

El parto sin violencia: un compromiso de vida

“Birth without violence committed life”

Nelly Esperanza Ariza Riaño¹ Giomar M. Herrera²

1. Enfermera Especialista. Profesora auxiliar Escuela de Enfermería U.P.T.C. Tunja, Boyacá
2. Enfermera Magister. Profesora auxiliar Escuela de Enfermería U.P.T.C. Tunja, Boyacá

Recibido:	22	02	12	Revisado:	18	03	12
Corregido:	08	04	12	Aceptado:	10	05	12

Estilo de referencias: Vancouver x APA 6 Harvard ICONTEC

RESUMEN:

El dolor como fenómeno complejo hace parte del proceso del parto, sin embargo, el conocer su historia y las diferentes estrategias usadas que buscan mitigar este proceso de reacción fisiológica, permiten a los profesionales de la salud una comprensión mayor de las diferentes actuaciones que pueden desarrollar en la búsqueda de un parto sin violencia, bajo premisas de humanización, competencias técnicas e intelectuales, que interrelacionan continuamente con todos los actores implicados durante el nacimiento. Artículo de revisión, estructurado bajo la búsqueda en diferentes bases de datos durante los meses de agosto a diciembre del año 2011.

Objetivo: Permitir un abordaje amplio de cómo evitar la violencia durante el proceso del parto, dirigida principalmente a la tríada Madre-Padre-Hijo, usando el acompañamiento efectivo en diferentes aspectos.

Palabras claves: Parto sin dolor, parto humanizado, parto con calidad, parto sin violencia.

ABSTRACT:

Pain as a complex phenomenon is part of the birthing process, but knowing its history and the different strategies used to mitigate this process seeking the physiological reaction, allow health professionals a better understanding of the different actions that can develop in search of a birth without violence, under assumptions of humanization, technical and intellectual skills that continuously interact with all stakeholders during birth. Review article, searching structured under different databases during the months of August to December of 2011.

Objective: *To enable a comprehensive approach on how to avoid violence during the birth process aimed primarily at the triad Mother-Father-Son, using the effective accompaniment in different aspects.*

Key words: *Painless childbirth, humanized birth, delivery quality, delivery without violence.*

INTRODUCCIÓN

La palabra dolor también puede ser descrita como un fenómeno complejo, individual y multifactorial, influenciado por varios factores de los cuales destacamos los: psicológicos, biológicos, socioculturales y económicos. De cierta forma, el dolor se encuentra descrito en los relatos de aquellos que lo sienten, durante transformaciones normales; teniéndose como ejemplos, la menstruación y el parto¹.

Para la mayoría de parejas, el nacimiento de su hijo es, tal vez, la experiencia más importante de su vida de familia. Luego de nueve meses de ilusión, alegría, angustia y temor por el parto, ha llegado la hora; la pareja siente mezcla de sentimientos entre una gran alegría por ver a su hijo y una experiencia temerosa ante el dolor, que manifiesta la madre, engendrado por relatos atemorizantes y, en ocasiones, distorsionados por familiares, amigos, vecinos y compañeros.

Al acercarse el parto, se aproxima el momento en que el hijo ya no será una imagen sino una realidad, las fantasías pueden intensificarse y crear gran ansiedad, por el temor de lo que le pueda suceder a ella y a su hijo. En este sentido, puede haber insomnio al pensar en dormir y no despertarse; sueños en los que el hijo aparece muerto o, por el contrario, el deseo incontrolable de que transcurra todo satisfactoriamente. El parto genera sentimientos de separación y se piensa en que se puede perder la capacidad de proteger al hijo, como estructura fundamental del propio cuerpo.

Hasta hace 200 años todos los cuidados del parto eran humanizados y mantenía a la mujer en el centro y, en general, respetaban la naturaleza y la cultura. Hoy, en los países desarrollados normalmente hay servicios maternos medicalizados en las grandes ciudades, mientras que en las áreas rurales estos servicios aún no han penetrado y los servicios humanizados se mantienen.²

Esta ansiedad y el temor pueden originar el deseo de expulsarlo, de tenerlo lo más pronto posible en sus brazos, surgiendo dificultades entre los mismos padres, familiares, inclusive con el personal de salud en el momento de la atención. El equipo de salud debe ser de apoyo terapéutico en el manejo del dolor, que permita la vinculación activa del padre, la familia y/o acompañantes, en todo el proceso del parto y de la mano con la ética y la moral, respetando la autonomía de la materna, para llegar al logro más importante de este momento: "Un parto sin violencia y mas humanizado".

El apoyo terapéutico, manejo del dolor

Generalmente, la necesidad prioritaria que presenta la madre durante el parto es el alivio del dolor, condición que puede convertirse en indispensable para lograr una adecuada evolución de este proceso y, por lo tanto, de sus efectos en el futuro biológico y psicológico de la madre y de su hijo.

El dolor es utilizado por el cuerpo como un mecanismo protector y se produce siempre que un tejido es agredido, obligando al individuo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso, por ello, es significativo el alivio del dolor del parto, ya que es un hecho, las ventajas que engendra para la madre y para el feto.³

Es tan importante el alivio del dolor durante el parto, que ha sido motivo de preocupación, desde tiempos muy remotos, tanto con prácticas mágicas, invocando divinidades –Istar, Dios del parto- en la cultura Babilónica y Asiática, como empíricas mediante el uso de diferentes pociones para adormecer la conciencia de la mujer y el alivio de alguna manera del dolor: posición de rodillas en la cultura china y japonesa, sentarse sobre los talones en la cultura egipcia, arqueando el cuerpo, apoyadas en la cabeza y talones en la cultura azteca, colgándose de palos o árboles, como las indígenas del Orinoco o las campesinas francesas, que recibían a su hijo de pie, apoyadas por los brazos de un hombre fuerte. Luego, vendrían para el siglo XVI los métodos hipno-sugestivos; el inicio del alivio del dolor a través del uso de la analgesia y la anestesia, utilizando el cloroformo con sus consecuencias nocivas para el feto, causadas por las deficiencias en la oxigenación y la depresión del sistema nervioso.⁴

John Snow, nacido en York, en 1813, entra por dos vías a la Historia de la Medicina, en la mitad del siglo XIX, tras obtener su diploma de médico en la Universidad de Londres, en 1844, una al detener una epidemia de Cólera en Londres en 1854 y otra por anestesiar dos partos de la reina Victoria, utilizando el Cloroformo, en medio de una polémica médico - teológica que desencadenaba el parto sin dolor

Ante los problemas presentados por el Eter, su olor desagradable, las náuseas y vómitos y la irritación ocular que se presentaban, en 1847, el profesor de obstetricia de Edimburgo, James Young Simpson publica su ensayo "*Descubrimiento de un agente anestésico más eficaz que el Eter Sulfúrico*", donde reporta 80 casos de cloroformización en maternas, sus detractores lo acusan de: "*Robar a Dios los gritos de dolor profundo*" y le advierten que en el Génesis, Dios le dice a la mujer: "*parirás tus hijos con dolor*".

Del Génesis también fue la respuesta de Simpson a sus detractores: "*Y el Señor hizo de manera que sobrecogió a Adán un gran sueño y se durmió; y el tomó una de sus costillas y le cerró la carne de ella en su lugar*". La controversia médico - teológica se cerrará a favor del Cloroformo en 1853, cuando Snow, precursor de la Anestesia y la Epidemiología, e inventor de un inhalador de éter, da anestesia con Cloroformo en un pañuelo, en el parto

de la reina Victoria, jefe de la Iglesia Anglicana, quien eligió el nuevo método del parto sin dolor. Los riesgos eran grandes, Snow publica un estudio de 50 muertes en 9 años por el uso de anestésicos. Es el primero en recomendar la no ingestión de alimentos antes de la anestesia.⁵

Hacia el año 1920, los rusos Platonov, Velvosky y Nicolaiev, retomaron el uso de la hipnosis sobre el parto, basándose en el estudio sobre reflejos condicionados de Pavlov, haciendo énfasis en la acción analgésica de la palabra y creando un reacondicionamiento de la mujer a través de la educación e información apropiada sobre el parto y la importancia de su participación a través de una actitud positiva, dando inicio a la psicoprofilaxis del parto⁶- Hoy denominado curso de preparación a la maternidad y paternidad-

En 1940, el inglés Grantly Read enuncia una teoría que estudia la relación entre *temor, tensión y dolor* en el trabajo de parto, donde el temor desencadena tensión en el cuello del útero, lo que dificulta su dilatación y provoca dolor, que, a su vez, genera más temor e incrementa el círculo vicioso entre estas tres condiciones. La profundización en estos estudios establecieron las bases de la psicoprofilaxis del parto, hoy difundidas en casi todo el mundo.⁷

El parto natural es el ideal cuando se disminuye en lo posible el dolor, con el empleo de la acupuntura en la analgesia durante el parto, al concluir que la evaluación del dolor, después de aplicado este método, tiene valor en la segunda mitad del período de dilatación, período expulsivo y después del nacimiento, siendo factible la aplicación de la acupuntura en la analgesia durante el trabajo de parto.⁸

La experiencia de educación del *control de sí, afirma que no porque las mujeres estuvieran hipnotizadas o sugestionadas durante el parto, este es doloroso. Aquí no se niega que el dolor exista, no es parto sin dolor, pero si es parto humanizado, en sentido que es una experiencia de parto consciente, controlado y dirigido por la voluntad, un parto lúcido, en contraposición a los dos modos habituales de aquella época, el parto con anestesia, que era un parto semiinconsciente, o un parto francamente con dolor.*⁹

*Este no es " natural " a menos que Ud. esté teniendo su parto en el campo. Y los partos sin dolor no lo son nunca a menos se encuentre totalmente anestesiada. Más bien, es un parto " preparado " en que el conocimiento de los eventos que le entrega el método, y el apoyo durante el proceso entero va de alguna manera a disminuir la inquietud, reducir el dolor, y paralelamente le infunde alegría, regocijo lúcido y consciente a un evento que exige ser vivido de una determinada manera.*¹⁰

La analgesia epidural, es un método seguro y efectivo que alivia el dolor durante el parto. Las labores organizadas y la asignación precisa de tareas entre el personal de salud y el anesthesiólogo, antes de iniciar la actividad asistencial, garantizan la administración de analgesia epidural a la mayoría de gestantes que la solicitan con mínimos efectos

indeseables. Al examinar los registros de más de 4.300 partos se ha planteado observaciones clínicas, algunas, sin explicación convincente conocida, que muestran la realidad clínica de la analgesia epidural obstétrica en un hospital general, en España.¹¹

Muchos obstetras, pediatras y anestesiólogos, defienden que el parto debe ser un proceso natural, donde se debe realizar las mínimas intervenciones posibles y consideran que la analgesia epidural es un procedimiento invasivo donde se pueden presentar complicaciones para la madre, sin embargo, hay estudios que demuestran que un parto sin dolor es más ventajoso para la madre y para el bebé, porque la participación de la madre en el proceso es más tranquila, segura y, se puede decir, que hasta conciente; por otra parte, puede intervenir de una forma más positiva, siendo provechoso para el binomio madre e hijo, ya que puede contener la ansiedad de la mujer, que podrá elaborar mejor la separación de su hijo al experimentar gran satisfacción, al vivenciar que está cuidando a su hijo en estos instantes de gran dificultad para los tres.¹²

En la actualidad, la conjugación de conocimientos y tradiciones que fundamentan cada vez más la posibilidad de tener un parto sin dolor, indica al profesional de enfermería su alta relevancia en la asistencia a la parturienta y que todo eso podrá ser realizado; donde además del abordaje de empatía, se asocie la utilización de Estrategias No Farmacológicas (ENF) adecuadas, cuyo objetivo es el alivio del dolor, teniendo en vista las relaciones interpersonales -la interacción entre el profesional, la parturienta y la familia de esta.

Las Estrategias No farmacológicas (ENF) (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje sacro lumbar, deambulación, balance pélvico y baño de ducha), buscan el alivio del dolor en la fase activa del trabajo de parto de la materna, logrando que el proceso sea menos doloroso, tenso y, consideran que las mismas necesitan de atención, de consejos y de habilidades de comunicación, con la finalidad de conducir mejor el trabajo de parto, reforzar la importancia de la búsqueda de la humanización en el proceso de asistencia a las parturientas.

En cuanto a la efectividad de las ENF, aceptadas por las parturientas para alivio del dolor, los estudios indican¹², que los puntajes de dolor al ser comparados "*antes y después*" de la aplicación de las estrategias de ejercicios respiratorios, relajamiento muscular y masaje sacro lumbar, en los tres momentos que fueron utilizadas en los 6, 8 y 9 cm. de dilatación, y del baño de ducha en los 8 y 9 cm, denotan que las mismas fueron efectivas en el alivio del dolor.

Tabla N°1. Estrategias no Farmacológicas para el alivio del dolor durante el parto.

Autores	ENF	Tipo de estudio
Ochiai AM,Gualda DMS	Baño de ducha	Ensayo clínico
Medina ET	Baño tibio	Ensayo clínico
Lopes TC	Bola de Bobatho (Bola del Nacimiento)	Relato de experiencia
Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA	Técnicas de respiración y Relajamiento	Investigación de campo Experimental
Silva FMB, Oliveira SMJV	Baño de inmersión	Estudio aleatorio tipo ensayo Clínico experimental
Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB	Relajamiento muscular progresivo	Estudio de intervención casi experimental controlado no aleatorio
Almeida NAM, Bachion MM,Silveira NM,Souza JT.	Respiración y relajamiento y	Estudio descriptivo Observación participante
Silveira IP,Campos ASC, Fernandes AFC.	Masaje	Investigación de campo
Castro JC, Clapis MJ.	Acciones humanizadas	Investigación cualitativa

Fuente: Estrategias no farmacológicas (ENF) en el alivio del dolor durante el trabajo de parto: pre-test de un instrumento.¹³

Vinculación activa del padre, la familia y/o acompañantes

El padre, al igual que la madre, manifiesta diversas reacciones y sentimientos positivos respecto al embarazo, parto, nacimiento y convivencia con el hijo; por ejemplo, mayor protección de la esposa, mayor orgullo en relación con su matrimonio y con su propia virilidad, disfrute previo de su paternidad y demás. Pero también muestra sentimientos negativos como tendencia a sentirse excluido durante este periodo.¹⁴

La participación del padre en el nacimiento es importante, ya que este ha compartido con la madre todo el embarazo, sus miedos y ansiedades; reforzando en este gran momento el vínculo entre ellos, viviendo con su esposa el momento culminante en el que se convierte en madre y él en padre.¹⁵

Actualmente, el método de la preparación para la maternidad y la paternidad ha tenido tal difusión y aplicación, que ha sido el pilar para continuos estudios e investigaciones sobre la humanización en la atención de la madre y de su hijo. Aun así, se ha pretendido llevar más allá de una preparación osteomuscular y de analgesia respiratoria, para acompañar a la pareja a comprender y vivir la maternidad y la paternidad, como una experiencia que merece ser vivida en familia, incluyendo no solo los aspectos biológicos sino los fenómenos psicosociales y culturales, que rodean la llegada de un nuevo ser humano.

En la investigación *Impacto de la preparación psicoprofiláctica para el parto*, se concluyó que la preparación psicoprofiláctica con inclusión paterna es un método eficaz, que garantiza la calidad en los indicadores materno-infantiles. Se garantizó un nacimiento feliz, humanizando el trabajo de parto, logrando mayor eficiencia y obteniendo un producto vigoroso, asegurando el sano crecimiento del nuevo ser. Se logró satisfacción y seguridad de los pacientes y de los familiares que participaron en el estudio¹⁶

Para el proceso del trabajo de parto y el parto, se ha evidenciado que la preparación de los padres a través de talleres que les permitan expresar sus pensamientos, sentimientos, vivencias, mitos y creencias, inquietudes en relación al parto con explicaciones sencillas que les ayuden a comprender el proceso fisiológico y los procedimientos que se le van a realizar, la razón de por qué se hacen, como puede la madre colaborar y cuáles son los resultados esperados, les brinda seguridad de tal modo que logren enfrentar el proceso de parto con optimismo. Los padres, cuando conocen la situación, la pueden controlar y se les facilita tomar una actitud positiva, un comportamiento activo de la madre, donde el apoyo afectivo, motivante y responsable del padre, les permite asumir con ternura y responsabilidad su sentimiento paternal y su rol de cuidadores del hijo.

El padre, que participa en el parto, apoya y anima a la gestante para que realice la respiración y la relajación indicada; ayuda a controlar las contracciones uterinas y a detectar y evaluar cambios, haciendo masajes cuando se presente el dolor lumbar; manifiesta su afecto a través de caricias y palabras alentadoras; atiende las necesidades que la madre presenta; informa al personal de salud sobre cambios o situaciones especiales que se presenten y mitiga cualquier tipo de preocupación materna. Cuando se permite esta participación la pareja se une más y el hijo se recibe con amor por los dos, lo cual ayuda a mejorar la calidad de vida de la familia y de la sociedad.

Si la madre siente el apoyo de la pareja o de la familia durante todo el proceso del parto, podrá percibirlo de manera positiva frente a sus expectativas y vivirlo como una experiencia agradable, enriquecedora y fortalecedora de la unión familiar.

El parto sin violencia, dirigiendo la mirada hacia la humanización.

La humanización del nacimiento es una propuesta que busca trazar caminos para la paz y la sanación del mundo. La ONU define a la cultura de la paz como una serie de valores, actitudes y comportamientos que rechazan la violencia; considera como base los derechos humanos, como el respeto a la vida, al ser humano y a su dignidad, así como a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, en búsqueda de infundir la generosidad, preservar el planeta y reinventar la solidaridad¹⁷

Los adelantos científicos y técnicos que facilitaron los diagnósticos y los tratamientos en el desarrollo de la gestación y parto, permitieron pensar los partos no solo desde sus potenciales peligros sino como un acontecimiento que podía vivirse de mejor modo, sin acatar necesariamente el mandato bíblico de “parirás con dolor”.¹⁸

La violencia, un problema de salud pública, hace necesario el enfocar acciones en la prevención de la misma, con una propuesta desde el campo de la atención primaria, desde el punto de vista obstétrico, neonatal, psicológico y en todo lo basado en las primeras experiencias vitales del recién nacido en sala de partos, junto a la mamá, el papá y la familia¹⁹.

Son muchas las actividades que se pueden realizar para ofrecer una atención humanizada a la madre, al padre y al hijo, antes de su nacimiento, que se deben maximizar en el momento mismo del parto y primeras horas de vida extrauterina, así como a la madre se le ha ayudado a mitigar esa antigua maldición de “parirás tus hijos con dolor”, al enseñarla y prepararla a través del método de preparación a la maternidad y paternidad o a través de la aplicación de analgesia peridural, también se debe pensar en el recién nacido, para quien el trabajo de parto y el nacimiento han generado un gran esfuerzo; siguiendo la propuesta del médico francés Frederick Leboyer, quien ha sido pionero en disminuir en el niño el trauma del nacimiento.²⁰

Leboyer considera que el llanto es un sinónimo de dolor, cuando un niño llega al mundo lo primero que hace es llorar, ante este llanto se alegran los asistentes como demostración de que el niño está bien, que su máquina funciona, el llanto del recién nacido representa gozo para los asistentes, el llanto es una expresión de sufrimiento y el niño es tratado casi como un objeto a quien se le realizan una serie de procedimientos de rutina, sin pensar en lo que él está sintiendo, sin observar sus expresiones, ante la ausencia de palabras. Su frente arrugada, trágica, sus ojos cerrados, su boca herida por el llanto, su reflejo de Moro expresando susto, sus pies pateando con angustia, su cuerpo entero sobresaltado, es todo su ser quien habla en una conducta que parece pedir que lo ayuden, que no lo abandonen, pero son expresiones que nadie oye, nadie comprende, no porque el recién nacido no se comunique sino porque nos resistimos a escucharlo a comprenderlo, rotulando su conducta dentro de la normalidad.²¹

Este médico francés, gran observador de la conducta y reactividad del neonato, considera que hay que hacer algo por ese niño e invita a comprender el sufrimiento de ese recién nacido y a no aceptarlo como normal, a comprender como se afectan todos sus sentidos con las maniobras que se hacen durante la llegada a este mundo; los ruidos y voces estrepitosas; las luces de las lámparas que alumbran el periné materno; el tacto brusco al agarrarlo fuerte para que no se resbale por la presencia de vérmix en la piel y el cogerlo por los extremos: talón y cabeza, posición que le produce un vértigo exagerado. La entrada de aire bruscamente por las mucosas, que produce un efecto parecido al de ácido vertido sobre una llaga, por eso el niño grita, patalea, como tratando de librarse, aterrorizado. El niño se somete, todo ha cambiado para él, el niño ha nacido, la angustia es incomparable, luego se pasa a una báscula fría, donde se alegran nuevamente los asistentes si el peso es alto y si nuevamente llora, luego hay que hacerle la profilaxis ocular, ante la cual nuevamente el niño se resiste, cerrando sus párpados pero se los abren por la fuerza, finalmente después de mucho manipularlo, el niño se doblaga, retorna a la posición fetal, se hunde en sí mismo, cuando no puede más se sumerge en el sueño (periodo seguido a la reactividad), como buscando un refugio, algo protector.²¹

Durante el trabajo de parto una de las situaciones fisiológicas más preocupantes es la disminución en la oxigenación del feto por la obliteración de los vasos sanguíneos placentarios, en el momento de la contracción uterina, por ello la necesidad de que el personal asistencial explique a la madre la importancia que ella respire adecuadamente para mejorar la oxigenación del bebé, la enfermera debe acompañar y apoyar emocionalmente a la gestante, para disminuir su tensión o angustia por este proceso, evaluar la evolución del trabajo de parto para impedir que este se prolongue, evitar que el feto permanezca mucho tiempo bajo el efecto de las contracciones uterinas, al igual que la observación máxima y continua de la gestante y su hijo, si recibe algún tratamiento farmacológico durante esta etapa.

Nacer es así, es el tormento de un inocente que no sabe hablar. ¿Qué hacer ante tanto sufrimiento para un ser tan indefenso? es una pregunta que todo el personal de salud se debe hacer y se debe responder; aquí es donde el cuidado, pensando en el otro, colocándose en el lugar de otro, es esencial.²²

Primero que todo, es necesario conocer, tener voluntad, compromiso con esa nueva vida, ese nuevo ser humano, luego, es necesario comunicarnos con ese bebé a través de un lenguaje que él nos comprenda, a través de su lenguaje, el lenguaje del amor como lo hacen los enamorados quienes no hablan mucho, se acarician, el recién nacido no necesita que se le hable con palabras, sino a través del tacto y de las caricias.

Consentir sus sentidos, empezando por la vista, hacer como los enamorados que buscan la oscuridad, aunque efectivamente es necesario ver el periné para protegerlo, pero se

puede atenuar la luz una vez haya coronado la cabeza para que estas luces no hieran sus ojos, es bueno que mamá lo acaricie a través del tacto en el primer contacto piel a piel.

Continuar con el oído, nada hay más sencillo que permanecer en silencio, pero esto exige una preparación ya que encanta estar hablando y gritando, sobre todo en la sala de partos, los gritos de puje en la sala de partos, lo que hacen es turbar a la madre en lugar de ayudarla; los enamorados se hablan en voz baja, se acarician con la voz, se relajan.

También se necesita paciencia, mantener la calma, actuar despacio, dejando de lado el tiempo acostumbrado a un correr enloquecido y entrar en el tiempo del bebé, permaneciendo ahí, no pensando en el futuro sino en el presente.

Colocar al bebé que acaba de nacer sobre el vientre materno, boca abajo, pues es el mejor sitio para recibirlo, ya que tiene la forma y el tamaño exactos del bebé, ya que antes era convexo pero ahora se hace deprimido como un nido para recibirlo, además es tibio, suave, elástico, oscila al ritmo de la respiración y está muy cerca para conservar intacto el cordón umbilical. Al ocurrir la primera respiración, ocurren grandes cambios en la circulación del niño, mucho se ha insistido sobre el peligro de que el recién nacido presente anoxia, por eso, la naturaleza ha dispuesto que en ese peligroso momento para el nuevo ser, la oxigenación sea asegurada por dos vías y no por una sola, los pulmones del niño y el cordón umbilical, los dos sistemas trabajan conjuntamente mientras uno va sustituyendo al otro, en esta forma, mientras late el corazón, por unos cinco minutos el bebé se va adaptando a la respiración pulmonar sin peligro, por eso, él no necesita gritar en exceso, lanza unos gritos, por la sorpresa misma del nacimiento, luego jadea seguido de unos ruidos que hace con los labios, con la nariz y con la garganta hasta que se va acostumbrando a respirar por sí mismo. Por eso la madre acompaña los primeros minutos de vida extrauterina a su bebé, respirando por él a través de su cordón umbilical, hasta tanto éste haya iniciado a hacerlo solo y todo esto se logra con paciencia, disminuyendo así la angustia en el recién nacido.²³ Al recién nacido es mejor colocarlo boca abajo, para que el cambio de su posición no sea tan brusco, pues en el vientre estaba acostumbrado a tener límites, y tocando la piel de la madre se sentirá más seguro, además, esta posición deja libre el abdomen para los movimientos respiratorios, luego, cuando se sienta seguro, empezará a estirar un brazo, una pierna y se dará cuenta que el espacio ya no es tan estrecho como cuando estaba dentro del vientre materno y así, a medida que va ensayando movimientos, va calmando su pánico.

Luego, se podrá colocar al niño de lado, siempre ofreciéndole puntos de apoyo, que sienta límites, siendo mejor no tocar su cabeza, puesto que esta parte es la que más ha participado durante el trabajo del parto, abriéndose paso con ella para nacer. Luego, se podrá colocar boca arriba, para irlo adaptando con lentitud a las diferentes posiciones y, de nuevo, una posición segura para él.

Después, hay que permitir que mamá con sus manos tibias sea quien acaricie su espalda, recordándole el contacto que su espaldita tenía con el vientre materno, para eso hay que

ayudarla, tomar sus manos y colocarlas sobre el niño, al principio puede haber algo de temor, inseguridad, pero una vez superado esa ansiedad, lo que la madre siente será una alegría indescriptible y se afianzará para siempre la relación con su hijo.

Se entregará el niño a la madre, acostándolo sobre su pecho, la oreja junto al corazón, para que perciba de nuevo el ruido familiar de sus latidos, así la madre y su hijo se sentirán tan unidos como antes.

Para el personal asistencial que trabaja en una sala de partos, muchas veces acostumbrados a ver y participar en el parto como “uno más”, no resulta fácil aceptar el modelo de nacimiento sin violencia, porque cada quien lo ve desde su punto de vista, desde sus funciones, desde su ángulo, ninguno está acostumbrado a verlo en su totalidad, lo indicado será tener paciencia, agudizar el sentido de la observación y no dejar al niño ni a la madre sumergidos en la soledad y la frialdad, propias de una sala de partos. Es humanizar, calentar esa sala con la conducta, con el sentir, donde si bien hay que cumplir una serie de protocolos y reglas, utilizar una serie de instrumentos, se puede humanizar la llegada de ese semejante a este mundo, hemos sido los elegidos para darle la bienvenida y no se debe olvidar una frase de regocijo por su llegada, la cuál podría ser: “Bienvenido a este mundo bebé precioso, tus padres te quieren mucho y te reciben con amor”.

Respetando la autonomía familiar. Las relaciones y decisión durante el nacimiento y el personal de la salud.

Al hablar de cuidados competentes de la enfermería en los procesos que acompañan el parto, se enfatiza en habilidades técnicas obstétricas que requiere de la capacitación del personal de salud, vinculando las áreas de enseñanza, que respondan a las necesidades y realidades de morbilidad del país.

La calidad de la atención materna y neonatal durante el parto se define bajo los siguientes aspectos:

- Información disponible para los proveedores de salud y para las usuarias de los servicios, donde surge la necesidad de informar a las mujeres e involucrarlas en los procesos de toma de decisiones relativas a las de su propia salud y la de sus recién nacidos.
- Elección de los servicios y procedimientos del tratamiento, donde un plan para el nacimiento puede servir como herramienta de información y negociación y esta oportunidad de toma de decisiones, puede significar una experiencia satisfactoria o frustrante²⁴.

Competencia técnicas, no se refiere a la cantidad de profesionales presentes en el proceso del parto si no es compatible con un sistema de monitoreo continuo, que actualice y mejore la competencia técnica de la enfermería, en todos los niveles de atención.

Se refiere a:

- Infraestructura adecuada con disponibilidad continúa de suministros y equipos de trabajo.
- Buenas relaciones interpersonales donde se ofrece respeto, confidencialidad, sin prejuicios ni agresiones hacia su cultura.
- Mecanismos de seguimiento, con manejo de la integralidad para el aprovechamiento de oportunidades que permitan logros de captación efectiva de las mujeres.

Las prácticas de parto humanizado involucran a la madre y a su bebé como protagonistas, manteniendo la capacidad para decidir qué personas acompañan el nacimiento. La observación empírica sugiere que esto aumenta en la madre su autoestima y confianza en sí misma, así como en su habilidad para dar a luz, cuidar y lactar a su bebé; en éste aumenta su habilidad para lactar y desarrollarse emocionalmente, además de mejorar su psicomotricidad y capacidad para crear vínculos con su familia.²⁴

Cuando surge la idea del parto humanizado se basa en cuatro fundamentos:

1. Asistencia obstétrica basada en evidencias científicas.
2. Atención basada en la relación de pareja y en el respeto entre dos personas.
3. Visión del parto como un fenómeno fisiológico y no patológico.
4. Parto conducido por la mujer, que sigue tanto sus instintos como sus necesidades, y tiene libertad de movimientos y de expresión.²⁵

El parto es un hecho natural y como tal, siempre debe darse naturalmente, sin embargo, se ha observado que no es así, en las diversas entidades de salud los profesionales y, en general, todos los trabajadores que atienden el nacimiento ejercen actitudes violentas sobre la madre, el padre, la familia y el niño, de manera sutil, que pasa desapercibida por la persona que la ejerce y, a veces, por la que la recibe.

Los profesionales de la salud hacen daño sin proponérselo y, a veces, sin darse cuenta, por el deseo de ayudar se cometen errores. La separación de la pareja, la ruptura del vínculo madre-hijo, son manifestaciones indeseables en la atención cotidiana del parto; la violencia no siempre es física puede ser moral, afectiva siendo mayor el perjuicio con este, pues perduran a través del tiempo, constituyendo un verdadero trauma; por esto el buscar un cambio, y este se debe dar en la modificación del modo de pensar y actuar; se debe llevar el calor de hogar a las instituciones y evitar que la rigidez de las mentes lo impidan; hay que comenzar ahora.²⁶

En el parto, el derecho inherente de la familia de poder elegir el modo de hacer nacer a sus hijos no es tenido en cuenta en la inmensa mayoría de las instituciones asistenciales y en casi todas las veces, por no decir siempre, es violado este derecho.

Los padres ven negado su acceso a los lugares de nacimiento de sus hijos y no se les tiene en cuenta sino cuando se necesita algo de ellos; las mujeres son asistidas con una técnica que está más encaminada a la comodidad del médico, del personal de la sala de partos y

de los diferentes servicios, que de la propia gestante; por eso, fácilmente se ven salas de parto en clínicas y hospitales de tierra caliente con el aire acondicionado funcionando a su máxima potencia para enfriar el sitio y que los trabajadores de la sala de partos o de cirugía no se incomoden con el calor; en ningún momento se tiene en cuenta a la gestante y, especialmente, al recién nacido, que llega a un sitio hostil y muy frío.

Se quiere que un embarazo culmine como un evento exitoso y feliz, esperado por una pareja, una familia y una sociedad, para lograrlo, se hace necesario que quienes trabajan en salud entiendan y atiendan a la madre, al padre y al hijo, reconociendo la alta cuota de responsabilidad que implican estas acciones, omisiones y actitudes frente a este proceso, no separando la fisiología del mismo de un gran componente emocional, como tampoco apartando a una madre de una cultura, ambiente, experiencias, vivencias y creencias, que han generado en ella percepciones y sensaciones estrictamente individuales. Así, hoy es bien conocido, que la gente que confía en el personal de salud que lo atiende, tiene mayores posibilidades de recuperación, que aquellos que sienten desconfianza, miedo o animadversión hacia ellos.

La humanización del parto provee herramientas básicas para que una sociedad pueda mejorar los resultados del nacimiento, no sólo en materia cuantitativa, sino a través de indicadores cualitativos como la satisfacción de la experiencia del parto como un evento seguro, que respeta la integridad familiar y los derechos humanos, además proporciona un sólido principio para una vida saludable.

La calidad en servicios materno-infantiles debe ir mucho más allá de sobrevivir el parto: debe estar enfocada en que la madre y el bebé tengan una vivencia del embarazo, parto y puerperio como procesos satisfactorios, plenos, íntimos y placenteros, que ofrezcan a la madre una serie de herramientas de poder, información y habilidades para criar a su bebé con amor, confianza y salud.²⁷

En el personal de salud, está hacer del nacimiento una experiencia tolerable, positiva y feliz para la madre y un dulce despertar para el niño, sin olvidarse del padre, quien muy probablemente se encuentra en angustia interminable al no saber el estado de su esposa y su nuevo hijo. Quedarse solos en una sala de espera sin tener ninguna noticia de los seres amados, hacen que el padre y la familia vivan una situación de estrés, que se les hará eterna, porque cuando se está esperando, el tiempo pasa muy lentamente.

Análisis y reflexión

Para alcanzar la humanización en el parto debemos estar dispuestos a librar a la mujer de los riesgos innecesarios, y como profesionales de la salud velar por la promoción, protección y recuperación de la salud, y no solamente ser gentil y cariñoso que, sin duda, son actitudes indispensables en cualquier cuidado de enfermería.²⁸

Es hora de hacer un alto en el camino y que todo lo aprendido se ponga en práctica, se empiece a cambiar y luego con el impulso de protocolos nuevos, se tengan en cuenta las

voces de mujeres que reclaman para sí el poder discutir con el personal de salud que las asisten, sobre cómo desean tener su parto, en qué posición que sea beneficiosa para ella y el bebé, que puedan elegir la posibilidad de estar acompañada por el esposo o un familiar; para que este proceso de tener un hijo sea verdaderamente un proceso fisiológico normal, donde ellas, el compañero y la familia se sientan parte y no espectadores, donde no se reconoce su dignidad de seres humanos. Procurar que el trinomio madre, padre e hijo se sientan plácidos, protegidos del frío y de la violación de su intimidad, cubriéndolos con mantas tibias, brindándoles medidas de confort, respetemos sus derechos como usuarios del servicio de salud, donde lo más importante es el ser humano.

“Si se permite que la pareja sea una para sembrar, se debe permitir recoger sus frutos unida”²⁹. Se debe reconocer que no existe ninguna razón que justifique que la pareja no pueda estar junta en este momento tan especial en sus vidas. El hombre tiene derecho a la paternidad y la ley lo protege en su rol paterno y, en ningún momento, lo exime de los deberes que como padre ha adquirido, entonces, hay que ayudarlo, él no sabe qué hacer, pero si sabe que los seres que más ama están pasando por un proceso difícil y él quiere estar con ellos para protegerlos, para abrazarlos y darles seguridad; el padre tiene derecho a ver nacer el fruto de su amor, recibirlo, independientemente de la forma de parto; hay que fortalecer este vínculo donde la madre abraza al hijo y el padre los abraza a los dos. Estos valores son importantes fortalecerlos desde el momento mismo que se ha generado una nueva vida, para que luego no se tenga que acudir a las leyes, para que esos padres que no dejan estar cerca de sus hijos, sean responsables con ellos.

El permitir el ingreso a sala de partos no sólo es importante para el papá sino para el niño, pues éste suele estar la primera hora de vida post natal en estado de alerta tranquilo, mirando y registrando lo que pasa a su alrededor. No solo conocerá a su mamá sino también al papá y, lo más importante, al mismo tiempo. El permitir que el padre se sienta como tal, es el primer paso hacia una paternidad libre y responsable.

El proceso de engendrar una nueva vida es un acto de amor, el de nacer debe ser también un acto de amor; el amor es protección, comprensión, ayuda, compromiso, ternura; cuidar teniendo a la persona o personas como seres, que a veces indefensos se colocan en las manos del personal de salud para que los ayuden a culminar su más grande ilusión, con seguridad. Hay que ponerse en la situación del otro y ver que en el AMOR no cabe la violencia, entonces, hay que procurar para todas las gestantes, un parto sin violencia.

“Humanización del parto significa amor y ciencia dándose la mano en la construcción de relaciones sociales sólidas y respetuosas, donde la prioridad sea el bienestar físico y emocional de la madre, el padre, el hijo y, en general, de la familia.”³⁰

Pero, esta sensibilización no debe tocar solamente a la pareja sino que busca involucrar, de manera muy importante, al personal de salud. Para que el personal que trabaja en las salas de partos pueda ofrecer una atención humanizada, se debe partir de la necesidad de comprender claramente el significado que para la mujer, su pareja y familia, tiene este

instante y el proceso mismo de procreación, como la llegada de un nuevo ser humano a este mundo, reconociendo el impacto mayúsculo que representa para la dinámica familiar y de la población.

Las empresas de salud, ya sean contributivas o subsidiadas, defienden esta posición de no aplicar analgesia epidural a las gestantes y cabe preguntar, si esta posición es por proteger la salud de las embarazadas para evitarles complicaciones o para que sus intereses económicos no se vean disminuidos; por eso, es importante que se propenda a la salud como un derecho y no solamente como un negocio, donde unos pocos ganan y muchos pierden, por la baja calidad de los servicios que se ofrecen.

REFERENCIAS

¹ Davim RMB, Torres GdV, Melo ESd. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2007;15:1150-6.

² Wagner. M. El cuidado maternal en España. 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina Naturista* 2006;10:598-10.

³ Crawford S. Capitulo 72. En: Cecil Gray, editores. *Analgesia Obstétrica*. Londres; 1983. p.1924-39.

⁴ Vanegas B. *Fisiología del parto: Unidad de aprendizaje*. Bogotá: Universidad Nacional. Departamento de Salud Pública y materno infantil;1995.

⁵ Vinten-Johansen, et al. *Cholera, Chloroform, and the Science of Medicine: A Life of John Snow*. New York. Oxford University Press; 2003.

⁶ Villarraga L, Barroso M. *Maternidad vivida. Una alternativa para la salud mental*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Departamento de Salud Mental; 1990.

⁷ Sanchez F. Gestación Humana. *Revista Academia de medicina [serial on line]* 2007. [Agos 2011];29(3): [2 pantallas]. Disponible en: www.encolombia.com/medicina/academedia/academ25363-comentario.htm

⁸ Gutiérrez A, Osvaldo J, Sotomayor E, Garrido J, Galban O. Acupuntura en la analgesia del trabajo de parto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1995;21:1-4.

⁹ Valenzuela S. El parto humanizado: modelos de apoyo emocional y conceptos de parto natural. Muñoz H, Castro R, Valenzuela S, Kaempeffer A, editores. *Libro nacer siglo XXI, de vuelta a lo humano, Humanización del proceso reproductivo Mujer. Niño-Familia*. Santiago: Universidad de Chile; 2001. p.145-64.

- ¹⁰ Valenzuela S. El parto humanizado: modelos de apoyo emocional y conceptos de parto natural. Muñoz H, Castro R, Valenzuela S, Kaempeffer A, editores. Libro nacer siglo XXI, de vuelta a lo humano, Humanización del proceso reproductivo Mujer. Niño-Familia. Santiago: Universidad de Chile; 2001. p.145-64.
- ¹¹ Fernández J. Analgesia epidural obstétrica: organización y aspectos clínicos en un hospital general. España: Universidad Complutense de Madrid; 2005
- ¹² Gómez R. Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 2003.
- ¹³ Davim RMB, Torres GdV, Melo ESd. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2007;15:1150-6.
- ¹⁴ Torres L, Salguero A, Ortega P. Efectos de la presencia de los varones en el desarrollo psicológico infantil. Psicología y salud. Universidad Veracruzana 2005; 15:113-20.
- ¹⁵ Morales M, Alzati P, Valdez R. Manual para padres, Aspectos Psicológicos del desarrollo infantil. 2ª ed. México DF: Instituto de la Comunicación Humana; 2004.
- ¹⁶ Barcaz E. Impacto de la preparación psicoprofiláctica para el parto en indicadores materno infantiles en Manatí en el 2004. Perú: Ilustrados.com; 2006.
- ¹⁷ Gil A. Humanización del parto y nacimiento. En: Freyermuth G, Sesia P, editores. La muerte materna, Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México DF: CIESAS. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México; 2009. p. 101-8.
- ¹⁸ Felitti K. Nuevas formas de atención del parto en la argentina de los años sesenta y setenta: debates y experiencias. En: Pérez E, Toscano J, Flecha C, Guil A, Macias A, Pinero M. Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y genero; 31 Enero-3 Febrero 2012, España. Sevilla: OEI, AECID, CSIC; 2012. Pag 1-12
- ¹⁹ Papagno L. Parto sin violencia. Ser padres hoy [revista en línea] 2000 (consultado May 2011): (4 pantallas). Disponible en: www.partosinviolencia.com.
- ²⁰ Leboyer F. El parto crónica de un viaje. Barcelona: Editorial Alta Fulla.1998
- ²¹ Vanegas B. Fisiología del parto: Unidad de autoaprendizaje. Bogotá: Universidad Nacional. Departamento de Salud Pública y materno infantil;1995.
- ²² Swanson KM. Empirical development of middle- range theory of caring nursing. Nursing Research 1991;161-66.
- ²³ Vanegas B. Fisiología del parto: Unidad de autoaprendizaje. Bogotá: Universidad Nacional. Departamento de Salud Pública y materno infantil; 1995.

- ²⁴ Parejo en la vida A, Council P. Calidad de la atención a la salud materna. En: Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna, Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México DF: CIESAS. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México; 2009.p.75 – 80.
- ²⁵ Gil A. Humanización del parto y nacimiento. En: Freyermuth G, Sesia P, editores. La muerte materna, Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México DF: CIESAS. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México; 2009. p. 101-8.
- ²⁶ Papagno L, Vidal L. Así nacemos. Fundamentos de un parto sin violencia. Argentina: Editorial Celsius; 1986.
- ²⁷ Alonso C, Gerard T. El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno infantil. En: Freyermuth G, Sesia P, editores. La muerte materna, Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México DF: CIESAS. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México; 2009. p. 95- 00.
- ²⁸ De Souza RS, Serrano N, Moreira M. La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencial. Rev enfermería global 2006;5:1-13.
- ²⁹ De Souza RS, Serrano N, Moreira M. La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencial. Rev enfermería global 2006;5:1-13.
- ³⁰ Camacaro M. La obstetricia develada. Otra mirada desde el género. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2010.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Ariza NE, Herrera GM. El parto sin violencia: un compromiso de vida. Rev salud hist sanid on-line 2012; 7(1): 43-60. Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Consultado en: (fecha de consulta)

Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.

Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2012