



REFLEXIONES - ENSAYOS

DEBATE SOBRE EL PARTO (NORMAL)

DEBATE REGARDING BIRTH (TYPICAL) KNOWLEDG

***Vidal Puértolas, Adela**

*Comadrona. Profesora Titular. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Barcelona.

Palabras clave: Mujer- Madre- Partería- Parto normal- Parto vaginal- Preparación al parto- Psicoprofilaxis obstétrica- Salud procreativa

Key words: Woman, Mother, Delivery Room, Typical Birth, Vaginal Birth, Birth Preparation, Obstetric Psychoprophylaxis, Procreative Health

RESUMEN

El artículo pretende una reflexión sobre la asistencia al parto, desde el punto de vista de una comadrona.

A raíz de la apuesta oficial sobre el cómo para humanizar la asistencia obstétrica hospitalaria, se plantea un análisis de las implicaciones profesionales y los matices culturales que influyen sobre la vivencia de la experiencia del parto.

La importancia de la psico-profilaxis en la preparación al parto como vehículo terapéutico de acercamiento a la realidad y de propuesta consciente del tema, suscita un compromiso inestimable para la consecución de un parto lo más satisfactorio posible para todos los implicados en la salud procreativa.

ABSTRACT

This article is a reflection on birth assistance from point of view of a midwife. As a result of the official stance on how to humanize the obstetric hospital assistance, an analysis of the professional implications and the cultural nuances that influence the birthing experience has been presented.

The importance of psychoprophylaxis in the birth preparation as a therapeutic vehicle to adjust to the reality and the conscious proposal of the topic, brings about an invaluable agreement for the possibility of a more satisfactory birth for everyone involved in procreative health.

Se ha presentado no hace más de dos meses, el documento denominado “Iniciativa para el parto normal” realizado y consensuado por medio centenar de comadronas de 10 Asociaciones de Profesionales de la Partería del Estado Español y avalado por el Ministerio de Sanidad y diversos gobiernos de Comunidades Autónomas¹. Este posicionamiento escrito me sugiere que es preciso matizar en estos momentos varios aspectos en referencia al tema del parto.

Parece que nuestro Ministro va a potenciar una asistencia más humanizada en el área obstétrica para aquellas mujeres que deseen vivenciar su experiencia del parto no solamente referenciada a la sensación de dolor sino que pretendan dar a luz en un contexto menos medicalizado pero que ofrezca seguridad tanto a la madre como al bebé². Por lo tanto el impulso va a ir encaminado a mejorar las condiciones y los protocolos de las salas de partos intrahospitalarias y no me parece mal la idea pues otra hipótesis es imposible dada, por ejemplo, la falta de profesionales de partería disponibles y capaces de ejercer su profesión en otros ámbitos.



En ese contexto se plantea incluso poder abrir espacios anexos a las salas de partos comunes en grandes centros asistenciales con médicos en residencia³, para favorecer un tipo de asistencia que se denomina de poca intervención y para mujeres de bajo riesgo, es decir, potenciando la capacidad natural de las mujeres y teniendo una actitud de soporte a la familia como absoluta protagonista de esa experiencia al traer su hijo al mundo.

Hasta aquí vemos una porción del tema, la parte institucional y política donde se enmarca la asistencia obstétrica actual (primer decenio del nuevo siglo), pero es interesante hacer una reflexión de cómo se entiende el tema desde la calle.

El cambio de modas que se suceden socio-culturalmente suele comportar la aparición de equívocos que es preciso “ordenar” o aclarar pues siempre de todo lo que sucede, existen diversas causas o “culpas”.

En estos momentos que hemos abandonado la idea de que la medicina es irrefutable, donde los medios de comunicación aprovechan cualquier negligencia, error, novedad o polémica para crear ciertos espacios en los que no está ya nada claro de qué se informa o qué se pretende conseguir con la información que se ofrece, las fantasías sobre las cuestiones relacionadas con el cuerpo corren y se contagian a su libre albedrío.

Se supone que las relaciones terapéuticas deberían basarse en la confianza y el respeto tanto del equipo sanitario a los usuarios/as⁴, como de estos/as al equipo, pero la costumbre de la gratuidad en los servicios con el alto nivel de exigencia –la medicina también ha potenciado cierta imagen de garantía absoluta, de infalibilidad– genera que el equipo sanitario esté a merced de cualquier arbitrariedad, sin más base que la subjetividad del personal que muchas veces no es el resultado de un alto nivel cultural, sino de dudosas deducciones o imaginaciones extraídas de textos que difunden mal o generalizan ciertas ideologías.

En relación al parto nos encontramos que la realidad en todo el mundo es bien diversa, desde zonas donde no existe asistencia universal y generalizada y por tanto las mujeres sufren con su vida o con un alta morbi-mortalidad su condición biológica femenina como resultado de su capacidad sexual coital al dar a luz a otros seres humanos⁵; a zonas donde la tasa de cesáreas es tan elevada que prácticamente la posibilidad de un parto vaginal y normal parece anticuada.

Rasar el tema me parece excesivamente simplista, pues en según qué países, donde las cesáreas son símbolo de progreso, disminuir sus tasas va a ser francamente difícil, ya que por diversos intereses no va a remitir el tema (el equipo se organiza el trabajo, con el mínimo de problemas si existen ciertas infraestructuras sanitarias y los usuarios se planifican la vida ahorrándose tiempos de espera y cierta dosis de angustia). Con todo este panorama en esos lugares (no solamente hablo de ciertos estados en Norteamérica sino también en ciertas clases sociales de toda Sudamérica y América central)⁶, las promociones de recuperar el parto vaginal son más bien escasas. Si a eso le añadimos el movimiento poblacional que se da en todo el primer mundo, el parto vaginal y “natural” no es que goce de buena prensa (en la asistencia hospitalaria pública de este país se puede constatar que buena parte de las mujeres inmigrantes no quieren ni oír hablar de parir sin anestesia).

Los movimientos anglosajones, la mayoría, que abogan por un parto “natural” lo hacen bajo los lemas de “instintivo” o “salvaje”⁷ pues su idiosincrasia cultural que promueve rigor en el comportamiento, tiende, en un movimiento de equilibrio, a innovar con un discurso donde se propugna que los actos vitales íntimos humanos deben estimularse hacia cierto descontrol, a cierta “descontención”. Así, en la era de la globalización, si además sumamos la pérdida de referentes históricos sobre el olvido de los supuestos y la evolución de la “preparación al parto”, la combinación da lugar a que el tema del parto quede como si todo lo relacionado pudiera ser mera fantasía mamífera, suscitando pocos referentes realistas y particulares. Me refiero a que esa imagen puede obviar desde el tema del riesgo obstétrico (pues a pesar del control prenatal pueden darse situaciones imprevisibles y graves) a sugerir que parir natural es tan fácil como tenerlo claro y, evidentemente, no es eso, pues es imposible sólo con esa idea sacarse de encima todas las tendencias modernas a la comodidad (sentir el cuerpo, aunque sea a intervalos, puede resultar bastante incómodo), a la búsqueda de placer inmediato (poder disfrutar de una situación emocional y corporal exige escucha y

recursos a nivel de relajación y respiración), al mito de la muerte (dar a luz es también una experiencia que modifica profundamente el psiquismo femenino –una especie de muerte y resurrección, un antes y un después- y no solamente por lo que te viene).

Me gustaría recordar que las comadronas en Europa tienen como profesión una gran historia de servicio asistencial y que la lucha de la medicina contra el dolor no ha sido gratuita y por tanto es necesario debatir qué significa sentir el cuerpo, porque el parto es un proceso agudo de salud, resultado de una situación de continuo cambio corporal porque estamos sanas y porque somos mamíferas y lo que quiere la naturaleza es perpetuar la especie, pero no estamos hablando de máquinas fértiles, sino de seres humanos emocionales, sensibles, capaces de tener conciencia y de decidir libremente qué desean, responsabilizándose de sus decisiones.

La historia de la psico-profilaxis obstétrica tiene fuertes e históricas raíces en el primer mundo y no es en el sentido de mantenerse en forma, de elaborar nuevos condicionantes para una situación involuntaria sino que va más allá, la de reconocerse y darse un tiempo para no vivir con el “automático” puesto constantemente encima⁸ (recordar que la gestación es una cuestión de salud y una decisión personal, por ello las mujeres se plantean las interrupciones voluntarias, trabajan hasta el final de su tiempo de gestación y viven con normalidad su vida cotidiana).



La incorporación de pelotas, bañeras, espalderas, sillas obstétricas en las modernas salas de partos permite buscar y posibilitar a las mujeres de parto nuevos resortes para facilitarles la evolución obstétrica y la variación postural y mecánica con su cuerpo en esa situación. No es que sea el momento de las pruebas físicas o de los intentos aeróbicos, es el lugar y la circunstancia para poner en juego los recursos corporales precisos descubiertos en la gestación que facilitan la vivencia corporal para que sea lo más gratificante emocionalmente posible.

Dar a luz requiere una entrega voluntaria al otro⁹ para que sea y eso se construye en la gestación y eso se tiene que hacer con una educación a medida de cada mujer y en

consonancia con sus aspiraciones y sus posibilidades. Es preciso recordar, también, que el parto no es absolutamente determinante, sino que es un momento crucial, pero concreto en el proceso de la maternidad, en el de venir al mundo.

Muchas veces el deseo femenino promueve actitudes pero siempre es preciso saber lo que se está hablando, pues ese proceso corporal exige muchos más matices y en el parto unas cuantas cosas concretas: saber que son horas de evolución, sentir mil sensaciones, notar zonas corporales inéditas cotidianamente, sostenerse emotivamente y ser capaz de transitar por un mundo absolutamente personal con pocos referentes externos.

Un parto natural podría ser sinónimo de parto consciente y no de heroicidad imposible, de intento “preparado” de conexión corporal y emocional y no de catarsis “chamánicas”, de parto fisiológico y no de parto indoloro..., sabiendo que una cosa es lo que se desea y que en la realidad existen avatares que imposibilitan o modifican substancialmente lo que va a ocurrir, por ello es importante conjugar todos los matices y las variables del tema: posibilidades, deseos, fantasías, imágenes, expectativas, temores, capacidades e incluso disponibilidades técnicas y humanas para su consecución.

Aquí también podría hacerse una reflexión sobre el hecho de que a la humanidad se la define por el uso del pensamiento y del lenguaje y esta es la base de la cultura, por lo que, en general, las referencias para cualquier ser humano en estos momentos pasan por traducir lo natural en cierto estatus cultural que permita su comprensión, vivencia y adecuación a la diversidad de modos de vida y mujeres que paren para perpetuar la especie humana, pero desde la más rigurosa versión de la realidad.

Así la educación sanitaria, la relación de tú a tú con cualquier mujer, la capacidad de conversar y comunicarse, deviene fundamental para conseguir la adecuación de la asistencia con las posibilidades de las mujeres y a la consecución de nuevos horizontes al hablar de la experiencia de parir.



En este contexto todos los profesionales implicados en la salud procreativa deben comprometerse en ofrecer la información y la educación pertinente y adecuada a las mujeres y sus familias. Están implicados en la ordenación de los recursos y en las representaciones que del tema pueden acontecer en la realidad asistencial de este país. Son responsables de mejorar la situación sanitaria y de velar por el bienestar de todas las madres y sus bebés. Sólo de este modo podremos suscitar otros espacios donde las iniciativas puedan consensuarse en un foro amplio donde se acojan todas las situaciones tanto de infraestructuras, personal, objetivos de salud como de perspectivas personales, satisfacciones familiares y protagonismo femenino que el tema merece.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Documento de consenso Iniciativa parto normal FAME España 2007 www.federacion-matronas.org Presentado Generalitat Catalunya, ACLL en Barcelona a 21 Febrero 2008.
- 2) Romero, Gema Bernat Soria, repite Revista Enfermería Facultativa Año XII nº 115 Abril 2008 pag. 23 CGE, Madrid.
- 3) Editorial Revista Matronas Profesión Vol. 8 nº1 2007 Barcelona.
- 4) Vidal, Adela: Reflexiones conceptuales sobre la profesión de las comadronas Capítulo 5 pag. 134 en Fundamentos de la Enfermería Obstétrico-Ginecológica Vol.1 Ed. Funden Madrid 2007
- 5) OMS Cifras Mortalidad Materna de 1997 en Quadern Caps nº 31 (2003) Barcelona.
- 6) Odent, Michael: La Cesárea ¿Problema o solución? Ed. La liebre de Marzo pág. 65 Barcelona 2005.
- 7) Val Clarke: Parto instintivo. Atendiendo a tu voz interior Ed. Gaia .Madrid 2005.
- 8) Tourne, Claude Emile., Sur son PETIT BONHOMME...de chemin Ed. L'Air du Temps 1991 Perpignan.
- 9) Vidal, Adela: Ser comadrona: una manera de pensar. Marco conceptual para la profesión de la partería COIB Barcelona 2005, pág. 55
- 10) Arendt, Hanna: La condición humana. Barcelona, Paidós: 1998, pág, 18

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia