallas].
Disponible en:

URL:http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/que_es_parto_natural.asp

Feenstra, Coks. *La atención al parto en Holanda*. España: [Internet] 2004: [citado 16 noviembre 2006]; [3 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/la_atencion_al_parto_en_holand_a.asp

Página principal en Internet

Dandoaluz.org. [página principal en Internet]. *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud*. Buenos Aires, Argentina: Asociación dando a luz, Inc.; [actualizado 2006; citado 16 de mayo 2007]. Disponible en: URL:

<http://www.dandoaluz.com.ar/new/derechos/recomminalsudyoms.php>

- Tecnología Apropriada para el Parto. *Declaración de Fortaleza 1985 - El Nacimiento no es una Enfermedad -*
- *Guía de Cuidados en el Parto Normal*. 1999.

Partohumanizado.com. [página principal en Internet] *Parto humanizado*. Argentina: Asociación parto humanizado. Inc.; [actualizado 2006; citado 7 octubre 2007]. Disponible en: URL: <http://www.partohumanizado.com.ar>

Crianza natural. Com. [página principal en Internet] *Las Doulas*. Argentina: crianza natural A.C.; [actualizado 2006; citado 18 enero 2007].

Disponible en: URL: <http://www.crianzanatural.com/art/art62.htm> |

RELACAHUPAN.Org. [página principal en Internet]. *Caminos para la humanización del parto y el nacimiento*. Brasil: Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento. Brasil. [actualizado 2006; citado 7 octubre 2007].

Disponible en: URL: <http://www.relacahupan.org/caminos01.html>

Dandoaluz.org. [página principal en Internet]. *Controles procedimientos y rutinas durante el embarazo, parto y nacimiento*. Argentina: Asociación dando a luz, Inc.; [actualizado 5 abril 2006; citado 16 de mayo 2007]. Disponible en:

URL: <http://www.dandoaluz.com.ar/new/embarazo/ctrlnecesarios.php>

ANEXOS Y APENDICES

Anexo 1

Cuadro 1.	
Lo que debería realizarse siempre durante el embarazo	¿Es necesario?
Información general y de cada procedimiento y control a realizar	Siempre
Confección de historia clínica detallada con antecedentes familiares y personales. Con libre acceso a la misma por la mujer.	Siempre
Análisis de sangre: Gpo. y Rh, Hemoglobina, VDRL, Chagas, Toxoplasmosis, VIH, Hepatitis B, Coagulograma, Glucemia.	Como mínimo una determinación.
Análisis de orina: Urocultivo.	Como mínimo una determinación
Presión Arterial	Siempre
Peso	Sí.
Examen de Pechos	Una vez.
Evaluación de Edemas	Siempre
Examen de secreciones vaginales: Estreptococo Betahemolítico Grupo B.	Sí. Lo más cercano posible al parto.
Palpación Abdominal (control de crecimiento uterino)	Siempre
Control de latidos fetales (con Pinard o detector de latidos)	Siempre
Tactos	Sólo si hay contracciones dolorosas ó cercano a la FPP
Ecografías	Si, las menos posibles
Curso pre-parto	Si
Promover el parto vaginal después de una cesárea	Si
Suministro de hierro y ácido fólico	Si
Lo que nunca debería realizarse:	¿Es necesario?
Restricción calórica en la dieta aunque haya exceso de peso	No
Lo que no debería realizarse en un embarazo, saludable:	¿Es necesario?
Indicación de tomar vitaminas	No, sólo en casos de alimentación inadecuada
Monitoreos electrónicos semanales en el último mes de gestación	No
Prostaglandinas para programar y desencadenar el parto	No
Programación de cesárea por cesárea anterior	No
Doppler	No

Fuente: Asociación dando a luz. *Controles procedimientos y rutinas durante el embarazo, parto y nacimiento.* 2006

Anexo 2

Cuadro 2.	
Lo que debería realizarse siempre:	¿Es necesario?
Durante el trabajo de parto y el parto	
Información general y de cada procedimiento y control a realizar	Siempre
Control de contracciones	Siempre
Auscultación intermitente con Pinard o Doppler	Siempre
Tactos	Los mínimos indispensables y por la misma persona
Durante el alumbramiento	
Información general y de cada procedimiento y control a realizar	Siempre
Lo que nunca debería realizarse:	¿Es necesario?
Durante el trabajo de parto y el parto	
Internación con separación del acompañante	No
Rasurado	No
Enema	No
Monitoreo Electrónico Intra parto continuo	No
Tactos varios por diferentes personas	No
Maniobra de Kristeller	No
Masaje y estiramiento del periné durante el expulsivo	No
Lo que no debería realizarse	¿Es necesario?
En un parto y nacimiento fisiológico y saludable	
Internación precoz	No
Posición Acostada y restricción de movimientos	No
Prohibición de ingerir alimentos y líquidos	No
Colocación de vía endovenosa	No
Goteo de Oxitócina	No
Rotura artificial de bolsa (Amniotomía)	No
Peridural	No
Dilatación manual del cuello	No
Monitoreo Electrónico continuo intraparto	No
Anestesia local preventiva	No
Traslado en silla de ruedas o camilla a sala de partos	No
Pujo conducido	No
Episiotomía	No
Rotación y tracción de la cabeza para ayudarlo a nacer	No
Durante el alumbramiento	
Masaje para que salga la placenta	No
Alumbramiento manual	No
Legrado o raspado uterino post alumbramiento	No
Suministro de Oxitócicos para expulsar la placenta (*)	No

(*) La evidencia científica ha demostrado que en partos hospitalarios intervenidos el alumbramiento conducido con administración de oxitócicos reduce la probabilidad de hemorragia post parto.

Fuente: Asociación dando a luz. *Controles procedimientos y rutinas durante el embarazo, parto y nacimiento*.2006.



Anexo 3

HOGAR COMUNITARIO “YACH’IL ANTZETIC” TALLER: “MATERNIDAD HUMANIZADA Y SIN RIESGOS”

Sesión 8



RESPONSABLE: PSSLEO – Araceli Bustamante Virgen LUGAR: cuarto alfombrado FECHA: 06/02/06 HORARIO: 10:00 a las 13:00 hrs.

JUSTIFICACIÓN: los talleres de educación para el parto ayudan a las mujeres a descubrir y canalizar preocupaciones, detectar factores de riesgo o signos de alarma oportunamente, y capacitan para la toma de decisiones. Por eso es importante aportar a la madre, información de hechos sobre la reproducción y describir de manera detallada los procesos que suceden durante el Trabajo de parto y parto mismo, ya esto las ayuda a asimilar los mecanismos naturales y así reducir la ansiedad ante un acontecimiento previamente conocido.

Tema	Actividad	Metodología	Objetivo	Tiempo	Material
✖ El nacimiento Preparación para el parto Preparativos para el parto La fisiología del parto • Signos de inicio del TP • Fases del TP (fisiológicas y emocionales) • Alimentación e hidratación durante el TP • Opciones para el nacimiento	Mesa redonda sobre: • Que utilidad tiene la preparación para el parto • Que preparativos hay que tener a la hora del parto (emocionales, físicos, ropa para la madre y el bebe, comida, etc.) • Condiciones adecuadas del entorno para favorecer el nacimiento según la elección del sitio de parto (hospitalario o en la casa de partos) Exposición dinámica de la anatomía y fisiología pélvica durante el trabajo de parto y parto. Comentarios Conclusiones	• Promover un ambiente libre de expresión para permitir que hagan preguntas • Describir los cambios anatómicos y fisiológicos conforme avanza el embarazo, el trabajo de parto y parto haciendo uso de medios visuales • Explicar las diferencias entre trabajo de parto real y falso, los síntomas y cuándo hay que ir al lugar de nacimiento.	•Hacer un diagnostico sobre lo que sabe cada una de las participantes tomando en cuenta sus costumbres y creencias. •Conocer la importancia y beneficios de la preparación para el parto •Desacondicionar a las mujeres de los temores durante el TP. •Conocer las características físicas y las actitudes emocionales durante las diferentes fases del TP. •Las usuarias serán capaces de distinguir las contracciones falsas y verdaderas	2:00 hrs.	≡ Modelo anatómico de tela del útero grávido completo con periné ≡ Modelo anatómico de la pelvis femenina. ≡ Círculos de diferentes tamaños
				EVALUACIÓN	
– Describir la importancia de prepararse para el parto – Demostración de la capacidad de las participantes para identificar en el modelo los distintos órganos de la pelvis. – Describir los procesos de dilatación y borramiento – Hacer círculos de 1 a 10 cm. de tarea con imágenes, versos o lo que se les ocurra para la siguiente sesión.					

COMENTARIOS: las mujeres refieren sentirse asombradas con todo lo que su cuerpo es capaz de hacer y lo que se pierden las mujeres que prefieren la cesárea, al grado que las que ya vivieron la experiencia del parto y vinieron al taller les aconsejaron a las primerizas que no sientan temor por el dolor, porque es algo pasajero y que a la vez el trabajo de parto es como el nombre lo dice “un trabajo”, que independientemente como acabe al final se debe valorar el esfuerzo y la recompensa de un niño sano.

BIBLIOGRAFIA: WEISSMAN S., V. 3ra. imp. *El parto psicoprofiláctico una maravillosa experiencia de amor*. México, D.F. Ed. Diana; 2004: Pág. 29-36

Anexo 4



HOGAR COMUNITARIO “YACH’IL ANTZETIC”
TALLER: “MATERNIDAD SIN RIESGOS”
Sesión 10



RESPONSABLE: PSSLEO – Araceli Bustamante Virgen LUGAR: comedor del hogar FECHA: 20/02/06 HORARIO: 10:00 a las 13:00 hrs.

JUSTIFICACIÓN: este taller surgió de las dudas que tuvieron las mujeres en el taller de preparación para el parto, en cuanto a los procedimientos rutinarios que se efectúan en la atención del parto hospitalario, la mayoría conoce lo que sucede, pero desean saber cual es la razón por la que hacen determinados procedimientos. Pero para enriquecer más este taller se les dará una orientación sobre los derechos que tienen las mujeres en el proceso reproductivo.

TEMA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO	MATERIAL
<ul style="list-style-type: none"> ✘ Procedimientos especiales durante el parto <ul style="list-style-type: none"> ○ Inducción del parto ○ Anestesia epidural ○ Episiotomía ○ Fórceps ○ Cesárea 	Exposición demostrativa Comentarios Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conocer las indicaciones y ventajas y desventajas de los procedimientos especiales durante el proceso de nacimiento 	1 h.	<ul style="list-style-type: none"> ≡ Modelo anatómico de tela del útero grávido ≡ Modelo anatómico de la pelvis ≡ Pizarrón ≡ Marcadores ≡ Borrador ≡ Folletos informativos ≡ Esquemas anatómicos ≡ Copias de los derechos
<ul style="list-style-type: none"> ✘ Derechos de la mujer embarazada ✘ Derechos de los padres e hijos durante el proceso de nacimiento ✘ Derechos del RN 	Exposición demostrativa Comentarios Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> ○ Que las mujeres conozcan sus derechos para que se los hagan valer en cualquier institución que vigile su embarazo, que atienda su parto y el puerperio; así mismo hacer valer los derechos del recién nacido ○ Generar seguridad y confianza en la capacidad reproductiva de las mujeres. 	30 min	

COMENTARIOS: la mayoría de las mujeres optaron por el nacimiento en casa, debido a que no se les realiza ninguno procedimiento especial para el nacimiento, pero ya están consientes de las ventajas y desventajas de cada uno de estos procedimientos en caso de que los llegaran a requerir. Las mujeres que han tenido a sus bebés en la casa de partos están convencidas de que les hicieron valer sus derechos, en cambio las que tuvieron partos hospitalarios, reconocen que los violaron, pero que tampoco exigieron sus derechos por falta de conocimiento y las mujeres embarazadas piensan defender sus derechos de ahora en adelante.

BIBLIOGRAFIA:

- ❖ Asociación el parto es nuestro. <http://www.elpartoesnuestro.org>
- ❖ Plataforma Pro derechos del nacimiento. <http://www.pangea.org/pdf>

Anexo 5 (Fotográfico)



Foto no. 1



Foto no. 2



Foto no. 3



Foto no. 4



Foto no. 5



Foto no. 6



Foto no. 7



Foto no. 8



Foto no. 9



Foto no. 10



Foto no. 11



Foto no. 12



Apéndice 1



HOGAR COMUNITARIO “YACH’IL ANTZETIC”

Medición de la dilatación cervical (no invasiva)

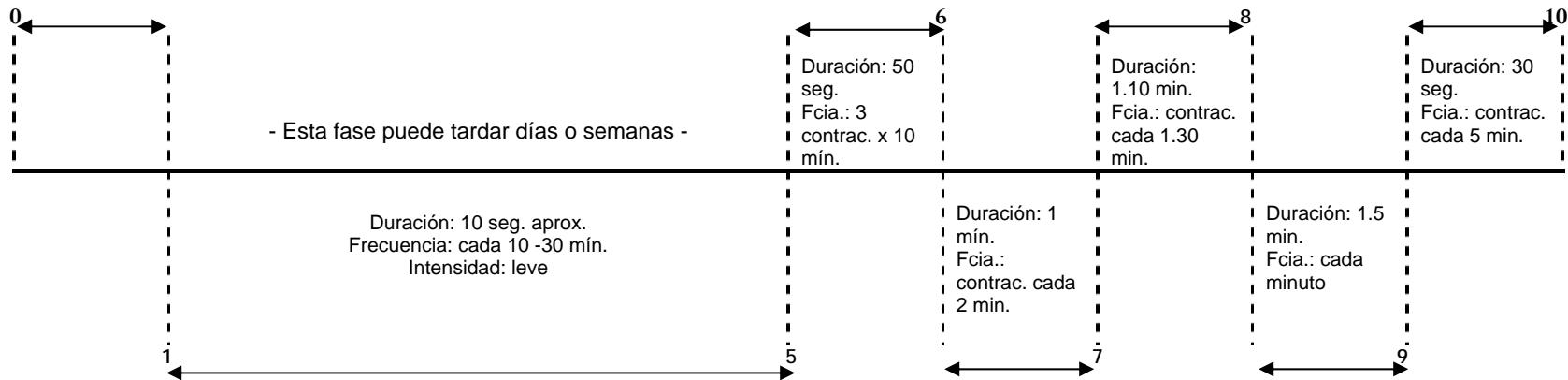
Este instrumento sirve como una guía para conocer la dilatación cervical de las mujeres durante su trabajo de parto.

Justificación:

Los tactos vaginales edematizan toda la zona y bloquean el estiramiento del periné y su flexibilidad, provocando desgarro, además de que es más probable propiciar infección vaginal o de membranas cuando ya está rota la bolsa.

Objetivo:

- Medir la frecuencia y duración de las contracciones durante el trabajo de parto, sin hacer tactos



Nota: Estos datos están basados en estadísticas de partos en evolución normal, es decir sin “inducción” con oxitócina artificial.

Fuente: PP. Cristina Alonso Lord. Curso de profesionalización de parteras. Casa de partos “Luna Maya”. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Septiembre del 2005.

Apéndice 2

EL PARTO (FASE Y DILATACIÓN)

CONTRACCIONES

FASE Y DILATACIÓN	DURACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN DE LA FASE	ESTADO PESICOLOGICO DE LA MUJER
<u>Latencia</u> 0-3 cm.	15- 45 seg.	30-5 min.	P: 8 a20 hrs. M: 5 a 14 hrs.	Activa
<u>Activa</u> 3 a 8 cm.	45-60 seg.	5-3 min.	P: 4 a 6 hrs. M: 3 a 5 hrs.	En su burbuja
<u>Transición</u> 8 -10 cm.	60-120 seg. (picos dobles)	3-1 min.	P: 1 hrs. M: 20-30 min.	Cansada, miedos, pánico, confusión, irritable
Pujar y nacimiento	60 seg.	5 min.	20 a 30 min.	Activa , agotada, contenta
Expulsión de la placenta	30-45 seg.	Irregulares	2 min. - 1 h.	Tranquila

P: Primípara

M: Multípara

Nota: Todos estos datos son aproximaciones, promedios. Cada parto es único, de hecho muchas veces es mejor esconder el reloj... para quedarse a dentro de si misma, sin compararse a una estadística.

Fuente: Por Frace Richard N.D. *Curso de acompañamiento al parto*. Casa de partos “Luna Maya”. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Octubre del 2006.