



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**EL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE
EL TRABAJO DE PARTO:
UN ROL DE ENFERMERÍA**

T E S I N A

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

P R E S E N T A:

LAURA ROCHA MERCADO

No. DE CUENTA: 402019523

**DIRECTORA ACADÉMICA:
MTRA. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA**



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 los que no han nacido,
porque habrá oportunidad de mejorar
el entorno para su nacimiento.***

DEDICATORIAS

A Dios, por el don maravilloso de la vida y por haberme dado la oportunidad de conocer y vivir la fuerza y energía vital del nacimiento.

A mis padres, por enseñarme los valores esenciales para conocer y reconocer mi propósito de vida, por su amor y apoyo en cada uno de mis proyectos.

A mis hermanos, por su amistad y compañía.

A Juan, por su apoyo incondicional.

A la Maestra Tere Sánchez, por ser mi guía en este proceso de pensamiento.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, por haber sido mi casa de estudios y brindarme las bases para un ejercicio profesional exitoso.

A todas las enfermeras que tienen la maravillosa oportunidad de acompañar a las mujeres en el proceso de dar a luz, para que puedan incorporar los conceptos del acompañamiento a su vida profesional y personal y coadyuven éstos a brindar una mayor calidad y calidez en los cuidados de enfermería.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	v
OBJETIVOS DEL DOCUMENTO	vii
JUSTIFICACIÓN	viii
1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO	1
1.1.1. La partera, su origen y función.....	1
2. EL NACIMIENTO HOY	5
2.1.1. La Industrialización del Nacimiento.....	5
2.1.2. Clínica del Trabajo de parto	11
2.1.3. El papel de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia	26
2.1.4. Norma Oficial Mexicana	29
2.1.5. La Organización Mundial de la Salud	31
3. MODELOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA	35
3.1.1. El modelo tecnocrático	35
3.1.2. El modelo holístico.....	36
3.1.3. El modelo humanístico	37
4. RECONSTRUYENDO EL TEJIDO SOCIAL EN TORNO A LA MATERNIDAD	39
4.1.1. La experiencia de dar a luz en la vida de la mujer	39
4.1.2. El dolor como experiencia transformadora	45
4.1.3. La Humanización del parto.....	48
4.1.4. Elementos para la atención humanizada del parto.....	52
4.1.5. Parto y actitudes Biodinámicas.....	58
4.1.6. Una experiencia significativa en la atención y acompañamiento al nacimiento.....	60
5. EL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO HOY	65
5.1.1. La Doula	65
5.1.2. La educadora en psicoprofilaxis perinatal	72
5.1.3. Teoría del Acompañamiento	75
5.1.4. Acompañantes para el parto, una opción para toda mujer.....	89
5.1.4.1.1. Perfil del acompañante durante el parto	90
5.1.4.1.2 Rol del acompañante durante el trabajo de parto	92
5.1.5. Métodos y Recursos para el acompañamiento	93

5.1.5.1.1	Técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.....	103
5.1.5.1.1.1.1.	Rituales espontáneos	103
5.1.5.1.1.1.2.	Movimiento y cambio de posición	104
5.1.5.1.1.1.3.	Respiración	105
5.1.5.1.1.1.4.	Contacto físico y Masaje	110
5.1.5.1.1.1.5.	Acupresión.....	111
5.1.5.1.1.1.6.	Contrapresión	113
5.1.5.1.1.1.7.	Aplicación de calor y frío	113
5.1.5.1.1.1.8.	Baño en tina o regadera	114
5.1.5.1.1.1.9.	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET)	115
5.1.5.1.1.1.10.	Relajación	115
5.1.5.1.1.1.11.	Visualización	118
5.1.5.1.1.1.12.	Enfoque de la atención	118
5.1.6.	Acompañar en cada etapa del trabajo del parto.....	119
5.1.6.1.1	Preparto.....	120
5.1.6.1.2	Etapa de dilatación.....	121
5.1.6.1.2.1.1	Fase Latente	121
5.1.6.1.2.1.2	Fase Activa	122
5.1.6.1.2.1.3	Fase de Transición.....	123
5.1.6.1.3	Expulsivo.....	127
5.1.6.1.4	Alumbramiento.....	129
EPÍLOGO		132
REFERENCIAS		137

PRESENTACIÓN

El presente documento, es una tesina desarrollada con la intención de sintetizar, toda la información existente, relacionada con el acompañamiento durante el trabajo de parto, como un rol innovador del profesional de enfermería.

Como se plantea en los objetivos, es una invitación a analizar las implicaciones clínicas, en lo conceptual, en lo metodológico y en lo procedural del acompañamiento durante el trabajo de parto.

El enfoque del documento es eminentemente humanístico, dándole el lugar que corresponde a la parte clínica, la fisiología y desde luego la fisiopatología en ésta última parte del embarazo.

En general se pretende que estos contenidos informen y sensibilicen al profesional de enfermería, respecto a las nuevas concepciones sobre el proceso de parir y nacer; en las que la madre y el recién nacido son los protagonistas de un evento de corte fisiológico, sociológico, pero también de corte espiritual.

El índice de contenidos, pretende además dar un orden en los procesos de comprensión de dicho fenómeno; por esa razón, se aborda en un primer término, la historia del nacimiento en la que se rescata el origen y función de la partera como acompañante; en un segundo momento, se retoma el estado actual de la industrialización del nacimiento, de la Norma Oficial Mexicana y sobre todo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, con el fin de repensar lo que ocurre actualmente en las unidades de atención del parto.

Para poder realizar un marco conceptual del acompañamiento durante el parto, se describen los modelos de atención obstétrica usualmente utilizados: el modelo tecnocrático, el holístico y humanístico; intentando realizar una síntesis en donde el personal de enfermería, debiera tomar elementos de los tres, para definir un estilo propio de desempeño profesional obstétrico.

Un capítulo de suma importancia de esta tesina, es el enfocado a la reconstrucción del tejido social entorno a la maternidad; su enfoque es particularmente antropológico-filosófico, y en él que se analiza la experiencia, no el proceso, de dar a luz en la vida de la mujer. Se hace referencia además, al dolor de trabajo de parto, como una experiencia de limpieza espiritual y transformadora del pensamiento. Se analiza también, la actitud de la mujer ante su propio proceso de parir y por ende de su preparación para la relación madre e hijo, en donde habiendo sido uno, empiezan a ser dos.

Posteriormente, se destaca en el último capítulo, la importancia de la presencia del acompañante: partera, enfermera, esposo, o alguien cercano de la familia que le permitan a la parturienta ser ella misma. Además, se presenta la evidencia científica que muestra los beneficios que ésta práctica tiene sobre el bienestar de la madre y su hijo.

En un apartado complementario, se incorporan los métodos, técnica y recursos para el acompañamiento, dentro de los cuales destacan: los rituales espontáneos, la respiración, la relajación, visualización, cambios de posición, contando físico, etcétera; los cuales pueden ser empleados durante el parto y las etapas de dilación (latente, activa y de transición), expulsivo y alumbramiento.

Finalmente se plantean las conclusiones derivadas del análisis de los contenidos, que reflejan la posición teórica, epistemológica y humanística ante los mismos.

OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

OBJETIVO GENERAL

Describir las implicaciones clínicas y psicosociales del acompañamiento durante el trabajo de parto y ofrecer a las enfermeras una herramienta que les permita fortalecer las habilidades clínicas terapéuticas para acompañar a la mujer en Trabajo de Parto. Como consecuencia, humanizar la atención del parto Institucional haciendo del acompañamiento una opción para toda mujer en trabajo de parto con la expectativa de un nacimiento exitoso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir una base conceptual acerca del proceso de parir y nacer implicando no solo a la madre sino también a los padres, la familia y la sociedad en general.
- Coadyuvar en la capacitación del personal de enfermería para recuperar el rol que ancestralmente ha desempeñado: educar y acompañar a la mujer en su proceso reproductivo.
- Identificar los métodos y recursos a utilizar en el proceso de acompañamiento: relajación, respiración, aplicación de calor y frío, acupresión, masaje, etcétera.
- Consolidar la posibilidad de crear ambientes o climas y entornos terapéuticos en los que quienes acompañan y atienden el parto se sepan privilegiados de asistir a un evento biológico, pero también espiritual.

JUSTIFICACIÓN

El nacimiento humano es el hecho más milagroso, transformador y misterioso de nuestra vida. También es una experiencia compartida por cada miembro de la raza humana ya que la experiencia del nacimiento se imprime de forma indeleble en la vida, tanto de los padres que dan a luz, como del bebe que acaba de nacer.

Cuando un niño nace, el universo entero tiene que cambiar y hacer lugar. Otra entidad capaz de libre albedrío, y por tanto, capaz de ser Dios, ha nacido (Gaskin, 2007, p. 13)¹

En diferentes culturas, el nacimiento de un bebe está fuertemente influido por las tradiciones, mitos y costumbres; desafortunadamente, con el paso del tiempo, se fueron olvidando y con ellos, la sabiduría ancestral, trasladando a las parturientas a los Hospitales, convirtiéndolas en “enfermas”, separándolas de su ambiente, de su familia, arrebatándoles el protagonismo de su propio acontecimiento...fue entonces, cuando las mujeres se encontraron dando a luz *solas*, lejos del apoyo de otras mujeres, de la familia y la comunidad, iniciando así una nueva etapa en la Historia de la Humanidad: “La Industrialización del Nacimiento”

Cuando las mujeres van a dar a luz a un Hospital, tienen la ventaja de contar con atención médica, pero lo que pierden es el apoyo de otras mujeres de su familia que normalmente estarían con ella durante todo el trabajo de parto cuidándolas y apoyándolas.

Desafortunadamente, en muchos de nuestros Hospitales, para muchas mujeres, el trabajo de parto es un momento de temor, dolor y soledad; abandonadas emocionalmente e incluso sometidas a violencia física y emocional.

¹ Gaskin, I. (2007). *Partería espiritual, la naturaleza del nacimiento; entre el amor y la ciencia* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Mujer Sabia Editoras.

Este abandono de las mujeres en el proceso de parir, se debe en gran medida a la escasez de personal, a la sobrepoblación de los hospitales, las restricciones económicas y una pesada burocracia, lo que resulta en una forma de atención que no es la ideal y como consecuencia, partos y nacimientos en donde la mujer tiene poco o nada de apoyo.

Desgraciadamente, en nuestros ocupados hospitales, es un desafío que las mujeres puedan contar con un acompañante para el trabajo de parto, la falta de privacidad y el espacio reducido, son los principales impedimentos. Sin embargo, es posible implementar diferentes opciones para lograr que todas las mujeres puedan recibir el apoyo que requieren en éste proceso.

Considerando que el concepto del apoyo durante el trabajo de parto no es solo una idea de moda, sino que ha sido investigada ampliamente a nivel internacional; el presente trabajo, exponen en primer lugar, las repercusiones biopsicosociales que la practica obstétrica actual, tiene en la salud del la madre que pare y del niño que nace, posteriormente se plantea la posibilidad de una reconstrucción social en torno a la experiencia del parto y el nacimiento, proponiendo la posibilidad rescatar las prácticas del acompañamiento a la mujer en trabajo de parto, a través de la figura de la enfermera.

La enfermería como disciplina, se distingue por su carácter holístico-integral, ya que las enfermeras, a diferencia de otros prestadores de servicios de salud, están relacionadas con el individuo como una persona total, completa e integral y no como un grupo de partes y procesos (Kozier, 1989)².

Es por eso que, todas las áreas en que se desarrollan los profesionales de enfermería, tienen como eje regulador, el establecimiento de relaciones personales favorables, sustentadas en la comprensión y respeto por el otro, concibiendo al individuo como una unidad integral BIPSICOSOCIAL.

2 Kozier, E., Bufalino (1989). *Fundamentos de enfermería*. México: Interamericana. Cáp. 13

Desafortunadamente, existen muchos profesionales de enfermería, que han olvidado la razón fundamental del cuidado como un “acto de vida” (Collière, 1993, p.233)³, tal es el caso de las enfermeras obstétricas quienes conciente o inconcientemente han seguido el rumbo de la industrialización del nacimiento.

Casi sin darnos cuenta, nos hemos olvidado de la persona como ser *bipsicosocial* y centramos nuestra atención únicamente en el aspecto biológico; es entonces cuando el cuidado pierde su fundamento y deja de ser *integral y holístico*; es decir, que deja de ser brindado con calidad científica y con calidez humana.

La situación actual de abandono y maltrato que las mujeres viven en las salas de labor, debe ser cambiada, debido a que ésta práctica trae consigo implicaciones clínicas y psicosociales tanto en la madre que da a luz, como en su hijo recién nacido.

Siendo determinantes del progreso y la seguridad del parto, la OMS otorga especial importancia a los aspectos emocionales y psicológicos del mismo, recomendando que:

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser integral y tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico
2. Tener en cuenta la toma de decisiones de la mujer
3. Respetar la privacidad, la dignidad y la confianza de las mujeres
4. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.

3 Collière, M (1993). *"Promover la vida"* (1ª ed.). Interamericana Mc Graw-Hill., pg. 233.

5. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.

Por lo anterior, podemos considerar que un factor determinante en la evolución saludable del proceso reproductivo, es el apoyo que la madre recibe durante el proceso de nacimiento.

Es entonces cuando hablamos de “La Enfermera como acompañante en el parto”, para lo cual es importante que toda enfermera conozca la importancia del acompañamiento e integre estos conceptos a su práctica profesional.

El acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, es una habilidad indispensable que todas las enfermeras debemos poseer, ya que el apoyo y la ayuda que la enfermera puede ofrecer a las mujeres que paren, son actos que en definitiva, transformarán la experiencia de ambas, además de que tendrán una repercusión directa con el bienestar de la madre y el recién nacido.

Solo de ésta manera, podremos procurar la existencia de nuevas generaciones de individuos sanos, que contribuyan al desarrollo de nuestra sociedad.

1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO

1.1.1. La partera, su origen y función.

El nacimiento es el acto de mayor milagro de la naturaleza. Y ha sido así desde tiempos memorables, solas o acompañadas, las mujeres han parido y los niños han nacido a lo largo de la historia.

Existen diversas explicaciones acerca del origen de la partera, a pesar de que la mayoría de las investigaciones rebelan que en los primeros tiempos, las parturientas solo eran ayudadas por mujeres de la familia o amigas, y eventualmente por patronas o comadronas; Towler y Bramall⁴ establecen la posibilidad de que durante el Paleolítico, dado que se formaron unidades de hombres y mujeres para hacer más efectivos los equipos de caza, es concebible que el hombre permaneciera con su esposa y quizá la asistiera durante el parto y que fue hasta después de establecerse y organizarse, que las mujeres empezaron a solicitar la ayuda de otras mujeres, por lo general las más experimentadas, para que las asistieran durante el parto.

Además, señala que los hombres primitivos practicaron la *covada*, (identificación del hombre con su pareja embarazada) en la que el hombre se retuerce con ostensible dolor y gimotea mientras la mujer está de parto, y luego toma el puesto de la madre yacente, como si hubiera sido él, el que ha dado a luz (Vascos en Europa).

Por otra parte, Michel Odent⁵ establece su teoría acerca del origen de la partera y explica que:

La noción del asistente es probablemente más reciente de lo que se cree habitualmente, ya que sociedades pre-agricultoras, sugieren que hubo una fase de la historia de la humanidad, en la cual las mujeres solían aislarse para traer al

4 Towler, J., Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona, España: Masson. p. 3

5 Odent, M. (2002). *El granjero y el obstetra* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Creavida. p. 29.

mundo a sus bebés, constituyendo la privacidad, una necesidad básica para las mujeres que daban a luz; sin embargo, debido al desarrollo evolutivo de neocortex, que tiende a inhibir la actividad de las estructuras cerebrales primitivas, es probable que una joven mujer en un matorral, llamara a su mamá en el último momento de su parto. Éste es el origen de la partera. La partera es originariamente una figura materna.

De la misma manera, Raquel Schallman⁶, considera la partería como “un asunto de mujeres” y afirma que en el comienzo de la humanidad, las hembras humanas, al igual que el resto de los mamíferos, parían solas porque prácticamente no tenían contacto con otras, no había socialización. Cuando empezaron a haber rasgos de comunicación, algunas que ya habían atravesado la experiencia de parir, empezaron a acompañar a las demás.

Existen pruebas que muestran, cómo en varias civilizaciones, las mujeres parían junto con otras mujeres. Estas “acompañantes” que contaban sólo con el saber de su propia experiencia, de la observación y de su coraje; no recibieron el nombre de parteras sino hasta muchos siglos después.

Por otra parte, sabemos que entre la cultura azteca, la mujer embarazada quedaba bajo la protección de los dioses de la generación y la salud y que recibía durante el periodo de gestación, los cuidados y atenciones de parte de la Tizitl (partera); ésta se iba a vivir a casa de la embarazada y su atención no solo se limitaba a atender el parto, sino que la sometía a todo un proceso educativo de tipo tutelar. Además, la partera tenía influencia definitiva en la pareja, en cuanto costumbres, vestimenta, hábitos morales, prácticas sexuales, alimentación, e higiene personal., preparaban a la mujer emocional e intelectualmente mediante

⁶ Schallman, R. (2004). *Parir en libertad*, en busca del poder perdido (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: el autor. p. 113

una educación muy bien planeada para el control del embarazo y su participación en el parto⁷.

Las matronas o parteras empíricas, consideraban que ellas tenían el don para atender a una mujer durante el embarazo y parto, y que no todas las mujeres poseen ese don.

Los valores espirituales tradicionales de nuestros ancestros indígenas, destacan la importancia de las relaciones entre los seres humanos y la naturaleza, entre lo físico y lo espiritual y entre lo racional y lo intuitivo, entre las generaciones pasadas y presentes; pero al parecer estamos descuidando esa parte de nuestra identidad⁸.

Podemos definir las comadronas, parteras, matronas, cada cultura les dio un nombre diferente. Lo importante es que existieron desde que una mujer parió acompañada. Las pioneras de cada grupo fueron las que tenían más experiencia, debiendo contar para desempeñar esa importante labor, con dos condiciones fundamentales: ser mujeres fuertes físicamente y ser valientes.

A medida que pasó el tiempo, ocuparon un lugar más importante. Eran las que tenían el conocimiento de la vida, pero también de la muerte. Sabían cómo se gestaba un embarazo, cómo controlar su evolución y qué podía pasar en un parto.

Éste vínculo ancestral con la vida y la muerte, tiene que ver con que en la antigüedad, no se disponía de los recursos para manejar las patologías del embarazo y del parto, con los que hoy contamos.

También era una época de familias numerosas, donde las mujeres estaban habituadas a que alguno de los hijos, o varios, murieran en el parto o en los

7 Ehrenreich, B.; English D. (1989). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. (2ª ed.). Barcelona, España: La Sal, Ediciones de Les Dones. p. 15

8 Fuerbringer (2000). *De matronas a parteras y enfermeras* (1ª ed.). México: Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería del Estado de México, Morelos, Tlaxcala, Puebla e Hidalgo. p.3

primeros años de vida. No existía el tabú con la muerte y la enfermedad que tenemos en las sociedades actuales, éstas eran parte de lo cotidiano.

Cuando la sociedad se estructuró en tribus, las comadronas eran, como dijimos, las mujeres con mayor experiencia dentro del grupo. Pero a veces el parto se complicaba, y aparecía la posibilidad de la muerte del bebé, de la madre o de ambos, entonces la tribu convocaba al brujo⁹. Su función era conjurar los daños. Cuando las parteras lo llamaban era porque no quedaba ya casi nada por hacer. Es decir que históricamente han existido roles de género diferenciados para la salud y la patología en lo que se refiere a los partos.

Surge entonces ésta división por la cual los hombres se ocupaban de la enfermedad y las mujeres de la salud.

Desafortunadamente, la función histórica de las parteras está hoy despedazada. Hablo de despedazamiento porque el rol de acompañar el proceso de la vida reproductiva de la mujer desde que se embaraza, pero particularmente alrededor del parto, está dividido entre muchos especialistas: obstetras, anesthesiólogo, neonatólogo y enfermeras¹⁰. Y aun en medio de tantas personas, la mujer que pare, generalmente se encuentra prácticamente *sola* en ausencia del apoyo y compañía de su familia.

9 García, M. (1989). *De partos y parteras, breve historia*. Buenos Aires, Argentina: El Autor. p. 36

10 Schallman, (2004) op cit., p. 115.

2. EL NACIMIENTO HOY

2.1.1. La Industrialización del Nacimiento

Ya hemos mencionado la relación que las parteras tenían con la vida y la muerte; pues en consecuencia de una mala interpretación de éste vínculo, inicia la “*Industrialización del Nacimiento*”, con la lucha por anular, descalificar y tratar de desaparecer la sabiduría ancestral de éstas mujeres.

En consecuencia, muchas comadronas fueron quemadas en la hoguera durante la edad media: eran las “brujas” que manejaban ambos saberes y semejante poder. Ehrenreich¹¹ señala que, “la mayor parte de estas mujeres condenadas como brujas, eran simplemente sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina y su represión marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina [...] En efecto, las brujas representaban una amenaza política, religiosa y sexual para la Iglesia y el Estado.

[...] Entre las acusaciones más comunes se encuentran:

- Crímenes sexuales en contra de los hombres
- Poseer una sexualidad femenina
- Estar organizadas
- Tener poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar.
- De poseer conocimientos médicos y ginecológicos.

[...] Las mujeres sabias, o brujas, poseían multitud de remedios experimentados durante años de uso; muchos de los cuales continúan utilizándose en la farmacología moderna.

11 Ehrenreich, (1989) op cit., p. 32

Con el paso del tiempo, fueron poco a poco separadas de su oficio por la profesionalización de la medicina en el siglo XIII. Se vetó el acceso de las mujeres a las universidades y el paso siguiente fue la prohibición del ejercicio del arte de curar a quien no tuviera formación académica. Los médicos varones lograron un total monopolio entre las clases altas, a excepción del área obstétrica.

Durante tres siglos más, la atención de los partos, incluso entre la nobleza, seguiría en manos de las sanadoras- comadronas. Sin embargo, los médicos y el Estado iniciaron una campaña de descrédito tan fuerte y masiva contra ellas, que finalmente en el siglo XVIII accedieron al último bastión hasta entonces inexpugnable: *la obstetricia*.

A medida que pasaban los años, y se consolidaba el poder médico, se las fue arrinconando, acusándolas socialmente de sucias y brujas; y se decía que al no contar con conocimientos académicos ni científicos, ponían en riesgo la salud de las mujeres.

Una vez en manos de los barberos/cirujanos, la práctica de la obstetricia entre las clases medias, perdió rápidamente su carácter de servicio entre vecinas para convertirse en una actividad lucrativa, de la que finalmente, se apropiaron los médicos propiamente dicho en el siglo XVIII¹².

En un principio, la mayor parte de los temas relacionados con ellas, escapaban al control de los facultativos; descubrieron que las parteras no solo se ocupaban de acompañar el proceso de gestación y nacimiento, sino que también aconsejaba sobre salud reproductiva.

Poco a poco, se puso en marcha desde los gobiernos y el poder médico, un proceso de desplazamiento monumental del rol de las parteras. Mediante leyes fueron obligadas a trabajar dentro de los hospitales y así lograron que junto con ellas se acercaran las mujeres a las que atendían.

12 Schallman, (2004) op cit., p. 125

En México, la partería profesional nació en 1833, con la que se intentaría, dentro del sistema de salud formal, anular su rol histórico, y a la vez desplazar a las tradicionales, fundamentales en un país básicamente rural.

A comienzos de los años 20 del siglo pasado, el gobierno dictaminó que debían estar en los hospitales, haciéndose cargo de las embarazadas, la atención de los partos y el cuidado de los recién nacidos. Pero fundamentalmente, esta estrategia contribuyó para que las mujeres aceptaran también ir a dar a luz allí, porque estaban las parteras de su confianza. Pero poco a poco, se fue institucionalizando el dar a luz con los médicos exclusivamente, excluyendo a las comadronas del equipo profesional. Esa es la situación actual: no las hay en las instituciones públicas. Los médicos consiguieron que ellas aceptaran que lo patológico no era de su incumbencia. Y con esa excusa, eludieron tomar en cuenta que el 85% de los nacimientos transcurren sin complicaciones.

En cuanto las tradicionales, la Ley General de Salud en México estipula que pueden atender partos de bajo riesgo en su comunidad siempre y cuando sean “capacitadas” y estén supervisadas por el gobierno.

Una vez eliminadas las parteras del sistema de salud, la industrialización del nacimiento avanza a pasos agigantados durante el siglo XX, Michel Odent¹³, lo compara con la Industrialización de la agricultura y la ganadería, ya que ambos fenómenos ocurrieron simultáneamente durante éste siglo.

El advenimiento de poderosos insecticidas sintéticos, redujo los costos y aumentó la producción agrícola de un día para otro.

Del mismo modo, el proceso del nacimiento se trasladó a los Hospitales, mediante la creación de salas de obstetricia cerca de las salas de operaciones y de equipos médicos especializados, para que todas las mujeres pudieran dar a luz de un modo “seguro”.

13 Odent, (2002) op cit.

Poco después del entusiasmo inicial, grupos de escépticos expresaron sus dudas, con respecto a las consecuencias negativas a largo plazo, del uso masivo de prácticas y actitudes que fueron largamente probadas.

Una serie de catástrofes, como la vaca loca y la aftosa, indujeron a una toma de conciencia colectiva.

“La Historia del nacimiento no ha alcanzado aún ésta etapa. ¿Qué catástrofes estamos esperando?”¹⁴

Es como si el dominio de la naturaleza, que constituyó la base de nuestras civilizaciones por muchos milenios, hubiera alcanzando un nuevo orden de crecimiento. Se ha franqueado un umbral.

Desde tiempos muy remotos, las sociedades humanas tuvieron razones para interferir en la fisiología del parto. Los instrumentos más rudimentarios fueron las creencias y los rituales.

Posteriormente, la llegada del asistente indujo a un círculo vicioso. El asistente interfiere con la necesidad de privacidad, lo cual dificulta el parto, y por ende se necesita más ayuda. La tendencia casi universal de negar la necesidad “mamífera” de privacidad, condujo a la socialización del nacimiento.

La utilización de fórceps y la introducción del médico a la sala del parto, fueron etapas determinantes de la historia del nacimiento.

A comienzos de 1900, el rápido desarrollo del parto industrializado se hizo perceptible. El estatus y el rol de las parteras disminuían rápidamente. La palabra partera estaba asociada a los inmigrantes ignorantes e iletrados.

Sin duda, un claro ejemplo de la medicalización del parto, se refleja en las ideas expuestas por el profesor de obstetricia americano Joseph De Lee quien en sus discursos recomendaba el uso “profiláctico” de fórceps y sostenía que “*el parto es*

14 *Ibidem*

un proceso patológico"; además recomendaba la episiotomía para todos los nacimientos. La *"paciente"* debía recibir medicamentos sedantes y se debía utilizar el éter en el momento en que el feto entrara en el canal de parto. Es así como desde los años 30', la práctica de la "obstétrica profiláctica se convirtió en norma"¹⁵.

Para la misma época, comenzó a estudiarse en Alemania, el suministro de una mezcla de morfina y escopolamina conocido como el "twilight sleep" la idea del parto rápido y sin dolor, atrajo a las mujeres hacia el hospital, sin embargo el nuevo método las volvió pasivas, lo cual favoreció la práctica y desarrollo de otras técnicas, y como consecuencia los nacimientos se volvieron más impersonales. Al saber que mujeres bajo escopolamina no se acordarían de nada, los miembros del equipo médico ignoraban a las pacientes.

Y es a mediados del siglo XX cuando la industrialización del nacimiento entra en una nueva etapa, (luego de una serie de avances técnicos y tecnológicos) ya que durante los años 50' la cesárea denominada "segmentaría", comenzó a remplazar progresivamente la cesárea clásica. El desarrollo de esta nueva técnica quirúrgica asociada con el advenimiento post-guerra de nuevos métodos de anestesia, la organización de la transfusión sanguínea, el uso de tubos plásticos para canalización y el uso de antibióticos, transformaron a la cesárea en una intervención confiable. Los nacimientos se concentraron cada día más en los hospitales. Parecía evidente que la mejor forma de aprovechar los últimos progresos médicos, era dar a luz cerca de una sala de operaciones, es decir, en un hospital con equipamiento quirúrgico.

En el curso de los años 70' cuando el nacimiento en el hospital se había convertido en la norma, el monitoreo electrónico fetal hizo su entrada en la sala de partos. Las mujeres daban a luz en un entorno electrónico.

Al final del siglo 20' en plena era electrónica, la historia del nacimiento industrializado atravesó una nueva época. Se desarrolló la anestesia peridural. Y

¹⁵ *Ibidem* p. 31

fue hasta los años 90' que técnicas mas sofisticas de anestesia ambulatoria fueron evaluadas.

La concentración en grandes hospitales, no es la única característica de la industrialización del nacimiento. Existe una tendencia hacia la estandarización. Las palabras "rutina" y "protocolo" son clave para la obstetricia moderna. Es frecuente atribuir el calificativo de "normal" a todo nacimiento por vía vaginal, aun si hubo suministro de oxitocina, peridural, fórceps, ventosa, episiotomía o inyección de algún medicamento para facilitar el alumbramiento de la placenta.

La aplicación de los conocimientos trae aparejados nuevos efectos colaterales que más de una vez son más perniciosos que los beneficios. No se trata de renegar de ellos si no de luchar contra la omnipotencia en el manejo de los mismos y acercarnos con mayor humildad y respecto a las leyes permanentes de la sabia naturaleza.

En la era del nacimiento industrializado. La madre no hace nada. Es una "paciente"¹⁶.

Hasta ahora las catástrofes han sido los factores más efectivos para la toma de conciencia. En el contexto científico actual, estamos en condiciones de pronosticar qué clase de desastres traerán a la luz los peligros del nacimiento industrializados.

Michel Odent¹⁷ los resume como una "*Alteración de la capacidad de amar*"; ésta es una buena expresión para enlazar los eslabones entre enfermedades y comportamientos. Aun más cuando los investigadores encuentran estos factores de riesgos en el periodo cercano al nacimiento, siempre están ligados a algún importante problema específico de nuestra época.

La criminalidad en los jóvenes es indudablemente un ejemplo. Puede considerarse como una "alteración de la capacidad de amar a los demás". No es sorprendente

16 *Ibidem*

17 *Ibidem* p. 56

que de acuerdo con un estudio de Adrián Raine¹⁸, realizado sobre mas de 40,000 personas de sexo masculino nacidos en el mismo hospital de Copenhagen, las complicaciones en el nacimiento se encuentran entre uno de los factores de riesgo para convertirse en un criminal violento a los 18 años.

Las alteraciones de las capacidades de amarse a uno mismo tienen numerosas diferentes maneras de expresarse. La forma más típica del comportamiento autodestructivo, es el suicidio; aunque existen otras formas más sutiles como las toxicomanías (en aquellos cuyas madres habían usado calmantes cuando dieron a luz)¹⁹.

Entender las implicaciones de la industrialización del nacimiento, nos dan nuevas razones para mejorar nuestra comprensión de los factores que pueden hacer que el parto sea tan fácil como sea posible. Entre otras cosas, nos incita a redescubrir las necesidades básicas de la mujer en trabajo de parto.

2.1.2. Clínica del Trabajo de parto

A continuación, se hará una revisión de la fisiología normal del parto; con el fin de comprender, cuáles son los factores que lo favorecen.

Cuando una mujer inicia trabajo de parto, todo su cuerpo; que ya se ha venido preparando para el acontecimiento, funciona rítmica y sincronizadamente para dar paso a cada una de las etapas que permitirán el nacimiento de su hijo.

Se desconoce con precisión cuál es el factor que desencadena el trabajo de parto, lo que nos hace pensar, que no puede atribuirse a una causa simple, sino a varios factores, incluyendo cambios maternos a nivel uterino, cervical e hipofisiario.

Es probable que las hormonas producidas por el hipotálamo, la hipófisis y la corteza suprarrenal del feto, contribuyan a desencadenar el parto.

18 Citado por: Odent, (2002) op cit., p. 56

19 Odent, (2002) op cit., p. 56

La distensión uterina progresiva, el aumento de la presión intrauterina y el envejecimiento placentario, parecen asociarse con un aumento de la irritabilidad del miometrio. Esto es resultado del aumento de los niveles de estrógenos y prostaglandinas, así como a la disminución de los niveles de progesterona.

Los efectos mutuamente coordinados de estos factores redundan en el desencadenamiento del trabajo de parto.

Parto: del latín “partus”, se define como el proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales; se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo mayor de 20 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500 g.

Por otra parte, se denomina eutocia (que proviene de “eu” –bueno- y del griego “tokos” –parto-), al parto normal, con un feto en presentación cefálica que culmina sin necesidad de utilización de maniobras especiales. Es cuando los factores que intervienen en el mecanismo del trabajo de parto interactúan en una forma adecuada.

En primer lugar, hemos de entender, que para que el parto se lleve a cabo de forma natural y espontánea, es necesario permitir que el cuerpo de la madre, desencadene su propia “cascada de hormonas”²⁰ (ver tabla 1):

Tabla 1. Hormonas del parto

HORMONA	FUNCIÓN
Prostaglandinas	Reblandecer el cervix
Oxitocina	Contractilidad uterina
Endorfinas	Analgesia
Catecolaminas	Energía
Relaxina	Relaja músculo y articulaciones
Prolactina	Favorece el contacto piel a piel

Fuente: Elaborado por la autora, con base en: Trueba, G. (Octubre 2007). Conferencia:

Estos agentes hormonales, se originan en estructuras primitivas del cerebro: el hipotálamo y la hipófisis. Hoy estamos en condiciones de comprender que cuando hay inhibiciones -durante el parto o durante cualquier otra experiencia sexual- éstas se originan en el neocortex y que las hormonas del estrés inhiben las hormonas del parto. Por lo que el medio ambiente, juega un papel primordial en la evolución del mismo.

En segundo lugar, consideremos los siguientes, como factores que tienen relación directa con el curso clínico del trabajo de parto²¹:

1. *Pasadizo* (canal de parto). Está compuesto por la pelvis materna y por los tejidos blandos del cervix, el piso pélvico, la vagina y el introito vaginal.
2. *Pasajero* (feto y placenta). La forma en que éste pasa a través del canal de parto, está determinado por la interacción de varios factores como son: tamaño de la cabeza, presentación, situación, la actitud y la posición fetales.
3. *Podere*s (contracciones).
4. *Posición de la madre*. La posición materna afecta a las adaptaciones anatómicas y fisiológicas del parto.
5. *Psicología de la respuesta materna*.
6. *Proveedores de salud*²².
7. *Personas presentes*.
8. *Políticas y procedimientos*.

21 Leonard, D. (1997). *Factores y procesos esenciales del parto*. En Lowdermilk, D., Perry, S., Bobak, I. (Eds.), *Enfermería Materno Infantil*. Madrid: Océano. p. 293-311

22 Trueba, G. (Octubre, 2007). Conferencia: *Psicoprofilaxis perinatal*. ENEO-UNAM-CIMIGeN

Si estas condiciones se presentan de manera favorable, el cuerpo de la mujer, en unión con el cuerpo de su hijo; trabajará con su propia naturaleza desencadenando, en primer lugar, los signos característicos que preceden al trabajo de parto:

- **Descenso:** el útero desciende y se “inclina” hacia delante alrededor de dos semanas antes del término. Una vez que éste se presenta, la mujer puede respirar con mayor facilidad.
- **Dolor lumbar:** como resultado de la relajación de las articulaciones de la pelvis y de la presión que ejerce la cabeza fetal al descender.
- **Aumento de energía**
- **Expulsión del tapón mucoso**
- **Maduración cervical**
- **Ruptura de membranas** (puede o no existir)

A continuación, el cuerpo de la madre, pone en marcha los diferentes mecanismos que permitirán el nacimiento del bebé:

- **Fisiología de la contractilidad uterina**²³

El útero es una estructura muscular lisa, capaz de contraerse y ejercer suficiente presión en su interior como para expulsar al exterior su contenido.

En el estudio de la fisiología de la contractilidad del útero, hay que apreciar el tono, la intensidad, la frecuencia, y la duración.

En las dos últimas semanas del embarazo, las contracciones provocan maduración cervical.

23 Curso de Actualización en psicoprofilaxis perinatal (Agosto del 2000). “Acompañamiento durante el Trabajo de Parto” UNAM-ENEO-CIMIGeN

La onda contráctil del útero, presenta durante el trabajo de parto algunas características que la diferencian de la onda contráctil del embarazo y que le permiten producir modificaciones cervicales, tales como el borramiento y la dilatación.

El cambio mas importante es la adquisición del *triple gradiente descendente*, fenómeno mediante el cual, la actividad de las parte altas del útero es mayor y tiene dominancia sobre las partes bajas.

La onda contráctil se origina a la altura del cuerno derecho o izquierdo del útero, se propaga hacia el otro cuerno y posteriormente baja hasta abarcar la totalidad del órgano. Este es el primer componente del triple gradiente, el *gradiente descendente de propagación*.

Todas las ondas originadas desde arriba hacia abajo, llegan a su punto máximo o acmé al mismo tiempo, pero como tuvieron distintos orígenes en tiempo, se deduce que la duración de la fase de contracción es mayor en el fondo que en las zonas inferiores del útero. Esto constituye la segunda fase del triple gradiente, el *gradiente descendente de duración*.

Finalmente, la intensidad de las contracciones en las partes más altas del útero es mayor que en las partes inferiores, constituyendo la tercera fase del triple gradiente, el gradiente de intensidad.

La dilatación cervical se va consiguiendo, mediante dos mecanismos regidos por las contracciones uterinas; **la tracción longitudinal**, ejercida por el cuerpo uterino que se contrae en su parte mas alta, se acorta y tracciona a las fibras musculares de las partes bajas, que se comportan como un cuerpo elástico y se dejan estirar. Cuando todo el útero alcanza el máximo de contracción, ejerce las máximas fuerzas de tracción y dilata lenta y progresivamente el cuello uterino.

El segundo mecanismo el de presión **excéntrica**, se debe a la presión que ejerce sobre el cuello uterino, el líquido amniótico o la presentación, durante cada contracción uterina.

Es importante señalar, que una alta producción de adrenalina, tiende a disminuir la producción de hormonas relacionadas con la contractilidad del útero, como la oxitocina.

Pero el cuerpo de la madre, ha de establecer un ritmo y una sincronía, no solo con su propia fisiología, sino con la del bebé; que de la misma forma, innata e instintivamente, emplea todos sus mecanismos para nacer al mundo.

- **Mecanismo de trabajo de parto**²⁴

El mecanismo del trabajo de parto, es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal del parto. Las etapas de que consta este mecanismo, en una presentación cefálica de vértice, son las siguientes:

1. Encajamiento.
 - a. Flexión.
 - b. Orientación.
 - c. Asinclitismo.
2. Descenso.
 - a. Rotación interna.
3. Expulsión o desprendimiento.
 - a. Extensión.
 - b. Restitución.
 - c. Rotación externa.
 - d. Expulsión de los hombros.

24 Williams. (2006). *Obstetricia de Williams* (22ª ed.). México, DF.: Mc Graw Hill /Interamericana. p. 220-239

Encajamiento

Es el proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del feto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavación pélvica. Para que ocurra el encajamiento, se requiere flexión, orientación y asinclitismo. Este fenómeno puede ocurrir durante las últimas semanas de la gestación o presentarse ya una vez establecido el trabajo de parto.

Flexión

Para que el feto descienda en la excavación pélvica necesita flexionar el polo cefálico, para ofrecer sus diámetros menores; esto ocurre cuando la cabeza fetal encuentra una resistencia, dada por las paredes de la pelvis. Es por este mecanismo que el mentón del feto es comprimido contra su tórax y el diámetro occipitofrontal es sustituido por el diámetro suboccipitobregmático.

Orientación

En el estrecho superior de la pelvis, la cabeza fetal tiende a orientar su diámetro mayor (occipito-frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis, por lo general, los oblicuos.

Asinclitismo

Aunque la cabeza fetal tiende a acoplarse con el eje transversal de la entrada pélvica, la sutura sagital a menudo esta deflexionada hacia el promontorio o hacia la sínfisis del pubis, lo que determina un asinclitismo posterior o anterior; que es necesario para que la cabeza fetal pueda atravesar el estrecho superior de la pelvis.

Descenso

Este movimiento se debe a diferentes fuerzas como son: la presión ejercida por el líquido amniótico, la presión ocasionada por la dinámica uterina sobre el feto, la

contracción que ejercen los músculos abdominales maternos y por último la extensión y alineamiento del cuerpo fetal.

Rotación interna

Es el giro que realiza la cabeza fetal, de suerte que el occipucio se mueva de manera gradual hacia la sínfisis del pubis, o menos a menudo en dirección posterior.

Este giro es de 45° en las variedades anteriores, de 90° en las transversas y de 135° en las posteriores.

Expulsión o desprendimiento

Se trata de la salida del feto, para lo cual se necesitan los siguientes movimientos:

Extensión

Se lleva a acabo cuando la base del occipucio, hace contacto con el borde inferior de la sínfisis del pubis, haciendo una “palanca” que permite el nacimiento de la cabeza siguiendo la curva de Carus, haciendo aparecer de modo gradual el occipucio, bregma, frente, nariz, boca y mentón.

Restitución

Es el movimiento que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior, y de esta manera puede guardar su relación anatómica con los hombros. Este movimiento es inverso al que realizó durante la rotación interna.

Rotación externa

Rotación de la cabeza hasta la variedad de posición transversa, movimiento que corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro antero posterior del plano de salida de la pelvis y de esta manera, facilitar la salida de los hombros.

Expulsión de los hombros.

Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual permite que con facilidad el hombro posterior se deslice por la concavidad sacra. En primer lugar se libera el hombro anterior después el posterior, seguido del deslizamiento del resto del cuerpo.

- **Etapas del Trabajo de parto:**

Friedman creó el concepto de tres divisiones funcionales del trabajo de parto para describir los objetivos fisiológicos de cada una:

1. DILATACIÓN

Que a su vez se divide, en dos fases:

- Fase latente o preparatoria: hasta el establecimiento de contracciones regulares y/o 3-5 cm. de dilatación.
- Fase Activa: a partir del establecimiento de contracciones regulares y hasta antes de la expulsión.

2. EXPULSIÓN

Se inicia cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto.

3. ALUMBRAMIENTO

Se denomina alumbramiento a la expulsión de la placenta y de las membranas corioamnióticas. Es el periodo más corto del trabajo de parto.

Lo anterior, constituye la fisiología normal del parto, la cual por lo regular, se lleva a cabo de manera espontánea y natural, sin embargo, en la era de la Industrialización del nacimiento, el intervencionismo se ha convertido en la regla.

A continuación, se describe la forma de atención obstétrica *habitual*, según las recomendaciones expuestas en el libro “*Obstetricia de Williams*” (2006):

Cuando una paciente desencadena trabajo de parto, es primordial realizar un examen físico general completo, y una vez que corroboramos que todo es normal, se debe proceder a vigilar la evolución del trabajo de parto, al feto y a la madre; registrando en forma escrita todos los hallazgos en un partograma (recomendado por la OMS):

Tabla 2.- Intervenciones durante la Fase Activa de Trabajo de Parto

INTERVENCIÓN	RECOMENDACIONES
<i>Vigilancia del bienestar fetal</i>	La American Academy of Pediatrics y el American Collaje of Obstetricians and Gynecologists (2002), recomiendan que durante el primer periodo de trabajo del parto se revise la frecuencia cardiaca fetal inmediatamente después de una contracción al menos cada 30 min. y después cada 15 min. durante el segundo periodo.
<i>Monitorización de la actividad uterina</i>	Deberá ser valorada por medios electrónicos o por palpación.
<i>Signos vitales maternos</i>	Se valoran cada 4 horas. Si se han roto las membranas fetales o si hay aumento de la temperatura, esta se determina de manera horaria.
<i>Exploraciones vaginales</i>	Cada 2 a 3 horas para precisar el avance del trabajo de parto
<i>Alimentos por vía oral</i>	Deben evitarse durante la fase activa del trabajo de parto y el parto, ya que el vaciamiento gástrico es más prolongado una vez que éste se establece y se administra analgesia.

<i>Solución intravenosa</i>	Únicamente si se administra analgesia y durante el puerperio inmediato.
<i>Posición materna durante el trabajo de parto</i>	No es necesario confinar a la cama a las mujeres en etapa temprana del trabajo de parto normal.
<i>Analgesia</i>	Debe depender de los deseos y necesidades de la mujer.
<i>Amniotomía</i>	Los supuestos beneficios, son el trabajo de parto más rápido, y la detención más temprana de la tinsión meconial y la oportunidad de aplicar un electrodo al feto o insertar un catéter de presión en la cavidad uterina. Aunque no esta justificado durante el trabajo de parto normal.
<i>Vaciamiento vesical</i>	La distensión vesical puede obstaculizar el descenso de la presentación. Si la paciente no puede orinar, esta indicado el sondeo.

Adaptado de: Williams. (2006). *Obstetricia de Williams (22ª ed.)*. México, DF.: Mc Graw Hill /Interamericana.

Tabla 3.- Intervenciones durante el periodo expulsivo

INTERVENCIÓN	RECOMENDACIONES
<i>Fuerza de expulsión maternas</i>	En casi todos los casos, el pujo es reflejo y espontáneo, pero en ocasiones una mujer tal vez no use sus fuerzas de expulsión con ventaja y es <i>deseable dirigirla</i> . Las instrucciones deben ser, hacer una inspiración profunda, y con la boca cerrada ejercer presión descendente, exactamente como si estuviera pujando en el excusado. Durante ese periodo de pujo activo, se ausculta la frecuencia cardiaca fetal.

<p style="text-align: center;"><i>Posición materna</i></p>	<p>Se puede lograr el parto con la madre en una diversidad de posiciones. La más ampliamente usada y a menudo la más satisfactoria es la de litotomía dorsal. Para una mejor exposición, se utilizan sostenes de piernas o estribos.</p>
<p style="text-align: center;"><i>Preparación</i></p>	<p>Limpieza vulvar y perineal y colocación de campos estériles</p>
<p style="text-align: center;"><i>Nacimiento de la cabeza</i></p>	<p>Se produce el coronamiento cuando el mayor diámetro cefálico es rodeado por el anillo vulvar, el perineo se adelgaza y especialmente en nulíparas, puede presentar laceración espontánea.</p> <p>Cuado la cabeza distiende la vulva y el perineo, con una mano se ejerce presión anterograda sobre el mentón fetal a través del perineo y con la otra mano se ejerce presión superior contra el occipucio (Maniobra de Ritgen modificada).</p>
<p style="text-align: center;"><i>Episiotomía</i></p>	<p>En primer lugar asegura que: La reparación de los desgarrros perineales, es casi la misma que la de la episiotomía, si bien a menudo menos satisfactoria, por las líneas irregulares de anclaje tisular presentes.</p> <p>En segundo lugar refiere: Hoy se sabe que una episiotomía aumentara el riesgo de desgarre hacia el esfínter anal externo, el recto o ambos.</p> <p>Y concluye: No debe hacerse episiotomía de modo sistemático, ha de aplicarse de manera selectiva. La regla final, es que no hay sustitutivo del juicio quirúrgico y el sentido común.</p>

<p><i>Nacimiento de los hombros</i></p>	<p>Si estos no nacen de manera espontánea, se sujetan los lados de la cabeza con las dos manos y se aplica tracción descendente suave hasta que aparece el hombro anterior bajo el arco púbico; a continuación, con un movimiento ascendente, se hace nacer el hombro posterior. El resto del cuerpo sigue a los hombros.</p>
<p><i>Limpieza de la nasofaringe</i></p>	<p>Se limpia rápidamente la cara y se aspiran los orificios nasales y boca, para disminuir la aspiración de líquido, partículas y sangre.</p>
<p><i>Circular de cordón</i></p>	<p>Deslizar el dedo hacia el cuello fetal para saber si es rodeado por una o mas asas de cordón umbilical. Se encuentran circulares de cordón en casi 25% de los partos y por lo general no causan daño. Si se siente un asa, debe deslizarse sobre la cabeza para liberarlo.</p>
<p><i>Pinzamiento del cordón</i></p>	<p>Si después del nacimiento no se ocluye de inmediato la circulación fetoplacentaria, se puede derivar un promedio de 80 ml. de sangre de la placenta al recién nacido, lo que provee casi 50 mg. de hierro.</p>

Adaptado de: Williams. (2006). *Obstetricia de Williams (22ª ed.)*. México, DF.: Mc Graw Hill /Interamericana.

Tabla 4.- Intervenciones durante el alumbramiento

INTERVENCIÓN	RECOMENDACIONES
<i>Expulsión de la placenta</i>	No se debe traccionar el cordón umbilical para extraer la placenta ya que se puede ocasionar una inversión uterina. Se debe revisar la cara materna para asegurarse de que no haya fragmentos residuales en el útero. Si la placenta no se desprende de manera rápida, se realiza una extracción manual.

Adaptado de: Williams. (2006). *Obstetricia de Williams (22ª ed.)*. México, DF.: Mc Graw Hill /Interamericana.

Lo anterior, representa el método “*usual*” de atención del trabajo de parto. Sin embargo, aunque Williams²⁵ considera que éste, es un proceso fisiológico natural que *casi todas* las mujeres experimentan sin complicaciones, propone otro método de atención llamado: *atención activa del trabajo del parto*.

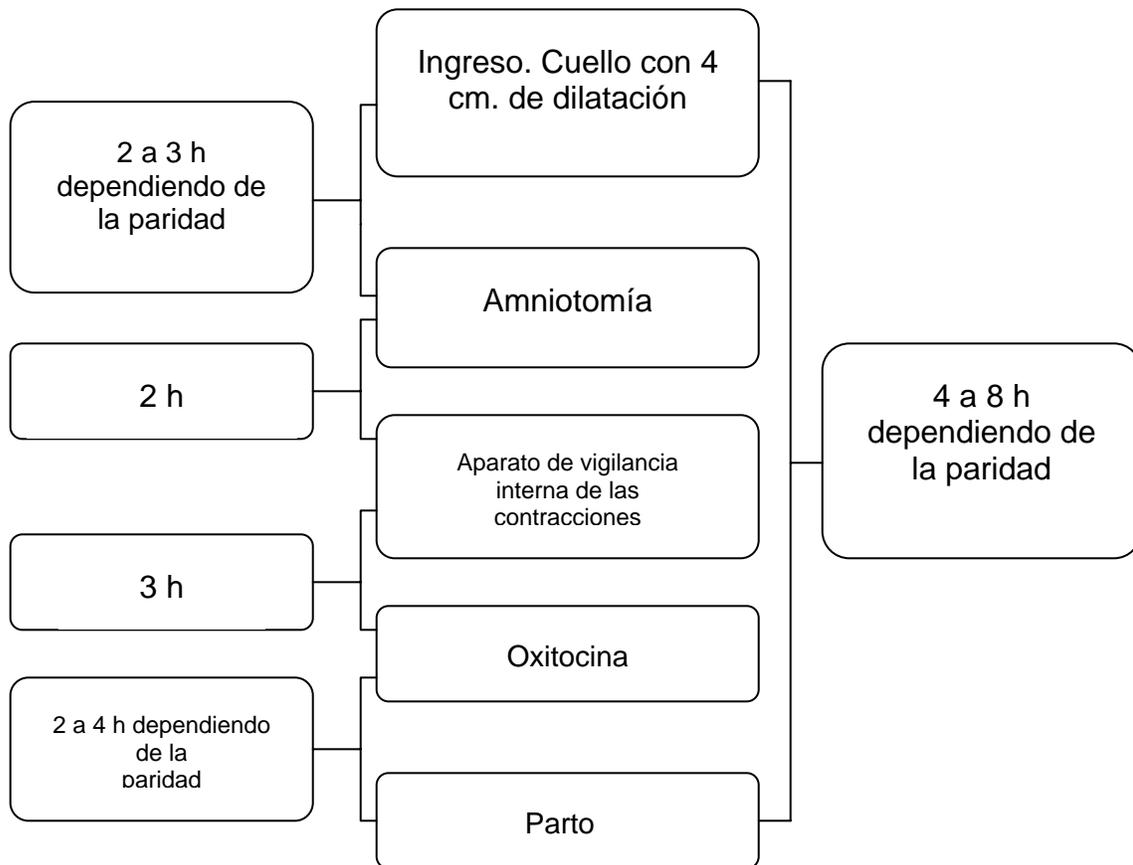
Se trata de un método codificado de diagnóstico y atención del trabajo del parto en pacientes nulíparas.

Se diagnostica trabajo de parto cuando las contracciones dolorosas se acompañan de borramiento completo del cuello uterino, expulsión del tapón mucoso o rotura de membranas. Las mujeres con tales hallazgos se internan para tener su parto en 12 horas. Se hace exploración ginecológica cada hora durante las siguientes 3 h. y después a intervalos de 2 h. Cuando la dilatación no ha aumentado al menos 1 cm/h se hace amniotomía. De nuevo se revalora el avance a las 2 h. y se inicia la oxitocina a dosis alta, a menos que se muestre una dilatación de un cm.

²⁵ Williams, (2006) op cit

Figura 1

Esquema de la atención activa del trabajo de parto



Tomado de: Williams. (2006). *Obstetricia de Williams (22ª ed.)*. México, DF.: Mc Graw Hill /Interamericana.

En éste método de atención, podemos observa con claridad, el resultado de la Industrialización del nacimiento. Si bien es cierto, los libros de obstetricia, recomiendan intervenciones encaminadas a procurar el bienestar de la madre y de su hijo, sin embargo, éstos están basados en necesidades biológicas, pero nunca en las necesidades psico-sociales de ambos.

Es claro que el nivel de intervencionismo se debe en primera instancia, al miedo que ocasiona la falta de confianza en el proceso del nacimiento y por ende de una desvalorización del cuerpo femenino.

2.1.3. El papel de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Debido a la Industrialización del nacimiento en nuestro país, las comadronas en México ya no son pateras, la formación se trasladó a las escuelas, creando la carrera de *Enfermera Partera* que a continuación, se convertiría en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; mujeres egresadas de universidades, que recibimos una formación con orientación patológica y que ejercemos nuestra profesión dentro de instituciones, completamente subordinadas a la estructura jerárquica y masculina de la medicina sin ningún tipo de autonomía.

Teóricamente, según la OPS²⁶, *“la enfermería obstétrica implica un encuentro especial de personas humanas, 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 éste 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 a la expresión del cuidado a través de las actitudes, y las relaciones.

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

26 Organización Panamericana de Salud (2004). 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 [versión electrónica]. Washington D.C.: Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN). 175 (5-9), 50 pp.

aliada al conocimiento intuitivo, presencia genuina, disponibilidad y sensibilidad, tiene como meta el bienestar de la mujer embarazada y familia durante el proceso gestacional”.

Sin embargo, a comienzos del siglo XXI la postergación progresiva del rol, nos ha colocado en un lugar descalificado y subvalorado. Los médicos son quienes se ocupan de los partos y nosotras somos apenas colaboradoras, aunque en la práctica seamos las que estamos la mayor parte del tiempo con la madre. Sin embargo, no tomamos las decisiones sobre el embarazo y el dar a luz, quienes van a recibir al bebé cuando nazca serán ellos y el neonatólogo se ocupará de las rutinas posteriores. En resumen, hemos perdido todas nuestras funciones históricas.

La riqueza de cada mujer es tan diferente, tan única que debemos acompañarlas a descubrir qué necesita cada una en el parto, que conozcan sus límites. ¿Cómo pueden llegar a cumplir su deseo?, ¿con qué pueden encontrarse? Y en función de estas necesidades, puedan pedir libremente a quienes las acompañamos. Ese rol facilitador es el eje de nuestro oficio y es lo que transforma a cada embarazada en protagonista de su parto. Tenemos que lograr que esa mujer que va a ser madre se sienta cómoda para pedir y obtener lo que le haga falta.

Hace algunos años, se decía que la protagonista del parto era la mujer (porque sin ella no había parto), luego el obstetra que le atendía, luego la partera, y por último el marido. Después cambió el orden, ahora el primer lugar lo ocupa el médico, ya que en función de él está la altura de la camilla, el horario del nacimiento, la temperatura de la sala de partos, etc.; la parturienta ocupa el segundo lugar. Sin embargo, por lo que escucho y se, creo que la única e imprescindible sigue siendo la mujer que pare, y la otra persona que tiene que estar indiscutiblemente es la partera. Y después es fundamental que esté su compañero.

Hace más de 15 años, que la OMS presenta evidencia científica diciendo que el parto fisiológico debe estar bajo el control de la matrona (con un médico disponible

por si hace falta pero que no interviene) ya que de esta forma, la patología disminuye enormemente²⁷.

En las condiciones actuales del sistema de salud, prácticamente no se respetan los derechos de las madres, y ni ellas ni nosotras ponemos límites. Considero que una función que nos corresponde es la de despertar conciencia.

Cada futura mamá es responsable de cómo son tratados ella y su bebé, pero somos nosotras quienes tenemos que ayudarlas a pensar, a escucharse, a cuestionarse.

Pero en el contexto de la Industrialización del nacimiento, ¿A que queda reducida la labor de las enfermeras?, a complementar, con actividades secundarias, y no vinculares, la del médico obstetra. Nos ocupamos de los monitoreos, la identificación del recién nacido, la redacción de las historias clínicas, y de ser las “ayudantas” en las cesáreas, lo cual únicamente nos distrae de nuestro rol. Éstas tareas que las LEO realizan hoy en las instituciones, parecen darles incierto estatus, pero en realidad las sustraen de la función esencial: “acompañar a una mujer en el parto, facilitándole y compartiendo esa situación maravillosa, compleja, dolorosa y milagrosa que es el nacimiento de su hijo. Sacar del propio cuerpo a otro, encontrarse con otro que hasta hace poco era parte del propio cuerpo”²⁸.

Por su parte, las Gineco Obstetras y las neonatologas, por estar demasiado condicionadas por una profesión que se ejerce desde lo masculino, y las enfermeras por la desvalorización ya descrita, no estamos centradas con respecto a nuestros roles frente al parto.

Al respecto, deberíamos preguntarnos: ¿cómo estamos trabajando, en función de quién, para qué; para ésta mujer, para nosotras, para los médicos, para el hospital?

27 Schallman, (2004) op cit., p. 136

28 Ibídem p. 142

Tenemos que recuperar el vínculo con las gestantes y también el respeto que nos merecemos. En estos últimos años solo tenemos el rol de una ayudante, un espacio en el que nuestro saber, no es tenido en cuenta. Y esto es un error. Nuestra función es la de una mujer simétrica con la embarazada que puede ponerse afuera, que tiene los conocimientos, la continencia, la tranquilidad y la experiencia para acompañar la aventura que va a vivir cada una de ellas.

Por último, es necesario reconocer la importancia de hacernos valer en todos los niveles, y el dinero, más allá de lo que significa como valor de cambio, en esta sociedad, también nos resignifica como profesionales.

2.1.4. Norma Oficial Mexicana

NOM-007-SSA2- PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PERPERIO Y DEL RECIEN NACIDO

En éste contexto del nacimiento hoy, encontramos más evidencias a favor de un nacimiento digno, tal es el caso de la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, la cual propone acciones encaminadas a favorecer el *desarrollo normal* de cada una de las etapas del proceso gestacional, haciendo especial énfasis en el enfoque de riesgo, las actividades de prevención y la *racionalización de rutinas hospitalarias* (inducción, amniotomía, peridural, enemas, tricotomía, etc.), las cuales, indica, aumentan los riesgos, por lo cual invita a que su uso quede limitado a ciertos casos muy seleccionados²⁹.

Por otra parte, señala que las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados de su salud y los signos de alarma, de tal forma que exista una corresponsabilidad, junto con su pareja (o familia), y con el personal de salud.

29 México. Secretaría de Salud. (1995). 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*. [versión electrónica]. *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido el 28 de Julio del 2007, de: http://www.salud.gob.mx/pagina_principal/manual_cont_sum_sup_alim/anexo_b.pdf

En la norma se reconoce que a fin de mejorar los servicios de la Población Materno-Infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero que desafortunadamente, estos programas no se llevan a cabo debido a que no tienen la difusión necesaria o bien porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado; es decir, que el personal de dichas instituciones no está capacitado para brindar este tipo de cuidados.

Lo anterior, representa un reto para la práctica de enfermería, tomando en cuenta la necesidad de efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país con la finalidad de favorecer el parto y nacimientos saludables.

De esta manera, la norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones³⁰.

Otro aspecto importante al que se refiere la norma es la calidad y la calidez que deben caracterizar la atención de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, así como al recién nacido, incluyendo un trato cordial, atento y con información³¹.

Por último, cabe destacar que en la norma se considera al embarazo como un estado fisiológico, por lo cual recomienda que durante el trabajo de parto normal, se mantenga la hidratación adecuada y se propicie la deambulacion alternada con reposo en posición sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, *respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar*, siempre que no exista contraindicación médica.

30 *Ibidem*

31 *Ibidem*

Desafortunadamente la NOM no es precisa en los aspectos de la humanización del trabajo de parto y nacimiento, y de una manera especial acerca del acompañamiento durante el mismo, quizá debido al desconocimiento de los beneficios que ésta práctica proporciona y por supuesto, es labor de enfermería crear los lineamientos para la legislación de una Ley de Acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento.

2.1.5. La Organización Mundial de la Salud

Según la OMS, el objetivo del cuidado durante el parto normal es “asegurar la salud de la madre y su hijo con el menor nivel posible de intervención compatible con la seguridad de ambos. Esta aproximación implica que en un parto normal, debe existir una razón válida para interferir en el proceso natural”³².

Por lo cual insiste en recomendar que³³:

- Se respeten los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento.
- La atención Obstétrica debe ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
- Además debe estar centrada en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
- Es necesario tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

Además sugiere las siguientes formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento:

- Proveer apoyo psicosocial a las mujeres.
- Proporcionar preparación durante el embarazo, parto y para la paternidad.
Brindar adecuada preparación e información como parte del cuidado. Incluir

32 Ginebra. Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Obtenida el 28 de Julio del 2007 de: <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sardá/99b/78-80.pdf>

33 Organización Mundial de la Salud. (2005). *Biblioteca de salud Reproductiva*.

compañías que la mujer elija en esta preparación. Reconocer que los padres tienen necesidades propias como individuos y no solamente como compañeros o acompañantes de la pareja.

- No restringir líquidos durante el trabajo de parto, y permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente, ingieran comidas livianas si las necesitan.

Además, señala que “...una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta comfortable y en la que confíe: su pareja, su mejor amiga, una Doula o partera”³⁴.

Y aun más: el parto normal, siempre que sea de bajo riesgo, “no necesita otra intervención que aliento, apoyo y un poco de cuidado cariñoso”.

Durante el Trabajo de Parto, la OMS recomienda³⁵:

- *Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.*
- Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Notar que los padres no siempre son la compañía adecuada para apoyar a sus parejas, y que ellos también pueden beneficiarse de recibir un apoyo adecuado.
- Usar un sistema rotativo de parteras para facilitar el trabajo en los momentos de mayor actividad.
- Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.
- No aumentar los costos en cuidados que no sean esenciales (bloqueo, cesárea, etc.); *una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo.* Los costos de cuidados que no son necesarios si lo son.

34 ibídem

35 Ibídem

Del mismo modo, considera que “una mujer debe tener su parto en el lugar en que ella sienta segura, y en el nivel más periférico en el que un cuidado adecuado es posible y seguro. Para una embarazada de bajo riesgo, éste puede ser su hogar, una pequeña maternidad, un centro perinatal en la ciudad o, quizás, la maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un lugar donde toda la atención y el cuidado estén dirigidos a sus necesidades y seguridad y tan cercano a su hogar y a su propia cultura como sea posible”³⁶.

Se ha demostrado que muchas complicaciones obstétricas se deben no sólo a determinadas prácticas y procedimientos (administración rutinaria de oxitocina sintética, colocar a las mujeres en posición de litotomía, etc.), sino a la instrumentalización y posición de inferioridad en que el sistema de atención actual coloca a las mujeres física, psicológica, y jurídicamente³⁷.

Tan importante es el papel de la mujer, que de todas sus recomendaciones, la OMS cita en primer lugar una que es de orden ético, legal y sociológico, y es la de que la mujer ha de ser protagonista del parto y participar en la toma de todas las decisiones que le afecten.

El respeto a la autonomía y protagonismo de la mujer es pues un índice básico a la hora de juzgar la calidad de la atención.

Por otra parte, afirma que la partera, tal como se define por la OMS, la Confederación Internacional de Obstétricas y la Federacional Internacional de Ginecología y Obstetricia, “parece ser el miembro del equipo de salud más apropiado y costo-efectivo para tomar a su cargo el cuidado del embarazo y parto normales”³⁸.

Por último la OMS insiste en la necesidad de fomentar la creación de más unidades de atención humanizada al parto, además de sugerir que se estudien los

36 Ginebra. Organización Mundial de la Salud. (1996), op cit.

37 Ibídem

38 Ibídem

procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país³⁹.

39 Organización Mundial de la Salud. (2005), op cit.

3. MODELOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Diversas investigaciones han rebelado que lo que determina cómo recuerdan las mujeres su parto, no es sólo su duración o las intervenciones médicas que vivieron, si no cómo se sintieron, cuando no se les explicó lo que sucedía y no tuvieron la oportunidad de participar en la toma de decisiones; esto ultimo hace que sea más probable que tengan una mala impresión.

Muchas de las mujeres que tuvieron una vivencia muy negativa presentan depresión post parto y rara vez se cuestiona si esto se debe solo a su “mente trastornada”, sin pensar que puede ser consecuencia de lo que sucede en los hospitales por la forma en que se atiende a las mujeres.

Sheila Kitzinger⁴⁰, realizó una investigación en la que entrevisto a varias mujeres y encontró que frecuentemente, describen la despersonalización que vivieron cuando se encontraban entre extraños, que solamente estaban interesados en la parte inferior de su cuerpo, que observaban, manipulaban y finalmente cortaban; y explicaban que se sintieron completamente indefensas.

Estas investigaciones fueron realizadas en Inglaterra; en nuestro país no existen reportes en este sentido; sin embargo, es necesario que nos empecemos a preguntar cómo se sienten las mujeres atendidas en nuestros hospitales y en qué modelo de atención estamos ubicados en este momento de la historia del nacimiento.

A continuación, presento tres paradigmas internacionales del nacimiento: El modelo tecnocrático, el humanístico y el holístico⁴¹.

3.1.1. El modelo tecnocrático

El Modelo Tecnocrático enfatiza la separación entre el cuerpo y la mente y utiliza la metáfora del cuerpo como máquina, lo que implica percibir al paciente como un

40 Kitzinger, S. (1996). *Nacer en casa* (2ª ed.). Barcelona, España: Icaria. p. 84

41 Jones, R. (2007). *Crónicas de un obstetra humanista* (1ª ed.). Buenos Aires Argentina: Creavida. p. 6-9

objeto, la alienación del médico con respecto a su cliente y el uso intensivo de intervenciones tecnológicas durante el parto. Pretende mejorar el funcionamiento o corregir las así interpretadas disfunciones del cuerpo “maquina” de la mujer que está pariendo.

Principios del modelo tecnocrático

- Separación mente-cuerpo
- El cuerpo como una máquina
- El paciente como un objeto
- Alienación entre médico y paciente
- Diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro (curando enfermedades, reparando disfunciones)
- Organización jerárquica y estandarización de la atención
- Autoridad y responsabilidad inherentes al médico, no al paciente
- Sobre valoración de la ciencia y la tecnología
- Intervención agresiva con énfasis al resultado a corto plazo
- La muerte es considerada como una derrota
- Sistema dirigido por el lucro
- Intolerancia con respecto a otras modalidades

Principio básico subyacente: separación

Tipo de pensamiento: Unimodal, cerebral izquierdo, lineal

3.1.2. El modelo holístico

En otro extremo, está el modelo holístico que define el cuerpo como un “campo energético” en constante interacción con otros campos de energía e insiste en que las intervenciones en el plano energético y emocional puede ser más efectivas y mucho meno dañinas que las intervenciones tecnológicas.

Principios del Modelo Holístico

- Cuerpo, mente y espíritu como una unidad
- El cuerpo es un sistema de energía relacionado con otros sistemas de energía
- Cura a la persona “entera” en el contexto de su vida como un todo
- Médico y paciente como una unidad esencial
- Diagnóstico y curación de adentro hacia fuera
- Estructura organizacional en red que facilita dar atención individualmente
- Autoridad y responsabilidad inherentes a cada individuo
- Ciencia y tecnología puestas al servicio del individuo
- Un enfoque que procura crear y mantener la salud a largo plazo
- La muerte es considerada como etapa de un proceso
- La curación es el punto principal de atención
- Admite diversas modalidades de curación

Principio básico subyacente: conexión e integración

Tipo de pensamiento: multimodal, cerebral derecho y fluido

3.1.3. El modelo humanístico

Los que proponen la humanización del nacimiento, se encuentran en un terreno intermedio entre estas dos corrientes (tecnocrático y holístico), definiendo al cuerpo humano como un “organismo” y enfatizando la importancia del paciente como un sujeto que está en relación con otras personas. Estos profesionales sobre valoran la conexión y el efecto entre el médico y la paciente como elementos esenciales para cualquier tipo de cuidado, incluyendo los nacimientos. Los humanistas hacen, si, intervenciones tecnológicas, pero intentan minimizar con amor, cariño y compasión sus efectos potencialmente alienantes, manteniendo siempre una actitud de respeto a la individualidad, los deseos, voluntades y elecciones de sus pacientes, teniendo como base un protocolo de asistencia de obstetricia humanizada que implica:

- Propiciar un ambiente adecuado
- Soporte psico-afectivo
- Posición de libre elección
- Utilización estricta y con criterio de medicamentos
- Utilización estricta y con criterio de procedimientos e intervenciones
- Trabajo interdisciplinario

Principios del modelo humanístico (Biopsicosocial)

- Mente y cuerpo como una unidad
- El cuerpo como organismo
- El paciente como sujeto de relaciones personales
- Conexión y efectividad entre profesional y cliente
- Diagnostico y tratamiento de afuera hacia adentro y de adentro hacia afuera
- Equilibrio entre las necesidades de la institución y las del individuo
- Información, toma de decisiones y responsabilidad compartidas entre el profesional y el cliente
- Ciencia y tecnología equilibradas con el humanismo
- Focalización en la prevención de enfermedades
- La muerte como un resultado aceptable
- Cuidado compasivo
- Mente abierta entre paradigmas alternativos del tratamiento

Principio básico subyacente: Equilibrio y conexión

Tipo de pensamiento: Bimodal

De acuerdo a los diferentes tipos de atención, es necesario reflexionar acerca de la efectividad de aquel que sea el modelo en nuestros hospitales y de acuerdo a ello, establecer las estrategias necesarias encaminadas a modificar o fortalecer el paradigma que rija el cuidado de enfermería.

4. RECONSTRUYENDO EL TEJIDO SOCIAL EN TORNO A LA MATERNIDAD.

4.1.1. La experiencia de dar a luz en la vida de la mujer

“El nacimiento del primer hijo tiene un gran impacto en la vida de la mujer”⁴². Se ha escrito mucho sobre su transformación a la maternidad, y sobre los aspectos médicos del parto; pero es mucho más difícil comprender el impacto que éste tiene en su desarrollo psicosocial. Ya que la personalidad humana es muy compleja.

El hecho de que anecdóticamente, todas las mujeres tengan siempre algo que contar de sus partos, con una memoria bien vivida, excepto aquellas que estaban bajo anestesia general, llevó a Simkin⁴³ a hacer un estudio donde entrevista a 20 mujeres poco tiempo después de su parto, 20 años después, volvió a aplicarles un cuestionario similar y tubo con ellas una entrevista de media hora.

Encontró que las mujeres que tienen buen recuerdo de sus partos son aquellas que se sintieron satisfechas con la forma en que se comportaron, *el apoyo que sintieron de los médicos y enfermeras*, independientemente del desarrollo de su parto: su duración, facilidad o las intervenciones que pasaron. Por el contrario, aquellas que tienen un mal recuerdo son las que tuvieron sentimientos negativos con respecto a la interacción con el equipo de salud.

La autora concluye que dado que las acciones del cuerpo médico son tan determinantes en el recuerdo de las mujeres, éstos deberían tener siempre en la mente la siguiente pregunta ¿Cómo recordará la mujer esto que esta viviendo?

Todas las mujeres nacemos "*equipadas*" con la habilidad de dar a luz, con reflejos innatos que posibilitan el desarrollo del embarazo, el parto y nacimiento. Hasta ahora la ciencia no ha podido imitar ni controlar dichos procesos que son controlados desde nuestro antiguo cerebro, el hipotálamo, que de la misma manera determina otros reflejos innatos como el sentir hambre, sed, sueño o el

42 Simkin, P. (2000). *Parto y nacimiento* (1ª ed.). México: Trillas. p. 11

43 Simkin P., Ancheta R. (2000). *Labor progress handbook* (2a. ed.). USSA, Malden ma: Blackwell Publishing. p. 22

deseo sexual. Aunque sean reacciones instintivas e innatas o naturales, éstos reflejos pueden ser inhibidos, reprimidos o estimulados según el ambiente y los sentimientos que influyen en el momento.

Las mujeres no tenemos que aprender a parir, y los asistentes no tienen que enseñarnos, por que ya tenemos por dentro el conocimiento - instintivo, antiguo e innato - de cómo hacerlo. Nuestros instintos se expresan en sensaciones fuertes y sentimientos que son nuestra guía.

Desafortunadamente, la maternidad ahora se enfoca en una sola dirección basada en criterios de comodidad y de comparación con estadísticas, a la madre se le anuncia un parto en el que no va a "notar" el dolor, un post-parto parecido al de la vecina y un camino, en definitiva, en el que no se habla de lo que ella misma puede aportar, escoger y decidir desde lo más profundo de sí misma⁴⁴.

Actualmente, la mayoría cree que no es posible dar a luz de forma segura sin la ayuda de todo tipo de procedimientos e instrumentos técnicos. Es una creencia hasta cierto punto lógica en una cultura que asocia indiscriminadamente tecnología a progreso, pero la realidad es mucho más sencilla⁴⁵.

Algunas mujeres sí pueden necesitar ayuda técnica médica -no más de un 10%⁴⁶- pero lo que absolutamente todas necesitan es intimidad, condición sin la cual el parto, un acontecimiento íntimo, no puede progresar de forma fluida.

Cuando ésta privacidad se ve alterada, o cuando sobreviene algún peligro, el parto se interrumpe, y la parturienta busca otro lugar más tranquilo: el estrés inhibe el parto. Sólo entonces el parto vuelve a reanudarse. Esta es la realidad: una mamífera no pare a menos que se sienta completamente segura.

44 Doulas (s.f.). Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.holistika.net>

45 Fernández, I. (s.f.). *Intimidad en el parto: el parto de los mamíferos*. Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.holistika.net>

46 Organización Mundial de la Salud. (2005), op cit.

Otro aspecto importante del bienestar emocional de la madre es el apoyo que recibe ya que..."Esta no es una cuestión menor: 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"⁴⁷

El parto hospitalario está lejos de responder a estas necesidades, lo 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.

Por lo cual, es importante reconocer que las mujeres de hoy continúan necesitando saber que el parto todavía funciona y que cada mujer tiene una manera única de traer a su bebé a este mundo⁴⁸.

Además, debido que el proceso de parir es un acontecimiento meramente sexual, cuanto mas cómoda una mujer pueda vivir con su cuerpo, más fácilmente dará a luz⁴⁹.

Por otra parte, Laura Gutman⁵⁰ considera que, para que se produzca el parto, necesitamos que el cuerpo físico de la madre se abra para dejar pasar el cuerpo del bebé, permitiendo un cierto "rompimiento". Esta "fisura" corporal también se realiza en un plano más sutil, que corresponde a nuestra estructura emocional. Hay un "algo" que se quiebra que se instala como grieta física y etérea al mismo tiempo y que permite pasar de ser "uno" a ser "dos".

47 Odent, (2002) op cit., p. 45

48 Gaskin, I. (2007). *Partería espiritual, la naturaleza del nacimiento; entre el amor y la ciencia* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Mujer Sabia Editoras. p.11

49 *Ibíd*em p. 12

50 Gutman, L. (2004). *Puerperio y otras exploraciones del alma femenina* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Del Nuevo Extremo. p.23

Es una pena que atravesemos la mayoría de los partos con muy poca conciencia con respecto a este “rompimiento físico y emocional”. Ya que el parto es sobre todo un corte, un quiebre, una grieta, una apertura forzada, igual que la irrupción de un volcán que gime desde las entrañas y que al despedir sus partes profundas destruye necesariamente la aparente solidez, creando una estructura en principio caótica y desenfrenada.

Atravesar un parto es prepararse para la erupción del volcán interno, y esa experiencia es tan avasallante que requiere de mucha preparación emocional, apoyo, acompañamiento, amor, comprensión y coraje por parte de la mujer y de quienes pretenden asistirle.

Sin embargo, pocas veces las mujeres encontramos el acompañamiento necesario que nos permita introducirnos en esa herida, aprovechando este momento como punto de partida para conocer nuestra verdadera estructura emocional, en general bastante maltrecha.

El hecho es que, con conciencia o sin ella, despiertas o dormidas, bien acompañadas o solas, incineradas o a salvo, el nacimiento se produce.

Esta experiencia puede traer consigo cambios en el estilo de vida, alteraciones precipitadas de la conciencia y destellos de intuición. Se abre un canal a través del cual fluyen fuerzas poderosas, aunque resulten innombrables para la mujer que las percibe⁵¹.

Hay mujeres que se iluminan, en la medida en que no censuren la propia potencia arrolladora. Todo parto permite un instante de iluminación aunque pocas mujeres logran aprovechar la potencia de dicha experiencia⁵².

Hoy en día, socialmente consideramos el parto y el post-parto como una situación a atravesar; que incluye cierta manipulación, anestesia para que la parturienta no sea un obstáculo, drogas que permitan decidir cuando y como programar la

51 *Ibidem* p.24

52 *Ibidem* p. 24

operación, mediante la cual un equipo de profesionales, que trabaje coordinado, pueda sacar al bebé corporalmente sano y felicitarse por el triunfo de la ciencia. Esta modalidad esta tan arraigada en nuestra forma de pensar, que las mujeres ni siquiera nos cuestionamos si fuimos actrices de nuestro mismo parto a meras espectadoras. Si fue un acto íntimo, o si cumplimos con lo que se esperaba de nosotras. Si pudimos transpirar al calor de nuestras llamas o si fuimos retiradas de la escena personal antes de tiempo⁵³.

En éste contexto, la autora, sugiere mirar el parto desde la perspectiva, de la filosofía oriental del Yin y el Yang que representan la “totalidad” dividida en dos polos contrapuestos y complementarios. El “Yin” es el principio femenino, a si mismo el “Yang” el principio masculino.

El “Yang” que es todo lo visible es llamado “realidad conciente” y el “Yin” que es lo que resulta invisible lo llamamos realidad no conciente.

En nuestra cultura occidental nos identificamos familiarmente con el mundo “Yang”: todo lo concreto, físico y materialmente demostrable, relacionado a la acción, el impulso, los resultados palpables, lo científicamente indiscutible y los pensamientos intelectuales; encuentran en nosotros, hombres y mujeres, un terreno allanado por la costumbre y la estructura de nuestras creencias. En cambio estamos menos acostumbrados a lidiar con lo que no se ve, como la intuición, el mundo onírico o la magia.

Hemos dicho que el parto se asemeja a un inmenso quiebre, como un volcán que despide violentamente su interior, por lo tanto, todo aquello que residía en “la sombra” -el rincón de nosotros mismos que nos resulta impresentable-⁵⁴, es decir, que permanecía culto, aparece sorpresivamente y se cuela a través de los poros abiertos. Irrumpe lo desconocido, lo inconsciente, la memoria, el pasado y los sentimientos relegados.

53 *Ibíd*em

54 *Ibíd*em p. 26

A través de las grietas, brota desordenadamente la sombra. Por supuesto, el desconcierto es total.

Hoy entendemos los partos desde la mirada “yang”, es decir, como un proceso meramente físico que necesita cierta ayuda técnica para ser atravesada sin riesgos visibles. Es lamentable que la masificación de los partos, las intervenciones innecesarias, la deshumanización y el control de los tiempos acordes a lo “medible” por reloj, sean las prácticas comunes que nos aleja cada vez mas de la sabiduría ancestral y de la búsqueda personal en un momento tan excepcional como es cada parto para cada mujer.

Las mujeres queremos creer que si nos instalamos en el “yang” estaremos a salvo. Recibimos dócilmente anestesia para no perder el control, no sentir dolor y estar físicamente dispuesta para el “trámite”. Pero ni siquiera vislumbramos que, como dice Laura Gutman⁵⁵, la anestesia duerme rincones ocultos de nuestra alma, que quedarán así escondidos para nuestra conciencia y que aparecerán bajo otras formas incomprensibles para nuestra experiencia alejada de lo trascendente. Dormidas espiritualmente, aunque físicamente despiertas, decimos que el parto “fue bárbaro” por que “fue rápido y sin dolor”.

Es muy difícil hablar de partos “libres” ya que en México son muy pocas las mujeres que han concebido primero la idea y atravesado después, un parto verdaderamente respetado, acompañado, vivenciado desde el fondo de su ser. Son pocas las que pueden relatar una experiencia de muerte y renacimiento psico-espiritual, donde el cuerpo deja de ser un límite entre nosotras mismas y el cosmos, sintiéndonos bendecidas por la conciencia de nuestra naturaleza divina.

Mientras parimos en libertad y nuestro hijo nace, compartimos un proceso de profunda introspección trascendiendo los límites individuales.

En cambio, si el parto fue emocionalmente muy debilitante, confuso por la utilización de anestesia u otras drogas conductistas; la experiencia de la muerte y

55 ibídem p. 70

el renacimiento queda desdibujada si ninguna cualidad luminosa. Al contrario se parece más al despertar de una resaca, con mareos y náuseas, con dolores físicos insoportables con cortes en los músculos. En estos casos, la recuperación psicológica y la autoestima se superan lastimosamente⁵⁶.

4.1.2. El dolor como experiencia transformadora

Cuando pensamos en “parto” es importante diferenciar “dolor” de “sufrimiento”⁵⁷.

A nadie le gusta sufrir. Pero el dolor dista muchísimo de sufrimiento. El dolor es necesario para retrotraernos a la interioridad, el dolor nos conduce al “Yin”. El dolor nos aísla, hace que nos cobijemos en nosotras mismas, nos pide silencio, meditación, búsqueda, trascendencia.

Sin dolor, permanecemos conectadas al mundo de la forma, a las palabras, los consejos, las razones, las decisiones, y la imagen. El dolor nos guía hacia las entrañas espirituales, nos invita al recogimiento. Las mujeres que logramos implementar una compañía amorosa y atenta durante el parto, atravesamos el famoso dolor sin enloquecer. Y parimos. Y aparece una mezcla de “dolor físico con sensaciones orgásmicas”.⁵⁸

Es importante comprender que todo dolor es real, y siempre que lo sentimos, estamos recibiendo un mensaje, demandando respuesta para resolver la situación incómoda.

Sin dolor, perdemos una comunicación vital a través de la cual nuestro cuerpo se protege a sí mismo.

Indudablemente, el parto está ligado a la experiencia del dolor, sin embargo, su característica principal es que es *individual* y por lo tanto *impredecible* ya que está determinado por la personalidad y las experiencias de cada mujer.

56 Ibídem p. 71

57 Ibídem

58 Ibídem p. 72

La interpretación biológica del dolor es protección, el dolor en el trabajo de parto, protege al cuerpo mandando señales de alarma que avisan cuando hay agresiones, lo que nos mueve a actuar protegiéndonos del peligro.

Sentir el dolor y responder a él nos dá el poder de facilitar el proceso del trabajo de parto, actuando *instintivamente*.

Podría pensarse que el parto, es una paradoja, ya que para que nazca el bebé, la mujer tiene que aceptar el trabajo visceral del útero, que parece atacarla e ir en contra de si misma.

El dolor del trabajo de parto, posee una característica especial, es el único dolor *intermitente*. Lo cual permite que éste actúe como estimulante endocrino, ya que para entrar en la fase activa del trabajo de parto, se necesita más producción hormonal, la estimulación necesaria la da el dolor *intermitente* que crea estrés agudo y secreción “*en picos*” (rítmica) de catecolaminas, estimulando la producción de endorfinas que aumentan la tolerancia al dolor y favorecen la producción de oxitocina.

Las endorfinas también producen un estado de conciencia alterado similar a un estado hipnótico, que facilita la inhibición de la corteza cerebral, permitiendo que el sistema nervioso autónomo tome el control.

Hace que la mujer se abandone a si misma, que abandone sus “*limitaciones*” para *abrirse* completamente al proceso, “*suelte*” al bebé y le de la bienvenida con alegría.

Cuando el bebé nace, las endorfinas están tan altas que cesa el dolor y la mujer tiene sentimientos de placer y éxtasis intenso. Estos sentimientos facilitan el inicio de la maternidad, promoviendo el apego materno.

Por otra parte, el dolor puede ser percibido como expresión del sentimiento de separación. Si cada mujer tuviera que decidir cuándo debe nacer su bebé, sería una decisión casi imposible de tomar ¿Cómo estar segura de que ya es el

momento óptimo?, ¿Y si no es el momento?, ¿Y si está muy nerviosa y no se decide a “sacarlo” nunca? La sabiduría interna toma la decisión por nosotros y el dolor nos ayuda a separarnos del bebé; nos ayuda a aceptar que ya es el momento de “dejarlo ir”.

En cambio el sufrimiento, se hace presente cuando los partos son conducidos y las mujeres somos infantilizadas, maltratadas, pinchadas, cortadas, abandonadas, humilladas, y tratadas como un cuerpo funcional que tiene la obligación de responder al resultado esperado.

El *sufrimiento* aparece con el desconcierto. Con el sometimiento a permanecer ignorantes sobre los temas aparentemente destinados al saber médico.

La confusión entre “*dolor*” y “*sufrimiento*” hace que las mujeres pidamos “anestesia” en lugar de sostén; pidamos calmantes, en lugar de abrazos y miradas compasivas; pidamos maquinarias electrónicas de control, en lugar de escucha y recogimiento. Pidamos bullicio en lugar de silencio.

Si los partos se transforman en acontecimientos médicos y sociales, regidos por la lógica de la energía “Yang”, las mujeres perdemos toda autonomía para sumergirnos en el proceso de encuentro con la propia sombra. Cuanto más vivamos en el mundo “Yang” más desértico nos resulta el mundo “Yin”.

Es importante señalar, que la concepción del dolor de parto, está fuertemente influenciado por un aprendizaje social, que une estrechamente el parto al sufrimiento, condicionando de ésta forma a las mujeres a sufrir mientras dan a luz a su hijo.

Para que las mujeres, y la sociedad en general, transformemos éstos paradigmas de dolor y sufrimiento, es necesario que quienes atendemos a las madres y sus familias entendamos que “El dolor existe, el sufrimiento es opcional” (Hill Adamsky).

4.1.3. La Humanización del parto

Es sorprendente el punto en el que nos encontramos, la necesidad de “*humanizar*” un evento por naturaleza “humano”; sin embargo es importante reconocer también, que el tomar conciencia de la situación actual, es ya en sí, un paso hacia la reconstrucción de dos de las experiencias más significativas del ser humano, parir y nacer.

Sin embargo, es necesario comprender en primera instancia, lo que significa y lo que implica, “la humanización del nacimiento”

Un parto natural no es simplemente un parto “sin”, sino aquel que se produce gracias a la maravilla de la fisiología, y en el que los procedimientos obstétricos se aplican únicamente en caso de necesidad⁵⁹.

Para humanizar el parto, es preciso comprender en primer lugar su fisiología, desde un punto de vista práctico, la reducción de la actividad del neocortex, es el aspecto más importante de la fisiología del parto. Representa la clave que requiere comprender que una mujer en trabajo de parto tiene ante todo, necesidad de ser protegida contra todo tipo de estimulaciones. Pero, ¿Qué significa esto en la práctica?

Tanto dormir como parir son cambios en el estado de conciencia. Ambos implican una reducción de la actividad del neocortex. Todos sabemos que el silencio facilita el sueño.

La necesidad de privacidad que tiene la mujer en trabajo de parto, nos da la oportunidad de hacer referencia una vez más a la incomprensión casi universal de la fisiología del parto. La tendencia a negar o ignorar esa necesidad es realmente cultural. No es privativa de un medio médico o no médico.

59 Odent, (2002) op cit., p. 52

Y es que la necesidad de privacidad durante el parto, no es específicamente humana. Todos los mamíferos tienen una estrategia para satisfacerla. Resulta irónico pensar que los mamíferos no humanos, cuyo neocórtex no está tan desarrollado como el nuestro, saben mejor que nosotros dejarlo en reposo.

Todos sabemos también hasta qué punto es difícil conciliar el sueño cuando uno se siente amenazado por cualquier tipo de peligro. Cuando tenemos conciencia de un peligro posible, segregamos hormonas de la familia de la adrenalina. El neocórtex es estimulado, lo cual permite estar alerta y atento. Nos despertamos a mitad de la noche si sentimos frío, otra situación asociada a la secreción de adrenalina. Lo mismo pasa durante el parto. La mujer que da a luz necesita sentirse segura.

Es por eso que las mujeres tienden a parir cerca de sus madres o cerca de alguien que pueda tener un rol similar, a menudo una mujer experimentada de la comunidad. Este es el origen de la partera. La partera es originalmente una figura materna y nuestra madre es el prototipo de la persona con quien nos sentimos seguros sin ser observados o juzgados y que son capaces de brindarle un “soporte emocional”.

Es necesario comprender que la mujer en trabajo de parto, debe de estar a resguardo de palabras inútiles y de luces intensas. No debe sentirse observada, debe sentirse segura, la temperatura ambiente debe ser confortable.

Además sabemos que fisiológicamente, el “reflejo de eyección del feto”⁶⁰, es inhibido si otra persona se comporta como observador o guía.

Contrariamente a lo que se piensa, parto natural no es volver al pasado, sino recuperar la capacidad y la confianza en la propia naturaleza y rendirse ante ella. Tampoco es renunciar a la tecnología, sino adjudicarle el lugar que le corresponde: las complicaciones, los casos de riesgo. Y es que las prácticas de rutina en el paritorio no son buenas ni malas, son oportunas o inoportunas. Y

60 *ibídem* p. 81

cuando se imponen de forma sistemática e indiscriminada a mujeres que no las necesitan son inoportunas. La evidencia científica demuestra que el parto natural no sólo es más digno para la mujer, es también el más seguro. Por ese motivo, la Organización Mundial de la Salud recomienda una calidad de atención basada en el protagonismo de la mujer y en su fisiología, y el mínimo grado de medicalización posible⁶¹.

Si los obstetras podemos acompañar a la parejas gestantes en trabajo de parto como observadores activos, pero pasivos, es decir expectantes; respetando y haciendo respetar su propia fisiología, veremos un proceso que se desarrolla por si mismo.

Esta "Actitud biodinámica" requiere también un trabajo multidisciplinario con objetivos claros, respetando los tiempos, los espacios, los sonidos, el habitat y fundamentalmente una palabra que suena más política que social: "*libertad*".

El humanizar significa integrar, acompañar, enseñar, articular el equipo de trabajo con los verdaderos protagonistas; ofrecer desde el respeto la paciencia, la humildad, el sentido común y el soporte necesario para poder vivir la experiencia⁶².

Es así como en el intento por *rehumanizar* el nacimiento, se creó en noviembre del año 2000 durante el Congreso de "Humanización del Parto y el Nacimiento" (Ceará, Brasil), la Red Latinoamericana y del Caribe para la humanización del parto y el nacimiento (RELACAHUPAN)⁶³

Sus esfuerzos están dirigidos a mejorar la vida en el planeta, por medio de un parto y nacimiento sanos y satisfactorios; a través de una campaña continental permanente por la humanización del parto.

61 Ibídem p. 78

62 Ibídem p. 85

63 RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento) (2006). [Página principal en Internet]. **Caminos para la humanización del parto y el nacimiento**. Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.relacahupan.org>

Entre sus objetivos se encuentran:

- Promover la humanización y en consecuencia el redescubrimiento de lo que es normal durante el ciclo reproductivo y neonatal.
- Favorecer, desde antes del embarazo, los derechos y el rol protagónico de la mujer que pare y del bebé que nace, ofreciéndoles un ambiente de seguridad, confianza y respeto; además de las habilidades técnicas de quienes las acompañaremos en esta etapa.
- Reconocer el potencial que tiene la partería profesional y tradicional en el logro de esta meta, en atención a sus necesidades y realidades, con una especial consideración a las que asisten poblaciones de alta marginación.
- Propiciar el inicio y la evolución de estrategias y acciones conducentes al mejoramiento de programas y políticas gubernamentales, con base en evidencias científicas.
- Difundir información y llevar a cabo estudios en torno a modelos y prácticas benéficas en la atención al parto, tanto en sistemas modernos como en poblaciones rurales e indígenas.
- Hacer efectiva la incorporación de las recomendaciones sobre la atención segura al parto y nacimiento propuestas por la Organización Mundial de la Salud.

Además en dicho congreso, pudo definirse con precisión el concepto humanización, con la expectativa de que éste sea centro y base para el desarrollo de una sociedad sustentable en el naciente siglo XXI:

Humanización:

Proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida.

La humanización es indiscutiblemente un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida.

El parto y el nacimiento, son el principio y punto de partida de la vida, son procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización, en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana, será determinante para las sociedades futuras.

Por todo lo anterior, ésta Conferencia Insta, a todos los gobiernos, a los organismos integrantes de las Naciones Unidas y a las organizaciones internacionales y no gubernamentales a dar inicio y participar pro activamente en la promoción de la humanización.

4.1.4. Elementos para la atención humanizada del parto

“El nacimiento humano es el hecho más milagroso, transformador y misterioso de nuestra vida. También es una experiencia compartida por cada miembro de la raza humana, además, la experiencia del nacimiento se imprime de forma indeleble en la vida tanto de la madre que da a luz, como del bebé que apenas acaba de nacer”⁶⁴.

Durante siglos la medicina ha tratado de investigar, calcular y predecir, dentro de un cierto grado de probabilidades, los resultados del parto. En el siglo XX los doctores confían en ellos mismos, listos para intervenir en cualquier instante, necesitando saber lo que pasa en todo momento durante el parto. Nunca ha sido la prioridad de los obstetras el considerar el parto desde la perspectiva de la madre o preguntar qué se debería hacer para que éste resultara más gratificante.

64 Harper, B. (1996). Opciones para un parto suave (p. 35). Naucalpan, Edo. de México: Lasser Press Mexicana.

Un “*parto suave*”, como lo llama Bárbara Harper⁶⁵, empieza por enfocarse en la experiencia de la madre y reuniendo la dimensión emocional de la mujer junto con sus necesidades físicas y espirituales.

La meta de un parto suave es reclamar lo maravilloso y alegre que está inherente en el comienzo de una nueva vida.

Cada vez más mujeres y sus familias ven el parto como una de las experiencias más extraordinarias de su vida, siempre y cuando puedan ser testigos de la fuerza y sensualidad del cuerpo femenino.

Un parto humanizado no es un método o conjunto de reglas a seguir. En realidad es un acercamiento al nacimiento que incorpora los valores y creencias propias de la mujer. Cada parto es una experiencia poderosa, a veces dolorosa, siempre transformadora.

El condicionamiento social temprano de muchas mujeres, que les hace creer que no son capaces de dar a luz normalmente, debe ser reemplazado con un entendimiento nuevo de la filosofía e ideas correspondientes a un parto suave.

Cuando las mujeres se dan cuenta de que su cuerpo sabe a dar a luz y que los bebés saben como nacer, adquieren confianza. Solo entonces existe la posibilidad de un parto suave.

Un parto humanizado tiene lugar cuando una mujer es apoyada por las personas que ella misma elige para que estén junto a ella durante este momento tan íntimo.

Necesita ser amada y nutrida por aquellos que están a su alrededor, para sentirse lo bastante cómoda y segura como para seguir sus propios instintos naturales. Se debe tener confianza en la mujer que va a dar a luz, para que ésta a su vez confíe en si misma, en su cuerpo, su pareja y en el proceso de alumbramiento. Se debe respetar su intuición. Durante un parto natural apacible, la mujer siente el poder del nacimiento y usa su energía para transformar cada parte de su ser.

65 *Ibidem* p. 37

Según Michel Odent⁶⁶, de las muchas preguntas que se hacen los estudiantes de obstetricia hay una que continúa ausente de los planes de estudios. Esa pregunta es ¿Cuáles son las condiciones idóneas para un parto fluido?

Estos son los ingredientes básicos para un parto humanizado⁶⁷:

- *Preparación.* La mejor preparación para un parto suave, es aquella que da a la mujer todo el poder de decisión, mediante la información y la creencia en su capacidad para dar a luz de un modo natural.

Para una hija, experimentar el parto de su madre tiene más valor que todo un curso de la educación escolar.

Uno de los componentes más importantes de cualquier método de preparación para el alumbramiento es una actitud saludable.

- *Un ambiente de seguridad.* Cuando una mujer se encuentra en un ambiente confortable, libre de distracciones y lleno de seguridad, está dispuesta a entrar en un nivel más instintivo de concentración o conciencia que la hará capaz de hacer su labor espontáneamente.

Lo mejor que podemos hacer para favorecer un proceso involuntario, es conocer y crear las condiciones idóneas para que se produzca 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, y 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 y la calidad humana y actitudes de los asistentes es esencial.

66 Citado por: Fernández, I. (s.f.) en <http://www.holistika.net> op cit.

67 Adaptado de: Harper, B. (1996) op cit., p 36-55 y de Fernández, I. (s.f.) en <http://www.holistika.net> op cit.

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

Debe pues evitarse todo lo que active el pensamiento racional en la mujer de parto: hablarle sin necesidad de 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 es el paritorio. 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. Dice Sheila Kitzinger que “el lugar ideal para dar a luz es el mismo que para hacer el amor”.

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. Por ello, las primeras recomendaciones de la OMS no se refieren a los aspectos técnicos, sino emocionales y psicológicos: Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del mismo.

- *Libertad de movimiento.* Si una mujer se mueve durante la labor, su bebé cambia de posición constantemente en el vientre, reajustándose y descendiendo, preparándose para el parto. Obligarla a estar en cama

durante cualquier momento de su labor o aminorar sus posibilidades de movimiento, aumenta la necesidad de intervención.

Numerosos estudios demuestran⁶⁸ que la posición vertical favorece el parto y la horizontal lo entorpece. En 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 además cuesta arriba. 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 oxitocina, y por tanto la dilatación. La posición vertical acorta y amplía el canal del parto, permite que las articulaciones de la pelvis se abran para dar paso al bebé, facilita sus movimientos de rotación y permite que la fuerza de la gravedad le ayude en su descenso.

El doctor Caldeiro- Barcia⁶⁹ afirma: “exceptuando la de estar colgada de los pies, la posición supina es la peor posición concebible para la labor de parto”.

Las dos posturas mayormente elegidas para dar a luz en todo el mundo son en cuclillas y de rodillas. Erguir a una mujer y ponerla derecha es algo más que cambiarla de posición. Le da el control sobre su cuerpo.

- *El silencio.* Un elemento importante para un parto suave es el silencio, no solo para el trabajo de parto sino para el bebé. Parecería difícil en un principio, pero en una atmósfera callada y silenciosa la mujer no tiene distracciones y es capaz de concentrarse en si misma.

De modo ideal, el bebé es mejor recibido en un lugar silencioso, seguro, en un ambiente que no tenga luces brillantes ni luces fuertes.

68 Fernández, I. (s.f.) en <http://www.holistika.net> op cit.

69 Caldeyro, R. (1979). *Bases Fisiológicas y psicológicas para el manejo Humanizado del parto normal*. Publicación científica del Centro Latinoamericano de Perinatología Desarrollo Humano. Montevideo/Uruguay No. 858.

- *Luz suave.* Durante el proceso del 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.
- *Libertad de expresión.* La represión de la expresión de dolor durante el parto tiene la consecuencia de reprimir la evolución del parto mismo.
- *Asistencia profesional respetuosa.* Siendo la fisiología del parto tan sensible al entorno, el papel del profesional asistente es el de estar disponible en un 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.
- *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.
- *Propiciar la 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 es la base de su capacidad para crear vínculos posteriores.

- La OMS recomienda iniciar la lactancia antes de abandonar la sala de partos.

4.1.5. Parto y actitudes Biodinámicas

¿Que significa tener una actitud biodinámica en el nacimiento?

Es necesario comenzar a preparar la era post-industrial de nacimiento. Esto implica adoptar actitudes radicalmente nuevas. No existe un término más apropiado que “biodinámica” para describir las actitudes que deberían caracterizar el parto de la era post-industrial⁷⁰

Una actitud biodinámica se basa en una buena comprensión de los procesos fisiológicos. El punto está en aprovechar al máximo el potencial fisiológico de la madre y del bebé⁷¹.

Toda evolución hacia una actitud biodinámica supone cambios que (en sentido estricto) deben ser radicales. Esto significa abordar las raíces mismas del problema y tomar como punto de partida el control médico del parto. Este tipo de control es una variante del control cultural y una corrupción del rol de la medicina.

Actualmente, toda evolución hacia una actitud biodinámica implica primero una total reconsideración del rol y de la razón de ser de la partera⁷² y de la enfermera obstétrica.

¿Cómo puede una mujer en trabajo de parto sentirse segura sin sentirse juzgada u observada? La presencia de una madre puede conciliar ambas necesidades, por lo cual, una partera, sería la figura ideal para acompañar a la madre, pero en la era del nacimiento médicamente controlado, ésta alternativa es cada vez menos probable, sin embargo, la enfermera autentica, que dista mucho de ser un

⁷⁰ Odent (2002) op cit., p. 90

⁷¹ Ibídem

⁷² Ibídem p. 95

miembro más del equipo de salud, debería ser vista ante todo, como una figura maternal, desempeñando ésta importante labor.

Por lo anterior las candidatas a ser enfermeras obstetras idealmente deberían ser madres que hayan dado a luz sin intervención y sin medicamentos. Esta es casi una garantía de que su presencia no molestará en la progresión de un parto. Si se selecciona a las mujeres que tienen una experiencia positiva del nacimiento de sus bebés, se aporta una garantía que ningún otro tipo de selección puede asegurar.

Sea como fuere la evolución hacia una actitud biodinámica (que implica un cuestionamiento del rol de la enfermera-partera) no puede hacerse de un día para otro. Se puede afirmar que en general, la falta de amplitud mental de los técnicos altamente especializados no permite asimilar rápidamente el concepto de actitud biodinámica.

Hasta que eso suceda tenemos que pensar en las mujeres que se acercan hoy a la edad adulta y cuyo destino es tener sus bebés en el transcurso de los próximos 30 años. No tienen tiempo de esperar los grandes cambios en las profesiones. Deben adaptarse a un periodo de transición.

Aunque la industrialización sea un fenómeno global, hay tantas diferencias entre los países, que las estrategias deben adaptarse a las particularidades geográficas, políticas e históricas.

Hay muchas maneras de preparar la post industrialización del nacimiento. Una de ellas es transformar las maternidades hospitalarias en lugares donde uno se sienta como en casa.

4.1.6. Una experiencia significativa en la atención y acompañamiento al nacimiento

Durante mi formación académica, en el séptimo y octavo semestre; tuve la oportunidad llevar a cabo la atención del trabajo de parto y nacimiento, en unidades hospitalarias de segundo nivel; en donde proporcioné cuidados específicos, que permitieron resguardar el bienestar de la madre y de su hijo, pero también, formé parte del “sistema”, llevando a cabo infinidad de rutinas y procedimientos tales como: venoclisis, ministración de oxitocina, restricción de movimientos, episiotomía, ayuno, posición de litotomía para el expulsivo, etc. Por indicación y no siempre por convicción; donde la óptica disciplinar, no siempre correspondían al cuidado científico, integral y holístico de la enfermería.

Sin embargo, aún en ese ambiente, los nacimientos se llevaban a cabo y nos contagiaban de su fuerza y alegría. Ser testigo de uno de las más grandes maravillas de la naturaleza, sin duda, es un privilegio.

Pero de alguna manera, sabía que debían existir otras formas de asistir a una mujer en el trabajo de parto y nacimiento.

Al darme cuenta, que de pronto la mujer se encontraba sola, lejos de su familia y en medio de completos desconocidos, mi intención siempre fue, en la medida de mis posibilidades, “acompañarlas” y apoyarlas durante su trabajo de parto y parto. Aunque no conocía con precisión lo que esto implicaba, las animaba, las tomaba de la mano y procuraba que ellas sintieran que su bienestar era importante para mi, pero sobre todo, que no estaban solas.

Durante la atención de mi primer parto, sin duda, los nervios eran el principal componente, debido al *miedo* de que “algo saliera mal”, fue un parto definitivamente muy intervenido; pero en la medida de lo posible “respetado”. La emoción experimentada tras el nacimiento del bebé, es indescriptible.

De esta forma siguieron transcurriendo uno y otro parto de la misma manera, despertando en mí, cierta frustración ante la deshumanización en la que transcurren los nacimientos en los hospitales.

Fue durante mi servicio social en el Estado de Chiapas, que conocí la parte que hacia falta en el cuidado de enfermería que brindaba: *el amor por el parto*. Éste elemento, vendría a cambiar el paradigma medicalizado en el que fui formada, a la vez que me permite redescubrir la energía vital del nacimiento y por lo tanto, redescubrirme a mi misma en cada experiencia.

Durante mi servicio social, tuve la maravillosa oportunidad de colaborar con el Hogar Comunitario “Yach’íl Antzetik”, que ofrece un acompañamiento integral a mujeres con embarazos no planeados, en situación de desamparo emocional y económico.

Como profesional de enfermería, se propuso, brindar a las mujeres una experiencia humanizada y digna, respetando sus derechos y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al ofrecerles la posibilidad de parir en una casa de partos, atendidas por una partera profesional y no en el Hospital Regional (como era costumbre), con la finalidad de que no se encontraran solas en el parto y de que se respetara su derecho fundamental de parir en libertad.

Afortunadamente, esto fue posible, y ésta fue la primera experiencia de nacimiento humanizado que viví en la casa de partos “Luna Maya”:

Fue el 16 de febrero del 2006 con Cecilia, que inició contracciones regulares a las 11:00 a.m. Llegué al hogar comunitario para acompañarla durante su gran labor y para vigilar la evolución del trabajo de parto. Ella se encontraba contenta y nerviosa a la vez, mientras permanecía sentada en el patio de la casa, la felicité y le pregunté como se sentía. La animé entonces a desayunar algo, ella accedió.

En ocasiones, las contracciones le impedían seguir las conversaciones, entonces guardaba silencio y se concentraba en ella misma.

Conforme evolucionaba el trabajo de parto, y las contracciones se intensificaban, entonces, fue necesario implementar medidas para manejar el dolor: como masaje, aplicación de frío y calor y compresión en espalda y región lumbar, siempre de acuerdo a sus gustos y necesidades. Entre contracciones la animaba a descansar. Era maravilloso observarla como instintivamente se movía y respirando rítmica y suavemente en cada contracción. Por primera vez, tenía la oportunidad de no intervenir, al menos que fuera estrictamente necesario, aunque he de confesar que de vez en cuando me sentía tentada a hacerlo.

Al cabo de aproximadamente, 3 horas de fase activa, ella se sintió lista para ir con la partera, nos dirigimos entonces a la casa de partos, ahí nos recibió Cristina, la partera, y con un abrazo, le dio la bienvenida a Cecilia.

El ambiente en la casa, era cálido, la luz tenue y se respiraba un suave olor a lavanda. Con Cecilia, nos encontrábamos, la partera, otra compañera pasante y yo, era un ambiente eminentemente femenino.

Las acompañantes de Cristina, estábamos presentes sí, pero en un segundo plano, vigilábamos el bienestar materno y fetal periódicamente, pero tratando de no interrumpir el proceso.

Al cabo de una hora aproximadamente, Cecilia, entró en la fase de transición, lo que nos indicaba que ya estaba muy avanzada la dilatación; entonces la condujimos a una habitación en donde ya estaba todo listo para recibir al bebé: calefacción, sábanas tibias y luz tenue; le sugerimos sentarse en la silla de partos, que se asemeja a un inodoro, y continuamos brindándole el apoyo necesario para continuar su labor.

En determinado momento, ella expresaba que no podía más y lejos de ofrecerle una peridural o una cesárea, le brindamos soporte emocional continuo -jamás la dejamos sola-, ella estableció un ritual en el que se repetía a si misma “si puedo”, mientras respiraba y se relajaba en cada contracción.

El periodo de transición duro como 30 minutos, posteriormente ella entró en un estado de somnolencia interrumpido únicamente durante las contracciones, todas guardábamos silencio, respetando su intimidad.

Al poco tiempo, despertó, tan llena de energía, que no parecía que llevaba ya muchas horas en trabajo de parto y entonces, sintió el deseo de pujar.

Al cabo de algunos esfuerzos de pujo, colocamos un espejo que le permitiera ver que el bebé ya estaba cerca, la animamos a tocar la cabeza de su hijo, lo que la llenó de alegría y la animó a seguir esforzándose, porque sabía que su hijo estaba a punto de nacer.

Finalmente, el bebé nació, ella misma lo recibió y lo llevó hacia su pecho abrazándolo y dándole la bienvenida. Era un niño sano y hermoso. Inmediatamente, inició la lactancia y al cabo de unos minutos, nació la placenta completa, no se realizó ninguna otra intervención, únicamente se revisó que no hubiera desgarros y cuando el cordón dejó de latir, se pinzó y cortó.

Valoramos el bienestar de la madre y del recién nacido, sin separarlos en ningún momento. El bebé nació a las 01:10 hrs., tuvo un Apgar de 9/10, pesó 3 650 y midió de 56 cm.

Después la mamá y el niño recién nacido, se instalaron en una hermosa habitación para descansar y supongo también, ha disfrutarse mutuamente.

Estoy segura que ésta experiencia transformó a todos los que la vivimos, era la primera vez que presenciaba algo semejante, un proceso no intervenido y respetado, el cuerpo femenino trabajando a la perfección, una madre confiada en su capacidad de parir y las asistentes confiando en la sabiduría interna que posee la mujer, únicamente dejando fluir la energía para que ocurriera el milagro.

Una vez que conoces éste modelo de atención, es imposible ignorar los beneficios que tiene sobre el bienestar de la madre y su hijo.

Considero que la enfermería, debe reflexionar sobre el paradigma en la atención obstétrica, esto permitirá, brindar cuidados basados en la evidencia científica que promuevan el bienestar Biopsicosocial de las mujeres, sus hijos y por supuesto, también de quien ofrece el servicio.

5. EL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO HOY

La presencia de una mujer que conozca la importancia de la mente en el proceso de parir y nacer ayuda a que la mujer armonice su cuerpo con las contracciones del trabajo del parto, disminuye la ansiedad y por ende, permite que éste se lleve a cabo de forma saludable.

5.1.1. La Doula

Las DOULAS no son nuevas; es una figura que siempre ha existido: las mujeres en la historia han ayudado a las mujeres aplicando e intercambiando sabiduría. Las doulas aspiran a ayudar a las mujeres a retomar éste saber⁷³.

El término doula procede de la antigua Grecia y significa esclava o sierva. Otros autores sitúan su origen en el indí, lengua en la que significa, mujer experimentada⁷⁴.

La antropóloga Dana Raphael⁷⁵, fue la primera persona que empleó éste término, para referirse a mujeres experimentadas que ayudaban a las futuras madres en la crianza de sus bebés, en Filipinas.

Investigadores médicos como M. Klaus y J. Kennell extendieron el empleo de este término a ayudantes prenatales y durante el parto⁷⁶.

En la actualidad, llamamos "doula" a una mujer que acompaña a otra durante el trabajo de parto y parto, brindando soporte, información y apoyo físico y emocional continuo durante este periodo⁷⁷.

73 *Doulas* (s.f.) op cit.

74 Asociación de Doulas (2007). [Página principal en Internet]. *¿Qué es una doula?* Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.doulas.es>

75 Citado por: Asociación de doulas (2007), op cit.

76 *Ibíd*em

77 Klaus, Kennel, Klaus (2002). *The doula book* (2ª ed.). Cambridge: Perseus publishing.

La función de una doula es dar soporte físico y emocional durante la experiencia del nacimiento, usando sus conocimientos y habilidades en educación, consejo y promoción de la salud.

Es además, la persona elegida por la mujer y/o la pareja para *protegerles* en su experiencia del nacimiento -para que se respeten sus deseos, facilitando la comunicación entre ella y el personal médico- y *asistirles* en su transición hacia la maternidad y paternidad. Su trabajo proviene de la tarea que tradicionalmente realizaban otras mujeres de la familia o del vecindario, como se hace en muchas culturas todavía.

Uno de los aspectos que diferencia el papel de la doula es que su cuidado es *continuo*, no hay cambios de turnos ni otras obligaciones.

Funciones de la doula⁷⁸:

- Durante el parto
 - Acompaña a la pareja ofreciéndoles su apoyo y soporte emocional
 - Responde sus dudas y los anima
 - Sugiere maneras para manejar el dolor y facilitar el parto en colaboración con el personal sanitario
 - Actúa como 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, etc.-
 - Ayuda en un parto vaginal tras cesárea, si fuera el caso
 - Colabora con una comadrona en la atención de un parto en casa
 - Respeto la privacidad de la mujer en trabajo de parto
 - Da apoyo y seguridad a otros miembros de la familia

78 Parto Natural Humanizado (2007). [Página principal en Internet]. *El Origen de la palabra doula*. Obtenido el 28 de Julio del 2007, de: <http://partonaturalhumanizado.blogspot.com>.

- Después del nacimiento del bebé
 - Facilita el establecimiento temprano de la lactancia materna
 - Mantiene contacto aun después del parto
 - Colabora en el cuidado de la casa y de los demás hermanos para tranquilizar a la nueva madre y liberarla de cargas.

Las doulas, por lo general, son madres que han pasado por el proceso de parir, amamantar y criar a su bebé; con el convencimiento de que hay otra manera de vivir la maternidad y por ello, tienen el deseo de dar soporte a las madres en un momento tan maravilloso y único como es el de dar vida a otro ser y ayudarlo a desarrollarse y crecer con alegría.

Desde hace 25 años, se han realizado múltiples estudios para evaluar el efecto del acompañamiento de una "doula" en el parto. Los resultados son sorprendentes, significativos y consistentes en relación con aspectos obstétricos como: menores tasas de cesáreas, menor necesidad de uso de analgesia durante el trabajo de parto y menor duración del mismo. También se han evaluado aspectos psicológicos como: mejor percepción de la vivencia del parto, mayor autoestima y menores tasas de depresión postparto, incluso se ha observado que contribuye a mejorar el apego madre hijo y por ende, las tasas de lactancia materna⁷⁹.

El contar con esta compañía es una práctica ancestral, que aun persiste en muchas culturas primitivas. Existen estudios antropológicos de 128 culturas de cazadores y recolectores, en los que se observa que en 127, cuentan con el apoyo emocional de otra mujer durante el parto⁸⁰.

Al trasladarse los partos al hospital, éste importante componente fue eliminado y por mucho años, las mujeres han debido tener sus partos con el apoyo esporádico de diferentes miembros del equipo de salud. Solo en las últimas décadas, se ha

79 Valdés V., Morlans X. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna [versión electrónica]. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70 (2): 108-112.

80 Klaus, et al. (2002) op cit., p. 71

ido permitiendo la presencia del padre en el parto, pero ésta aun no es una práctica universal. Aun ahora, pocas mujeres son acompañadas permanentemente por alguien que se dedique a brindarle apoyo durante su trabajo de parto y parto.

Según el libro “Mimando a la madre, cómo una doula puede ayudarte a tener un nacimiento más corto, fácil y sano” de Kennel, Klaus y Kennel⁸¹, una doula puede proporcionar las siguientes diferencias:

- 50% reducción en cesáreas
- 25% parto más corto
- 60% menos peticiones de peridural
- 40% menos uso de oxitocina sintética
- 30% menos uso de analgésicos
- 40% menos uso de fórceps
- Mejora el vínculo padres-bebé
- Menos problemas con la lactancia
- Menor incidencia de depresión posparto

Un estudio de la universidad Case Western Reserve en Cleveland⁸², Estados Unidos, mostró que mientras el 63% de las mujeres que no tuvieron el apoyo de una doula necesitaron de una cesárea tras la inducción del parto, sólo un 20% de aquellas que tuvieron a una doula, la requirieron.

Por su parte, Valdés y cols.⁸³ dan especial importancia, a los aspectos psicológicos y a largo plazo que la presencia de una doula ocasiona en una mujer al señalar que: al ser el parto de las pocas experiencias en la vida de una mujer que la pueden marcar tan profundamente, -positiva o negativamente- y dado que es un período muy sensible, en el que ella está abierta al cambio; el cuidado que

81 Citado en: *El Origen de la palabra doula*. en <http://partonaturalhumanizado.blogspot.com> op cit.

82 Ibídem

83 Valdés, et al. (2005) op cit.

reciban ella y su hijo tiene impacto a largo plazo en su autoestima, su relación de pareja, cómo va a cuidar a su hijo y su bienestar.

Cada vez existe más información que apoya lo que se ha llamado "Período Sensible"; durante éste período, la madre está especialmente abierta a mejorar su futura relación con el niño, dependiendo del cuidado y ambiente que la rodea durante el parto.

De acuerdo a esto, Simkin y Ancheta⁸⁴, demostraron que el recuerdo del parto sigue vivo en la mujer al menos por 20 años y que estos recuerdos están determinados por el cuidado ofrecido por quienes la rodeaban y no tanto por el parto mismo.

Por lo tanto podemos pensar que la presencia continua de la doula puede hacer la diferencia en la experiencia y el recuerdo de la mujer que da a luz.

A continuación, revisaremos y comentaremos algunas de las características necesarias de una doula:

1. Ser mujer: Los estudios antropológicos muestran, que quien acompaña a la mujer durante el proceso del parto, es siempre una mujer. Taylor y cols.⁸⁵ plantean que la respuesta femenina ante el estrés, a diferencia de la masculina que es "luchar o huir", es la tendencia a agruparse o asociarse y cuidarse. Este contacto, especialmente si es con otra mujer, reduce el nivel de estrés.

Para una mujer, el parto en un lugar con personas desconocidas, es una situación que le genera temor y estrés. Esto produce liberación de catecolaminas, que pueden demorar el trabajo de parto, reducir el flujo sanguíneo hacia el útero, placenta y feto, y ocasionar alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal. Todo esto puede llevar a la necesidad de mayores intervenciones médicas. La presencia de una mujer que le asegura que va a permanecer a su lado, que se preocupa de su

84 Citado por: Valdés, et al. (2005) op cit., p. 108

85 Ibídem p. 110

bienestar y que actúa de intermediaria con el equipo de salud, reduce el nivel de temor y estrés.

¿Cuál es la mejor doula? Rosen⁸⁶ hizo una revisión en la literatura para observar el efecto de los diferentes tipos de doulas descritas por los autores: mujer de la comunidad, no capacitada; doula capacitada; parientes femeninas de la madre; enfermeras y matronas. Encontró que en un ambiente hospitalario donde no se permite la presencia de familiares, las mujeres que fueron acompañadas por voluntarias de la comunidad, no capacitadas, tuvieron los beneficios más impactantes: una reducción significativa de la duración del trabajo de parto, del uso de oxitocina, y de los partos quirúrgicos, comparadas con un grupo control sin el apoyo.

2. Presencia continua hasta después del parto: La presencia continua es el aspecto más importante del cuidado que ofrece la doula. Scott y Cols.⁸⁷ encontraron que la presencia continua de una doula tiene un impacto significativamente diferente de la presencia intermitente (Ver tabla 5 en p. 79).

3. Apoyo emocional: La doula ofrece apoyo incondicional, uno a uno, sin juzgar, felicitando a la mujer por sus logros; se atreve a tocar, masajear, según lo que sea cómodo y aceptable a la madre y usa las palabras con mucha delicadeza y cuidado. El rol de la doula es solo ofrecer apoyo emocional; estar presente en todas las necesidades de esa mujer, para permitirle ser la protagonista en ese momento crucial de su vida, de manera que ésta sea una experiencia positiva.

4. Apoya tanto a la mujer como a su pareja: Una pregunta frecuente que surge cuando se menciona el apoyo emocional y la doula es, si el padre puede ofrecer el mismo apoyo emocional. La respuesta es no. Y no lo puede hacer por que está emocionalmente involucrado. Stein y Cols⁸⁸ presentan un caso clínico clásico, donde la pareja pregunta en una consulta prenatal sobre las doulas. Ambos tienen

86 Ibídem p. 111

87 Ibídem

88 Ibídem

dudas sobre si la presencia de ésta extraña va a interferir con una vivencia tan personal como es el parto. Cuando vuelven después de nacido el hijo, el padre expresa lo positivo de la experiencia con la doula y cómo ella le ayudó a que él pudiera acompañar y ayudar a su esposa.

En un estudio que compara la presencia del padre con y sin doula muestra que la tasa de cesáreas fue del 14.2% entre las que contaron con doula, comparadas con las que estuvieron solo con su pareja que fue del 22.5%.

5. Establece un vínculo entre el equipo de salud y la mujer: Explicándole lo que va ocurriendo y transmitiendo las necesidades de la mujer al personal que la atiende.

Hasta hace no muchos años, una parturienta tenía a su lado a la familia: madre, tías o hermanas, que la ayudaban en el trabajo del parto y post-parto de una manera natural; muchas veces vivían en la misma casa, y el trabajo y el cuidado de los niños se repartía entre todas. Así, la comunicación y el aprendizaje entre mujeres era tan natural como espontáneo.

Se pretende que las doulas asuman este papel de soporte que antes hacían las mujeres de la familia de forma natural: que ofrezcan a la madre una ayuda tanto a nivel práctico como emocional, con una actitud de amor y respeto.

En países como Holanda, Alemania, Inglaterra y Bélgica, la doula ya es una figura profesional, reconocida y aceptada; aquí nos queda mucho camino para andar.

La mayoría de mujeres que han contado con una doula tiene palabras de agradecimiento hacia ellas.

En conclusión, existen pocas intervenciones en obstetricia avalada por la evidencia, que tengan tantos beneficios como la presencia continua de una doula. Y son cada vez más las instituciones, que conociendo sus beneficios incluyen un programa de doulas en sus servicios.

Dado los resultados de esta revisión, creemos que es de gran importancia establecer iniciativas para extender esta práctica.

Al tecnicarse el parto y darle un enfoque médico, se ha perdido la intimidad y la complicidad entre las mujeres; es necesario *restablecer este contacto* con el fin de ofrecer a las recientes madres, la ayuda que merecen antes de quedar desbordadas y desesperadas por las muchas dudas acumuladas.

5.1.2. La educadora en psicoprofilaxis perinatal

En éste contexto, surge un nuevo concepto: la educación perinatal, y con él, un nuevo personaje: “la educadora en psicoprofilaxis perinatal”.

Fue en 1956 que se propone el termino: “sistema de psicoprofilaxis” en una conferencia en Kiev al declarar que la manifestación, carácter y fuerza del dolor de parto, depende del sistema nervioso y de las relaciones entre la corteza y la subcorteza, subrayando el valor fisiológico de la palabra hablada. El papa Pío XII aprueba en este año el método.⁸⁹

En 1957, el sistema se difunde por varios países del mundo. Dick Read⁹⁰ difunde su teoría del origen psicológico del dolor y establece clases de preparación para el parto impartidas por enfermeras.

Para 1960, el método se practicaba ya en 42 países de Europa, Asia y América. En 1965 el Dr. Robert Bradley⁹¹ publica su libro “Husband Couched childbirth”, él pensaba que el padre, por ser el objeto de amor de la mujer, debe ser el acompañante más eficaz para apoyarla durante el trabajo de parto.

89 García, A., Chávez A. (2007) *Investigación bibliográfica y encuesta retrospectiva* realizada para el Programa del XVIII Diplomado en Educadora en Psicoprofilaxis Perinatal. ENEO-UNAM-CIMIGen.

90 Citado por: García, et al. (2007) op cit.

91 Ibídem

En 1967, Elizabeth Bing⁹² publica su libro “*Six practical lessons for an easier childbirth*” donde presenta seis clases básicas de preparación para el parto provenientes del método Lamaze.

En 1957 el Dr. Hedor Stefanovich⁹³ presenta en México, el primer trabajo sobre psicoprofilaxis Obstetricia en el segundo Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia; el Dr. Ávila (Director del hospital central Militar) lo invita a trabajar en México, convirtiéndose el hospital Militar en la cuna de la psicoprofilaxis Obstetricia en México.

El Dr. Nava Zulaica⁹⁴ aplicó el método, sin embargo no tuvo el éxito esperado debido a la falta de apoyo de las autoridades, a la incomprensión de sus colegas, la falta de personal capacitado y el bajo número de consultas prenatales a las que asistían las pacientes de dicha institución.

En 1960, se forma la Asociación Mexicana de psicoprofilaxis Obstétrica, y se capacita al primer grupo de instructoras; pero es hasta 1976 que se acuña el termino de *psicoprofilaxis perinatal* y se institucionaliza su practica en el Instituto Nacional de Perinatología, siendo el director el Dr. Jurado García.

Las acciones del Instituto incluían:

1. Conceptuar la psicoprofilaxis como un proceso educativo de la pareja para el proceso reproductivo.
2. Trabajar de manera interdisciplinaria.
3. Preparar a toda mujer que acuda al INPer a ser atendida.
4. Incluir la preparación del compañero.
5. Atender el parto en posición sentada.
6. Utilizar anestesia en forma moderada.
7. Iniciar en forma inmediata el seno materno.
8. Alojar en forma conjunta a madre e hijo.

92 Ibídem

93 Ibídem

94 Ibídem

En este instituto se inicia la formación del primer grupo de “*Instructoras en psicoprofilaxis perinatal*”, Al cambiar las políticas sexenales, se elimina el concepto de psicoprofilaxis y se vuelve al modelo tradicional de atención al parto, es cuando se forman entonces “Educadoras para la reproducción”.

Pero para 1989 surge un nuevo movimiento en pro de los esfuerzos por humanizar el parto, se crea ANIPP -Asociación Nacional de Instructoras psicoprofilaxis perinatal- que hasta la fecha sigue trabajando a favor del parto natural y por el derecho de toda mujer a contar con un acompañante para el parto.

Y es en 1990 que se forma la primera generación del diplomado de educadora en psicoprofilaxis perinatal de la ENEO-UNAM, el cual hasta el año 2006 ha formado 175 educadoras⁹⁵.

Desde los inicios de la psicoprofilaxis perinatal en México, la instructora, ha acompañado a la mujer durante el parto. Hace más de dos décadas, la mujer que deseaba tener un parto psicoprofiláctico, requería del apoyo de la instructora durante su trabajo de parto.

En la actualidad, las educadoras en psicoprofilaxis perinatal, se dedican a impartir cursos, de una manera especial en lo que se refiere a la preparación para el parto, la maternidad y la paternidad así como para la lactancia; además brindan acompañamiento a todas aquellas mujeres que lo solicitan, reconociendo los siguientes principios:

- El embarazo y el parto son procesos normales, naturales y saludables
- La experiencia del parto afecta profundamente a la mujer y su familia
- La sabiduría interna de la mujer la guía a través del parto (INSTINTO)
- La *confianza* y habilidad de la mujer para parir puede ser reforzada o disminuida por los que la rodean y por el ambiente del entorno donde va a dar a luz

95 *Ibidem*

- El cuerpo de la mujer, posee una habilidad innata para traer a su hijo al mundo
- El bebé es un ser humano y debe ser tratado como tal
- La mujer tiene derecho a parir libre de intervenciones médicas rutinarias injustificadas
- La educación para el parto, a través del conocimiento y el apoyo; fortalece a la mujer y a su pareja para tomar decisiones informadas sobre el cuidado de su salud y la de sus hijos, asumir la responsabilidad de este cuidado y confiar en su sabiduría interior.
- El padre debe ser incluido en todos los eventos relacionados con el nacimiento, ya que es un derecho para ejercer una paternidad responsable.

5.1.3. Teoría del Acompañamiento

Históricamente y mucho antes del gran desarrollo de la medicina en el mundo, las mujeres han recibido atención y apoyo por parte de otras mujeres, familiares o no, en el trabajo de parto y el parto. Sin embargo, desde mediados del siglo veinte, debido a que la mayoría de las mujeres dan a luz en hospitales o instituciones de salud, en vez de tener el parto en sus hogares, el apoyo continuo durante el trabajo de parto se ha convertido en una excepción en vez de una práctica rutinaria.

Hasta el momento, según Fernández y cols⁹⁶, se han presentado dos explicaciones teóricas complementarias sobre los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto en los resultados del parto. Ambas explicaciones tienen como hipótesis, que el apoyo mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas:

96 Fernández, I., Sifontes, Y., Chaparro, W. (2005). *Repercusión Perinatólogica del Trabajo de Parto con Apoyo Familiar*. Obtenido el 5 de Agosto del 2007 de <http://www.bvs.sld.cu>

La primera explicación teórica, considera la repercusión del medio circundante en el progreso del trabajo de parto, debido a la adaptabilidad de la paciente y su influencia en el grado de seguridad y competencia para enfrentar este evento; por lo que el apoyo durante esta etapa mejora su percepción del mismo.

La segunda explicación teórica, describe que el acompañamiento: mejora el pasaje del feto a través de la pelvis y los tejidos blandos, así como también disminuye la respuesta al estrés; por lo cual, reduce las probabilidades de un parto instrumental, complicaciones subsiguientes y mejora la sensación de control de la mujer respecto de su experiencia de parto.

Los estudios sobre las relaciones entre el miedo y la ansiedad, la respuesta al estrés y las complicaciones del embarazo, han demostrado que la ansiedad durante el trabajo de parto se asocia con altos niveles de adrenalina en sangre, lo que a su vez puede ocasionar patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, una disminución de la contractilidad uterina, una fase de trabajo de parto más prolongada con contracciones regulares bien definidas y bajos puntajes de Apgar.

Los primeros antecedentes con los que contamos acerca de los beneficios del acompañamiento son los estudios publicados por el Dr. Caldeyro Barcia⁹⁷ quien insiste en la importancia del apoyo familiar, especialmente del padre en el recibimiento del nuevo integrante.

Además, asegura que la mujer en trabajo de parto no es una “paciente” si no una “madre” que tienen necesidades fisiológicas, psicológicas, afectivas y sociales que deben ser satisfechas adecuadamente; para lo cual el acompañamiento se vuelve indispensable.

Posteriormente, se publicaron los estudios realizados por Klaus y cols⁹⁸ quienes como ya se ha mencionado, desde hace 25 años, han observado e investigando

97 Caldeyro (1979) op cit.

98 Klaus, et al. (2002) op cit., p. 106

qué ocurre con la presencia de una mujer que ofrezca "apoyo emocional continuo" durante el trabajo de parto y parto, comparando con los casos que se atienden con el método "tradicional", tales estudios muestran: una reducción muy significativa en variables como: duración del trabajo de parto, uso de anestesia o analgesia, uso de oxitocina, así como de la incidencia de cesáreas (ver tabla 5).

A partir de la publicación de los primeros, muchos otros estudios se han venido realizando, dado el impacto positivo que representa la presencia del acompañante.

Tal es el caso del metanálisis realizado por Scott, Klaus y Berkowitz en 1999: en el que describen que uno de los criterios que afectan positivamente los resultados, es la "continuidad" del apoyo (ver tabla 6).

Otras evidencias científicas acerca de los beneficios del acompañamiento, se reportan en una evaluación de estudios realizada por Hodnett y cols., publicada en Cochrane Review. (Ver tabla 7).

Tabla 5. COMPARACIÓN DEL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ACOMPAÑANTE, SEGÚN KENNEL Y MARSHALL

John Kennell y Marshall Klaus comenzaron sus estudios durante los años 70 y pudieron demostrar que la presencia de una Doula reducía significativamente toda clase de intervenciones y el uso de medicamentos, mejorando las estadísticas.		
	CON ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE
1er Estudio		
Duración del trabajo de parto.	9 hrs.	15.5 hrs.
2do Estudio.		
Duración del trabajo.	7.7 hrs.	15.5 hrs.
Madres que requirieron oxitocina.	2 % 7 %	13 % 17 %
Cesáreas		
	CON ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE
Duración del trabajo de parto.	7.4 hr	9.4 hr.
Partos vaginales.	116	25
Bloqueo.Peridural.*	8 %	55 %
Uso de oxitocina	17 %	44%
Partos con fórceps.	8 %	26%
Cesáreas **	8 %	18%
Además, los autores demostraron que el acompañamiento tiene efectos positivos aún en el aspecto del apego madre-hijo, reflejados en el éxito de la lactancia materna.		
	CON ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE
A las 6 semanas solo pecho	51%	29%
Seno materno a libre demanda.	81%	47%
Con alimentos diferentes a la leche.	18% 16%	53% 63%
Problemas de alimentación.	32	24
Promedio de días únicamente con seno materno.		

Adaptado de: "Apoyo emocional continuo durante el trabajo de parto". En: Klaus, et al. (2002). *The doula book*.

* Los autores de este estudio estiman que las parejas ahorrarían 1300 dólares por parto, esto es un gran ahorro tomando en cuenta que en este país hay 4 millones de partos al año.

** Aun tomando en cuenta el costo adicional que implica la presencia de una acompañante durante el trabajo de parto, el gobierno de Estados Unidos se ahorraría 2000 millones de dólares anualmente.

Sería interesante investigar, de los beneficios biopsicosociales que conlleva el acompañamiento en la mujer y su familia, aquellos que en el ámbito económico seguramente interesarían al sistema de salud pública en nuestro país.

Tabla 6. DATOS SOBRE DISMINUCIÓN DE INTERVENCIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ACOMPAÑADO, SEGÚN SCOTT, KLAUS Y BERKOWITZ

Meta-análisis de once estudios que incluyen a más de 5000 mujeres en el que se comparan los resultados entre el apoyo continuo y el apoyo intermitente y que arroja los siguientes resultados cuando la mujer recibió el apoyo de doula:	
INTERVENCIÓN	RESULTADO (Disminución porcentual cuando hubo apoyo continuo)
Analgesia.	35%
Oxitocina.	71%
Fórceps.	57%
Cesárea.	51%
Duración del trabajo de parto	Reducción en un promedio de 98 min.
Cuando el apoyo es intermitente, los resultados son significativamente menos positivos.	

Fuente: Elaborado por la autora con base en: "Comparación entre soporte intermitente y continuo durante el parto". En: Trueba, G. (s.f.). *Estrategia alternativa para disminuir el índice de cesáreas: apoyo psico-emocional de la doula durante el trabajo de parto.*

Tabla 7. DATOS SOBRE DISMINUCIÓN DE INTERVENCIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ACOMPAÑADO, SEGÚN HODNETT Y COLS.

Hodnett y cols, describieron las experiencias de aproximadamente de 13.000 mujeres, encontrando que aquellas que reciben el apoyo de un acompañante del parto, en comparación con aquellas mujeres que no cuentan con ese apoyo, tienden a tener menos partos por cesárea, a verse menos sometidas a otras intervenciones médicas mayores y a mostrarse más satisfechas con la experiencia de dar a luz.	
INTERVENCIÓN	RESULTADO (Disminución porcentual cuando hubo apoyo)
Cesárea.	26%
Parto con la ayuda de una ventosa obstétrica o fórceps.	41%
Necesitar algún tipo de analgesia o anestesia.	28%
Estar insatisfecha con el parto o tener una opinión negativa al respecto.	36%
Los resultados de éste análisis, dieron lugar a la recomendación de la OMS indicando que: <i>“por los beneficios reportados y la ausencia de riesgos asociados con el apoyo intraparto, se deben hacer todos los esfuerzos posibles para asegurar que todas las mujeres reciban apoyo psico-emocional durante el parto”.</i>	

Fuente: Elaborado por la autora con base en: “Apoyo continuo durante el trabajo de parto” En: Trueba, G. (s.f.). *Estrategias para disminuir el índice de Cesáreas: apoyo psico-emocional de la doula durante el trabajo de parto.*

Al respecto en éste estudio, la Dra. Sakala (co-autora) opina que: "La peridural, la cesárea y el parto con ventosa obstétrica o fórceps son intervenciones mayores que podrían ocasionar efectos adversos a corto y a largo plazo tanto para la madre como para el bebé. El apoyo continuo del parto representa una herramienta fundamental para ayudar a las mujeres a evitar los riesgos asociados a estas prácticas y a tener una experiencia placentera en este momento tan trascendental en sus vidas"⁹⁹

Por otra parte, es importante señalar que es esencial la calidad de la relación entre la mujer y su acompañante, ya que siendo el nacimiento un acontecimiento involuntario y espontáneo, 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.

⁹⁹ Sakala, et al. (s.f.). *Un apoyo continuo durante el parto, proporciona importantes beneficios para la madre y el bebé.* Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.holistika.net>

Al respecto, los autores observaron que el tipo de persona que proporciona el apoyo, tiene relación directa con los resultados, ya que los efectos eran más notorios cuando la persona no era miembro del personal hospitalario, sino una persona ajena a ese ámbito, presente exclusivamente para proporcionar apoyo personalizado.

Al respecto, Ellen D. Hodnett¹⁰⁰ profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto, opina que "la organización de la atención en las salas de maternidad modernas, incluyendo los cambios de guardia y las diversas responsabilidades del personal, aparentemente limitaría la eficacia del apoyo del parto proporcionado por el personal hospitalario".

Quizá en realidad, esta situación interfiera con el aspecto de continuidad del acompañamiento; sin embargo, no interfiere sobre la calidad y la calidez del cuidado brindado. Sería interesante realizar investigaciones, que reflejen los beneficios y ventajas de contar con personal de enfermería capacitado para "Acompañar" a las madres en el proceso del trabajo de parto.

Lo anterior nos hace reflexionar acerca de la necesidad de elegir adecuadamente el acompañante para el parto y el hecho de que éste debe estar adecuadamente preparado.

Conjuntamente con la importancia del tipo de proveedor de cuidados, los realizadores de la reseña hallaron que el apoyo continuo del parto se asociaba a mayores beneficios cuando:

- Se iniciaba en las primeras etapas del parto
- Se utilizaba en aquellos entornos en los que la analgesia peridural no se aplicaba como rutina

100 *Ibidem*

- Se llevaba a cabo en aquellos entornos en los que a las mujeres no se les permitía estar acompañadas por alguien de su elección (como ser su compañero, un/a amigo/a o un miembro de su familia).

Por último, según la Dra. Sakala, “el apoyo continuo durante el parto podría incrementar los procesos normales de este período y reducir así el uso de intervenciones obstétricas, además de que este tipo de soporte, consiste en un elemento clave en la atención provista en salas de maternidad y proporciona conocidos beneficios y no se le conocen inconvenientes¹⁰¹”.

Por lo cual debemos pensar en que este tipo de apoyo debería ser lo habitual y no la excepción.

Es preciso realizar más investigaciones a fin de comprender los efectos del apoyo continuo del parto en la salud y el bienestar de las madres y sus bebés; así como de los efectos de los distintos modelos de apoyo. Además sería interesante que ensayos futuros incluyan el análisis económico de los costos y beneficios del apoyo continuo del parto.

Por otra parte, es importante citar un estudio, que además de los hallazgos ya mencionados en los anteriores, destaca los beneficios que el acompañamiento tiene con respecto al bienestar del bebé, los cuales se ven reflejados en el índice de Apgar.

Según Verdecia y cols., los estudios sobre las relaciones entre el miedo y la ansiedad, la respuesta al estrés y las complicaciones del embarazo han demostrado que la ansiedad durante el trabajo de parto se asocia con altos niveles de adrenalina en sangre, lo que a su vez puede ocasionar patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, una disminución de la contractilidad uterina, una fase de trabajo de parto más prolongada con

101 Ibidem

contracciones regulares bien definidas y bajas puntuaciones de Apgar¹⁰² (Ver tabla No.8).

Tabla 8. DATOS SOBRE ÍNDICE DE APGAR DE ACUERDO A PRESENCIA O AUSENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO, SEGÚN VERDECIA Y COLS.

ÍNDICE DE APGAR	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO CONTROL		p
	No.	%	No.	%	
Primer minuto					
0-6	1	0.2	3	0.5	0.002
7-10	523	99.8	521	99.5	
Total	524	100.0	524	100.0	
Quinto minuto					
0-6			2	0.4	0.37
7-10	524	100.0	522	99.6	
Total	524	100.0	524	100.0	

Fuente: Tomado de: "Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar". En: Verdecia, et al. (2005). *Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar*.

Se puede observar que: el índice de Apgar tuvo valores de apenas 0,2 % en el grupo de estudio, en contraste con 0,9 % en el control.

En base a los resultados obtenidos, los autores concluyen que, estos valores del índice de Apgar, coinciden con los notificados por otros autores, que aunque no utilizan puntuaciones similares, sí muestran diferencias en favor de las gestantes que reciben apoyo familiar continuo; pues en caso contrario, pueden presentarse patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal, con la consiguiente repercusión sobre la salud del feto, y por ende, un bajo índice de Apgar u otro pronóstico más desfavorable, atribuible a la pérdida de los numerosos beneficios que reciben las grávidas acompañadas durante el alumbramiento.

Estos hallazgos, contrario a lo que podría pensarse, no son desconocidos del todo en nuestro país, ya que en éste año, la revista de Ginecología y Obstetricia México, publicó un estudio realizado en un Hospital Chileno, el cual ratifica los beneficios del acompañamiento durante el trabajo de parto, ya que según

102 Verdecia, E., Díaz, I. (2005). Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar [versión electrónica]. *Medisan*, 9 (2)

Contreras y cols., “un componente importante en la calidad de la atención médica son las prácticas con probada eficacia”¹⁰³. (Ver tabla 9).

Por último, es indispensable citar dos estudios que se llevaron a cabo en México, en los cuales se confirma la efectividad del acompañamiento a las mujeres en trabajo de parto.

El primero de ellos, se llevó a cabo en el Hospital General Manuel Gea González de la Secretaría de Salud, en él se demuestra que el apoyo psico-emocional logra disminuir significativamente el índice de cesáreas, la duración del trabajo de parto, el uso de oxitocina para conducción y la analgesia obstétrica¹⁰⁴. (Ver tabla 10).

El segundo, fue publicado en la revista Salud Pública de México en este año, siendo la preocupación fundamental que mueve a la realización de éste estudio, la creciente tasa de operación cesárea (OC) prevaleciente, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo; así como la diversa resistencia que se ofrece a los intentos por reducirlas, lo cual según Campero y cols., “configuran un escenario posible de describir como una epidemia”¹⁰⁵ (Ver tabla 11).

103 Contreras, Y., Olavaria, S., Pérez, M., Haemmerli, P., Cafferata, M., Belizán, J. (2007). Prácticas en la atención del parto de bajo riesgo en hospitales del sur de Chile [versión electrónica]. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75: 24-34.

104 Trueba, G. (s.f.). op cit.

105 Campero, I., Hernández B., Leyva A., Estrada F., Osborne J., Morales S. (2007). Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México [versión electrónica]. *Salud Pública de México*, 49 (2), 118-125.

Tabla 9. DATOS ACERCA DE PREVALENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO COMO PRÁCTICA VENTAJOSA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO, Y PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES ACECA DE LA MISMA, SEGÚN CONTRERAS Y COLS.

<p>Este estudio tuvo como objetivo conocer, la prevalencia de prácticas con ventajas y desventajas en la atención del preparto y parto, así como la percepción de las pacientes acerca de las mismas.</p> <p>Se trató de un estudio descriptivo, transversal, en hospitales de alta complejidad. Se seleccionaron 11 prácticas (4 con ventajas y 7 con desventajas), según el listado de clasificación de modalidades de atención proporcionadas por la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Se encuestaron a 205 puérperas.</p> <p>Los autores definen como <i>prácticas ventajosas</i> aquellas que muestran eficacia al reducir la morbilidad o mortalidad materna o perinatal y como <i>prácticas perjudiciales o inefectivas</i> a las que no demuestran dicha reducción.</p> <p>Incluyeron entre las prácticas ventajosas el <i>acompañamiento durante el trabajo de parto y parto</i>, definiéndolo como: <i>El apoyo psicosocial continuo durante el trabajo de parto y parto por familiares o personas significativas para la mujer.</i></p> <p>RESULTADOS</p> <p>De las prácticas con ventaja, 46% de las mujeres estuvieron acompañadas durante el parto; y solo 17% estuvieron acompañadas en el preparto en forma continua. Las ventajas reportadas por las puérperas acerca de ésta práctica son:</p>		
PRÁCTICA	MUJERES QUE RESPONDIERON	CAUSAS DE LA VENTAJA
Compañía durante el Trabajo de Parto	91%	Protección y seguridad 83% Manifestación de compromiso 8%
Compañía durante el parto	94%	Protección y seguridad 62% Vivencia compartida 32%
Sin embargo una parte de las encuestadas percibió estas prácticas como desventajosas debido a que *:		
PRÁCTICA	MUJERES QUE RESPONDIERON	CAUSAS DE LA DESVENTAJA
Compañía durante el Trabajo de Parto	21%	Vergüenza 21%
Compañía durante el parto	31%	Aumenta el nerviosismo materno 19% Percibe el nerviosismo del acompañante 12%
<p>El porcentaje de las prácticas con ventaja fue de entre 17 y 46% mientras que de las perjudiciales entre el 17 y 98%.</p> <p>Los autores concluyen, que a pesar de las pruebas científicas, los prestadores de servicio del sistema público realizan poco las prácticas recomendadas para el cuidado de la salud. Así mismo, se observó que las prácticas que han demostrado tener desventajas o incluso perjudiciales (enema, tricotomía, episiotomía, etc.) se continúan realizando.</p> <p>Por último los autores recomiendan hacer esfuerzos para mejorar la práctica obstétrica, con el propósito de aumentar la calidad de atención.</p>		

Fuente: elaborado por la autora con base en: "Prácticas en la atención del parto de bajo riesgo en hospitales del sur de Chile". En: Contreras, et al. (2007). *Ginecología y Obstetricia México*.

Tabla 10. DATOS ACERCA DE LA EFICACIA DEL APOYO PSICO-EMOCIONAL PROPORCIONADO POR LA EDUCADORA PERINATAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Estudio realizado en el Hospital General Manuel Gea González de la Secretaría de Salud en el que se evaluó la eficacia del apoyo psico-emocional proporcionado por una educadora perinatal capacitada como doula durante el trabajo de parto, para reducir el índice de cesáreas.

Se estudiaron 100 pacientes con embarazo a término, fase activa del trabajo de parto, con más de tres cm. de dilatación, nulípara, sin cirugía uterina previa y pelvis útil según valoración médica; divididas aleatoriamente en dos grupos: el 50% recibió el apoyo de la educadora perinatal y el segundo no, valorándose duración del trabajo de parto, uso de oxitocina y vía del parto.

INTERVENCIÓN	CON ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE
Oxitocina	42%	96%
Analgesia obstétrica	8%	32%
Duración promedio del TP	14:51 (+/- 5:36)	19:38 (+/- 7:50)
Cesárea	2%	24%

El estudio confirmó que el apoyo psico-emocional del acompañamiento durante el trabajo de parto, reduce la secreción de catecolaminas y por ende la duración del trabajo de parto, el uso de oxitocina y el riesgo de sufrimiento fetal, el uso de analgesia y el índice de cesáreas. Por lo cual, esta práctica tiene un impacto muy significativo en la salud perinatal.

Fuente: Elaborado por la autora con base en: Trueba, G. (s.f.). *Estrategias para disminuir el índice de Cesáreas: apoyo psico-emocional de la doula durante el trabajo de parto.*

Tabla 11. TENDENCIA DE CESÁREA EN RELACIÓN A PRESENCIA O AUSENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO, SEGÚN CAMPERO Y COLS.

<p>El objetivo del estudio fue describir las tendencias de la operación cesárea (OC), asociadas con factores no clínicos en mujeres que asistieron al Centro de Educación para el Parto (CEPAPAR) en la Ciudad de México.</p> <p>Se analizó información de 992 nacimientos de 847 mujeres ocurridos entre 1988 y 2000</p> <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La incidencia global de OC fue de 32.8% con 8% de incremento anual. • La incidencia de OC varió a lo largo del tiempo según la presencia o ausencia de una instructora durante el trabajo de parto. 	
AÑO	INCIDENCIA DE OC
1988	5% mayor en el grupo de mujeres que estuvieron acompañadas,
2000	15% menor que el grupo de mujeres con ausencia de instructora
<p>El aumento en la tasa de OC entre 1988 y 2000 fue mayor entre nacimientos donde no estuvo presente la instructora que cuando si estuvo presente, ente mujeres primigestas en hospitales grandes (con más de 50 camas).</p> <p>Por lo anterior, los autores concluyen que: un modelo de apoyo a mujeres que cuente con asesoría, información y presencia de una instructora durante el trabajo de parto, contribuye a disminuir el riesgo de tener una OC innecesaria.</p>	

Fuente: Elaborado por la autora con base en: "Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México". En Campero, y cols. *Salud pública de México*.

En el entendido de la evidencia científica ignorada, con respecto a la atención del parto, específicamente acerca de los beneficios bipsicosociales que el acompañamiento durante el trabajo de parto provee a la mujer y a su hijo, nos damos cuenta de que en los últimos años el apoyo continuo del parto proporcionado en el ámbito hospitalario en todo el mundo, se ha convertido en la excepción en lugar de ser una práctica de rutina.

Sin embargo, es alentador pensar que cada vez existen más personas que vuelven a creer en la importancia de ésta práctica ancestral, como dice la Dra. Hodnett: "las preocupaciones en torno a la deshumanización de las experiencias

femeninas respecto del parto, han motivado a un retorno del apoyo continuo a las mujeres durante el parto¹⁰⁶”

La explicación de éstos resultados tan impresionantes, Está en el entendimiento de que el trabajo de parto, el nacimiento y el posparto inmediato, son periodos de apertura y de sensibilidad inusual en las madres. Por lo cual, los cuidados brindados en éstos periodos sensitivos tienen consecuencias que afectan las creencias internas de si mismas, sus cuerpos, sus habilidades para la maternidad y por ende en la relación con su bebé. Este impacto tan poderoso es un arma de dos filos; ya que dentro de la oportunidad de hacer gran bien, se encuentra también el potencial de hacer daño.

De acuerdo a los estudios de investigación realizados hasta ahora, la presencia del acompañante durante el trabajo de parto tiene beneficios físicos, emocionales y económicos y no se conocen riesgos asociados, por lo cual parece razonable que deberían hacerse todos los esfuerzos posibles, para asegurar que todas las mujeres en trabajo de parto reciban apoyo de sus seres queridos, además del apoyo de una doula.

Existen ya varios países en el mundo, en los cuales, los parlamentos han considerado que un derecho de la mujer la buena atención durante el parto y se han establecido leyes para que esté acompañada durante el preparto y el parto. Tal es el caso de: Uruguay (Ley No. 17.386 -2001-), Argentina (Ley No. 1040 -2003-) y más recientemente, Puerto Rico (Ley No. 156 -2006-). La finalidad de de éstas leyes en promover el derecho de las mujeres a la atención humanizada y segura del parto hospitalizado.

De una manera especial, la ley No. 156.- “De acompañamiento durante el trabajo de parto, nacimiento y post-parto”¹⁰⁷, hace referencia a que sería...“deseable que las personas presentes en la sala de parto, estuvieran preparadas para actuar

106 Sakala, et al. (s.f.). en <http://www.holistika.net>

107 Puerto Rico. Asamblea Legislativa. (2006). Ley No. 156, de acompañamiento durante el trabajo de parto, nacimiento y post-parto. Obtenida el 23 de Julio del 2007, de <http://www.capr.org>.

también de asistentes en el proceso”, con la finalidad de que...” la culminación del proceso de gestación en sus tres fases, se dé en un ambiente adecuado y conforme a las necesidades físicas y emocionales de la madre”; por último, hace referencia al derecho de cada madre a no estar acompañada si ella así lo desea.

Lo anterior, ha de servir de motivación a la reflexión y a la acción, para que en nuestro país, en primer lugar, se reconozcan los múltiples beneficios bipsicosociales que el acompañamiento provee en la madre que pare, el niño que nace, la familia y la sociedad en general.

5.1.4. Acompañantes para el parto, una opción para toda mujer

En todas las instituciones de salud de nuestro país, las enfermeras tenemos el privilegio y la responsabilidad de acompañar a una mujer, a lo largo de uno de los acontecimientos más importantes de su vida: El nacimiento de su hijo.

Por lo regular, éste es el primer contacto que tenemos con las madres, sin embargo, reconocemos la importancia que éste parto y el bebé tienen para ella, y sin duda deseamos ayudarle a que tenga una experiencia positiva y gratificante.

Es importante tener en cuenta, que una mujer nunca olvida las experiencias que vive cuando nace su hijo. Y nunca se olvidará de quienes la asisten ni de la manera en que la ayudaron.

El planteamiento de “la enfermera como acompañante”, no es una utopía sino una realidad necesaria en la transformación de la forma de parir y nacer.

Pues bien, en el camino por la *rehumanización* del nacimiento, y tomando en cuenta las limitantes de nuestro sistema de salud –de manera especial en el ámbito público- en cuanto a la posibilidad de que las mujeres cuenten con la compañía que ellas desean; la enfermera juega un papel esencial ya ha de acompañar a todas las mujeres que se encuentran literalmente *abandonadas* en las salas de labor; siendo concientes, de las repercusiones que la forma de parir y

nacer, tienen sobre el bienestar físico, emocional y social de la madre y su hijo; y por ende de la sociedad en general.

Para lo anterior, la enfermera debe contar con las herramientas que le permitan brindar estos cuidados, basados en la evidencia científica y en la calidad humana que nos caracteriza como profesión.

5.1.4.1.1 Perfil del acompañante durante el parto

Es necesario señalar que el acompañante para el parto, debe ser muy bien elegido; ya que si él o ella confían más en la técnica que en la naturaleza, si tienen miedo o no están en total sintonía con los deseos y necesidades de la mujer, pueden dejarla sin “protección” frente a los protocolos hospitalarios en un momento muy vulnerable. Cuando una mujer da a luz en un hospital, sus necesidades pueden no coincidir con las prioridades de la institución; dado que la mujer no está en condiciones de negociar en ese momento, corresponde al acompañante actuar de “puente” entre la mujer y el personal hospitalario, y así evitar que se irrumpa en su intimidad.

Por eso el acompañante debe estar bien preparado, disponible, pero en un segundo plano, y comprender que el parto es un proceso lento y espontáneo, en el cual no hay nada que se pueda hacer para “resolver” rápidamente la situación, como si de un problema se tratara.

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, 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.

El acompañante, entonces, debe “*hacer contacto*” con la mujer que parea; solo de esa forma ella sabrá que está para apoyarla. En la tradición Zen, se cree que la línea de sucesión de los maestros, esta ligada a la transmisión mental, la

transferencia pura del pensamiento sin palabras de una mente a otra: es la *transmisión del contacto*.

Ina May¹⁰⁸ considera que el contacto es la forma más básica, es la mayor forma no conceptual de comunicación que tenemos. En el contacto no hay barreras de idioma.

La mayoría de la gente piensa demasiado y son tan inconscientes de todo el alcance de sus preceptores y receptores sensoriales, que su contacto se siente vacío comparado con cómo se sentiría si su conciencia fuera a un 100%. Ina May llama a esto el “*contacto original*” por que es algo que todos tenemos al igual que un recién nacido, es parte del equipaje¹⁰⁹.

Por lo anterior, es preciso que el acompañante durante el trabajo de parto¹¹⁰:

- Crea y confíe en el proceso del nacimiento
- Sepa relajarse y transmitir a la mujer seguridad y tranquilidad
- Sea una presencia constante de apoyo.
- Sea positivo
- Tenga la capacidad de canalizar positivamente los sentimientos de la mujer.
- Tenga un trato humano y sea sensible
- Sea asertivo.
- Sea empático.
- Esté interesado en el bienestar bipsicosocial de la madre y del bebé.
- No demuestre cansancio o aburrimiento.
- No demuestre angustia.
- Maneje el lenguaje corporal.
- Sapa permanecer en silencio.

108 Gaskin, (2007) op cit., p. 13

109 Ibídem p. 13

110 Curso de Actualización en psicoprofilaxis perinatal (Agosto del 2000). “Acompañamiento durante el Trabajo de Parto” UNAM-ENEO-CIMIGeN

- Conozca y maneje métodos y recursos para el manejo del dolor.

Para ser un buen acompañante en el parto usted necesita:

- Un lazo de amor o amistad con la madre y un sentido de responsabilidad hacia ella.
- Conocimiento y confianza en el proceso fisiológico del parto.
- Confiar en la capacidad de la mujer para parir.
- Ser sensible a las necesidades emocionales de la mujer en trabajo de parto y proporcionarle su apoyo.
- Conocer métodos y recursos que le permitan ayudarla en diversas situaciones.
- Flexibilidad para adaptarse a las necesidades cambiantes de la madre durante el trabajo de parto.

5.1.4.1.2 Rol del acompañante durante el trabajo de parto

Las sensaciones, percepciones y actitudes en trabajo de parto, varían enormemente conforme este se desarrolla; sin embargo es posible establecer que todos los trabajos de parto tienen elementos en común y que éstos varían de acuerdo al avance del mismo; por lo cual, el papel del acompañante deberá adaptarse a las condiciones y necesidades de cada mujer.

El apoyo durante el parto incluye lo siguiente:

- Brindar en todo momento información acerca de los procedimientos a realizar así como del progreso del trabajo de parto.
- Ayudar a la mujer a manifestar sus sentimientos, deseos e inquietudes ante el resto del personal de salud.
- Ofrecer medidas de confort
- Mantener un apoyo físico y emocional continuo (animar a la mujer a confiar en si misma, tomar en cuenta sus sentimientos, felicitarla y darle ánimo)
- Ayudar a la mujer a satisfacer sus necesidades
- Brindar trato individualizado (reconocer que cada mujer es diferente)

- Tratar a la mujer como una persona sana y fuerte. Darle el poder. (muchas veces la mujer se siente anulada: “nos soy capaz”, “no puedo”, “no quiero”)
- Hacer que la mujer participe activamente en su proceso.
- Ser paciente.
- Implementa medidas para favorecer el trabajo de parto como: cambio de posiciones, deambulaci3n, relajaci3n, etc3tera.
- Emplear m3todos no farmacol3gicos para el manejo del dolor
- Utilizar la imaginaci3n: ¿c3mo puedo ayudar a esta mujer?
- Ser oportuno
- Favorece un ambiente seguro

5.1.5. M3todos y Recursos para el acompa1amiento

Los primeros representantes de la educaci3n para el trabajo de parto y el nacimiento: Dick-Read, Velvosky, Lamaze y Vellay¹¹¹ estaban de acuerdo en una cosa: que el trabajo de parto fisiol3gico no dol3a. A1os despu3s Dick- Read conceb3a posible el dolor “durante las 3ltimas contracciones. Es por esto que durante los primeros a1os, la promesa era “*el parto sin dolor*” por lo que se pensaba que una de las razones principales por las que las mujeres decid3an prepararse para el trabajo de parto era el “*miedo al dolor*”.

Algunas personas piensan, que si el dolor no es un factor normal del trabajo de parto y del nacimiento, y si la relajaci3n y la concentraci3n deben prevenir el dolor, entonces la aparici3n del dolor indica o que el trabajo de parto no es normal, o que la mujer est3 haciendo algo mal.

Otras personas con un punto de vista opuesto, sostiene que cierto nivel de dolor es normal y a1n 3til pues motiva a la mujer a tomar un papel m3s activo para descender al feto. M3s a1n, Roberts¹¹² opina que la incomodidad producida por el trabajo de parto, puede ser causada no 3nicamente por el dolor si no por la

111 Citados por: Mims, Sherry (s.f.). Estrategias de apoyo para el manejo del dolor. p. 2

112 *Ib3dem* p. 2

sensación de impotencia y la falta de control resultante de las contracciones dolorosas, y que *la relajación y la respiración*, pueden aliviar más efectivamente la incomodidad que causa el dolor, que el dolor en si mismo. También reporta una serie de estudios que han demostrado que es diferente la percepción de la intensidad del estímulo doloroso a la percepción de la incomodidad que produce éste estímulo.

Por su parte, Bonica¹¹³ describe los “efectos deteriorantes del dolor experimentado durante el trabajo de parto” en su libro *Obstetric Analgesia and Anesthesia* (Analgesia y Anestesia Obstétrica) en el que establece que el dolor persistente y la tensión resultante, afectan la respiración, la circulación, las funciones endocrinas y otras funciones corporales. Esto muestra que el deseo de la mujer de un método seguro de aliviar el dolor, *no es solamente válido sino imperativo para su seguridad y la del bebé*, además señala que el método ideal para aliviar el dolor es aquel que contenga una utilización mínima de agentes farmacológicos.

Por lo cual, el objetivo es favorecer, no reemplazar los mecanismos existentes en la mujer para el manejo de la tensión y el dolor.

En el libro *Human Labor and Birth* (Trabajo de parto y nacimiento humanos) de Oxorn-Foote¹¹⁴, se discuten las siguientes hipótesis sobre las causas de dolor durante el trabajo de parto:

- Hipoxia del músculo uterino. Durante las contracciones el aporte de sangre al útero disminuye en forma significativa.
- Estiramiento y presión sobre los ganglios nerviosos del cervix.
- Tracción de trompas de Falopio, ovarios y peritoneo.
- Tracción y estiramiento de los ligamentos uterinos.
- Presión sobre la uretra, vejiga y recto.
- Distensión de los músculos del piso pélvico y periné.

113 Ibídem p. 3

114 Ibídem p. 5

Botica¹¹⁵ elaboró la hipótesis de que los “receptores de alto umbral al dolor llamados nocirreceptores” (terminaciones nerviosas que se encuentran en la mayoría de los tejidos corporales y son particularmente sensibles a las disfunciones titulares, lo que nos permite sentir el dolor) son estimulados repetidamente durante contracciones disminuyendo su umbral, lo que hace que el estímulo sea percibido en forma más dolorosa. También establece que otra fuente posible de dolor es la destrucción celular que puede ocurrir con la dilatación y la expulsión.

Una hipótesis alterna a las teorías generalmente aceptadas, dice que el dolor, así como la distocia y otras complicaciones, son el resultado de la falta de balance del flujo de energía corporal.

Si el flujo de energía se encuentra bloqueado en alguna área, o si la energía se congestiona en alguna parte del cuerpo, o existiera una falta de balance entre la energía positiva y negativa, se produciría el dolor y la enfermedad.

Por todos los cambios que implica la naturaleza del embarazo, del trabajo de parto y del nacimiento, se piensa que la mujer es mas vulnerable a desbalances energéticos durante este periodo, lo que aumentaría el dolor que experimenta.

También deben citarse las causas iatrogénicas del dolor, pues aunque reciben muy poca atención en los libros de medicina, ciertas intervenciones obstétricas estén indicadas o no, aumentan el dolor de la parturienta, por ejemplo: las inducciones, las exploraciones vaginales, la amniotomía, la falta de movilidad, la incomodidad del monitor feta, los enemas, los fórceps y la episiotomía.

Por otra parte, es importante reconocer que el dolor también tiene causas de origen psicológico, al respecto en 1933 Dick-Read¹¹⁶ publico su hipótesis que postulaba que el trabajo de parto y el nacimiento no son inherentemente

115 Ibídem p. 6

116 Ibídem p. 8

dolorosos. Él proponía que el dolor experimentado por la mujer, es de origen psíquico y que se debe básicamente a los mitos culturales.

También propuso la teoría del dolor isquémico, la cual servía para apoyar su creencia acerca del origen psíquico del dolor y justificaba “el síndrome miedo – tensión - dolor”. Pensaba que el miedo producía una prolongada tensión uterina, que ocasionaba isquemia.

Un estudio realizado por Lederman y cols.¹¹⁷, encontró que un aumento de la ansiedad materna se correlaciona significativamente con un aumento en el nivel de epinefrina en la sangre, que se encuentra directamente relacionada con la disminución de la contractilidad uterina y por ende, la prolongación del trabajo de parto.

Velvosky y Niocolaiev¹¹⁸ basaron sus teorías en los trabajos de Pavlov, argumentado que el dolor no era un componente natural del trabajo de parto, si no que era un “reflejo condicionado”. Sostenían que los cambios fisiológicos producidos por el embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento, pueden producir una estimulación nociva, pero que la interpretación de esta estimulación, como dolor, depende del sistema nervioso central en general y específicamente de la corteza cerebral. En 1972 Velvosky¹¹⁹ afirmó que la psicofijación histórica del acto de parir, como un acto doloroso y de sufrimiento, induce a emociones negativas y hace del dolor un fenómeno de masas.

Es bien conocido que la ansiedad y la excitación aumenta la tensión muscular, incrementando la estimulación de los nocirreceptores. El miedo y la tensión pueden activar el sistema nervioso simpático, ocasionando isquemia a través de vasoespasmos.

117 *Ibíd*em p. 9

118 *Ibíd*em p. 10

119 *Ibíd*em

Stevens¹²⁰ establece que la mente puede percibir dolor en alguna parte del cuerpo, aun “en la ausencia de estímulos físicos dolorosos”. Agrega también que el grado de intensidad y dolor percibido no se encuentra relacionado únicamente con la intensidad de la estimulación, si no también con el “estado mental de la mujer”, quien puede aumentar, disminuir, mal interpretar o aún crear la percepción dolorosa.

Por otra parte, parece existir un vínculo entre la herencia cultural y las expectativas, que afecta tanto a la percepción, como la interpretación y la expresión del dolor.

Las expectativas acerca del dolor y el comportamiento de cada uno, puede ser variable en base a las experiencias y valores.

Tal vez el enfoque mas sabio sea el que propone McCaffey¹²¹ quien afirma que: “dolor es todo aquello que la persona dice que es y existe en cualquier lugar que él o ella dice que está”.

A continuación se describen las diferentes teorías que representan las bases de las técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y que constituyen una herramienta de primera necesidad, para acompañar eficientemente a las mujeres en labor y de esta forma promover su bienestar:

Control cognoscitivo. Stevens¹²² define el control cognoscitivo como cualquier estrategia psicológica en la cual el sujeto involucra su mente en actividades diferentes de la conciencia de la sensación dolorosa que está por presentarse.

1. Disociación: el sujeto se concentra en un aspecto no doloroso de la fuente de estimulación como la presión, el calor, el movimiento, el borramiento y la dilatación o el descenso del bebé.

120 Ibídem p. 11

121 McCaffey, M. (1972) *Nursing management of the patient in pain*. Filadelfia: JB. Lippincott.

122 Citado por: Mims (s.f.) op cit., p 12

2. Interferencia: fuente de estimulación externa que puede interferir con la transmisión del mensaje de dolor o con su interpretación (distracción y puntos focales)

Transformación sensorial. Transformar un estímulo doloroso en un sentimiento placentero “visualización placentera” (Ej. Una playa tranquila).

Relajación. De acuerdo a Stevens¹²³, la relajación sistemática incrementa la tolerancia al dolor al disminuir la ansiedad mental y el miedo, lo que produce una disminución de la conciencia del estímulo doloroso. Benson¹²⁴ cita estudios anteriores que muestran cómo la relajación puede disminuir la excitación del sistema nervioso simpático y activar el sistema nervioso parasimpático, produciendo vasodilatación, disminución de liberación de catecolaminas y reducción de los niveles de epinefrina y norepinefrina.

La relajación también reduce la percepción dolorosa al bloquear el “círculo vicioso” descrito por Bonica y Read¹²⁵ en el cual el miedo lleva la tensión, que a su vez conduce al dolor, el cual refuerza el miedo original. Homenick¹²⁶ muestra como el dominio de la habilidad de relajación durante la etapa prenatal se relaciona con la disminución en la utilización de medicamentos analgésicos.

Ensayo Cognoscitivo. Proporciona a la persona información acerca de la experiencia dolorosa antes de que ocurra. En un estudio realizado por Staub y Kellet¹²⁷ se encontró que la reducción del dolor era más efectiva cuando el sujeto recibía tanto descripciones subjetivas como objetivas a cerca de la experiencia dolorosa que va a experimentar.

Ensayos Físicos. Como un apretón o introducir las manos en agua helada o sostener un hielo.

123 *Ibídem* p. 13

124 *Ibídem*

125 *Ibídem*

126 *Ibídem*

127 *Ibídem*

Modelamiento. Manderino y Bzdek¹²⁸ proponían que la mujer gestante puede obtener un efecto de disminución del dolor que puede experimentar, al ver una película que muestre con modelos reales cómo manejar el trabajo de parto y el nacimiento.

Desensibilización. Desensibilizar a la mujer gestante hacia *el temor* que le produce el trabajo de parto y el nacimiento de su bebé, dos puntos básicos en los que concordaban Read, Velvosky y Lamaze¹²⁹ eran: *que el trabajo de parto y el nacimiento no son inherentemente dolorosos y que el miedo es la mayor fuente de dolor.*

Efecto Hawthorne. Este efecto se presenta cuando el sujeto recibe atención por parte del experimentador o del educador y como resultado se produce un mejor desempeño. El apoyo positivo de aquellas personas vistas como expertos en el trabajo de parto y en el nacimiento, como el educador perinatal, la enfermera o el médico, motivan a la mujer a conducirse más eficientemente durante el trabajo de parto, incrementando la efectividad de sus estrategias para disminuir el dolor.

Teoría de la puerta de control De Melsack y Wall. Esta teoría establece que el estímulo doloroso puede ser modificado mientras viaja a través de la médula espinal. Este estímulo es transmitido a través de la vía ascendente por fibras neurales de diámetro pequeño. Se puede activar un mecanismo de “compuerta” para afectar su transmisión mediante las sensaciones que viajan a través de fibras nerviosas de mayor diámetro. Esto modifica o inhibe el impulso doloroso antes de que llegue a las células transmisoras de la espina dorsal.

Es importante aclarar que el tacto suave viaja a través de la misma vía de transmisión que el dolor, por lo tanto la sobre estimulación, puede aumentar su percepción.

128 *Ibíd*em p. 14

129 *Ibíd*em

Existen diferentes tipos de sistemas neuroreceptores, como los mecanoreceptores, quimiorreceptores y termorreceptores.

Tabla. 12.- Técnicas para la reducción del dolor basadas en los principios de la neurofisiología

TIPO DE RECEPTOR	RECEPTOR	TECNICAS.
MECANORECPTORES	Discos de Merkel: grandes, rápidos en transmitir sensaciones, responden a presión sostenida, no se habitúan con rapidez, pueden ser utilizados por periodos largos, se localizan en palmas de la mano, plantas de los pies, genitales externos y labios.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presión en labios con besos, dedo índice o lápiz labial. ▪ Presión en manos al apretar objetos y sujetar la mano de la pareja. ▪ Presión en los pies al pararse o masajearlos. ▪ Presión en genitales al sentarse en superficies firmes.
	Corpúsculos de Messiner: De transmisión más rápida que el dolor, primariamente para distinguir texturas de objetos, se localizan en las puntas de los dedos y cuero cabelludo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mover las yemas de los dedos en círculos sobre la sabana. ▪ Tocar texturas suaves. ▪ Ligero masaje en cuero cabelludo.
	Corpúsculos pacinianos: Estos receptores transmiten rápidamente y son lentos para habituarse, son los más grandes de los receptores. Se localizan en las capas profundas de la piel, detectan presión profunda y vibración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masaje profundo. ▪ ENET.

	<p>Órganos táctiles del cabello: deben ser utilizados con moderación ya que utilizan la misma vía que el dolor y por lo tanto lo pueden aumentar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tomar, mover o cepillar el cabello.
	<p>Receptores de articulaciones: Grandes, lentos de habitar. Se localizan en articulaciones, ligamentos y membranas sinoviales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambiar de posición, pararse, caminar, balancearse, balanceo en cuatro puntos (sobre manos y rosillas).
QUIMIORECEPTORES	<p>Olfatorios: Fibras pequeñas que se dirigen hacia el hipotálamo y el sistema límbico. Se localizan en la parte superior de las narinas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar esencias suaves y agradables para ella. ▪ Evitar olores desagradables
	<p>Del gusto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chupar dulces o hielo. ▪ Masticar chicle.
TERMORECEPTORES.	<p>Receptores de frío o calor. Se localizan a través de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar frío o calor en espalda o cintura. ▪ Baño de regadera o inmersión en tina.

Fuente: Elaborado por la autora en con base en: Mims (s.f.). *Estrategias de apoyo para el manejo del dolor.*

Sistema de endorfinas. Se ha encontrado que el nivel de endorfinas de la parturienta es mucho más alto que el de una mujer que no se encuentra en trabajo de parto y además son 30 veces más altas durante el expulsivo y que esta elevación continúa durante los primeros días de post parto.

Se ha observado que se suprime la producción de endorfinas con la administración de opiáceos exógenos.

Por otra parte el efecto antagónico de ciertas drogas sobre los opiáceos naturales puede tener implicaciones durante el periodo post parto. En 1971 Kimball¹³⁰

130 Mims, (s.f.) op cit.

publico un estudio que sugería un enlace positivo entre la producción de endorfinas y la liberación de prolactina.

Por su parte, Newham¹³¹ encontró una correlación negativa entre la cuantificación realizada por la mujer del dolor experimentado durante el trabajo de parto y sus valores sanguíneos de opiáceos endógenos durante el post parto, esto sugiere que las mujeres que percibieron menos dolor durante el trabajo de parto y el nacimiento fueron protegidas por la habilidad natural de su cuerpo para producir sus propios analgésicos.

Homeostasis. Este concepto junto con la *armonía* se enfoca en lograr y mantener el balance físico, mental y espiritual.

Mientras la evidencia continua revelando el sinergismo de la triada cuerpo-mente - espíritu, se vuelve evidente que el cuidado perinatal, debe proporcionar un acercamiento holístico, a los aspectos sensoriales de la experiencia del trabajo de parto y del nacimiento. Entendiendo como holismo la consideración de la persona de manera integral, incluyendo su forma de vida su medio ambiente y su familia.

Al discutir el dolor, debemos enfocarnos en los recursos naturales del cuerpo y enfatizar la utilización de estrategias de apoyo para el manejo no farmacológico del dolor durante el trabajo de parto y nacimiento. Debemos recordar que para algunas personas el control del trabajo de parto en sus propios términos es más importante que el alivio del dolor. También debemos respetar el derecho que tiene la mujer de tener sus propios sentimientos hacia el dolor, la medicación analgésica, y otros aspectos del trabajo de parto y nacimiento.

131 *Ibidem*

5.1.5.1.1 Técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto

Enseguida presento algunas de las técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, las cuales son de fácil implementación y que serán de gran utilidad para el apoyo de todas las mujeres que acompañemos.

Aunque no lo mitigan completamente, si estas técnicas se combinan con un trabajo de apoyo hábil y cuidadoso para la madre, pueden hacer que muchas mujeres enfrenten con éxito y logren manejar las molestias del trabajo de parto.

5.1.5.1.1.1.1. Rituales espontáneos¹³²

Muchas mujeres desarrollan sus propios rituales para manejar mejor sus contracciones, es decir, repiten la misma serie de acciones en cada contracción. Los rituales, por lo general no se prevén, estos surgen espontáneamente durante el trabajo de parto.

Recomendaciones:

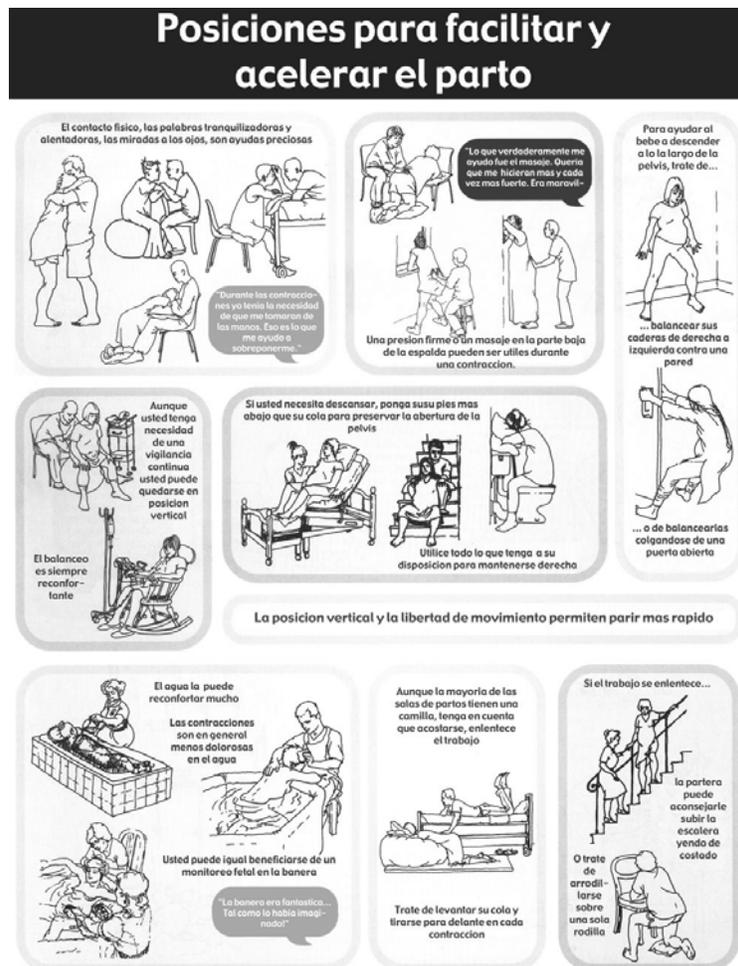
- Empiece a usar un ritual cuando las contracciones demanden la atención de la madre; cuando su intensidad le impida hablar o caminar mientras las tiene.
- Como ritual básico, use la relajación, las técnicas de respiración y el enfoque de la atención.
- Utilice medidas para propiciar el bienestar y haga las adaptaciones y ajustes necesarios a las preferencias de la madre (esto implica ensayo y error).
- Añada palabras y caricias que le proporcionen calma y tranquilidad.
- Una vez que determine lo que ayude más, repita el ritual en cada contracción. Cuando disminuya la efectividad, cámbielo.

132 Simkin, (2000) op cit., p. 90

5.1.5.1.1.2. Movimiento y cambio de posición¹³³

Cuando la madre tiene libertad para moverse y puede cambiar de posición, se siente más cómoda y el trabajo de parto evoluciona con mayor rapidez. Cada 20 o 30 minutos durante la etapa de dilatación, recuérdale que trate de pararse, caminar, sentarse, semireclinarse, ponerse en cuclillas, hincarse, acostarse de lado, ponerse sobre manos y rodillas; apoyándose en su compañero, en la pared, en la cama o en una mesa (ver figura 2 y 3). Sin embargo, no insista en que cambie de posición si ella se siente bien y está logrando buenos avances.

Figura 2



Fuente: www.nctpregnancyandbabycare.com

Figura 3



Fuente: www.nctpregnancyandbabycare.com

5.1.5.1.1.1.3. Respiración¹³⁴

Durante el embarazo, ocurre desplazamiento del abdomen hacia arriba, presionando el diafragma y disminuyendo levemente la capacidad pulmonar.

La frecuencia respiratoria se incrementa, ya que el cuerpo trabaja más duro para proporcionar suficiente oxígeno para el bebé.

¹³⁴ Nichols, F., Humenick, S. (1988). *Childbirth Education: Practice Reserch and Theory*. Pennsylvania: Saunders Company. p. 76.

Existe un aumento de consumo de oxígeno de 18%, para cubrir las necesidades del bebé y placenta, pero la mayor parte es para las necesidades del metabolismo aumentado de la madre.

Durante el segundo trimestre la respiración cambia de abdominal a torácica, la mucosa de la nariz se inflama y se congestiona por los estrógenos.

La respiración debe tener ritmo, profundidad y frecuencia, siendo estas características necesarias para una adecuada oxigenación.

Las respiraciones rítmicas son modificaciones de la respiración normal, que profundizan la relajación y ayudan a manejar el estrés.

Conocer las diferentes técnicas de respiración, nos permite contribuir en forma activa durante el trabajo de parto, al utilizarlas en diferentes situaciones para mantener la homeostasis.¹³⁵

Tabla 13: Enseñanza de la respiración

CONGICIÓN	Entendimiento e interpretación de los beneficios.
EFFECTIVIDAD	Actitud receptiva.
PSICOMOTRICIDAD	Conciencia corporal Diferenciación de tensión y relajación.
CONCENTRAIÓN	En la técnica utilizada, en las sensaciones de tu cuerpo.
POSICIÓN	Cómoda, con el cuerpo apoyado y miembros semiflexionados.
RETROALIMENTACIÓN	Personal y del compañero. En forma visual, verbal o táctil. Elogiar el avance y reforzarlo.
INTEGRACIÓN	Comprensión y personalización de la destreza.
PRACTICA	Diaria durante 6 semanas y seguir hasta el nacimiento.
APLICACIÓN	Adaptación y transferencia de la destreza a la vida diaria.

Fuente: Elaborado por la autora con base en: García, A. (2001). *Manual de métodos y recursos en psicoprofilaxis perinatal*. México ENEO-UNAM-CIMIGeN.

¹³⁵ García, A. (2001). *Manual de métodos y recursos en psicoprofilaxis perinatal*. México ENEO-UNAM-CIMIGeN. p. 34

Los diferentes tipos de respiración, junto con la relajación, han representado el principal apoyo de la preparación para el parto desde sus inicios.

Las técnicas de respiración, ayudan a la madre a relajarse, en especial cuando ha aprendido y practicado previamente.

Debido a su ritmo constante, éstas técnicas son relajantes, en especial cuando el trabajo de parto es confuso, por tanto, la respiración contribuye a la liberación de tensiones y por ende, profundiza la relajación.

- Mantiene la Homeostasis.
- También pueden brindar a la madre una sensación de bienestar y hacerle saber que tiene cierto control sobre su conducta, aunque su útero –con las contracciones involuntarias- esté completamente fuera de su control conciente.
- Cuando las reglas del Hospital o la misma condición de la madre no permiten una amplia gama de conductas y actividades, la respiración rítmica siempre está a su disposición como un recurso efectivo de alivio.
- Actúa como punto focal o de distracción.

Existen cinco patrones de respiración básicos para la etapa de dilatación, transición y expulsivo¹³⁶

- Respiración de limpieza

1. Cuando empiece la contracción, la madre debe centrar su atención.
2. Debe hacer una inhalación profunda y relajante sin esfuerzo, liberando la tensión a lo largo de todo su cuerpo a medida que exhala en forma relajada por la boca alargando el proceso todo lo que pueda, de manera que cada vez que expulse el aire suene como un gran suspiro. El ritmo varía entre 5 y 12 respiraciones por minuto.

136 *Ibidem* p. 56

3. Debe pensar que cada vez que exhala se relaja más.

Esta respiración es utilizada al principio y fin de cada contracción.

- Respiración rítmica lenta

1. Respiración de limpieza (saludo)
2. Durante la contracción inhala y exhala rítmica y lentamente, puede alternarse nariz-nariz, nariz-boca, boca-boca o boca-nariz, y si se desea, se puede realizar algún sonido en la exhalación.
3. La frecuencia no debe ser menor a la mitad de la frecuente habitual de cada persona en 1 minuto.

4. Respiración de limpieza (despedida)

- Respiración rítmica modificada

1. Cuando inicia la contracción la madre centra su atención.
2. Respiración de limpieza (saludo)
3. Es una respiración ligeramente más rápida y superficial que la respiración normal.
4. La frecuencia no debe ser mayor al doble de la frecuencia habitual de cada persona en 1 minuto.
5. Puede hacerla sentirte más alerta y facilitarte la concentración.
6. Respiración de limpieza (despedida).

- **Respiración rítmica con patrón**

1. La madre centra su atención y realiza una respiración de limpieza y se relaja.

Patrón 1:

Jadeo: respiraciones silenciosas, rápidas y superficiales a través de la boca. Debido a que produce una analgesia bioquímica, puede ser utilizado en los siguientes casos:

Contracciones muy dolorosas

Una vez que nace la cabeza, para evitar desgarros

Durante las revisiones vaginales

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el jadeo únicamente deberá ser utilizado por periodos cortos ya que puede ocasionar hiperventilación y como consecuencia una acidosis fetal.

Patrón 2:

A través de la boca o nariz, hace tres o cuatro inspiraciones cortas y superficiales hacia adentro y hacia fuera seguidas de una exhalación larga y relajante. En otras palabras a tres o cuatro respiraciones de jadeo le sigue una de soplo, haciéndolo audible.

Un patrón de una o varias respiraciones y un soplido, da un punto focal de concentración.

Patrón 3:

Una respiración rítmica rápida, con pequeños soplos al exhalar, disminuirá el deseo de pujo.

2. La madre repite uno de los tres patrones rítmicos hasta que termina la contracción.
3. Respiración de limpieza (despedida).

- Respiración contenida (expulsivo)
 1. Respiración de limpieza (saludo).
 2. Inhalar y contener el diafragma 5 tiempos (“inflando el abdomen”).
 3. Para cambiar el aire “soplar y oler”
 4. Respiración de limpieza (despedida)
- Exhalación forzada

Respiraciones rítmicas lentas, exhalando forzadamente, como si se estuviera “inflando un globo” y vocalizando si se desea.

Es importante señalar que la respiración es un recurso básico para la relajación y para el manejo del dolor al favorecer la oxigenación y como punto focal o de distracción, sin embargo es necesario implementar los diferentes patrones de acuerdo a las necesidades de cada mujer, procurando que la respiración sea específica de acuerdo a sus necesidades y nunca forzando a determinado patrón

5.1.5.1.1.4. Contacto físico y Masaje¹³⁷

El contacto físico transmite un mensaje de cariño, cuidado y consuelo a la madre que se encuentra en el trabajo de parto. Averigüe cual es el tipo de contacto que ella encuentra satisfactorio y pruébelo durante el trajo de parto. Ella apreciará las actitudes suaves y confortantes: que le frote un punto doloroso, le dé una palmadas de confianza, un abrazo fuerte, que le acaricie. O tal vez ella prefiera un masaje más formal, que le frote la espalda, las piernas, los hombros, etc. Utilice aceite o fécula de maíz en sus manos para que no irrite la piel.

137 SIMKIN, et al. (2000) op cit., p. 118

5.1.5.1.1.1.5. Acupresión¹³⁸

Durante varios siglos se ha practicado en oriente el *shiatsu*, o acupresión. Este arte curativo se deriva de los principios de ying y el yang, del conocimiento chino. De acuerdo con éstos, el cuerpo esta formado por 12 meridianos, a lo largo de los cuales fluyen las fuerzas vitales, y la acupresión corrige los desequilibrios en el flujo de esas fuerzas.

Al hacer presión con los dedos o con el pulgar en ciertos puntos de acupresión, es posible aliviar el dolor de la madre y acelerar su trabajo de parto. Los puntos más conocidos para el trabajo de parto son:

- *He gu* (ver figura 5)

Moviliza sangre y energía. Oxitócico.

Ese encuentra en la parte dorsal de la mano, donde se unen los huesos que forman la base del pulgar y del índice. Presione firmemente con su pulgar en esta área, durante 10 o 15 segundos, tres veces, con un breve descanso entre ellos. Puede repetirlo siempre que la madre y usted quieran.

- *Sanyinjiao o bazo 6* (ver figura 5)

Se localiza en la parte interna de pierna, cerca del borde posterior de la tibia, a partir del maleolo interno, 4 dedos hacia arriba.

Presión constante durante 1 minuto y descansar, repetir en cada contracción.

- *Zusanli* (ver figura 5)

Produce sangre y energía.

4 dedos por debajo de la rótula, de la prominencia tibial hacia fuera.

¹³⁸ Simkin, (2000). op cit., 99

- *Gongsun* o bazo 4 (ver figura 5)

Desbloquea la zona de la matriz

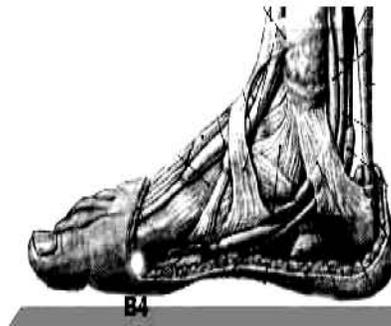
Se encuentra en la depresión inferior y distal de la base del primer hueso metatarsiano, en la unión de la piel del dorso del pie y la de la planta.

Figura 4

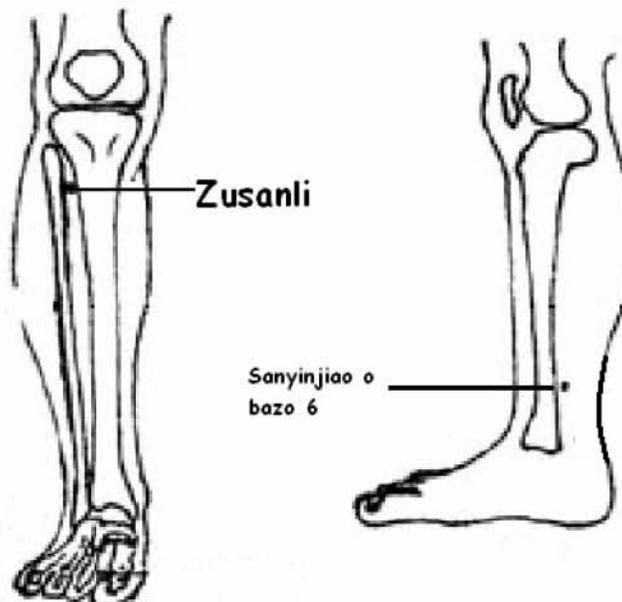
Punto He gu



Punto Gongsun o bazo 4



Zusanli y Zanyinjiao o bazo 6



5.1.5.1.1.1.6. Contrapresión¹³⁹

Presione con el puño, con el dorso de su mano o con un objeto firme (pelota rodillo, lata fría, compresa) contra la parte inferior de su espalda (región lumbar o sacro) y mantenga presión firme durante la contracción, después dar un ligero masaje.

Trate de hacer presión en diferentes puntos, por ejemplo a ambos lados de la cadera como tratando de “cerrar”; ella le dirá en que sitio lo siente mejor.

5.1.5.1.1.1.7. Aplicación de calor y frío¹⁴⁰

Use un paño húmedo y frío para limpiar la frente y la cara de la mujer entre las contracciones, utilice una bolsa de hielo, un guante con hielo o compresas húmedas para aliviar el dolor de la parte baja de la espalda.

Tenga cuidado de no aplicar las compresas tan calientes o frías que causen quemaduras o daños por frío o calor en la piel de la madre, la regla es que si usted, no puede sostenerlas en sus manos, no debe utilizarlos en ese momento, deje que lo caliente se enfríe, o coloque capas de toallas entre la piel y la compresa caliente o fría para protegerla.

Aplique compresas calientes en el perineo durante la etapa de expulsión, para mitigar el dolor y ayudar a relajar el canal de parto.

Pida a la madre que le indique en que zona siente mayor alivio ante la aplicación de calor o frío.

139 *Ibidem* p. 92

140 *Ibidem* p. 95

5.1.5.1.1.1.8. Baño en tina o regadera¹⁴¹

Diversas investigaciones han demostrado la efectividad del agua como analgésico natural, ya que ésta aumenta el grado de relajación, a la vez que favorece la producción de endorfinas y por ende de oxitocina, así mismo, disminuyendo la producción de catecolaminas.

Existe diferencia entre el baño en regadera y la inmersión total, ya que ésta última:

- Proporciona mayor comodidad y facilidad de movimiento debido a que la “flotación” provoca cierto nivel de “ingravedez”, a la vez que proporciona un masaje en todo el cuerpo por efecto de la presión hidrostática.
- Por lo anterior:
 - Disminuye la presión en el abdomen y favorece la ventilación.
 - El estar más “ligera” ahorra energía ya que “no se soporta si misma”
 - Se ha observado también una disminución de la presión arterial entre 10-15 mmHg
- Se ha descubierto que facilita un trabajo de parto disfuncional (estacionario). En Inglaterra en 2004 se realizó una investigación en la cual se sumergía en agua a la mitad de la muestra y se observó que aquellas que no se habían sumergido tenían trabajos de parto mas largos y solicitaron en mayor medida medicamentos par aliviar el dolor.
- Además se han observado bebés más despiertos y alerta cuando sus madres han estado en la tina durante el trabajo de parto (aun cuando el nacimiento no se halla dado en el agua)
- Por todos los beneficios que supone, se ha observado que, ninguna otra forma de cuidados supone tanta satisfacción como estar en el agua. Ya que favorece la intimidad y privacidad que la mujer necesita a la vez que disminuye el intervencionismo.

141 Harper, B. (Octubre, 2007). Convención ANIPP “La Naturaleza y el parto”.

Con frecuencia, una de las mayores preocupaciones es saber ¿Cuándo es el momento ideal para la inmersión?, la respuesta es simple, cuando la madre lo necesite; nunca será demasiado pronto o demasiado tarde.

La temperatura del agua es un factor importante ya que no debe sobrepasar los 92- 98° F (33.3°-36.6° C) ya que una temperatura elevada, puede agotar a la madre y ocasionar taquicardias transitorias en el bebé.

Por lo anterior, podemos observar que la inmersión en agua es un recurso por mucho, mejor que los medicamentos para aliviar el dolor y la tensión ya que no tiene efectos secundarios.

5.1.5.1.1.1.9. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET)¹⁴²

La ENET se ha usado con éxito durante años para tratar el dolor crónico y el post operatorio.

La unidad consiste en cuatro cojines flexibles conectados mediante cables a un pequeño generador de impulsos eléctricos que opera con pilas. Los cojines se adhieren a la piel de la madre, colocándolos a cada lado de la parte inferior de la columna vertebral. Ella o usted pueden regular los impulsos. Durante cada contracción se activa la corriente hasta que la madre sienta una vibración, un hormigueo o una punzada lo suficientemente notoria para disminuir la conciencia del dolor, cuando termina la contracción, usted disminuye la corriente hasta que ella ya no sienta nada.

5.1.5.1.1.1.10. Relajación¹⁴³

La relajación, las técnicas de respiración y el enfoque de la atención han sido durante mucho tiempo la base de la preparación para el parto. De estos tres, la relajación es el más importante; es el objetivo de la mayoría de las medidas para

142 Simkin, (2000) op cit., p 97

143 Nichols, et al. (1988) op cit., p. 176

proporcionar bienestar. Si una mujer deja que su cuerpo se relaje durante las contracciones, sentirá menos dolor. El intento de la madre por relajarse, aunque no sea completamente exitoso, es útil porque sirve como un punto de atención que la distrae de la sensación dolorosa.

Si ella tiene un “punto de tensión”, es decir, una parte de su cuerpo donde parece acumularse la tensión, ayúdela a identificarlo y a liberar esa tensión.

Cuando ella sienta que empieza una contracción, recuérdela que haga una respiración de limpieza liberando la tensión y preparándose para recibirla.

Si ella tensa algún punto en particular cuando se intensifica la contracción, recuérdela con palabras tranquilizadoras y un contacto suave que libere la tensión en esos lugares, sea específico.

Propicie que la madre se relaje entre contracciones, el ensayo y error le dirán qué funciona mejor; cuando encuentre algo útil, siga con ello.

- Relajación progresiva

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN
<p>Desarrollar conciencia corporal</p> <p>Discriminar entre tensión y relajación</p>	<p>Consiste en la tensión y relajación sistemática de los músculos. El participante se concentra en la sensación de tensión y relajación de cada músculo mientras que el instructor evalúa la tensión-relajación en respuesta a la sugerencia verbal (céfalo-caudal o viceversa).</p>

- Relajación disociativa

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN
<p>Disminuir las relaciones de sinergismo muscular</p> <p>Modificar respuestas neuromusculares</p>	<p>Consiste en solicitar al participante que tense algunos músculos al tiempo que relaja otros siguiendo la relajación progresiva.</p>

- Relajación al tacto y masaje

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN
<p>Relajar diversos grupos musculares en respuesta al contacto físico</p>	<p>El participante tensa diversos grupos musculares y los relaja al contacto de las manos del entrenador. Una vez ya relajado, identificar puntos de tensión y relajarlos por contacto físico.</p>

- Relajación a través de la música

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN
<p>Inducir la relajación en respuesta a la música</p>	<p>El participante es expuesto a sesiones de relajación, donde la música puede ser utilizada como punto de concentración. Es recomendable seleccionar las melodías de acuerdo a preferencias personales de ser posible.</p>

- Entrenamiento Autógeno

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN
Autoinducir la respuesta de relajación Auto modificación de las respuestas musculares y de los sistemas autónomos	Consiste en la enseñanza de la autoinducción de la respuesta de relajación por sugerencias verbales acerca del estado de relajación de los músculos o de sensaciones corporales. El participante aumenta su grado de conciencia corporal y mejora su capacidad de autoinducir la respuesta de relajación

5.1.5.1.1.11. Visualización¹⁴⁴

La madre puede imaginar algo positivo, placentero, relajante, usando como indicador sus contracciones, su centro de atención y su respiración.

5.1.5.1.1.12. Enfoque de la atención¹⁴⁵

Consiste en desviar al atención de la madre para distraerla de la sensación dolorosa, ella puede mirarlo a usted, escuchar su voz, música, enfocarse en sus caricias, su masaje o su contacto físico o puede concentrarse en algún ejercicio mental tal como contar o repetirse palabras a si misma.

- Dolor de espalda durante el trabajo de parto

La causa más común del dolor de espalda durante el trabajo de parto, es la variedad de posición del bebé es occipito posterior, y aunque la mayoría de los bebés que se encuentran en esta posición rotan espontáneamente durante el trabajo de parto, la madre puede ayudar a que esto suceda adoptando diferentes

¹⁴⁴ Simkin, (2000) op cit. p 102

¹⁴⁵ Ibídem

posiciones corporales, balanceando su pelvis y dando un ligero masaje en su abdomen para estimular al bebé a rotar.

Para aliviar la molestia de la madre y favorecer la rotación, debe usar una posición durante 20 o 30 minutos cada vez y luego intentar otra. Algunas sugerencias son las siguientes:

- En cuatro puntos (manos y rodillas) o de rodillas inclinando hacia delante la parte superior del cuerpo sobre una silla, una cama o el regazo de usted. La gravedad ayudará al bebé a girar.
- Balanceo pélvico. En cuatro puntos, se balancea hacia atrás y hacia delante o gira la pelvis en círculos. Esto ayuda a liberar al bebé de la pelvis y hace que gire.
- Ponerse de pie y caminar permite el movimiento de las articulaciones pélvicas, además de ser más cómodo para muchas mujeres.

Puede intentar:

- Contrapresión
- Aplicación de calor y frío
- Baño en tina y enredadera
- ENET
- Contacto físico y masaje

5.1.6. Acompañar en cada etapa del trabajo de parto

Conocer el proceso fisiológico del parto, nos permitirá establecer cuidados específicos de acuerdo a las necesidades de la madre en cada uno de las etapas del mismo.

A continuación se describen propuestas de estrategias de apoyo a la madre durante las diferentes etapas del trabajo de parto.

Medidas que favorecen el trabajo de parto

5.1.6.1.1 Preparto

¿Cómo se siente la madre?	¿Como puede ayudar usted?
<ul style="list-style-type: none"> • Confundida. • Emocionado. • Temerosa. <p>Si el pre parto continua durante días o semanas; puede experimentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frustración: Sentirse engañada por los signos confusos. • Desaliento: por la espera tan larga. • Fatiga: por la falta de sueño. • Duda y ansiedad: En relación con la capacidad de su cuerpo para funcionar adecuadamente. • Preocupación: Respecto a sentirse demasiado cansada como para poder con el trabajo de parto verdadero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesore a la madre anímela, déle confianza. • Ayude a la madre a determinar si sus contracciones están progresando al cronometrarlas. <p>Si el pre parto continua durante días o semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconozca que un trabajo de parto de inicio lento no es problema. • No se desanime: Manténgase sereno y seguro, su actitud positiva ayudara a que la madre mantenga el ánimo alto. • Aliente a la madre para que ingiera alimentos ricos en hidratos de carbono y fácilmente digeribles. • Intente actividades que las distraigan: un paseo, ver televisión, bailar, jugar, hornear, sugiérale que tome un baño, déle un masaje relajante, ofrézcale bebidas relajantes. • Anímela a que descanse o duerma. • Pruebe las medidas de

	<p>estimulación del trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ≡ Estimulación de los pezones. ≡ Caminar. ≡ Acupresión ≡ Estimulación sexual ≡ Estimulación intestinal (aceite de ricino) para favorecer la producción de prostaglandinas. <ul style="list-style-type: none"> • Recuerde a la madre y vigile los signos de alarma.
--	---

Fuente: Adaptado de Adaptado de Simkin, (2000). Parto y nacimiento y de Simkin, et al. (2000) *Labor progress handbook*.

5.1.6.1.2 Etapa de dilatación

5.1.6.1.2.1.1 Fase Latente

¿Cómo se siente la madre?	¿Como puede ayudar usted?
<ul style="list-style-type: none"> • Insegura • Aliviada, contenta o emocionada • O por el contrario: negativa, incrédula o asustada. • Ansiosa: a veces la madre apresura el proceso en su mente por el deseo de que el trabajo de parto ocurra rápido. Puede llegar a convencerse que el proceso esta progresando más rápido de lo que en realidad es. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanezca cerca de la madre • Valore la actividad uterina. • Intente actividades que distraigan a la madre. • Preste toda la atención a la madre, deje de hablar de manera que pueda centrarse en ella. No le haga preguntas durante las contracciones. • Obsérvela y ayúdela a relajarse. • Sugíerale una respiración rítmica, que sé de un baño de agua tibia, déle un masaje. • Anímela a permanecer en casa, que descanse, que tome agua y coma.

Fuente: Adaptado de Adaptado de Simkin, (2000) Parto y nacimiento y de Simkin, et al. (2000) *Labor progress handbook*.

5.1.6.1.2.1.2 Fase Activa

¿Cómo se siente la madre?	¿Como puede ayudar usted?
<ul style="list-style-type: none"> • Ella debe de hacer un ajuste emocional ante el ritmo cambiante del trabajo de parto. • Puede sentirse cansada y desanimada cuando se da cuenta que la parte difícil apenas esta empezando. • Ella puede perder la confianza en su capacidad de hacerle frente a las contracciones. • No desea hablar. • Se centra en ella misma. • Se concentra en relajarse y respirar durante las contracciones. • Temerosa: repentinamente se da cuenta de que el trabajo de parto es real; no hay salida, excepto continuar y tener al bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anímela y confié en ella. • Siga a la madre. Déjese guiar por ella; adáptese a su estado de ánimo. • Preste toda su atención a la madre, permanezca en silencio, de manera que pueda centrarse en ella. No le haga preguntas durante las contracciones. • No trate de distraerla. El trabajo de parto requiere toda su atención, y la madre necesita que usted este con ella tanto física como emocionalmente. • Dé a la madre su atención integra, aunque sus ojos estén cerrados y a usted le parezca que ella no lo necesita. • Respete su intimidad. • No hable con otros en la habitación y recomiéndeles que no entablen conversaciones que no sean esenciales. • Ayúdela a mantenerla relajada, use técnicas de respiración y relajación. • Utilice métodos y recursos no farmacológicos para el manejo

	<p>del dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrolle “rituales” espontáneos. • Anímela a deambular y a cambiar de posición con frecuencia. • Vigile sus signos vitales, la actividad uterina (duración, intensidad y frecuencia de las contracciones) y la frecuencia cardiaca fetal (de forma discreta y solo cuando sea necesario). • Verifique su ingesta de líquidos y la cantidad de orina.
--	---

Fuente: Adaptado de Adaptado de Simkin, (2000) *Parto y nacimiento* y de Simkin, et al. (2000) *Labor progress handbook*.

5.1.6.1.2.1.3 Fase de Transición

Durante el trabajo de parto, al final de la fase activa y antes de la expulsión, existe un periodo llamado transición, que tiene una duración entre 15 min. y una hora, este se presenta cerca de los 8 o 9 cm. de dilatación, se inicia con un aumento en la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones haciendo que la mujer percibe una sensación diferente.

Por lo anterior es común que la mujer manifieste gran incertidumbre, cansancio, angustia, muchas veces dolor u otros malestares físicos; es necesario explicarle que todo esto es normal y forma parte de un periodo corto del trabajo de parto.

Cuando la mujer es capaz de adaptarse a estas nuevas sensaciones, termina la incertidumbre; además ya es posible que tenga deseo de pujo e inicie el periodo de expulsión.

El acompañante en el parto, deberá ofrecerle seguridad y calma, tranquilo, pero firme, quizá el comentario más alentador, se refiera al bebé ya muy próximo a nacer.

¿Cómo se siente la madre?	¿Como puede ayudar usted?
<p>La transición suele ser la parte más difícil del trabajo de parto. Las sensaciones físicas combinadas de contracciones intensas y frecuentes y la cabeza del bebé moviéndose hacia abajo, puede provocar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temor o pánico. • Temblor en todo el cuerpo. • Nauseas o incluso vomito. • Calambres en las piernas. • Dolor lumbar. • Sensación de querer evacuar. • Mucho frío o calor. • Solloza o llora. • Siente que ya no puede manejarlo, que nunca terminara. • Puede sentirse abrumada y reaccionar con enojo. • Puede ensimismarse, dormir entre las contracciones y sollozar entre ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manténgase tranquilo. • Haga contacto físico firme y seguro. • Mantenga una voz tranquila y animosa. • Conserve el contacto visual. • Anímela recordándole que esta fase es corta y que falta poco para le expulsión. • Recomiéndele técnicas de respiración y relajación. • Preste toda la atención a la madre, deje de hablar de manera que pueda centrarse en ella. No le haga preguntas durante las contracciones. • Asista frecuentemente a la madre. • Examine el cuello uterino solo si es necesario. • Respete su intimidad. • No hable con otros en la habitación y recomíenles que no entablen conversaciones que no sean esenciales. • Vigile sus signos vitales, la

	<p>actividad uterina y la frecuencia cardiaca fetal (de forma discreta y solo cuando sea necesario).</p> <ul style="list-style-type: none">• Ayúdela a tranquilizarse.• Utilice métodos y recursos no farmacológicos para el manejo del dolor.• Recuérdese a si mismo que la fase de transición es difícil, que el humor de la madre mejora cuando el cuello uterino este completamente dilatado. Su conducta no es anormal; su dolor no es más de lo que se espera para esos momentos. El resto del trabajo de parto no será tan intenso.• Si la madre ha planeado utilizar medicamentos contra el dolor, es el momento de usarlos. Si ella ha querido evitarlos, entonces no los mencione en vez de eso, ayúdela a atravesar esta etapa.
--	---

Fuente: Adaptado de Adaptado de Simkin, (2000) Parto y nacimiento y de Simkin, et al. (2000) *Labor progress handbook*.

- Cuando la madre pierde el control

- Permanezca tranquilo. Su contacto debe ser firme y seguro. Su voz debe conservarse serena y estimulante.
- Quédese cerca. Permanezca junto a la madre con su cara cerca de la de ella.
- Sujétela. Tómela de los hombros o tome su cabeza entre las manos suave, segura y firmemente; o abrácela fuerte.
- Haga contacto visual. Pídale que abra los ojos y lo mire. Dígaselo lo bastante fuerte para que lo escuche pero calmada y amablemente.
- Cambie el ritual que haya estado usando durante las contracciones. Sugiera una posición diferente. Intente cambiarle el patrón respiratorio. Respire con ella o márquele el paso con la voz o con las manos.
- Anímela en cada respiración. diga “respira conmigo”...
- Háblele de los intervalos entre las contracciones. Pregúntele si lo que está usted haciendo la ayuda. Hágale sugerencias.
- Repita lo que diga. De esta manera sabrá que la está escuchando.

Cuando la madre expresa que ya no puede más, usted:

- No se dé por vencido
- Confíe en la madre y el bebé
- Reacuérdele a la madre que su bebé está cerca

- Qué hacer cuando nos toca una mujer negativa

- Tener una actitud humana hacia la mujer
- No pensar en nosotras mismas en ese momento
- Ayudarla a vivir su trabajo de parto de la mejor manera posible

5.1.6.1.3 Expulsivo

¿Cómo se siente la madre?	¿Como puede ayudar usted?
<ul style="list-style-type: none"> • Se siente dudosa de lo que tiene que hacer y de cómo debe hacerlo. • Puede sentir miedo de continuar. • Esta ansiosa. • Si el descenso del bebé es demasiado rápido, la madre puede sentirse sobresaltada por la intensidad de las sensaciones y por la falta de control de su cuerpo. • Si el descenso es muy lento, ella puede desanimarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manténgase cerca de la madre, donde ella pueda verlo, escucharlo y sentirlo. • Anime a la madre a pujar cuando sienta el deseo de hacerlo. • Aliente a la madre en sus esfuerzos y déle confianza. • Hágale cumplidos; en cada contracción dígame lo bien que lo esta haciendo. • Anímela a confiar en ella misma • Manténgase tranquilo, mantenga un tono de voz constante y tranquilizadora y un contacto físico firme y seguro. • Preste toda la atención a la madre, deje de hablar de manera que pueda centrarse en ella. No le hable durante las contracciones. • Sugíerale técnicas de respiración (contenida, jadeo, jadeo-jadeo-soplo, forzada). • Utilice métodos y recursos no farmacológicos para el manejo del dolor. • Cerciórese de que la madre

	<p>relaje el perineo durante los esfuerzos de pujo, si no lo esta relajando recuérdale que lo haga, que no se resista, que deje salir al bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuérdale a la madre que el bebé esta por llegar. • Sugíerale cambios de posición. • Recomiéndele atender a sus sensaciones, las cuales le indican como hacerlo. • Indíquele que deje de pujar cuando sienta el ardor y la distensión por el coronamiento de la cabeza. • Participe del milagro.
--	--

Fuente: Adaptado de Adaptado de Simkin, (2000) *Parto y nacimiento* y de Simkin, et al. (2000) *Labor progress handbook*.

Pocas personas están preparadas para este momento: El esfuerzo sobrehumano de la madre; los sonidos que emite; el bebé distendiendo la vagina, asomándose solo para retraerse y volver intentarlo.

5.1.6.1.4. Alumbramiento

¿Cómo se siente la madre?	¿Como puede ayudar usted?
<ul style="list-style-type: none"> • Un torrente de emociones profundas invaden a la madre. • Experimenta una sensación de alivio. • Esta inquieta deseando saber acerca del bebé. • Puede tener temblor y debilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Felicite a la madre por su excelente trabajo • Sugíerale técnicas de respiración y relajación. • Promueva el inicio de la lactancia materna inmediata. • Favorezca el apego inmediato entre la madre y su bebé. • Siéntase satisfecho por su trabajo. • Vigile signos vitales y signos de alarma.

Fuente: Adaptado de Adaptado de Simkin, (2000) *Parto y nacimiento* y de Simkin, et al. (2000) *Labor progress handbook*.

Es importante señalar que los acompañantes en el parto han de ser creativos, flexibles y sensibles ante la necesidades cambiantes de la mujer en trabajo de parto, por lo cual, las estrategias propuestas, son susceptibles de cambio y adaptaciones de acuerdo a cada caso particular.

Ahora cuenta con las bases que le permitirán acompañar a las mujeres en trabajo de parto, de acuerdo a la filosofía que dirige la atención de enfermería: “*El Humanismo*”, a través del cuidado INTEGRAL y HOLÍSTICO, basado en el respeto a la integridad del individuo.

Hoy vivimos nuestro propio momento de la historia y sobre él debemos actuar, es indispensable iniciar el cambio hacia la “REHUMANIZACIÓN” DEL NACIMIENTO. Es momento de cuestionar y buscar respuestas: ¿qué podemos aprender del pasado?, ¿Cuál es mi papel en la transformación de los paradigmas actuales de atención obstétrica?

El mensaje antes y ahora, es claro, las mujeres tienen un trabajo de parto y nacimiento exitosos cuando sus necesidades emocionales son cuidadas.

A veces estamos tan abrumados por la medicalización del parto, que hemos perdido la capacidad de aceptar, que los aspectos psicosociales durante el embarazo y el parto son tan importantes como los médicos.

¿Por qué nos sorprendemos cuando los estudios científicos confirman lo que nosotros sabemos y hemos sabido por décadas, que las mujeres desean ser atendidas con sensibilidad, respeto por su dignidad, preocupación por sus necesidades culturales, religiosas y raciales, de manera gentil y con la atención médica adecuada?

Maslow dijo que las necesidades en seguridad y amor son necesidades primarias, especialmente cuando éstas están amenazadas. ¿Por qué ignoramos estos mensajes tan simples?

Una mujer que recibe apoyo durante el trabajo de parto va a ser una mamá más feliz, recordando su trabajo de parto como un acontecimiento positivo y especial, lo que contribuye a la construcción una relación más sólida y feliz con su hijo; esto a su vez, produce un impacto en la unidad familiar y por ende en la comunidad, ya que el parto, es el reflejo de los valores de la sociedad: un parto permisivo y violento, se ve reflejado en una sociedad permisiva y violenta.

Como bien dice Ricardo Jones: “Los principales problemas de un país, no derivan de la falta de petróleo, sino de la falta de *oxitocina*¹⁴⁶”.

Hoy es necesario humanizar el parto, respetando y dignificando a la mujer y su bebé en un momento clave de la existencia; brindando un cuidado respetuoso que a menudo es olvidado.

La satisfacción de las necesidades de la mujer y su familia debe ser lo primero a tener en cuenta cuando se organiza la atención. Realizar evaluaciones cualitativas que pregunten a las mujeres acerca del cuidado que reciben, debería ser una

146 Jones, (2007) op cit.

actividad rutinaria de los servicios de salud. Necesitamos por tanto, reevaluar el componente emocional de la atención obstétrica.

Simplemente revalorizando una actitud distinta frente al ejercicio de la obstetricia, podemos colaborar en la transformación de la industrialización del nacimiento...y dirigirnos hacia la humanización¹⁴⁷.

“¿Que mundo les vamos a dejar a nuestros hijos?”... es la preocupación común entre los adultos que hemos tomado conciencia de la inminente agonía de nuestro planeta, víctima de las acciones inconcientes de sus habitantes...sin embargo, poco escuchamos decir: “¿Qué hijos le vamos a dejar a nuestro mundo?”...

147 Odent (2002) op cit.

EPÍLOGO

FRASES PARA REFLEXIONAR

- El embarazo y el parto son procesos normales, naturales y saludables.

Laura Rocha

- La experiencia del parto afecta profundamente a la mujer y su familia.

Laura Rocha

- La sabiduría interna de la mujer la guía a través del parto.

Laura Rocha

La *confianza* y habilidad de la mujer para parir puede ser reforzada o disminuida por los que la rodean y por el ambiente del entorno donde va a dar a luz.

Laura Rocha

- El cuerpo de la mujer, posee una habilidad innata para traer a su hijo al mundo.

Laura Rocha

- Las mujeres parimos acompañadas, desde que desarrollamos neocortex.

Michel Odent

- La partera, desde siempre ha sido una figura maternal, rescatemos esa "figura".

Teresa Sánchez

- Las primeras acompañantes en el proceso de la vida, existieron desde que la mujer parió acompañada.

Laura Rocha

- Un parto expresa la relación entre el ser humano y la naturaleza.

Teresa Sánchez

- Al parir, la mujer no se alivia, se *transforma*.

Teresa Sánchez

- El nacer, es una Industria en saldos rojos, ¿Qué catástrofes, estamos esperando?

Teresa Sánchez

- El acompañamiento, es en esencia, una inversión afectiva.

Laura Rocha

- Parir y nacer acompañadas, hace la diferencia en nuestra capacidad de amar.

Laura Rocha

- Dime cómo fue tu nacimiento y te diré quién eres.

Laura Rocha

- Una compañía para brindar apoyo durante el Trabajo de Parto, es *una necesidad*, no un lujo.

Sakala

- El parto, todavía funciona.

Ina May Gaskin

- Para que suceda el milagro, es necesario que la madre se “abra” para dejar pasar el cuerpo del bebe, y permita que pasen de ser uno, a ser dos.

Laura Gutman

- En la actualidad, las mujeres no concebimos la idea de un parto respetado, acompañado, vivenciado...somos *pacientes* cuando deberíamos ser protagonistas.

Laura Rocha

- Hemos de sentirnos bendecidas por la conciencia de nuestra naturaleza divina.

Laura Gutman

- El dolor existe, el sufrimiento es opcional.

Hill Adamsky

- El dolor, nos lleva a la interioridad, nos guía, nos protege y permite que el trabajo de parto fluya de manera adecuada.

Laura Rocha

- El parto natural, no es volver al pasado, sino recuperar la capacidad y la confianza en la propia naturaleza y rendirse ante ella.

Michel Odent

- Humanizar significa: respetar, dar soporte y acompañar; con paciencia, humildad y sentido común.

Laura Rocha

- El parto y el nacimiento, no solo involucran a la mujer y a su hijo, sino que afectan al resto de la existencia humana.

Laura Rocha

- El parto es una experiencia poderosa, a veces dolorosa, siempre transformadora.

Bárbara Harper

- Parir, trasciende más allá del plano físico, se sitúa en la dimensión de las emociones y la espiritualidad.

Laura Rocha

- Las mujeres necesitan saber, que su cuerpo sabe dar a luz.

Ina May Gaskin

- La forma en que se trata a una mujer de parto, condiciona totalmente su progreso.

Michel Odent

- Preparar, la era post-industrial del nacimiento, implica la comprensión de los procesos fisiológicos y la reconstrucción de nuestro rol como enfermeras.

Laura Rocha

- Negar la necesidad mamífera de privacidad y seguridad durante el parto, refleja nuestra incomprensión de la maravilla de la fisiología.

Laura Rocha

- Las enfermeras, al ser formadas con orientación patológica, hemos perdido nuestras funciones históricas.

Laura Rocha

- Los cuidados que se proveen al comienzo de la vida, serán determinantes para las sociedades futuras.

Laura Rocha

- La enfermera renace al facilitar y compartir la experiencia de nacer.

Laura Rocha

- A través de nuestros cuidados, las enfermeras, vivimos una experiencia compartida con cada mujer que pare.

Laura Rocha

- Durante el parto, paradójicamente, hay que decir NO a la razón.

Laura Rocha

- El parto normal, no necesita de otra intervención que aliento, apoyo y cuidado cariñoso.

Michel Odent

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- Collière, M (1993). "*Promover la vida*" (1ª ed.). Interamericana Mc Graw-Hill pg. 233.
- Ehrenreich, B.; English D. (1989). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras* (2ª ed.). Barcelona, España: La Sal, Ediciones de Les Dones.
- Fuerbringer (2000). *De matronas a pateras y enfermeras* (1ª ed.). México: Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería del Estado de México, Morelos, Tlaxcala, Puebla e Hidalgo.
- García, A. (2001). *Manual de métodos y recursos en psicoprofilaxis perinatal*. México ENEO-UNAM-CIMIGeN.
- García, A., Chávez A. (2007) *Investigación bibliográfica y encuesta retrospectiva*. Programa del XVIII Diplomado en Educadora en Psicoprofilaxis Perinatal. ENEO-UNAM-CIMIGen.
- Leonard, D. (1997). *Factores y procesos esenciales del parto*. En Lowdermilk, D., Perry, S., Bobak, I. (Eds.), *Enfermería Materno Infantil* (p. 293-311). Madrid: Océano.
- García, M. (1989). *De partos y parteras, breve historia*. Buenos Aires, Argentina: El Autor
- Gaskin, I. (2007). *Partería espiritual, la naturaleza del nacimiento; entre el amor y la ciencia* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Mujer Sabia Editoras.
- Gutman, L. (2004). *Puerperio y otras exploraciones del alma femenina* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Del Nuevo Extremo.

- Harper, B. (1996). *Opciones para un parto suave*. Naucalpan, Edo. de México: Lasser Press Mexicana.
- Jones, R. (2007). *Crónicas de un obstetra humanista* (1ª ed.). Buenos Aires Argentina: Creavida.
- Kitzinger, S. (1996). *Nacer en casa* (2ª ed.). Barcelona, España: Icaria.
- Klaus, Kennel, Klaus (2002). *The doula book* (2ª ed.). Cambridge: Perseus publishing.
- Kozier, E., Bufalino (1989). *Fundamentos de enfermería*. México: Interamericana.
- Mccaffey, M. (1972) *Nursing management of the patient in pain*. Filadelfia: JB. Lippincott.
- Mims, Sherry (n.d.). *Estrategias de apoyo para el manejo del dolor*.
- Nichols, F., Humenick, S. (1988). *Childbirth Education: Practice Reserch and Theory*. Pennsylvania: Saunders Company.
- Odent, M. (2002). *El granjero y el obstetra* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Creavida.
- Schallman, R. (2004). *Parir en libertad, en busca del poder perdido* (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: el autor.
- Simkin P., Ancheta R. (2000). *Labor progress handbook* (2a. ed.). USSA, Malden ma: Blackwell Publishing.
- Simkin, P. (2000). *Parto y nacimiento* (1ª ed.). México: Trillas.
- Towler, J., Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona, España: Masson.

- Trueba, G. (n.d.) *Estrategia alternativa para disminuir el índice de cesáreas: Apoyo psico-emocional de la Doula durante el trabajo de parto*. México.
- Williams. (2006). *Obstetricia de Williams (22ª ed.)*. México, DF.: Mc Graw Hill /Interamericana.

REVISTAS CIENTÍFICAS

- Caldeyro, R. (1979). Bases Fisiológicas y psicológicas para el manejo Humanizado del parto normal. *Publicación científica del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano*. Montevideo, Uruguay No. 858.

ELECTRÓNICAS

Artículos de Revistas científicas

- Campero, I., Hernández B., Leyva A., Estrada F., Osborne J., Morales S. (2007). Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México [versión electrónica]. *Salud pública de México*, 49 (2), 118-125.
- Contreras, Y., Olavaria, S., Pérez, M., Haemmerli, P., Cafferata, M., Belizán, J. (2007). Prácticas en la atención del parto de bajo riesgo en hospitales del sur de Chile [versión electrónica]. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75: 24-34.
- Organización Panamericana de Salud (2004). 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 [versión electrónica]. Washington D.C.: *Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN)*. 175 (5-9), 50 pp.

- Valdés V., Morlans X. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna [versión electrónica]. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70 (2): 108-112.
- **Verdecia, E., Díaz, I. (2005). Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar [versión electrónica]. Medisan, 9 (2)**

Publicaciones oficiales

- Ginebra. Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Obtenida el 28 de Julio del 2007 de: <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sardá/99b/78-80.pdf>
- México. Secretaría de Salud. (1995). 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 [versión electrónica]. *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido el 28 de Julio del 2007, de: http://www.salud.gob.mx/pagina_principal/manual_cont_sum_sup_alim/ane_xo_b.pdf
- Puerto Rico. Asamblea Legislativa. (2006). *Ley No. 156, de acompañamiento durante el trabajo de parto, nacimiento y post-parto*. Obtenida el 23 de Julio del 2007, de <http://www.capr.org>.

Páginas principales en Internet

- Asociación de Doulas (2007). [Página principal en Internet]. *¿Qué es una doula?* Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.doulas.es>
- Parto Natural Humanizado (2007). [Página principal en Internet]. *El Origen de la palabra doula*. Obtenido el 28 de Julio del 2007, de: <http://partonaturalhumanizado.blogspot.com>.

- RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento) (2006). [Página principal en Internet]. *Caminos para la humanización del parto y el nacimiento*. Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.relacahupan.org>

Artículos en Internet

- *Doulas* (n.d.). Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.holistika.net>
- Fernández, I. (n.d.). *Intimidación en el parto: el parto de los mamíferos*. Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.holistika.net>
- Fernández, I., Sifontes, Y., Chaparro, W. (2005). *Repercusión Perinatólogica del Trabajo de Parto con Apoyo Familiar*. Obtenido el 5 de Agosto del 2007 de <http://www.bvs.sld.cu>
- Sakala, et al. (n.d.). *Un apoyo continuo durante el parto, proporciona importantes beneficios para la madre y el bebe*. Obtenido el 29 de Julio del 2007 de <http://www.holistika.net>

Material Audiovisual

- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Biblioteca de salud Reproductiva*.