

126



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.**

CAMPUS IZTACALA

**LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA EN EL MOMENTO
DEL PARTO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ADRIANA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ASESORES :

Lic. Irma De Lourdes Alarcón Delgado
Lic. Ma. Antonieta Covarrubias Terán
Lic. Roque Jorge Olivares Vázquez



284632



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 Mi Madre:

Josefina.

*Con todo mi cariño, admiración y respeto.
Por enseñarme con tu ejemplo el gran valor de ser mujer
en todas sus facetas.
Por que después de todo ahora estamos juntas.*

A:

Fernanda y Mariana

Mi inspiración, mis dos impulsos, mis dos amores.

A:

Luis Fernando.

*Por tu amor infinitamente correspondido.
Por tu comprensión, apoyo y paciencia.*

A Sara:

*Por la educación y el tiempo que me diste.
Por ser la madre amorosa y cálida cuando lo necesité.
Por que finalmente la maternidad no es sólo biológica.*

A mis tías:

*Isabel, Pechi, Roque, Esperanza y Aurora.
Por heredarme su fuerza de mujer trabajadora,
Y entregarme su cariño en diferentes momentos de mi vida.*

A mis hermanos:

Mercedes, Florentino, David y Carolina.

A mis amigas:

Xóchitl, Graciela y Erika.

ÍNDICE

Resumen.	3
Introducción.	4
CAPÍTULO 1	10
Maternidad y Embarazo.	
1.1 Factores socioculturales de la maternidad.	
1.2 El embarazo: Cambios fisiológicos y psicológicos.	23
CAPÍTULO 2	
El proceso de parto.	34
2.1. Fisiología del parto.	35
2.2. Psicología del parto.	46
CAPÍTULO 3	
Parto. contexto y atención médica.	56
3.1. Parto y contexto rural.	57
3.2 Condiciones hospitalarias.	64
3.3 Actitud del personal de salud.	68
CAPÍTULO 4	
La educación o preparación para el parto	77
4.1 El método Read Parto sin temor.	78
4.2 El método Lamaze, parto sin dolor.	81
4.3 Otras orientaciones.	84
4.4 Fundamentos y críticas.	92
CAPÍTULO 5	
La investigación psicológica en el proceso de parto.	99
5.1 Los métodos cualitativos como una alternativa en la investigación del proceso parto.	99
5.2 Aspectos de interés en la investigación sobre parto y maternidad.	104
Conclusiones	112
Bibliografía	118

RESUMEN

Con el fin de establecer lineamientos de investigación a cerca del parto en particular y de la gestación en general; y ante la falta de trabajos de recopilación teórica enfocados específicamente al momento del parto, el presente trabajo tuvo como objetivo el analizar el momento del parto tomando en cuenta; por un lado, los factores fisiológicos y psicológicos que se presentan; y por otro lo que significa para la madre las condiciones específicas de hospitalización, que incluyen las condiciones materiales y el trato hospitalario. Todo esto enmarcado en el entorno sociocultural de la maternidad.

El trabajo se enfocó a la revisión teórica de los factores socioculturales que rodean la maternidad; el desarrollo fisiológico y psicológico del embarazo y el parto; las condiciones en que se desarrolla el parto tomando en cuenta aspectos del contexto rural y hospitalario en México y las características de la relación entre el personal de salud y la gestante; y los métodos de educación para el parto.

Con fundamento en dicha revisión se proponen los métodos cualitativos de investigación para aproximarse a la complejidad de la maternidad e indagar el significado que la mujer le otorga a la maternidad, el embarazo y el parto enfatizando en las necesidades psicológicas que pueden surgir en dichos momentos.

Finalmente se propone la inserción del Psicólogo en el área de Gineco Obstetricia donde puede desarrollar numerosas funciones que van desde la capacitación del personal médico hasta la intervención directa con la mujer.

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva es un tema que preocupa a muchas disciplinas y se ha enfocado principalmente a proporcionar la mayor seguridad física posible para las personas, sin embargo se han descuidado algunos aspectos psicológicos importantes que influyen en diferentes momentos de los eventos que tienen que ver con la reproducción humana.

Especialmente en el caso de la mujer, puesto que desde el punto de vista social su capacidad reproductiva la reduce a ser madre, y que como tal debe cumplir con determinadas características como ser benévola, sin ira ni poder y al servicio de las necesidades de los demás (esposo e hijos). Debe eliminar el egoísmo, la hostilidad y suprimir sus necesidades de apoyo, descanso, ocio, etc.

De esta forma la mujer interioriza las demandas sociales y trata de cumplirlas llegando al embarazo, en el que tiene que enfrentar numerosos cambios fisiológicos que pueden crearle preocupaciones al experimentar nuevos y variados sentimientos sobre sus responsabilidades y roles futuros. La experiencia del embarazo y nacimiento del hijo comienzan a ser una parte de la realidad personal física y psíquica que no sólo afectan a la mujer hacia su interior sino también en sus relaciones con las personas que le rodean (González, 1995).

La espera del hijo tiene múltiples significados para los padres como pareja y para cada uno individualmente. El sexo del hijo y su posición en la familia se relacionan directamente con las motivaciones para el embarazo, las cuales son complejas y múltiples y no se limitan a sentimientos específicos hacia la relación con lo que es el hijo y los cuidados que necesita, abarca más ampliamente factores de los padres. (Nadelson, 1980).

Durante la gestación las motivaciones para el embarazo influyen en los estados de ánimo de la madre y los sentimientos hacia el hijo, además del impacto de los cambios físico y fisiológicos que modifican la imagen que la mujer tiene de sí misma y las actividades que puede realizar, con lo que pueden presentarse cambios severos en el autoconcepto y la autoestima (Morales, 1989).

Los cambios que implican la espera del hijo afectan profundamente el área emocional de la mujer, su pareja y su familia durante todo el embarazo y se agudizan conforme finaliza la espera y se acerca el momento del parto.

El momento del parto puede ser considerado como una de las experiencias más significativas en la vida de la mujer, es aquí donde se marca de forma definitiva el inicio de su rol de madre y se establecen los primeros contactos que cimentarán el vínculo afectivo con el hijo (Pérez, 1988).

Las condiciones en que se desarrolle éste momento influyen directamente sobre el estado físico de la mujer y su equilibrio emocional. En los hospitales, se pone especial cuidado en proporcionar las atenciones médicas, farmacológicas y tecnológicas que puedan garantizar en el mayor grado posible la seguridad de la madre y el hijo, sin embargo se deja de lado el factor emocional que puede repercutir severamente en el desarrollo del proceso (Aguirre de Cárcer 1985).

Con el parto termina la ilusión de fusión y completud con el hijo y emerge la conciencia de limitación, además surgen preocupaciones relativas a la posibilidad real de amar al hijo y cuidarlo. Estos factores intervienen en el estado emocional de la madre; quien por un lado, llega al momento del parto asimilando experiencias nuevas que necesariamente provocan desequilibrios y por otro se encuentra inmersa en un lugar ajeno, pasando la mayor parte del tiempo sola o en compañía de extraños que enfocan su atención a su estado de salud pero, que generalmente no la informan de forma clara de los acontecimientos que se desencadenan, lo que le origina temor y angustia (Nadelson, 1980).

La angustia excesiva de la madre puede intervenir negativamente en el desarrollo del proceso de parto a nivel físico, por lo que el equipo de salud suele suministrar sustancias para disminuir las sensaciones dolorosas y tranquilizar a la paciente, pero estos medicamentos influyen en el establecimiento del vínculo afectivo con el hijo ya que originan sentimientos de irrealidad en la madre y retardan las reacciones del recién nacido (Sasmor, 1990).

Por estas razones en los últimos años se han desarrollado métodos de educación o preparación para el parto que se ocupan además de los factores físicos de factores emocionales que envuelven el proceso; y cuyo objetivo es suministrar a la madre, de manera que lo pueda asimilar, el mecanismo con

que pueda hacer frente a la tensión que provoca el trabajo de parto y el parto mismo. Estos métodos se basan en proporcionar una atención integral a la mujer en la experiencia del parto sin obstaculizar los primeros contactos de la relación afectiva con el hijo (Aguirre de Cárcer, 1985). Sin embargo, la educación para el parto no es un recurso empleado mayoritariamente por la población, debido, entre otras cosas a la falta de recursos materiales y humanos para su difusión e implementación en hospitales. Por lo que se hace necesaria la aparición de nuevas estrategias más inmediatas al momento del parto que contemplen factores psicológicos y proporcionen la atención emocional que la madre requiere.

Para el surgimiento de estas alternativas es necesario que se realice mayor investigación sobre diferentes aspectos que tienen ingerencia en el momento del parto, puesto que existe poca investigación que se enfoque a este proceso y correlacione aspectos del medio ambiente que rodea a la mujer, el tipo de atención recibida, el trato del personal que la atiende y el grado en que se satisfacen sus necesidades y expectativas anímicas en el momento de ser madres (Ruiz y Martínez, 1988).

Ante la falta de trabajos de recopilación teórica enfocados específicamente al momento del parto, se propone el presente trabajo que pretende analizar el proceso de parto tomando en cuenta; por un lado, los factores fisiológicos y psicológicos que se presentan; y por otro lo que significan para la madre las condiciones específicas de hospitalización, es decir, las condiciones materiales y el trato con el personal hospitalario. Todo esto enmarcado en las condiciones socioculturales que rodean la maternidad. Para finalmente establecer lineamientos de investigación a cerca del parto en particular y la gestación en general.

Para lograrlo revisaremos las condiciones socioculturales en que se desarrolla la mujer y cómo éstas intervienen en su conformación, además de la importancia que se le otorga el rol de madre. Hablaremos también de los cambios que suceden en el embarazo fisiológicamente y cómo afectan la psicología de la mujer.

Posteriormente el trabajo se enfocará al proceso de parto tomando en cuenta el desarrollo fisiológico y sus repercusiones psicológicas.

En tercer lugar conoceremos las condiciones en que se desarrolla el parto tomando en cuenta algunos aspectos del contexto rural, y las

condiciones hospitalarias en México. En este mismo capítulo se abordará la atención que la mujer recibe por parte de los profesionales de la salud.

Más adelante se hablará de las alternativas que ofrecen los métodos de preparación y educación para el parto. Para finalmente abordar la importancia de la investigación psicológica en el proceso de parto proponiendo algunos aspectos a investigar y algunas formas en las que el Psicólogo podría intervenir.

La Psicología tiene un gran campo de estudio en relación a los factores que intervienen en la reproducción humana y en especial en cuanto a la vivencia de la mujer en el parto, puesto que a partir de los resultados en la investigación teórica y aplicada, cuantitativa o cualitativa puede proponer alternativas de acción que mejoren la experiencia de la mujer en el embarazo, parto y post parto. Interviniendo de forma directa con la mujer y/o capacitando al personal de salud para el manejo emocional.

Con lo que posteriormente se podrá mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen en las instituciones, entendiendo la calidad no sólo como el manejo exitoso de técnicas o instrumentos tecnológicos sino como la capacidad para llevar a cabo estas técnicas en base a relaciones cálidas y cercanas con los pacientes sin descuidar ningún aspecto.

NO SOY TU SOMBRA NI TU ESPALDA

*Hombre,
Yo vengo a hablarte desde mi
arrebato húmedo
de quetzales
y amapolas incendiadas,
a decirte
que no he nacido
para ser tu sombra
ni tu espalda,
a decirte
que no quiero
ser madre
si por eso entiendes
savía, quieta,
dulce,
muerta,
inanimada
vacía
como una oscuridad
de puerta clausurada,
a decirte que tengo
tu misma fuerza
de hierros
en mis dos manos
como dos leones de paja,
que tengo voz,
y sexo,
y en el rincón de los pulmones
un animal de playa.
que soy huracán
que rompe tempestades*

*en las fábricas
en las calles,
en las aulas,
que desata océanos
y constelaciones

y tiene tu mismo furor de aguas,
y toco también aceros
y barros
y esperanzas.
Y vengo a decirte, hombre,
Mi dulce haz de sangre
Que no soy tu sombra,
Ni tu espalda,
Sino la viva piel del horizonte,
Y: tu hombro
Tú: mi hombro,
Yo, tu frente,
Tu mi frente levantada.
Que somos, hombre,
Del mismo fuego estelar.
Que nadie es mas que nadie
esta mañana.
Dios no dio dueño a las estrellas.
;Pero si somos la misma espiga dos
veces dibujada!.*

Ana Istaru

CAPÍTULO 1

MATERNIDAD Y EMBARAZO .

Mujer y Madre son términos difíciles de separar en la sociedad en que nos desenvolvemos. La mujer actual ha logrado incursionar en diferentes ámbitos académicos y laborales en los que no era permitida su participación en otras épocas, pero esto no ha desplazado el lugar que ocupa el rol de Madre en la vida de la Mujer.

1.1 Factores socioculturales de la maternidad.

Al revisar las explicaciones existentes sobre la maternidad se pueden encontrar diferentes posturas.

Chodorow (1984), comenta que los argumentos de algunas teorías acerca de la maternidad se fundan en lo biológico; debido a la vinculación entre la capacidad de criar y lactar y la responsabilidad del cuidado infantil por una parte, y por otra, debido a que los seres humanos necesitan cuidados especiales durante un largo período de su vida inicial. El ejercicio maternal de las mujeres desde este punto de vista, no puede separarse del hecho biológico de que las mujeres llevan en sí a los hijos y luego les dan de mamar. De donde se deduce que es un producto natural y no un constructo social.

La explicación biológica afirma que el ejercicio maternal femenino es, o ha sido funcional, y suponen a menudo que lo que es y ha sido debe ser: que las mujeres deben ejercer la maternidad.

Esto bajo la idea de que la mujer y el rol maternal están vinculados "naturalmente" postulando la existencia de un "instinto" materno que moviliza la función reproductora. El término instinto es definido como el:

"Conjunto completo de reacciones exteriores, determinadas, hereditarias, comunes a todos los individuos de una especie y adaptadas a una finalidad de la cual el ser que actúa no tiene conciencia en general". (Echávarri y Miranda 1997 Pág. 37)

De modo que con la existencia de dicho instinto las mujeres llevarían a cabo el ejercicio maternal sin excepción. El supuesto, sin embargo, es muy discutible, es muy grande la amplitud de la conducta humana que no está determinada instintivamente sino que está mediatizada por la cultura (Chodorow, 1984).

El hecho de que la maternidad sea un proceso natural puede inducirnos a pensar que al fenómeno fisiológico de la concepción y la gestación debe corresponderle el deseo de tener un hijo y de determinadas actitudes hacia el mismo. Pero esta identificación de la maternidad social con la reproducción biológica es el producto de un sistema de representaciones que crea una ilusión de naturalidad (Tubert, 1991)

En el caso de la maternidad, la cultura toma un papel muy relevante puesto que la identidad femenina se construye en gran medida en torno a la capacidad reproductiva, lo que determina la educación familiar y social que la niña recibe desde sus primeros años.

En éste sentido, otra explicación de la maternidad surge a través de la educación familiar que se encamina a que la niña adquiera el aprendizaje cognitivo de un rol determinado. Las mujeres son estimuladas desde pequeñas para ser madres a través de los juegos que se les enseñan y el tipo de juguetes que se les proporcionan. En estudios realizados acerca de las diferencias entre el hombre y la mujer, muchas respuestas atribuyeron dichas diferencias que las bloqueaban para el trabajo igualitario, al trato desigual desde la niñez en lo referente a juego, estímulo y deportes.

Aún existen muchos hombres y mujeres que consideran que los hombres y las mujeres no deben hacer el mismo tipo de trabajo aunque puedan realizarlo. Estas personas consideran conveniente una diferencia que ellos asocian tanto con la reproducción como con la "femineidad".

Esta idea de "femineidad" exterior se extiende también al trato de muchos padres (especialmente madres) a sus hijos pequeños: acentuándoles el vestuario "femenino": estimulándoles a entretenerse con juguetes "femeninos" (muñecas, juguetitos de cocina, planchitas, etc.) en vez de juegos científicos o de construcción. Esta práctica tiende a perpetuar un modelo de mujer (Videla, 1990).

A las niñas se les enseña a ser madres, se les entrena para el cuidado infantil y se les dice que tienen que ser madres. Se las envuelve en ropas y sábanas de color rosa, se les da muñecas y se les quitan los camiones "de los niños"; aprenden que ser niñas no es tan bueno como ser niños. Desde la más tierna infancia se les bombardea con publicidad, libros, revistas, que destacan estereotipos sexuales pro natalidad y maternalistas. Se identifican con sus propias madres a medida que van creciendo y esta identificación convierte a esa niña en madre eventual. Las niñas escogen hacer "cosas de niñas" y posteriormente "cosas de mujeres", (como el ejercicio de la maternidad), como resultado de haber aprendido que son niñas (Videla 1990).

"Sin duda resulta enternecedor presenciar el espectáculo de las niñas dedicadas al cuidado de sus muñecas, aunque en verdad este rito no signifique sino el juego de representarse a sí mismas y no a la madre como suele pensarse" (Videla 1990, Pág. 57).

Para la niña la vida no está fuera, en la exploración del mundo. Aún cuando en ella se haga presente la inquietud de conocer más allá de sus fronteras, el cariño y sobreprotección de sus padres se presentan como los límites fundamentales que basados en toda una ideología de sexo, imposibilitan a la niña a encontrarse con esa experiencia.

La madre especialmente proporciona experiencias específicas a la hija enseñándole por una parte lo que debe hacer, como vestirse, como comer, decir sus primeras palabras o dar los primeros pasos; y por otra sirviendo como modelo en un plano de no conciencia de sí misma al interactuar con su hija, y que puede tener mayor trascendencia, puesto que sirve como punto de referencia a la niña a cerca de lo que se le dice que haga, diga y sienta y lo que ella comienza a procesar como realidad (Echávarri y Miranda 1997.)

De esta forma desde muy corta edad la niña aprende a observar e imitar las conductas, pensamientos, valores y actitudes de la madre; y a observar como son tratados los varones, puesto que ambos se encuentran inmersos en un proceso de socialización diferencial.

De acuerdo a éste proceso la cultura y la sociedad en general como factores determinantes para formar la personalidad de los individuos, intervienen en su manera de razonar y de representarse las cosas, en la escala

de valores o principios elegidos para conducirse, sentimientos o actitudes lícitas o ilícitas y, también en los prejuicios y mitos que llegan a sostener frente a diversas situaciones.

La educación que proporciona la familia de acuerdo a la socialización diferencial establece ideas fijas a cerca del comportamiento típico que pretende definir la masculinidad y la feminidad. Dentro del estereotipo femenino encontramos por ejemplo que se espera que la mujer sea pasiva, dependiente, sumisa, emotiva, vulnerable, amable insegura, susceptible, vanidosa, interesada en los niños y la cocina.

Se fomenta en ella los buenos modales y la prudencia buscando que sea lo más femenina posible y aparezca "bonita" ante los ojos de los demás, puesto que será empleada como un objeto para adornar o presumir. Y dentro del estereotipo masculino se encuentra: la fuerza, agresividad, competitividad, decisión, inteligencia y responsabilidad. Los hombres pueden ser feos, indiferentes, poco susceptibles, deben esconder su sensibilidad y sentimentalismo puesto que estas características los convertirían en seres débiles o vulnerables como las mujeres.

El análisis de estos estereotipos nos permite observar que la imagen que se exige de mujer debe ajustarse y subordinarse a la personalidad masculina. Se fomenta en la mujer la necesidad de protección, el miedo a lo imprevisto y la dependencia emocional y económica. Cuando una mujer se muestra independiente, capaz, responsable, con iniciativa e ideas propias, y especialmente si no tiene hijos se vuelve objeto de gran estigmatización al cuestionar si será una "verdadera mujer" (González Ruiz, 1994).

Las características que conforman el estereotipo femenino se ligan fuertemente con la maternidad. Sin embargo, la participación de la familia en la educación de las mujeres no es exclusiva, encontramos que factores más extensos de la sociedad apoyan y contribuyen en la adjudicación del rol materno a la mujer.

A este respecto, podemos identificar por ejemplo, la influencia de la sociedad de consumo que proporciona el estímulo falso, comercial, especulativo y destructivo de la sociedad sobre la maternidad.

En nuestra generación es ineludible el bombardeo publicitario de que somos objeto a través de la televisión y de otros medios masivos de comunicación. Estos medios nos devoran, difunden una imagen idealizada y distorsionada de la maternidad donde se muestran hermosas y estilizadas mujeres gestantes rodeadas de confort, amor y atención, familias compuestas por mujeres hermosas con hijos bellos y sanos. Nos muestran una imagen idealizada de familia inexistente, para que aspiremos a ella y adquiramos paralelamente el producto que nos ofrecen, con cuyo uso podremos acceder mágicamente a poseer esa dicha perfecta, esos hijos de revista, esa paz y confort (Videla, 1990).

De ésta manera la capacidad reproductiva de la mujer reduce su identidad a : Ser Madre. Y delimita características determinadas en éste ejercicio de la maternidad. Ser madre no es sólo tener un hijo, es ser una persona que socializa y alimenta. Es ser el progenitor primario, el que básicamente se hace cargo.

El rol familiar de las mujeres se centra en el cuidado de los niños y en encargarse de los hombres. Este rol supone mucho más que un trabajo físico. Es relacional y personal. Se espera que las mujeres alimenten (física y espiritualmente) y apoyen a sus maridos además de tenerles limpia la casa (Chodorow, 1984).

La madre sigue siendo para el recién nacido y para el niño pequeño la principal dispensadora de amor. A ella o a un sustituto femenino le está reservado el placer o la carga de asumir ese primer contacto que es vital para el niño. Dar el pecho, alimentar, lavar, atender los primeros pasos, consolar, cuidar, tranquilizar de noche.... son gestos de amor y entrega, pero también son sacrificios que la madre realiza por su hijo. El tiempo y la energía que le entrega son una sustancia de que ella se priva (Badinter, 1985).

Las mujeres aportan nutrición, reconstitución, soporte, afectividad y seguridad a los hombres. El trabajo doméstico, ese invisible y gratuito pero imprescindible trabajo femenino, que es también un trabajo emocional, puede ser considerado fundamental para el mantenimiento de los sistemas socioeconómicos y políticos, y también para la supervivencia de individuos concretos.

La mujer es reducida a objeto codiciado por los hombres, su cuerpo (su capacidad de dar placer y crear nuevas vidas) y su trabajo (asegurar el mantenimiento cotidiano físico y psíquico de todos los seres humanos) quedan sometidos al control y a la dependencia masculina.

A partir de esto la mujer deja de ser persona con individualidad y necesidades propias y se convierte en madre, supeditada a los deseos y necesidades de otros.

Al llegar a la maternidad la mujer ya ha aprendido que tiene que ser pasiva y sumisa, que debe olvidarse de sí misma, puesto que en su educación ha contado con poca libertad y en muchos casos se le ha sido exigida mayor responsabilidad que a los hombres a quienes tiene que considerar como más valiosos fuertes e inteligentes que ella. Comúnmente se le ha impedido que demuestre enojo o inconformidad y se le ha enseñado que su único valor es la maternidad que muchas veces viene acompañada dolor y sufrimiento lo que la irá convirtiendo en héroe o víctima (Lara y Acevedo, 1997).

El ideal maternal rige los comportamientos femeninos desde el nacimiento y lo que se ve más claramente en el momento de enfrentar la maternidad. Al convertirse en madre, la mujer se ve sujeta a un conjunto de prescripciones y prohibiciones. Estas normas exigen de toda madre una disponibilidad absoluta, capacidad para entender y satisfacer las necesidades filiales, eliminación de sí misma de todo rasgo de egoísmo, erotismo, hostilidad, y de la necesidad de apoyo, descaso y ocio para sí misma, etc.

La mujer es definida a partir de su capacidad de procreación y es enaltecida por la maternidad. Se espera encontrar en ella sentimientos de bondad, ternura y sacrificio, dados simplemente por su condición de mujer-madre. Como si éstos fueran parte de su propia anatomía, encerrando en el útero todas las capacidades y potencialidades femeninas:

"La viscera se transforma en concepto. La uteridad nos conduciría a ser buenas y sacrificadas para con los hijos, de lo contrario -carecemos de entrañas- somos seres contra natura" (Giberti 1992, pág 275)

Las cualidades maternas también dotan a la mujer de cierto poder al ser ensalzada. Lo que en la opinión de Echavarrí y Miranda (op cit) la hacen aparecer como deidad parental, el fuerte vínculo que establece con los

hijos le otorga un estatus superior al del padre. El poder que la madre ejerce sobre los otros es el resultado de vivir para ellos en la abnegación:

"En la opresión, los oprimidos tienen también poderes derivados del poder mismo. Con ellos se defienden y subvierten el poder, o lo ejercen sobre otros más desvalidos que ellos. La mujer se encuentra en este caso. En sus cuidados la madre manipula, dirige, gobierna, se alía, se enfrenta, enemista, chantajea, a los que están bajo sus órdenes, sus hijos" (Lagarde, M Pág. 417 en Echavarri y Miranda Op. Cit).

La familia es considerada el único lugar en que las mujeres pueden ejercer poder. Su función insustituible en la crianza y socialización de los hijos les provee de satisfacciones y compensaciones a las múltiples renunciaciones y restricciones que acompañan al desarrollo de la identidad femenina y al ejercicio de su rol. A causa de su propio sometimiento, de su dependencia y de la interiorización de la desvalorización de que ha sido objeto, la mujer constituye la transmisora ideal de un sistema de valores que se vehiculiza a través de ella, conformando una estructura psíquica acorde con las necesidades masculinas-sociales, que han anclado a la mujer en la subestimación (González, 1995).

Al tener que desterrar todo sentimiento ambivalente hacia los hijos y toda demanda para sí genera sentimientos de culpa constantes y hostilidad que puede ser canalizada a través de comportamientos controladores y exigentes o la hiperprotección. También se presentan métodos indirectos para obtener lo que se desea, a través de chantajes afectivos y manipulaciones o culpabilizaciones.

El chantaje de la madre es una forma de defenderse ante sus condiciones de vida e incide especialmente en la hija en la que irá perpetuando el papel que ella ha desempeñado. Esto propicia que la hija evalúe sus acciones y decisiones a partir de las opiniones y juicios de la madre; contemplando como uno de sus principales anhelos la procreación de un hijo como encontrando a partir de la condición maternal una razón de ser, ser de otro. Es común escuchar cuando una mujer tiene a su primer hijo la expresión "Ahora sí tengo alguien por quien luchar, o por quien vivir". Viviendo su existencia como posible solo en relación a la existencia del otro. Estas condiciones establecen de manera implícita las normas que la mujer debe seguir para

apegarse a los estereotipos, y si se separa de ellas es considerada como mala, enferma, rara o loca.

El ejercer la maternidad se reproduce cíclicamente en las mujeres. Las mujeres en tanto madres, producen hijas con capacidades y deseos de ejercer como madres. Esta capacidad se desarrolla en la relación madre-hija. Así mismo, las mujeres en tanto madres, producen hijos cuyas capacidades y necesidades han sido sistemáticamente recortadas y reprimidas. Lo que prepara a los hombres para que posteriormente jueguen un papel menos afectivo en la familia y para que participe fundamentalmente en el trabajo y la vida pública. Las madres producen en las hijas y los hijos una división de las habilidades psicológicas que los lleva a reproducir esta división social y sexual del trabajo.

De este modo, encontramos que las mujeres tienen la responsabilidad primaria del cuidado de los niños en la familia y fuera de ella: las mujeres en gran medida desean ejercer la maternidad y obtienen gratificación por ello; a pesar de los conflictos y contradicciones, las mujeres han tenido y tiene éxito como madres (Chodorow, 1984).

En la actualidad muchas mujeres se han incorporado al medio laboral lo cual puede ser visto como una forma de obtener cierta independencia. Sin embargo, generalmente lo hacen en el sector servicios y en tareas que son menos valoradas social y económicamente, y que constituyen una prolongación de sus "obligaciones maternas" (enfermeras, maestras, trabajadoras sociales, secretarias, etc.). Ellas se ven obligadas además a realizar una doble jornada, lo que repercute en menor tiempo y energía e interés que pudieran dedicarle a su trabajo y a su promoción, manteniéndose así la situación de discriminación, precariedad y dependencia femenina (González, 1995).

La madre que trabaja rompe con el rol femenino tradicional, puesto que para incursionar en ese medio debe desarrollar habilidades de agresividad y competitividad sufriendo la ambivalencia y culpabilidad de sentirse dividida entre las exigencias del ideal materno (madre con disponibilidad absoluta), su necesidad de amor (familia- pareja) y las normas competitivas que rigen en las relaciones laborales (Parra, 1998).

Encuentra diferentes problemas, uno de ellos es el cuidado de sus hijos (especialmente los menores de tres años). Este problema tiene dos aspectos: el material ¿a quién confiárselo? y el psicológico ¿será feliz?. El aspecto material

es difícil de resolver pues la madre debe tener acceso a guarderías o personas de la familia que estén dispuestas a encargarse del pequeño, lo cual no siempre está al alcance de la madre.

El factor psicológico plantea el problema de la “buena elección” para el niño. Las mujeres que trabajan fuera de casa y que no cuentan con un miembro de la familia que les cuide a sus hijos viven con la duda constante de si el otro hará por el niño lo que la madre no hace por él. ¿Le dará la presencia, la ternura, la atención que se espera de una madre ideal?.

Al incorporarse al trabajo productivo la mujer lleva sobre sus hombros el peso de la doble jornada y la culpa de no centrar su tiempo totalmente en el bienestar de sus hijos, con lo que la sociedad puede reprocharla constantemente, al irse alejando del ideal materno (Badinter, 1985).

Ahora no sólo es madre, ahora debe convertirse en súper mujer para cumplir con todas las demandas del medio, realizar el trabajo doméstico adecuadamente, encargarse de la alimentación de los miembros de la familia, estar pendiente de las tareas escolares, o de las enfermedades y cumplir con su jornal. Enfrentarse a un medio laboral en el que no siempre es valorado su trabajo o enfrentarse a situaciones de acoso por parte de sus jefes.

Estas situaciones evidencian la presión social extraordinaria dirigida a que la mujer se realice exclusivamente a través de la maternidad.

Lo que nos conduce a pensar que el legítimo deseo de maternidad es en parte una respuesta a presiones sociales (penalización de la soltería y de la no maternidad, reconocimiento social de la mujer en tanto madre). Por lo que el deseo de ser madre es la compensación de diversas frustraciones (Badinter, 1985).

Los factores socioculturales en que la mujer se desenvuelve, es decir, el rol que ocupa la mujer en la familia y la sociedad con respecto al hombre, el enaltecimiento de la función materna y las características atribuidas a la personalidad femenina, permiten el surgimiento de la explicación de la maternidad como un constructo social.

Las condiciones socioculturales provienen del exterior, pero son interiorizadas por la mujer para simbolizarse como tal, la mujer construye su

identidad femenina en un marco de referencia de condiciones socioeconómicas, políticas, culturales. Con esto se señalan aspectos macrosociales y también la imagen de la mujer que aparece representada en mitos y religiones (González, 1995.)

La inmensa gama de aspectos que encierra la formación de la identidad femenina acompañan a la mujer durante toda su existencia, puesto que el sentido de su vida se construye en función de los otros en tanto es útil como madre y como proveedora afectiva.

Esto se hace evidente y crítico en el momento de enfrentar la maternidad como un hecho real. es decir ante la confirmación del embarazo.

1.2 El embarazo: Cambios fisiológicos y psicológicos

Las exigencias sociales que influyen en la conformación de la personalidad femenina y que son interiorizadas y apropiadas por la mujer para construir su identidad. marcan lineamientos específicos en el desempeño de los distintos roles que realizará a lo largo de su vida.

El rol de madre, como se ha descrito con anterioridad, es el más claramente reglamentado de acuerdo a lo que los demás (pareja, padres, sociedad) esperan que la mujer haga, piense, diga o sienta y a lo que ella misma espera de sí.

El embarazo se presenta como un período de grandes ajustes fisiológicos y psicológicos que serán descritos en los siguientes apartados.

1.2.1 Fisiología del embarazo.

La mujer experimenta cambios fisiológicos, como las alteraciones hormonales, los cambios en la imagen corporal, presencia de náusea, vómito y malestares generales; y por otra, la aparición de diferentes sentimientos ligados a las expectativas sobre el hijo, y a los cambios en la forma de vida que implica la maternidad.

En cuanto a la evolución fisiológica del embarazo, las hormonas tienen un papel preponderante. Algunas aparecen específicamente durante la gestación (oxitocina y prolactina). Otras en cambio, se encuentran siempre en el organismo y en este momento extienden y alternan su nivel de actuación.

A lo largo de todo el proceso que se inicia a partir de la fecundación, el sistema hormonal de la madre tiene que ir adaptando su funcionamiento normal. Las glándulas sexuales en primer lugar, más también el páncreas, que suministra los jugos intestinales al estómago, la glándula tiroidea, responsable del crecimiento y de regular el metabolismo, las glándulas suprarrenales, que segregan la adrenalina, deberán desarrollar en estos meses una actividad muy superior a la que les es habitual.

Según Sastre (1984) algunos de los cambios fisiológicos que se producen en el embarazo son los siguientes:

Paralelamente al desarrollo del feto va teniendo lugar el aumento del útero. Antes de la fecundación mide unos 6 por 4 cm. comienza a aumentar desde el inicio del embarazo (aunque no se percibe claramente hasta el 4o o 5o mes) y alcanza un tamaño superior a los treinta cm al término de la gestación. Este considerable crecimiento es posible gracias a la elasticidad que adquieren las paredes abdominales y que al mismo tiempo, los órganos contiguos van acomodándose poco a poco en una nueva ubicación.

También hay aumento en el peso y tamaño de los pechos, además de esto se incrementa la sensibilidad y reciben mayor suministro sanguíneo. En la columna vertebral, los 10 o 12 kg que la embarazada aumenta durante la gestación desplazan hacia adelante el centro de gravedad de su cuerpo: para restablecer la posición de equilibrio, se agranda la curva lumbar de la columna y se desplazan hacia atrás la espalda y la cabeza. Al producirse estas modificaciones se originan molestias en la región dorsal y en la zona renal.

Algunas de las transformaciones más importantes que tienen lugar en el transcurso del embarazo se presentan en la sangre y la circulación. La actividad acrecentada del útero y la placentación exigen una cantidad de sangre muy superior a la habitual, lo que se consigue a través de un aumento de plasma sanguíneo, esto tiene como consecuencia el aumento en la carga de trabajo del corazón, que pasa de bombear 4.5 lts. por minuto a unos 5.5 o 6 lts. lo que significa un aumento de 50%. Se calcula que hacia el final del embarazo se efectúan 10 pulsaciones extra cada 60 segs que al día se convierten en 14 000 pulsaciones más de lo normal. Otro cambio circulatorio es la aparición de

varices lo cual se debe a que la sangre circula más lentamente por debajo de la pelvis, debido a la presión que ejerce el útero.

En la boca se produce un aumento de salivación y un abultamiento a veces notable de las encías, lo que puede causar algunas molestias que en algunos casos persistirán durante toda la gestación. Además hay un riesgo superior de contraer caries dentales.

Con respecto a la piel: ésta aumenta su pigmentación durante el embarazo. A veces aparecen manchas en la cara, el cuello, pezones y/o en la vulva. Hacia la segunda mitad de la gestación se forma una línea oscura que atraviesa el abdomen. Las estrías se producen cuando se desgarran las fibras elásticas de las capas más profundas de la piel. Su aparición se debe al estiramiento corporal y se favorece por la debilidad que el elevado nivel de hormonas circulantes provoca en estas fibras profundas.

Estas modificaciones fisiológicas influyen directamente en la psicología de la mujer como lo veremos a continuación.

1.2.2 Psicología del embarazo

El embarazo es un evento biológico que tiene importantes repercusiones en la esfera emocional de la mujer y su pareja, ya que implica la activación de los recursos tanto internos como externos con los que se cuenta.

Ante la confirmación del embarazo, la pareja puede reaccionar de diferentes maneras. Desde la manifestación de alegría, ternura y sensación de grandeza; tristeza, sensación de pérdida, dependencia, vulnerabilidad y ansiedad, hasta la expresión de sentimientos de culpa, angustia ante la vulnerabilidad, minusvalía o pérdida total o parcial de la autoestima (Pérez 1988).

El embarazo suscita sentimientos encontrados en la mayoría de las futuras madres. Esto se debe por una parte a las alteraciones emocionales a las que es sometida la gestante por la influencia de las diferentes hormonas que no le afectaban antes de tal estado y por otra a las implicaciones que el embarazo específicamente y la maternidad de forma más amplia traerán a su vida

cotidiana. Durante la gestación las emociones y el comportamiento pueden cambiar tan radicalmente como la forma del cuerpo.

La futura madre está aprendiendo a desempeñar un nuevo papel que implica una notable dependencia. A medida que sus energías se concentran en el sostenimiento y desarrollo del niño cada vez más pesado que lleva en su interior, se torna también física y emocionalmente menos capaz de ocuparse de sí misma. Afrontar este papel más dependiente constituye una adaptación emocional que se produce precisamente cuando la gestación está originando una nueva adaptación corporal (Centro Médico Infantil de Boston 1978).

La gestación provoca en la mujer una serie de cambios a todos los niveles, los cuales están determinados por el concepto que tiene de lo que es el embarazo, según la cultura en la que se desarrolló desde la infancia pueden surgir fuertes sentimientos de dependencia y conflictos, lo que trae como consecuencia cambios en la identidad femenina.

La cultura tiene un papel muy importante en el embarazo puesto que influye en la forma en que la mujer vive y enfrenta la experiencia. Prueba de ello son los estudios realizados por Margaret Mead (citado en Langer, 1978) en donde al comparar por medio de estudios antropológicos en diferentes sociedades, concluye que en cada una de éstas tiene sus preconceptos frente a las funciones procreativas de la mujer. En las sociedades en donde se considera que el embarazo debe estar acompañado de náuseas y el parto de dolores y peligros, la mayoría de las mujeres embarazadas sufren efectivamente de náuseas y tienen partos difíciles, mientras que en otras sociedades que no rodean de peligros y tabúes a la mujer, los embarazos suelen transcurrir con tranquilidad y sin mayores incidentes.

También concluyó que en las familias en que las hijas, siguiendo los conceptos de sus madres, temen poco al embarazo y parto, efectivamente, sufren menos que en otras familias en las que las niñas son educadas con temor por las quejas y temores que oyen expresar a sus madres.

Sin embargo aunque la actitud de la mujer se ve influenciada por estos aspectos es importante señalar que en la maternidad intervienen diferentes factores. La mujer debe afrontar ahora, desde el cambio en su imagen corporal hasta tener plena conciencia de la responsabilidad que implica el nacimiento del hijo.

Dada la importancia de los factores psicológicos durante el embarazo se han llevado a cabo estudios como el de Morales, González, Ramos y Calderón (citado en Parra 1998), cuyo objetivo fue determinar si en un embarazo de curso normal inciden aspectos emocionales de forma significativa. La población en este estudio estuvo constituida por un grupo de 100 mujeres pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología, y un grupo de 100 mujeres no embarazadas, madres de familia y trabajadoras de un Centro de Desarrollo Infantil; ambos sobre la base de la medición de la ansiedad (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE), de depresión (Zung), autoconcepto (Tennessee) y el Inventario Multifásico de Personalidad MMMPI). Los resultados afirman que el embarazo representa una etapa de movimiento de fuerzas dinámicas vinculadas a la identidad femenina y temprana relación madre-hijo, en donde el contexto sociocultural dentro del cual se lleve a cabo el embarazo, como ocupación, nivel socioeconómico, relación con la pareja, estudios que este cursando, van a influir en el aspecto emocional de tal evento, es decir, que están implicados significativamente elementos como el apoyo social referido a las relaciones que proporcionan ayuda emocional, afecto y sentido de la propia capacidad para tener confianza y confiar en otros, así como el estrés de vida que alude a los sucesos ocurridos en el pasado.

La ansiedad generada en el embarazo tiene que ver con los cambios físicos, con el entorno social y con aspectos psicológicos que se desencadenan en ese momento. Puesto que la maternidad implica la pérdida de autonomía y la adquisición de una responsabilidad a largo plazo y que puede verse en muchos casos como algo impuesto socialmente.

Pero no sólo es la mujer la que espera al hijo, sino toda la familia es la que espera un nuevo miembro. Deben reajustarse las relaciones con la pareja, al presentarse modificaciones en la dinámica de la relación pues deben ajustarse expectativas y proyecto de vida, así como el acoplamiento de estos reajustes, debido a que la presencia de un tercero (el hijo), demanda cuidados y atención que con frecuencia no están previstos, además de cambiar la situación económica y laboral, los tiempos que la propia pareja se dedica, así como la forma en que se va a destinar ese tiempo (Morales, 1989).

El embarazo tiene múltiples significados para los padres juntos y para cada uno individualmente. El sexo del hijo y su posición en la familia pueden tener un significado particular para cada uno de ellos. Para el futuro padre, el

embarazo confirma su virilidad. También pueden surgir sentimientos ambivalentes hacia el hijo por el cariño y atención de la madre y puede ser que sus necesidades no sean gratificadas (Nadelson, 1980).

El varón también debe adaptarse a los cambios físicos y corporales de su compañera, lo que implica la utilización de los recursos que la pareja tenía previamente a la presentación del embarazo, en lo cual influye definitivamente el deseo de ambos padres de tener al bebé. Este deseo puede ser originado por diferentes motivaciones como la capacidad de amar y ser amado, la mujer puede creer que al embarazarse garantiza que el hijo la amará, la confirmación de la identidad sexual, o la fantasía de esperar al hijo como una extensión de sí mismo para vivir a través de él (Morales, 1989). El deseo de ser madre puede ser una manera de calmar la culpa por abortos provocados anteriores, o una forma de reasegurarse la integridad genital y la capacidad de engendrar objetos íntegros. De modo que un hijo que llega a la familia puede representar la aspiración de todos desde diferentes puntos de vista (Videla, 1990).

Otro aspecto importante en el entorno familiar de la gestante es la relación con su propia madre. Según El Centro Médico Infantil de Boston (1978) la perspectiva de la maternidad puede ser más fácil para una mujer que admira y aprecia a su propia madre y desea ser como ella. Si las relaciones madre-hija han sido tormentosas la perspectiva de convertirse en madre puede hacer resurgir viejos temores y resentimientos y hacer más difícil la transición.

Nadelson (1980) opina al respecto que la madre de la gestante percibe que la hija pasa a ocupar un estatus igual al de ella, por lo que puede surgir competencia por ser la mejor o existir dificultad por aceptar algunos aspectos de la hija lo que le puede originar violencia, enojo o envidia. Cuando se produce un mayor acercamiento entre madre e hija especialmente si la relación previa era positiva, permite neutralizar los sentimientos inconscientes de rivalidad recíproca que surgen en tales momentos. Sólo al experimentar la maternidad las hijas logran comprender a sus propias madres al vivir por sí mismas las dificultades que acompañan el desempeño de la maternidad. Es probable también, que vuelvan a plantearse problemas emocionales no resueltos con la pareja, padres, hermanos y hermanas.

En circunstancias afortunadas este tiempo de desequilibrio puede ser también una oportunidad para que la mujer continúe reorganizándose a un

nivel nuevo y más maduro. Todos estos cambios requieren un trabajo de duelo, readaptación y aceptación (Parra, 1998).

Para algunos autores, los procesos y vivencias de la gestación, parto y puerperio reactualizan procesos y conflictos infantiles lo que define a la maternidad como una experiencia impregnada de sentimientos ambivalentes (González, 1995).

Los sentimientos y emociones que acompañan la gestación pueden ir cambiando dependiendo del avance del embarazo. Según Sastre (1984) algunos de ellos pueden clasificarse de acuerdo a cada trimestre gestacional.

PRIMER TRIMESTRE.

En este período inicial la embarazada pasará fácilmente de la alegría al temor : alegría por la maternidad, ilusión por el hijo, pero también temor por el proceso fisiológico que se ha desencadenado, miedo a lo desconocido que le aguarda y en particular a que se malogre la gestación.

Uno de los primeros sentimientos que aparecen ante el anuncio del embarazo es la duda. La mujer se pregunta si su estado será cierto o no, aunque el médico y los análisis lo hayan confirmado, paulatinamente se irán presentando las modificaciones en su cuerpo y más tarde los movimientos del feto despejarán cualquier duda.

Suele aparecer también un sentimiento de desamparo y la regresión hacia la propia infancia. Por esto se busca a menudo el contacto con la propia madre (o con la persona que asumió la figura materna en la niñez). Si existe una relación positiva, este reencuentro le será benéfico, de no ser así es probable que pequeñas o grandes tensiones y diferencias vividas anteriormente resurjan de nuevo ahora.

La somnolencia o el insomnio, la náusea y el vómito, los antojos, la fatiga, las disfunciones intestinales (diarrea o estreñimiento) y el apetito insaciable son síntomas frecuentes en estos tres primeros meses, en los cuales la embarazada es muy vulnerable, tanto física como psicológicamente, y necesita encontrar apoyo y comprensión en sus familiares.

SEGUNDO TRIMESTRE

En este periodo la futura madre percibe la vida de su hijo en su interior, incluso es probable que haya podido verlo en las ecografías, o como mínimo que haya podido escuchar su corazón. Ahora al intensificarse los movimientos fetales, desaparece la incertidumbre sobre el embarazo y se refuerza en ella el deseo de tener un hijo. El segundo trimestre es un periodo de tranquilidad y maduración. Al tener conciencia del proceso que se lleva en su interior por el crecimiento del bebé, la gestante necesita el apoyo de su entorno.

Al disminuir la ansiedad y los malestares físicos, en comparación con el trimestre anterior, es probable que aumente el interés por la sexualidad. Los temores que ahora pueden aparecer están relacionados con el desarrollo del bebé y sus movimientos. También hay temores por no recuperar el aspecto físico anterior al embarazo. Algunos síntomas que se presentan en este periodo son: exceso de peso, insomnio, hipertensión, calambres, dolores musculares, varices, apetito excesivo y disfunciones intestinales.

TERCER TRIMESTRE.

El miedo al parto, la idea de la próxima separación del hijo y las fantasías sobre la propia muerte son característicos en este último periodo lo cual puede originar manifestaciones psicósomáticas.

El incremento en la ansiedad por la proximidad del parto puede ocasionar la expulsión prematura al desequilibrar el estado físico de la mujer. El miedo al parto tiene que ver con aspectos como la individualización del hijo y el afrontamiento de la maternidad, el estado de salud del hijo y de ella misma, y el trato que recibirá por parte del personal médico.

En forma general en el embarazo se suscitan diferentes temores y sentimientos en torno al hijo y lo que representa realmente en la vida cotidiana de la mujer, de cómo se percibe y de cómo es percibida por los demás, esto enmarcado, como se ha descrito anteriormente, en la educación diferencial a la que la mujer es expuesta e inmersa en una sociedad con reglamentos para el ejercicio maternal. Llegado el fin del embarazo se presenta una experiencia donde los factores antes mencionados pueden tener influencia: el momento del parto.

CAPÍTULO 2

EL PROCESO DE PARTO.

Durante el embarazo, la mujer observó diariamente cambios en su metabolismo, en su imagen corporal, en sus hábitos. Estos cambios afectaron la percepción que tenía de ella misma generándole ansiedad, especialmente en el transcurso del primer embarazo.

De modo que al llegar al parto, tiene que lidiar con una serie de preocupaciones generadas en el embarazo, las creencias y motivaciones previas, la concepción que tiene sobre la maternidad y el rol que debe de jugar la mujer; aunado a esto los mitos acerca del parto, la información social que se le ha proporcionado y el impacto psicológico del proceso fisiológico que se desencadena.

Estos factores intervienen por parte de la mujer, pero hay que sumar a ellos el lugar en el que va a parir, las condiciones físicas de ese lugar, es decir, el hecho de que cuente con los implementos necesarios para asegurar la salud de la madre y del bebé, la capacidad técnica de las personas que van a presenciar el momento del parto, y la cercanía de estas personas para comprender las necesidades de la mujer en ese momento, todos estos aspectos convierten al parto en un fenómeno complejo, en el que intervienen factores físicos, psicológicos y sociales.

En el presente capítulo exploraremos los aspectos fisiológicos y psicológicos con el fin de conocer sus características e implicaciones directas sobre la salud física y psicológica.

Esta exploración se enfoca a la experiencia del parto en situaciones "normales" en las que no se presenta ningún factor de riesgo para la madre o el bebé.

2.1. Fisiología del parto.

El parto es definido por Beischer (1988) como el proceso en el que el feto, la placenta y los anejos placentarios son expulsados a través del canal de parto después de un período mínimo de veinte semanas.

Unas semanas antes de que se inicie el trabajo de parto, se presentan cambios en el abdomen de la embarazada, haciéndose más prominente en su parte inferior. Esto se debe al descenso del fondo del útero en el último mes de embarazo. La cabeza del bebé baja y queda fija en la entrada de la pelvis. Estos cambios permiten que la madre pueda respirar con mayor facilidad, pero le es más difícil caminar, pueden presentarse calambres en las piernas y mayor frecuencia al orinar (Goodrich, 1991).

La salida del bebé está en relación con la pelvis. El bebé pasa por esta vía al salir hacia el mundo exterior, para que esto suceda es necesario un impulso producido por las contracciones del útero.

Durante del embarazo el bebé cambia de posiciones dentro del saco amniótico en el útero de la madre. Sin embargo en los últimos meses de gestación su posición se relaciona con su propio tamaño y el del útero materno. Al aproximarse el momento del parto, el bebé coloca su cabeza en la parte inferior de la pelvis de la madre. Pero esto no ocurre siempre de la misma manera. El bebé puede colocarse en dos posiciones: la cefálica y la pélvica.

La presentación normal es la cefálica o de cabeza. Cuando la cabeza está hacia la parte superior del abdomen de la madre, con los glúteos y pies hacia el pubis de la madre se dice que la presentación del bebé es pélvica o de pies. Esta posición ocurre raramente y puede tener dos variantes en el colocación de las extremidades del bebé: los glúteos del bebé son los que se presentan primero, con las piernas dobladas hacia arriba o se presentan primero las piernas.

También se presentan variaciones en cuanto a la situación del bebé en el vientre de la madre. Normalmente el bebé se encuentra colocado en forma vertical con respecto al abdomen de la madre. Tanto en la presentación cefálica o pélvica se coloca en posición longitudinal. Cuando ocurre un desvío hacia la derecha o la izquierda, el bebé se sitúa en forma oblicua.

También puede encontrarse una situación fetal transversa donde el feto se coloca al lado del abdomen, con la cabeza a la derecha o izquierda. La situación oblicua o transversa son anormales y en estos casos no puede presentarse el parto por vía vaginal (Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud 1984).

En cuanto a las causas que originan el parto se han realizado investigaciones para plantear teorías en el inicio y progreso del trabajo de parto con el fin de conocer los mecanismos que provocan tanto su presentación natural como su estancamiento lo que permitirá prevenir la presencia de problemas o atenderlos para incrementar las posibilidades de éxito.

Estas investigaciones médicas han encontrado que hay un equilibrio materno fetal que permite el inicio y progresión del trabajo de parto en el que intervienen tres tipos de factores: los factores maternos, los factores placentarios y los factores fetales.

Dentro de los factores maternos se encuentra la producción hormonal de oxitocina que realiza la glándula hipófisis y que marca la pauta del inicio del proceso de parto. Dentro de los factores placentarios se presume la existencia de estímulos que actúan sobre las membranas celulares originando cambios placentarios. Respecto a los factores fetales se habla de la secreción de oxitocina fetal (Alvarado y Montoya, 1996).

La participación de los tres factores antes mencionados es lo que permite el inicio del proceso de parto y no se sabe exactamente cual es el desencadenante. solo se sabe que el desarrollo progresivo del bebe en cuanto a su evolución orgánica y volumen va requiriendo cada vez de mayor número de nutrientes y que la placenta experimenta una detención en su proceso de desarrollo y se vuelve cada vez más incapaz de cumplir los requerimientos del bebé.

Por otra parte el aumento en el volumen del bebé actúa sobre las fibras del músculo uterino estimulando su capacidad de contraerse, y aun cuando el músculo se hace también más voluminoso por que aumentan sus fibras en número y volumen. llega un momento en que esto ya no es posible y el músculo se va distendiendo. lo que aumenta la capacidad de contracción del útero (Goodrich, 1991).

El parto consta de tres elementos : el motor, el canal y el objeto.

El motor es la matriz, que con sus contracciones empuja al bebé hacia abajo.

El canal de parto consta de una parte de órganos blandos que son el cuello uterino, la vagina, la vulva y el periné. Estas formaciones se distienden para contactar con las paredes óseas de la pelvis. Hay que tomar en cuenta que el canal de parto no está previamente formado, sino que se va formando a medida que la cabeza del bebé desciende. Por lo que va apareciendo seriadamente en cada uno de sus planos según la situación de la cabeza. Sólo un momento está totalmente formado, cuando la cabeza acaba de salir por la vulva y los hombros y el tronco todavía están en el canal.

El objeto del parto es el bebé, cuya parte más importante es la cabeza por su mayor tamaño y por su conformación ósea, las suturas de los huesos no están endurecidas y en los vértices de unión se forman las llamadas fontanelas que no están cubiertas por hueso, lo que permite que la cabeza pueda comprimirse levemente al salir.

El desenlace feliz de un parto se debe a la actividad conjunta de todo el cuerpo, lo que es más fácil de conseguir si se comprenden los procesos de alumbramiento y se utilizan óptimamente todos los recursos. (Goodrich, 1991).

El Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (Op cit) identifica tres fases principales de desarrollo en el proceso de parto :

PRIMERA FASE.

Esta fase consiste en la dilatación y desaparición del cuello de la matriz, estos procesos pueden ser simultáneos y ambos son producidos por las contracciones del músculo uterino.

Las contracciones al inicio son breves y poco frecuentes y a medida que pasa el tiempo se van haciendo mas prolongadas y seguidas, y aumentan gradualmente de intensidad. Cada contracción presiona el cuello de la matriz, aplastándolo y ensanchando su abertura, pero serán necesarias muchas contracciones para abrirlo lo suficiente para que logre pasar el bebé. Durante esta primera fase, la cabeza del bebé desciende y se sitúa muy abajo en la pelvis. El avance se hace notar cada varios intervalos de contracciones. La

cabeza del bebé también experimenta otro movimiento que se denomina de rotación interna, el cual depende de la forma de la pelvis de la madre y de la posición particular en que la cabeza del bebé haya entrado en ella. La mayor parte de los niños salen con el eje de la cabeza en el eje mayor de la pelvis materna, es decir con el rostro vuelto hacia el recto de la madre.

En cuanto a la duración del parto, ésta depende de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones. Si la madre goza de buena salud y condición física el desarrollo del parto será afortunado, la duración de la primera fase del parto en una mujer que tiene su primer hijo se calcula en quince o dieciséis horas, mientras que en el segundo hijo y los siguientes viene a ser de diez a doce.

Es difícil fijar en cada mujer el momento de iniciación del parto. Para establecer una norma se dice que inicia cuando las contracciones se hacen regulares y el cuello de la matriz comienza a dilatarse (Goodrich, 1991).

Los signos que indican que el trabajo de parto se ha iniciado son: contracciones regulares y dolorosas. Dolor en la parte baja del abdomen y la espalda. Al principio las contracciones se presentan a intervalos aproximadamente de una hora y duran pocos segundos.

La frecuencia aumenta hasta llegar a intervalos de 5 o 10 minutos con una duración de 30 segundos. Aparece un flujo rojizo: el tapón mucoso ha sido expulsado. En general un ritmo de dilatación cervical superior a un centímetro por hora resultará en un parto espontáneo. Menos de 0.5 cm por hora normalmente es indicador de cesárea a menos que se le aplique un goteo de oxitocina.

En algunos casos se presenta la ruptura de membranas (saco amniótico) aunque en otros pueden permanecer intactas hasta la segunda etapa (Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud Op. Cit.).

Cuando esto sucede se realiza la ruptura artificial de membranas que para Beischer (1988) ofrece la ventaja de ver el líquido amniótico lo que indica el grado de bienestar fetal puesto que si se observa meconio (excreciones del bebé) esto nos puede indicar sufrimiento fetal. Una posible desventaja de esta ruptura es que si el parto continúa lentamente las probabilidades de infección en el feto aumentan.

SEGUNDA FASE

Esta fase inicia cuando el cuello del útero está completamente abierto y las contracciones del músculo uterino obligan a descender al niño por el conducto vaginal. Si el bebé no ha girado para ponerse en posición lo hará mientras baja.

El músculo uterino recibe ayuda en esta segunda fase de las contracciones de los músculos voluntarios de la pared abdominal. Esta es la acción de empujar similar a la sensación de evacuar el vientre. El bebé al bajar se encuentra con la resistencia de los tejidos, puesto que el conducto de nacimiento es un órgano extensible rodeado de músculos de tejido fibroso. Para vencer esta resistencia es necesario el esfuerzo voluntario e involuntario.

Los dolores de la expulsión son más intensos que los de la dilatación, pero en ello se percibe la progresión del bebé lo que puede hacer más breve el parto. El número de contracciones en la expulsión es menor que en la dilatación, calculándose que en la expulsión son necesarias 25 a 50 contracciones en las multiparas y 75 a 100 en las primiparas en partos espontáneos y no ayudados con ningún procedimiento.

En los primogénitos la duración de esta fase es de un tiempo aproximado de una hora; en cambio en las mujeres que han dado a luz otras ocasiones la resistencia de los tejidos es menor, por lo que la duración de esta segunda fase suele ser aproximadamente de un cuarto de hora. Si los tejidos que rodean la vagina están rígidos son difíciles de ensanchar y la segunda fase puede ser larga y trabajosa por lo que es recomendable la preparación física previa.

TERCERA FASE

Después de que el niño nace se coloca sobre el vientre de la madre y se obtura el cordón umbilical para evitar hemorragias. La placenta y parte del cordón quedan en la matriz, que una vez expulsado el niño se ha distendido momentáneamente, y como puede contraerse mucho más desprende con facilidad la placenta para poderla expulsar. Algunas veces la placenta no se desprende de la pared del útero a la primera contracción y es necesario mayor

esfuerzo. El tiempo que se necesita para separar la placenta y arrojarla es variable pero normalmente son unos cinco o diez minutos.

En algunas ocasiones se practica una pequeña incisión perineal (episiotomía), ya que es frecuente que los tejidos se desgarran al llegar el bebé al borde exterior de la vagina puesto que el tejido que la forma se ha expandido al máximo por la presión de la cabeza. Esta intervención recibe el nombre de episiotomía y se ha generalizado su práctica para evitar los desgarres antes mencionados. Al término del parto se realiza una pequeña sutura que no tiene mayores implicaciones para la madre (Goodrich, 1991).

Además de conocer el proceso fisiológico que sigue el parto Beischer considera importante el conocimiento del mecanismo y la forma de aliviar el dolor, puesto que muy pocos partos son indoloros.

El dolor es definido por el autor como un sentimiento que se experimenta por una estimulación nociva sobre las terminaciones sensitivas específicas de los nervios. El nivel de dolor, es el nivel de estimulación en el que aparece dolor.

Otra definición de dolor propuesta por Burbin (1978) afirma que el dolor es un fenómeno subjetivo que existe cuando un individuo experimenta una sensación, la interpreta como dolorosa, y manifiesta una sensación psicológica y fisiológica a esa sensación. Debido a que el dolor es considerado una experiencia subjetiva no se ha descubierto una sola causa aislada única de dolor durante el parto.

La autora menciona que se ha propuesto gran número de teorías sobre la causa del dolor durante el parto entre las que destaca las siguientes:

- Anoxia (falta de oxígeno) de las células musculares comprimidas del útero, a consecuencia de cada contracción.
- Compresión de los ganglios nerviosos en el cuello y segmentos uterinos inferiores durante las contracciones.
- Estiramiento del cuello uterino durante la dilatación y borramiento.
- Estiramiento y desplazamiento del perineo al descender el feto por el conducto vaginal.
- Presión sobre uretra, vejiga y recto al descender el feto.
- Temor que produce tensión, lo que causa dolor y más temor.

El dolor tiene algunos efectos secundarios considerados por la misma autora como nocivos para la parturienta entre los que menciona:

Aumento del gasto cardíaco, aumento de presión arterial y frecuencia del pulso

Alteraciones del funcionamiento del útero, vías genitourinarias y músculos estriados, lo que causa contracciones espasmódicas de estos músculos

Náusea y vómito

Posible prolongación del parto y reacciones emocionales post-parto.

Para aliviar el dolor se emplean la analgesia y la anestesia.

La primera se refiere a la disminución o eliminación de la percepción de la sensación de dolor normal de dolor. Suele usarse durante el primer periodo del parto.

La anestesia se refiere a la desaparición parcial o completa de las sensaciones, incluyendo las de dolor, y se emplea en la segunda y tercera fase del parto.

La analgesia en el parto es producida por medio de fármacos que se agrupan en tres grupos : analgésicos, sedantes-hipnóticos y atarácicos.

Los primeros pueden aliviar de 70 a 90 % el dolor que se experimenta y producir euforia, además puede causar cambios sutiles en la conducta del bebé durante las primeras 24 horas de vida. Se observa menor reacción a los estímulos maternos.

Los sedantes hipnóticos son fármacos que no alivian el dolor pero se usan para promover el reposo y sueño e intensificar el efecto de los analgésicos.

Se han identificado cambios importantes en la conducta de los recién nacidos cuyas madres recibieron este tipo de medicamentos. Durante los primeros cuatro días se observó un reflejo de succión deficiente, menos succiones por minuto, presión de succión inferior y menor ingestión de la fórmula alimenticia, en comparación con niños cuyas madres no recibieron este tipo de medicamento.

Los atarácicos son tranquilizantes que a veces se administran en fase temprana del parto para reducir la ansiedad. El efecto secundario principal es

que producen hipotensión en la madre, lo que causa reducción del oxígeno fetal.

En cuanto al tipo de anestesia que se utiliza en el parto la más común es la raquídea que se produce por inyección de anestesico en el conducto vertebral, lo que causa pérdida de la sensación debajo del sitio de la inyección. Los efectos secundarios más frecuentes son la hipotensión materna, disminución del impulso de pujar de la madre por que es necesario el uso de fórceps para facilitar la expulsión. Algunas pacientes sufren dolor de cabeza por la pérdida de líquido cefalorraquídeo durante el procedimiento. Puede hacer que las contracciones disminuyan en frecuencia e intensidad y si el parto no progresa es necesaria la estimulación con oxitocina. Causa disminución de la sensibilidad al llenado de la vejiga urinaria, por lo que es necesario cateterizar a algunas pacientes después de la expulsión.

2.2. Psicología del parto

En todo el mundo existen ciertas actitudes muy arraigadas que envuelven el embarazo y el parto. Se ha estudiado el embarazo desde diferentes teorías y en diferentes aspectos psicológicos, al grado de descubrir las implicaciones que tienen para la mujer la maternidad y los cambios generados en su cuerpo, sin embargo, esto no ha ocurrido con el proceso de parto, pues falta material que informe sobre el acontecer en los partos normales y el significado que le imprimen las madres en las diferentes culturas y contextos.

Entre los pocos materiales que tocan aspectos psicológicos del parto se encuentra el de Aguirre de Cárcer (1987) quien habla de las sensaciones en el parto y aborda el tema del dolor. Estableciendo que el dolor "es percibido a través del prisma deformante de la subjetividad humana" (Op. Cit. Pág. 105). Y que se manifiesta de manera diferente según la personalidad de cada individuo

El autor dirige su escrito a las mujeres gestantes y se fundamenta en su experiencia como médico para presentar una serie de posibilidades diferentes en cada parto en cuanto a las sensaciones dolorosas, entre las que se encuentran:

- 1) La mujer que está teniendo su dilatación sin percibir nada. *
- 2) La gestante que percibe sus contracciones como tales, es decir, sin sensación dolorosa.
- 3) La gestante que percibe la contracción como una sensación dolorosa atenuada.
- 4) La gestante que percibe la contracción como una sensación dolorosa y, sin embargo, no se aprecian en ella signos vegetativos de dolor como, por ejemplo: sudor frío, dilatación pupilar, etc.
- 5) El caso inverso al anterior: la gestante que, presenta durante el parto signos vegetativos de dolor pero que no reporta haberlos sufrido.
- 6) La gestante que después de dar a luz se siente incapaz de describir la sensación por no recordar con exactitud.
- 7) Por último la gestante que interpreta la sensación de la contracción como dolorosa, presentando signos vegetativos que confirman su interpretación.

A partir de éstas posibilidades observadas el autor comenta que el dolor en el parto está intrínsecamente ligado a diferentes factores como : el miedo o temor frente a la maternidad, la ilusión por el hijo, la actitud de la mujer frente a su condición femenina, la existencia de conflictos psicológicos anteriores, la maduración psicológica o la relación afectiva con la pareja.

El miedo es considerado uno de los factores más importantes para que exista sensación dolorosa en el parto, esto es apoyado también por Dick Read creador de uno de los métodos más difundidos de "Educación para el parto" o parto natural. Read identificó una dinámica entre miedo, tensión y dolor: lo primero que siente la mujer es temor a lo desconocido o a lo conocido, puesto que durante toda su vida ha escuchado relatos a cerca de "el sufrimiento de las mujeres". No le han descrito las contracciones como tales sino como dolores, los cuales lejos de ser concebidos como parte del proceso físico funcional,

* El autor explica que este es un caso muy raro pero real. Aunque resulta difícil creer que no aparezca sensación alguna en un proceso que involucra numerosos cambios fisiológicos

origina que la mujer pierda el control de su propio cuerpo. Y que la experiencia esté envuelta en el miedo, y muchos de los gritos no sean consecuencia del dolor sino del miedo, miedo al cambio. (Rich 1986)

En un análisis un poco más detallado del miedo que rodea al parto Aguirre de Cárcer (1985) enumera al miedo de la siguiente forma:

- a) Miedo a lo desconocido.
- b) Temor a no saberse comportar, es decir a tener un mal comportamiento durante el parto que afecte la salud del hijo o dificulte y prolongue el parto.
- c) Miedo vago sin saber exactamente a qué
- d) Miedo al riesgo que implica el parto para ella y para el bebé.
- e) Miedo al dolor físico que se puede experimentar
- f) Miedo a la incapacidad reproductora. es decir, la madre puede temer no poseer una constitución capaz de llevar a cabo normalmente su parto.
- g) Miedo creado por el contexto familiar. Esto ocurre cuando una madre que dio a luz con dificultad expone constantemente su caso a la hija, provocando en esta temor profundo al parto.
- h) Miedo al hijo anormal. Es un temor íntimamente arraigado en la mujer. Sobre todo cuando hay antecedentes familiares, puede convertirse en intensa angustia.
- i) Miedo basado en un embarazo patológico. Surge en algunas mujeres a partir de haber presentado patologías durante la gestación.
- j) Miedo a la responsabilidad de ser madre.
- k) Miedo a la anestesia. Pensando que esta puede ser riesgosa para el hijo.
- l) Miedo a la herencia. Se centra en la posible transmisión de Defectos personales.
- m) Miedo a la separación del hijo. Puesto que la madre vivió durante nueve meses con el hijo como si formaran una unidad, puede vivir el parto como la pérdida de una parte de ella misma

Estos miedos están presentes en las mujeres en diferente forma y magnitud y pueden influir en el desarrollo del proceso de parto puesto que la angustia desencadena reacciones fisiológicas que podrían alterar el curso

natural del parto, a esto debemos aunar las condiciones en las que éste se desarrolle.

El material que aborda el parto se enfoca principalmente a casos en los que se presentan riesgos para la madre o el hijo, o en contextos rurales o indígenas en donde las condiciones que envuelven el evento están cargados con atributos mágicos y ligadas a tradiciones ancestrales. El estudio de estos casos es importante y contribuye a descubrir los aspectos ligados al parto en estas condiciones, pero también es muy importante conocer los aspectos psicológicos que entraña el parto en condiciones hospitalarias y en los casos en los que no se presenta ningún problema para la madre o el hijo.

Adriene Rich(1986) contempla algunos aspectos psicológicos y sociales que influyen en el parto y habla de su propia experiencia de la siguiente manera:

"La clásica experiencia de parto alienado obliga a yacer medio despierta en una camilla barrada, en una sala de partos junto con otras mujeres que gimen ya drogadas y donde "nadie acude" excepto para realizar exámenes pélvicos o aplicar alguna inyección, la soledad, la sensación de abandono, de estar presa, impotente y despersonalizada es la principal memoria colectiva de las mujeres que dan a luz en los hospitales americanos. (Rich, 1986, Pág 261)

La autora aborda las condiciones en las que se desarrolla el parto hospitalario y las consecuencias que tienen éstos en el proceso de nacimiento. Señalando que algunas prácticas de manera habitual en los hospitales estadounidenses son perjudiciales para la madre y para el hijo, entre las que se cuentan:

- Reserva de información a cerca de las desventajas de la medicación obstétrica.
- Exigencia de que todas las mujeres den a luz en hospitales.
- Separación de la madre del apoyo familiar durante el parto.
- Confinamiento de la parturienta normal en cama.
- Depilación de la zona natal.
- Dependencia profesional respecto de la tecnología y los métodos farmacológicos para aliviar el dolor.
- Estimulación química del parto.

- Demora del parto hasta la llegada del médico.
- Exigencia para que la madre adopte durante el nacimiento la postura supina.
- Uso rutinario de anestesia local y total en el parto.
- Episiotomía rutinaria.
- Separación de la madre y la criatura recién nacida.
- Postergación de la primera lactancia.

La experiencia en México no dista mucho de la narración de la autora ni de las condiciones hospitalarias que menciona, debido a nuestra importación de teorías y técnicas médicas extranjeras, y a la falta de valoración de los conocimientos con respecto a la salud que podrían sernos aportados por nuestro pasado y presente indígena.

De modo que el parto hospitalario requiere de un complejo de prácticas que se justifican médicamente diciendo que se llevan a cabo en beneficio de la madre y el hijo; por ejemplo la inducción y estímulo del parto con drogas, la administración sistemática de sedantes y medicamentos para alivio del dolor, la separación de la parturienta de cualquier apoyo psicológico (como la madre o la pareja), la ruptura quirúrgica de membranas, etc. Con esto se busca la consistencia implacable del método sin tener en cuenta los aspectos individuales del parto concreto. Esto ocasiona que la tecnología médica aplicada indiscriminadamente crea su propio problema artificial para el que debe descubrir un nuevo procedimiento (Rich, 1986).

Desde otra perspectiva Macfarlane (1985) en Psicología del nacimiento expone el caso de Holanda en donde un alto porcentaje de los partos se llevan a cabo en los hogares y el índice de mortalidad es más bajo que en los EU o Inglaterra donde los partos ocurren con mayor frecuencia en los hospitales. Apoyando estos argumentos el autor cita a Gloosterman, Profesor de Obstetricia de la Universidad de Amsterdam quien apunta que:

"El parto en sí es un fenómeno natural y en la mayoría de los casos no es necesaria intervención ajena alguna solamente una atenta vigilancia, apoyo moral y protección contra las intromisiones humanas. Una mujer sana que da a luz espontáneamente realiza una labor que no puede ser mejorada. Esta labor se cumplirá óptimamente si la mujer siente confianza en sí misma y está en un ambiente en el que ella constituye el centro (como sería su propio hogar). Durante el embarazo es

posible dividir con ayuda de un profundo control prenatal, a las futuras madres en dos grupos:

Uno amplio que no muestra síntomas evidentes de patologías (llamado grupo de riesgo mínimo) y un grupo mucho más reducido dónde se encuentran signos de ligeras, e incluso grandes anomalías. Sólo el grupo de riesgo máximo debería estar en el hospital bajo vigilancia de los especialistas. Al otro le iría mejor acogerse a los cuidados de psicólogos especializados en psicología del parto, a una comadrona o a un médico de cabecera con un curso de obstetricia (Macfarlane 1985, pág 49)

Indudablemente las condiciones educativas, económicas y sociales que enmarcan la cultura holandesa son muy diferentes a las que se presentan en nuestro país, en donde los partos se rigen por la primera filosofía. Sin embargo hay que puntualizar el hecho de que en el ejemplo anterior se otorga un peso muy importante a la participación activa de la madre en el momento del parto, permitiéndole que ejerza mayor control y tomando en cuenta la situación emocional por la que ella atraviesa.

En las condiciones hospitalarias la vivencia física de la mujer afecta directamente la estabilidad emocional puesto que como hemos mencionado el parto ha sido asociado socialmente con el dolor, con el que se catalogan todas las sensaciones que son producidas durante el mismo, esta etiqueta se apodera de la complejidad de la experiencia física de la mujer, sin tomar en cuenta que cuando el dolor es inevitable puede transformarse en algo útil, en algo que nos permite traspasar los límites de la experiencia para tener acceso a las cosas esenciales de la vida y las posibilidades que abriga nuestro interior (Rich 1986).

El trabajo de Read abrió un camino y muchas de sus observaciones todavía son útiles, fue el inicio sobre el cual se crearon nuevas propuestas que han ido evolucionando con el paso del tiempo. Sin embargo, en lo esencial la actitud hacia las mujeres sigue implicando que ella posee una innata dependencia que encuentra su salida natural en la dependencia del médico, tratando de cambiarla a ella sin poner atención a la actitud del personal que se relaciona con ella (Rich 1986)

Como podemos observar el parto es un fenómeno complejo y para algunos autores como Hovart (1993) esta complejidad altera el mundo inconsciente de la mujer quien incluso puede revivir el momento en el cual fue concebida. Puesto que durante el parto la mujer evoca la vivencia de separación

que experimentó en su propio nacimiento y reconoce todos los elementos emotivos más amenazadores de provocar angustia y reacciones defensivas de bloqueo.

El parto provoca diferentes sentimientos ambivalentes y contradictorios; por una parte, la mujer se siente serena y tranquila identificada con su ideal de madre y con su hijo bien protegido por ella, vive en este estado una unión íntima de intercambio de profundos sentimientos.

El parto transforma esta relación, se convierte en la separación y la madre debe enfrentarse a la realidad de la maternidad teniendo que concebir al hijo como separado de ella, como una persona individual.

Indudablemente la complejidad del parto requiere de mayor investigación teórica y aplicada para que pueda ser mejorado el servicio que se presta a la gestante antes durante u y después del parto, mejorando la calidad de la experiencia dándole importancia a la participación de la mujer y el bienestar de ella y el hijo.

CAPÍTULO 3

PARTO, CONTEXTO Y ATENCIÓN MÉDICA

Como se ha venido mencionando el desarrollo del progreso del parto está vinculado con el estado físico y emocional de la mujer, y para comprender esta vinculación es necesario conocer los factores que intervienen en el proceso como:

- Las condiciones hospitalarias en que se desarrolle el parto, es decir, los recursos materiales como el lugar y el mobiliario.
- Las condiciones de higiene e instrumentación con que cuenta el lugar y los procedimientos que se sigan durante el parto.
- El factor humano, las personas que participan en el desarrollo del proceso. Este punto abarca por un lado la eficacia en los procedimientos y el empleo de conocimientos y habilidades para conducir de manera exitosa el evento y; por otro lado, la calidad humana o sensibilidad para atender las necesidades y expectativas de la mujer en ese momento.
- El estado físico de la mujer de acuerdo a la evolución de su embarazo y las características de desarrollo en el momento del parto.
- El estado emocional de la mujer y la actitud ante el proceso de parto de acuerdo a su marco de creencias, educación y valoración de la maternidad.

En nuestro país, existen diferentes contextos para que el parto se realice, lo cual depende de las condiciones socioculturales y económicas de la mujer que va a parir.

Aunque el tema que nos ocupa son las condiciones en que se realiza el parto en los hospitales, y estos en su mayoría están en las ciudades, es necesario conocer las implicaciones del evento en la zona rural, puesto que un gran

porcentaje de nacimientos se dan en ella y el valor que el evento del parto tiene es diferente al del hospitalario.

En el presente capítulo revisaremos algunos aspectos del parto en zonas rurales mexicanas y las creencias en torno al mismo, para posteriormente, enfocarnos al contexto hospitalario y, por último, abordaremos la actitud del personal de salud, básicamente del médico y de la enfermera.

3.1 Parto y contexto rural

Las características del parto en zonas rurales y/o indígenas de nuestro país tienen su origen en tradiciones centenarias que son compartidas de madres a hijas a través del tiempo.

En estas tradiciones aparece la figura de la partera, quien acompaña en el momento del parto, pero cuya función, como veremos más adelante no se limita al parto en sí mismo, es mucho más rica y amplia.

En cada una de las culturas prehispánicas existen personajes importantes en la vida de la comunidad, algunos de los cuales conservan ciertas características, a pesar de los cambios culturales y temporales que han efectuado a los grupos indígenas.

En la cultura azteca, por ejemplo, la partera es considerada como una figura de gran importancia. A la Tlamatquicitl, como era llamada, se le atribuía un prestigio diferente al de las demás mujeres, era considerada sacerdotisa, consejera en asuntos matrimoniales, educadora en salud, poseía la categoría de mujer sabia.

Su formación era obtenida por la enseñanza de su abuela y su madre. Para que se considerara que estaba suficientemente preparada en su trabajo debía haber tenido un hijo, y presentar un examen de destreza para poder ejercer sus conocimientos.

La Tlamatquicitl, desempeñaba numerosas actividades: visitas periódicas a las familias para conocer sus necesidades, tenía influencia decisiva en los rituales de salud orientados al embarazo y el parto, promovía la lactancia materna. Representaba un apoyo para la familia. Durante el embarazo

preparaba a los futuros padres para la aceptación y recibimiento del hijo esperado, también daba consejos a la pareja sobre su relación.

En el momento del parto, la partera ya era conocida de la familia y había ganado su confianza plenamente, por lo que la mujer depositaba en ella una parte de su salud y la de su hijo.

La Tlamatquicitl, pasaba a formar parte de la familia, realizaba baños de temascal y exploraba a la mujer para darse cuenta de la colocación del bebé y si era necesario lo acomodaba. La partera se instalaba en el hogar y preparaba el lugar donde se iba a llevar a cabo el parto.

Llegado el momento la mujer que iba a parir adoptaba la siguiente posición:

Todo el cuerpo encogido, las rodillas separadas y pegadas al tórax y los brazos sólidamente apoyados sobre las nalgas. se pensaba que en esta postura descendía más fácilmente el producto. El alumbramiento se efectuaba con una rodilla en el piso y la otra flexionada. Desde que se iniciaba el trabajo de parto Y durante éste la Tlamatquicitl platicaba constantemente con la mujer, haciéndola sentir la trascendencia de el papel que estaba desempeñando.

Para los antiguos mexicanos el parto era “la hora de la muerte”, por que se consideraba como una guerra para la mujer en la que debía luchar por su sobrevivencia y la de su hijo. La mujer que moría en el parto entraba en la casa de Tonatiuh, transformada en colibri y acompañaría eternamente al sol. Si la mujer triunfaba en su batalla contra la muerte la partera entonaba cantos dando a conocer la victoria.

Después del parto la Tlamatquicitl realizaba las tradiciones sobre el cordón umbilical que consistían en enterrarlo en las cenizas del hogar en el caso de las niñas y el cordón de los hombres lo guardaba cuidadosamente a los guerreros para ser enterrado en el campo de batalla.

Después del parto iniciaba la convivencia materno-infantil. La partera le daba un baño ritual al bebé y proporcionaba a la madre consejos sobre la alimentación (Castañeda 1987).

La atención materno infantil fue transformándose de un ritual a un aspecto médico. Al consumarse al conquista de los españoles, las parteras

fueron perseguidas por su jerarquía religiosa, de modo que lentamente la Tlamatquicitl fue desapareciendo y ocuparon su lugar los médicos y obstetras actuales.

Sin embargo en algunas comunidades rurales encontramos a las parteras quienes unen en sus prácticas aspectos tradicionales y también aspectos derivados de la medicina actual.

Se han llevado a cabo programas de salud pública que pretenden adiestrar a las parteras. Con la incursión de clínicas del sector público en zonas rurales e indígenas del país, se han impartido cursos a las parteras para que adopten medidas higiénicas y empleen ciertos medicamentos para que el proceso de parto no presente complicaciones. Además se ha reglamentado el ejercicio de las parteras por medio de "Reglamento de Parteros Empíricos capacitados", en el cual se marcan los lineamientos bajo los cuales pueden desempeñar su actividad. (Mellado, Zolla y Castañeda, 1989).

Estas condiciones han transformado la labor de las parteras de modo que se limitan a la atención de partos "normales", y algunas solo en casos de multiparas, puesto que se considera que el primer parto puede presentar más complicaciones. Y en los casos en que se identifican dificultades, las parteras canalizan a los servicios de salud pública. El acatamiento de los reglamentos depende de las características de la partera, si se apega más o menos a la tradición o si ha recibido alguna instrucción impartida por el estado.

De cualquier manera, el parto rural o en comunidades indígenas todavía encierra muchos aspectos relevantes de las tradiciones antiguas. Un ejemplo de ello es el estado de Yucatán, heredero de la gran cultura maya y donde existen numerosas comunidades indígenas.

Es en estas comunidades la partera es llamada cuando se presentan los primeros dolores de parto. La partera ya conoce a la parturienta, puesto que con ella se ha atendido el embarazo. La partera llega a la casa y si vive muy lejos y el proceso ya está avanzado, se instala en la casa donde le son proporcionadas las condiciones para que se instale, se le indica la habitación donde se va a llevar a cabo el parto y se le proporcionan los instrumentos que requiera, además se coloca una olla de agua en el fogón que deberá estar prendida durante todo el parto.

Cuando se aproxima el momento del parto la mujer es colocada entre dos banquillos dejando el orificio de la vagina en el vacío. El marido, quien está presente en todo momento, le proporciona apoyo físico y moral, la sostiene. Conforme la cabeza del bebé comienza a aparecer la partera corrobora la salida del niño y en caso de que el saco amniótico no se haya roto lo pincha con una espina de henequén limpiada con alcohol. Después de que el niño nace se espera la expulsión de la placenta y según la tradición familiar se quema o se entierra.

Después de cortar el cordón umbilical la partera baña al niño con agua tibia, le limpia los ojos y le pone sal en la boca para limpiar las suciedades, lo envuelve muy apretado para que no extrañe la protección del vientre materno. Mientras tanto se lavan los pechos de la mujer y después se le pone al bebé, el esposo descansa junto con la madre y el niño y posteriormente saldrá a enterrar la placenta.

En la puerta de la casa se coloca un ramo de hojas de anona que servirán para alejar los malos vientos de la casa. La partera tiene la obligación de darle una sobada a la mujer después del parto cada tres días para componer la matriz y el séptimo día la amarra para que quede la matriz en su lugar. El esposo se debe de quedar junto a la esposa durante ese día o al menos unas horas, o dejar a alguien que cuide de ella pues no puede levantarse (Favier s/f).

En otras partes del país el parto se desarrolla con pequeñas diferencias de acuerdo a la tradición comunitaria, pero prevalecen algunos aspectos como los siguientes:

- Atención a la apariencia física de la mujer. Las parteras ponen mucha atención el semblante de la mujer para saber el momento en el que el parto se aproxima, se dice que unos días antes de que nazca el bebé la cara de la mujer está desencajada, ojerosa con ojos tristes, además de tener dolor de cintura. En el momento del parto ponen especial atención al quejido de la mujer lo que les permite saber cuales son las contracciones efectivas con las que expulsará al niño.
- Participación de la pareja: Entre los campesinos mayas el hombre tiene la obligación de acompañar a su mujer durante el parto por que se considera que no sólo la mujer debe hacer todo el trabajo. Además también deben estar presentes la suegra y la madre o al menos una de

ellas para proporcionar el apoyo emocional que sólo puede ser otorgado por quien ya vivió el parto.

- Posición adoptada: La posición tiene algunas variantes, puede ser la descrita en Yucatán o en cucullas, apoyada al sostenerse de un cordón atado al techo de la casa. En algunos lugares ya es aceptada la posición acostada (como clara influencia médica), sin embargo, en algunas comunidades se considera que las mujeres que están acostadas son egoístas por darle más trabajo al hijo por nacer.
- Sobadas o manteadas: algunas parteras acomodan al bebé dentro del vientre de la madre antes del nacimiento sobando o utilizando sabanas con lo que contribuyen a aliviar algunas molestias de la gestante.
- El cordón umbilical y la placenta: Están impregnados de cualidades míticas y simbólicas. El padre entierra la placenta en el centro del hogar si es una niña o en los alrededores de la casa si es un niño. En otros lugares se entierra o quema en el campo. En ocasiones la reticencia de muchas mujeres a recibir la atención en clínicas u hospitales se relaciona con la imposibilidad de disponer de la placenta o del cordón después del parto. (Mellado, Zolla, Castañeda 1989).

A través de esta breve revisión hemos podido notar la carga mística y simbólica que se le otorga al parto en las comunidades indígenas de nuestro país. Lo que nos permite ver un gran contraste con el proceso de parto hospitalario. Desde la forma de concebir el papel de la mujer y la familia hasta el sentido del momento del nacimiento.

3.2 Condiciones hospitalarias.

La literatura médica explica que el parto expone potencialmente a infecciones a la cavidad uterina y el sitio de implantación placentaria, por lo que debe ser conducido en un ambiente tan estéril como sea posible. Esto se logra en los hospitales, que cuentan con un área especial acondicionada para garantizar la seguridad del parto, y clínicamente limpia para que los procedimientos se realicen en condiciones estériles.

Esta sala se usa únicamente para partos y contiene una cama con soporte ajustable a la cabeza que permita a la madre adoptar posiciones desde estar completamente acostada hasta sentarse derecha. Este soporte es desmontable para permitir acceso a la intubación y anestesia general en caso de ser necesario. La cama obstétrica normalmente puede modificarse en la parte media para que la madre pueda flexionar las piernas y colocar los pies en los sujetadores para realizar las maniobras de expulsión. También se cuenta con una fuente de oxígeno cercana y un carro de reanimación infantil equipado con medicamentos para reanimación, tubos endotraqueales, laringoscopios, fuente de oxígeno, aspirador, reloj minuterio y cubierta con calor sobre la cabeza. La sala debe ser amplia para poder colocar el equipo adicional que se necesite en caso de anestesia general, aparatos para vigilancia intraparto o cirugía. (Liu y Fairweather 1987).

Este punto de vista asegura que las condiciones hospitalarias son las más adecuadas para que el parto se desarrolle puesto que el médico toma el control del proceso ya que sus conocimientos y habilidades le permitirán hasta cierto punto garantizar el bienestar físico de la madre y el bebé.

El procedimiento de admisión de la gestante en hospitales del sector salud es en general el mismo y consiste en lo siguiente:

La madre se presenta en el hospital y se le realizan una serie de preguntas relacionadas con el horario, frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, lo que permitirá al personal de salud calcular aproximadamente el tiempo que falta del trabajo de parto. También se investiga sobre la ruptura de la fuente en caso de haberse presentado, y la hora de ingestión del último alimento y bebida.

Posteriormente se toman los signos vitales: presión, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y cardíaca, se realiza una medición del útero, se registra la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, se revisa la posición del bebé y su frecuencia cardíaca. Se realiza a la madre una examinación vaginal para valorar:

- 1) Apertura y grado de reblandecimiento del cuello de la matriz;
- 2) Condiciones del saco amniótico (íntegro, roto) y

3) Grado de descenso del bebé .

Con estos datos se obtiene una historia clínica detallada que permite determinar el inicio del trabajo de parto con lo que se determina el internamiento de la paciente, se le otorga ropa del hospital y se le pide que entregue sus pertenencias a un familiar.

Se hace el aseo y rasurado del área genital y si hay suficiente tiempo se realiza un lavado para desalojar el intestino y evitar que el bebé se ponga en contacto con materia fetal, se aplica un suero y se pasa a sala de labor.

La sala de labor es el lugar donde se vigilará tal vez por varias horas el desarrollo del trabajo de parto. En este lugar se valoran constantemente los signos vitales, la aparición de contracciones, el latido cardíaco del bebé y se realizan frecuentemente exámenes vaginales. Cuando la apertura y el reblandecimiento del cuello de la matriz están completos (10 cm) la madre es conducida a la sala de expulsión.

En la sala de expulsión se cuenta con los recursos necesarios para el parto. Aquí se aplica la anestesia¹, se acomoda a la paciente en posición ginecológica. Se realizará nuevamente una limpieza genital con agua y jabón y se cubren su vientre y sus piernas con sábanas estériles.

Después de un período de varias contracciones y de un máximo esfuerzo, se observa el cabello del bebé en este momento el médico realiza la episiotomía², con lo que sale finalmente la cabeza del bebé, el médico sostiene firmemente su cabeza, corta el cordón umbilical y conduce al bebé con el neonatólogo quien aplicará una serie de pruebas.

Una vez que el bebé ha nacido el útero descansa unos momentos, poco tiempo después se contrae nuevamente y expulsa la placenta.

Se revisa la placenta y se cierra la episiotomía.

¹ En entrevistas que se reportaran en trabajos posteriores hay mujeres que explican que no se les pidió autorización para la aplicación de anestesia

² En las mismas entrevistas las mujeres explican que no se les pidió autorización para realizarla, o no se informa de que se realizó

Después se conduce a la madre a la sala de recuperación en donde se revisarán nuevamente los signos vitales, características del sangrado genital, y se pide informes por otras molestias. Si no existen complicaciones se le traslada a su cuarto o a la sala donde permanecerá hasta que sea dada de alta.

La permanencia en el hospital tiene como objeto vigilar la evolución de las funciones básicas y la aparición de posibles complicaciones. Se pone atención a la frecuencia de orinar y evacuar y se procura la higiene general y el aseo genital para la prevención de infecciones. La salida del hospital es variable dependiendo de la unidad médica en donde se atiende y de la presencia de complicaciones. Generalmente son de 24 a 48 horas (Salinas et al 1992).

3.3 Actitud del personal de salud

El avance en cuanto a tecnología médica en este siglo ha sido impresionante, sin embargo se considera que la atención médica fluye a través de la relación entre médico y paciente y la palabra hablada debería ser el recurso más importante en la medicina.

A pesar de la relevancia del papel de la comunicación en la amplia gama de relaciones humanas, todavía llega a considerarse trivial por algunas personas en el área médica. Se pretende lograr el éxito terapéutico poniendo gran énfasis en la exploración física, las pruebas sanguíneas, las radiografías, la ultrasonografía, los medicamentos y las operaciones. Pero si esto se realiza sin llevar a cabo un intercambio significativo de información e ideas o sin comprender y respetar la autonomía del paciente, se modifican algunos aspectos de la atención del paciente y la calidad del tratamiento (Di Matteo s/f).

Específicamente en la atención a mujeres embarazadas y en el momento del parto, esto debiera tener mayor importancia puesto que los estados de ansiedad excesivos provocados por factores externos podrían desencadenar problemas en el curso normal del proceso de parto.

Es indispensable en todo momento una relación médico paciente basada en la confianza. La conformidad y la comunicación de sostén emocional mediante recursos de comunicación no verbal, solidifican la relación médico paciente.

La investigación al respecto ha identificado algunas barreras en la comunicación para que la confianza se establezca. Entre ellas se encuentra: la utilización excesiva de términos técnicos que los pacientes no comprenden, el poco tiempo que los médicos dedican a escuchar a sus pacientes, el desaliento que les causan con desplantes interpersonales como interrumpir, observar el reloj y refunfuñar para indicar molestia; y la falta de descripción en cuanto a los riesgos y alternativas de tratamiento. De manera que el médico toma la mayor parte de decisiones en cuanto a la salud de la paciente (Di Matteo s/f).

Las dificultades de los médicos para empatizar con los pacientes según estos mismos estudios, con el sistema de capacitación, donde se ha encontrado que las habilidades de los estudiantes de medicina para hablar con los pacientes declinan conforme su instrucción médica evoluciona y con el tiempo los médicos pierden el dominio de la salud global de sus pacientes. Se afirma incluso que todos los aspectos de la capacitación médica tienden a suprimir la empatía hacia los pacientes. Esto preserva el concepto tradicional de la relación médico paciente en la que el paciente ocupa un papel pasivo dependiente.

Los estudios sobre la relación médico paciente también muestran que los pacientes desean ser tratados con dignidad y respeto por los médicos. Desean saber cómo la enfermedad y el tratamiento afectan su vida, quieren que sus valores, preferencias y necesidades sean respetadas.

"Los pacientes también desean apoyo emocional y aliento para aliviar sus temores y ansiedades " (Di Matteo pág 141).

Por estas razones se ha propuesto un modelo basado en la toma de decisiones por información en colaboración lo que se ajusta mejor a los pacientes actuales que el antiguo modelo paternalista. Este modelo se basa en una relación de mutua participación entre médico y paciente.

El paciente define el problema con el médico y expresa los logros que espera. El médico también explica la evolución esperada para el paciente y los dos emprenden conductas para el propósito asegurándose de que los dos puntos de vista son comprendidos de manera mutua y completa.

Para llevar a cabo este modelo se requiere de atención y cambio de conducta, lo que implica el reconocimiento de una necesidad de comunicación

eficaz por ambas partes. Los pacientes deben sentir que son vistos por los médicos como individuos independientes y merecedores de respeto. El médico y el paciente deben considerarse como poseedores de autoridad equivalente.

En conclusión, la relación médico paciente puede afectar el resultado del tratamiento. Una comunicación eficaz se ha relacionado con menor tiempo de recuperación, menor uso de medicamentos para el dolor y menor estancia hospitalaria así como mejores cambios fisiológicos en la presión arterial, y mejoría de síntomas (Di Matteo s/f).

Además de las barreras en la comunicación que se han mencionado con anterioridad y que obstaculizan la empatía en la relación médico paciente existen factores externos que intervienen en detrimento de la misma.

Estos factores tienen que ver con problemas más extensos de la sociedad como la organización y prestación de servicios de atención a la salud.

En nuestro país por ejemplo, la disponibilidad de la atención médica depende de la capacidad para adquirirla. Así, quienes cuentan con los medios pueden adquirir cualquier nivel de atención, mientras quienes carecen de recursos tienen que conformarse con los servicios ofrecidos por el gobierno, siendo este último el grupo que impera en nuestra sociedad. La gran demanda en estos servicios han originado ciertas restricciones en el acceso a ellos por ejemplo: los largos periodos de espera antes de la citas y la escasez de los sitios de atención.

Los médicos tienen que enfrentarse en las instituciones de salud a un gran número de pacientes con lo que desatienden ciertas necesidades importantes como la empatía y el apoyo.

Como hemos visto, la evaluación del paciente, implica escucharlo, conocerlo, y establecer un contexto para que el individuo esté dispuesto a manifestarse de manera íntima. Por lo que la calidad de la atención que el médico otorga tiene que ver con su actitud hacia el paciente y también con las restricciones que el sistema de prestación de servicios de salud, le impone para desempeñar su trabajo. Un ejemplo de estos es el papel burocrático que a veces debe desempeñar. Las estructuras burocráticas tienden a fomentar relaciones más fragmentarias e impersonales, así como ambigüedades y conflictos de afinidad, y aunque en teoría podría promoverse empatía, continuidad e interés

humanitario, en realidad se da mayor prioridad a las funciones burocráticas y técnicas. Así, los médicos reciben mayores recompensas por ser buenos administradores e investigadores o por soportar una gran carga de trabajo y no por que ofrezcan atención humana desinteresada, y aunque el médico de las burocracias sea humanitario lo es a pesar de la estructura burocrática y no debido a ella (Mechanic 1982).

Todos estos elementos se encuentran presentes en las instituciones a las que la mujer gestante se acerca para la atención de su salud. En el momento en el que ella llega a solicitar el servicio deposita en el médico el poder sobre su cuerpo lo que le impide decidir sobre ella misma.

Los integrantes del equipo de salud deben ser sensibles para percibir el estado emocional de la mujer y poseer espíritu humano para establecer una relación emocional con la madre como parte fundamental del tratamiento .

Según Pérez (1988) cuando la futura madre ingresa al hospital manifiesta tres necesidades básicas que el equipo de salud tiene que satisfacer: la necesidad de aceptación, autosuficiencia y afecto.

La necesidad de aceptación se manifiesta en mujeres que frecuentemente llaman al médico y tratan de monopolizarlo en un conversación extensa. El deseo de reconocimiento es una parte de la necesidad de aceptación e indica que la mujer quiere que se le preste atención, sepan quien es y se le distinga de entre las demás, para satisfacer esta necesidad de aceptación el equipo de salud debe actuar como orientador de la mujer en su nueva situación, también será el portador de información clara, verídica y precisa de los aspectos que le interesan a su paciente.

La segunda necesidad a satisfacer es la de autosuficiencia, que se refiere al deseo de asumir el poder sobre uno mismo y por lo tanto sobre el propio futuro. Cuando una mujer embarazada presenta problemas que requieren de reposo absoluto, lucha por ser autosuficiente, advierte que otras personas toman las decisiones que ordinariamente tomaba por si misma lo que puede anular su capacidad de tomar decisiones y muchas veces se convierte en una mujer pasiva incapaz y dependiente.

Detrás de este comportamiento suele haber ansiedad, hostilidad y falta de confianza en el equipo de salud. El equipo de salud debe ayudarla a tomar

decisiones sobre su propio tratamiento lo que reforzará su autoestima y sentido de responsabilidad que le permitirá aceptar el tratamiento y lograr su mejoría.

La tercera necesidad básica es la necesidad de afecto que representa el establecer con otra persona un a relación de concesiones basada en simpatía mutua. Esta necesidad la satisface la familia, pero al separarse de ella se busca en el personal de salud para tratar de expresar los temores, deseos y sentimientos.

Es necesario recordar que los problemas perinatales tienen efectos profundos sobre el bebe, la madre y la familia y algunos de estos se pueden deber al manejo inadecuado del estado emocional de la mujer durante la gestación y parto, lo que responsabiliza al equipo de salud a establecer una buena relación con la gestante con el fin de detectar sus necesidades y darle satisfactores apropiados (Pérez 1988).

Hasta este momento se han tomado en cuenta consideraciones generales de la actitud del personal de salud, más concretamente de los médicos y su forma de relacionarse con los pacientes, especialmente en el caso de las mujer en el embarazo y el parto. Pero al mencionar "equipo de salud" abarcamos un entorno más amplio que el personal médico e incluimos a las enfermeras, camilleros, trabajadores sociales, etc. que pueden entrar en contacto directo con la futura madre.

De entre estos personajes destaca uno muy importante que merece especial atención sobre todo al enfocarnos al momento del parto, este personaje es: la enfermera.

Se ha observado que los libros, manuales y publicaciones en general dirigidos a los médicos, están orientados netamente a aspectos técnicos y fisiológicos y en muy pocos casos se encuentran recomendaciones para tratar el factor psicológico o emocional de la mujer, lo que ocurre en forma distinta en caso de los manuales para enfermeras, en donde se presentan algunas aportaciones respecto a lograr cierto clima de empatía en el trato con el paciente, tomando en cuenta sus necesidades. Si bien es cierto que la enfermera suele pasar mayor tiempo con los pacientes y se encuentra en mayor contacto con el médico, puesto que lleva a cabo las indicaciones del mismo; éstas no son las únicas razones, por lo que se le recomienda atender factores emocionales

Castañeda, Hierro y Hernández (1987) argumentan que existen factores más profundos que tiene que ver con su condición de mujer (el 85% de la población de enfermeras es mujer) y también con su condición de profesional en desventaja.

La actividad profesional de la enfermera está ligada socialmente con una extensión del rol femenino; las características maternas de ser sacrificada, abnegada, entregada al servicio de otros, están presentes de alguna manera en los ideales de "vocación y servicio".

No se concibe a la enfermera como una profesional que desarrolla un trabajo que debiera ser justamente remunerado y valorado, sino como una trabajadora de segunda clase. En las instituciones de salud los que planean y deciden son generalmente los médicos, las que ejecutan son las enfermeras.

Estos modelos impuestos a las mujeres suponen la opresión y sumisión de todas ellas al personal masculino de la institución de salud, independientemente de que muchas veces el personal de enfermería posee una preparación, habilidad y experiencia superior a la del personal masculino.

Generalmente se enaltece en el personal de enfermería la vocación, ellas mismas consideran que sólo con vocación se trabaja con la dedicación que se requiere de ellas, puesto que es la única manera de soportar los desprecios que constantemente reciben, puesto que la ubicación social de las enfermeras es de clase subordinada a la de otros profesionales. (Castañeda, Hierro, Hernández 1987).

De esta manera se devalúa la actividad, la profesión, la condición de mujer y también se devalúa la importancia del aspecto emocional o psicológico en los procesos de salud enfermedad.

Esto ocurre también en el momento del parto, puesto que si se recibe algún rasgo de empatía y solidaridad, seguramente será proporcionado por un igual: La enfermera.

Y después de todo:

"Nadie mejor que una mujer para cuidar a otra, sobre todo durante el parto que constituye la culminación del papel procreativo femenino" (Castañeda 1987, pág.7).

CAPÍTULO 4

LA EDUCACIÓN O PREPARACIÓN PARA EL PARTO

Los eventos científicos de los últimos siglos influyeron en todas las áreas de la vida humana, encontrando gran aceptación en la medicina, y particularmente en la obstetricia.

En el presente siglo se difundió de gran manera la hospitalización para dar a luz, puesto que las condiciones higiénicas y tecnológicas hospitalarias brindaban mayor comodidad a la madre y más garantías de supervivencia al recién nacido; sin embargo, se observaron peligros en los medicamentos suministrados para atenuar el dolor al parto, y muchas personas no estaban de acuerdo con la interferencia del área médica en un evento cuyo proceso está guiado por las leyes naturales.

Debido a esto surgieron las alternativas de parto "natural", que en la actualidad se ha diversificado en numerosas perspectivas de psicoprofilaxis obstétrica. La gran mayoría de ellas comparten características similares y han ido evolucionando a partir de los trabajos de Dick Read y Fernand Lamaze, estos autores establecieron las nuevas ideologías aplicadas al parto.

En el presente capítulo exploraremos estas alternativas y otras más evolucionadas y recientes.

4.1 El método Read- parto sin temor.

El trabajo de Dick Read fue conocido como "parto natural" y surgió a raíz del parto de una mujer que se negó a recibir anestesia argumentando "que no le había dolido, no tenía por qué dolerle". ante este comentario Read examinó el mecanismo del parto llegando a la conclusión de que la cultura ha ido transmitiendo a las mujeres una serie de temores y angustias en relación al parto, afirmando que éste es un proceso peligroso y doloroso.

Según Read (Sasmor, 1990) el temor y la anticipación al dolor crean tensiones protectoras en el cuerpo, cuyos mecanismos provocan tensión muscular. Esta tensión influye en los músculos que están cercanos al vientre y obstaculizan la dilatación del canal durante el nacimiento. En consecuencia el temor inhibe y causa resistencia en la salida del útero, como el útero cuenta con terminales nerviosas la mujer percibe dolor causado por la tensión excesiva. Por lo tanto la tensión, el temor y el dolor son tres obstáculos que se oponen a la secuencia natural del parto. La implementación de la teoría de Read implica conocer los medios para vencer el miedo, eliminar la tensión y reemplazarla por una relajación física y mental. Con estas ideas Read identifica ocho factores que son la base de su entrenamiento y son llamados intensificadores de dolor.

El primero de los factores es la anemia. Read constató que la anemia podía hacer que la resistencia general al dolor disminuyera, que si la mujer se siente cansada, exhausta después de hacer actividades ordinarias, deprimida, sin apetito, perderá la resistencia necesaria para las tensiones del parto.

El segundo factor es el cansancio del cuerpo, si la mujer consume muchas energías físicas o emocionales durante el proceso, en la medida que éste avanza le será más difícil resistirlo. El tercer factor lo llama fatiga de la mente y se refiere al ambiente que rodea a la madre, él asegura que la sobreestimulación sensorial interfiere con las capacidades de concentración y aumenta las molestias. El cuarto factor se refiere a la depresión y al desagrado, y asegura que aparece por la ignorancia de las personas que la están atendiendo al no conocer la depresión que aparece conforme va avanzando el proceso. El quinto factor es la pérdida de control la cual aumenta su respuesta a todos los estímulos. El sexto, es la concentración de toda su atención en la sensación de la contracción, lo que aumenta su sensibilidad. El séptimo es la autosugestión como el resultado de experiencias pasadas, o de recuerdos inconscientes, cuando se inician las contracciones los recuerdos personales entran en juego y tienen un efecto directo en la percepción que la mujer tiene del dolor. El último factor es la sugestión y, al contrario del anterior la originan las personas que la rodean, su madre, sus amigas, además de que influyen las actitudes de quien la está atendiendo, la expresión de sus rostros, sus preguntas, la atmósfera que la rodea, todo esto contribuye a que sienta dolor anticipadamente. (Sasmor, 1990).

Read está convencido de que las mujeres llegan predisuestas al parto con base en la información que les ha sido transmitida socioculturalmente y a

la ignorancia de su cuerpo y del proceso, por lo que considera urgente educar a la mujer tomando en cuenta el aseguramiento de la buena salud física y mental de la madre, disminuyendo así las molestias del parto y la necesidad de que el médico intervenga; buscando la satisfacción materna que permita una relación madre-hijo sin recuerdos dolorosos, y a partir de lo cual esté dispuesta a tener más hijos a causa y no a pesar de su experiencia de parto.

Para vencer los obstáculos que se presentan en el parto, Read opina que el médico debe observar con detenimiento la condición física de la embarazada con el fin de prevenir cualquier anomalía que pueda interferir en la salud de la madre o del bebé y conocer de antemano cualquier factor físico que pudiera predisponer un parto difícil para evitar lo más posible la intervención no premeditada.

Read consideraba que se debía educar a la mujer de tal manera que el temor fuera reemplazado por la comprensión y la confianza; instruírlas de manera que pudieran interpretar correctamente sus sensaciones y responder con : "discernimiento, paciencia y control de sí mismas." (Sasmor 1990, pág 51).

Para lograrlo es necesario enseñar a la mujer a relajarse cuando la tensión provoque resistencia y dolor, controlar la respiración de modo que pueda respirar rápida o tranquilamente cuando sea necesario o retener la respiración cuando el médico lo solicite y estar físicamente preparada para mantener el esfuerzo para expulsar en la última etapa del parto.

Read pretende con esto, disipar mitos y proporcionar información cuidadosa y fácilmente entendible para lograr encausar adecuadamente el proceso fisiológico. El autor rechaza la utilización de medicamentos, pero considera que ninguna mujer debe sufrir en el parto y que los analgésicos deben estar al alcance de la mujer por si ella los considera necesarios.

Respecto a las personas que están presentes en el momento del parto son el obstetra y la enfermera, quienes conducirán a la mujer en la utilización del método, en caso de que el marido esté presente también actuará como un guía. Read opina que un esposo no preparado no tiene nada que hacer junto a su mujer.

Como observamos, éste método se basa en la creencia de que el parto no tiene por qué ser doloroso. El entrenamiento incluye información, respiración correcta, relajación y ejercicios concurrentes con la respiración.

El peso y la responsabilidad del método recae en el educador y en quien atiende el parto.

"Si la mujer no está bien preparada y los que la atienden no conocen el poder de la ansiedad, ambas cosas pueden destruir el ritmo natural de dar a luz" (Sasmor 1990 pág 57).

4.2 El método Lamaze- parto sin dolor.

Este método surge para contrarrestar las desventajas del método anterior. Lamaze afirma que el dolor en el parto existe y que se necesita encontrar medidas concretas que sirvan para eliminarlo. El autor intenta eliminar las asociaciones negativas y formar nuevos reflejos condicionados que sirvan para eliminar el dolor asociado a las contracciones utilizando el sistema nervioso de los pacientes. Lamaze argumenta que la reacción de la mujer al parto es producto del aprendizaje y de los reflejos condicionados. Por esto deduce que se puede condicionar a las mujeres para parir sin dolor. La mujer no preparada reacciona con pánico o temor al parto, a medida que las contracciones se intensifican la mujer piensa exclusivamente en el dolor y reacciona al mismo, perdiendo la capacidad de relajarse y contribuir favorablemente al proceso. En la preparación técnica de Lamaze la mujer practica ejercicios de relajación y formas de respiración que aplicará en el momento del parto (Williams en: Malinowsky, Burbin, Lederman y Williams 1980).

Para la implementación de su método, Lamaze toma como base la teoría del reflejo condicionado, y explica que el sistema nervioso actúa en su nivel más básico como un mecanismo de estímulo-respuesta. Cualquier estímulo que toca el cuerpo humano es transmitido al cerebro por los órganos de la percepción sensorial. Cuando el estímulo llega al cerebro, desata un foco de actividad, activando un grupo de células nerviosas. Los focos de actividad estimulan directamente funciones de reflejos absolutos. Si se disparan dos centros de actividad al mismo tiempo y esto se repite muchas veces se

establece una conexión entre los dos focos. Esta conexión produce en el cerebro un canal o camino entre los dos focos de tal manera que si uno se activa con su estímulo, el otro se activa también aunque su estímulo no esté presente. En consecuencia un foco activa al otro.

Esta intercomunicación entre los focos es temporal, inducida artificialmente por las circunstancias prevalecientes y hace posible que el sujeto se adapte a las circunstancias. Este enlace es lo que se llama reflejo condicionado.

De este modo la respuesta de dolor al parto según Lamaze es un reflejo condicionado susceptible de ser cambiado. El dolor en el parto depende del estado funcional del cerebro, influenciado por los reflejos condicionados creados por la educación anterior, formal e informal y por las explosiones emocionales provocadas por las palabras que sirven como guía para reorganizar las actividades de la mente y responder al trabajo de parto.

Lamaze define la psicoprofilaxis como la prevención del dolor mediante el uso de la palabra, y con su método intenta abolir el dolor previniendo su inicio y su desarrollo por medio del conocimiento de su origen. En la mujer que no ha sido entrenada están presentes conexiones condicionadas en el cerebro con los centros de dolor sin inhibición recíproca para responder.

La mujer entrenada ha trabajado para destruir el condicionamiento dañino y para reforzar las inhibiciones recíprocas a un nivel tal que pueda cerrar los caminos a los estímulos de dolor.

Lamaze implementa ejercicios de respiración y los justifica diciendo que permiten a la mujer apreciar de forma consciente la relación entre los órganos que intervienen en el proceso de parto: los ejercicios de respiración dan un entrenamiento físico creando una buena tensión muscular, un buen control, y favoreciendo una oxigenación adecuada. La técnica de respiración que se utiliza es una respiración acelerada y superficial, combinada con una relajación muscular consciente de los músculos, particularmente los del abdomen, los de la base de la pelvis y los músculos de los hombros, la espalda y las nalgas.

Lamaze afirma que el método psicoprofiláctico es un sistema analgésico. Por lo tanto, la anestesia obstétrica y la analgesia son innecesarias cuando el

método se aplica bien, y sólo deben ser usadas cuando el médico o la enfermera se dan cuenta de que hay dificultades.

Entre los aspectos que Lamaze considera necesarios para el éxito del método se encuentran el material y equipo necesario y el personal dispuesto a ayudar a la mujer en el parto. Es indispensable para la madre que todo el personal con el que entra en contacto conozca perfectamente el método, y esté debidamente calificado. (Sasmor, 1990).

4.3 Otras orientaciones.

Como hemos visto, la psicoprofilaxis obstétrica surgió inicialmente con el fin de reducir e incluso eliminar el dolor ligado al parto; para algunos autores, el gran mérito de Read y Lamaze reside en identificar el miedo y el dolor determinados por múltiples factores y haber mostrado que la mujer debe tener una participación más activa en el evento.

Con el transcurso de los años han aparecido nuevas orientaciones que toman en cuenta la importancia de los factores considerados por Read y Lamaze e incorporan aspectos de la esfera emocional de la mujer, este es el caso del método RAT (entrenamiento autógeno respiratorio) aplicado a la psicoprofilaxis obstétrica.

Cristina Hovart (1993) nos habla del método aplicado a numerosas madres, y que ha sido diseñado en dos partes, una parte teórica y otra aplicada. La parte práctica trata sobre la educación neurofisiológica que interesa a los últimos dos o tres meses del embarazo, enseñándole a la mujer el sistema de dar a luz de la mejor manera fisiológicamente y con disminución del dolor apoyados en el entrenamiento RAT.

La parte teórica trata de nociones de higiene, cuidados, alimentación, anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

En estos cursos participan profesionistas interesados en la salud de la madre como: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, pero, para la autora el elemento más importante es el psicólogo.

Las gestantes que acuden a los cursos están divididas en grupos de doce personas cuando mucho y se convocan a partir del séptimo mes de gestación.

La parte práctica abarca ejercicios que la gestante debe practicar también en su casa, entre los cuales aparecen la relajación activa y progresiva y la respiración autógena.

La respiración autógena es la parte central de la práctica y consiste en una respiración muy lenta y profunda, parecida a la que se da durante el sueño. Esta respiración tiene una función importante, pues protege el estado de completo relajamiento de la madre de cualquier situación de estrés físico o psicológico, esta respiración cada vez se hace más lenta y más profunda y es capaz de enfrentarse a los dolorosos estímulos de las contracciones, manteniendo el estado de relajación incluso en este caso.

Desde este punto de vista la futura madre comenzará a descubrir dentro de sí misma y de manera espontánea los medios que le permitirán vivir mejor el nacimiento de su hijo. La participación activa no es concebida como realizar determinadas posturas o actitudes, sino reforzar en la mujer su propia autonomía.

"La toma de conciencia de que ella puede hacerlo y superar esa prueba de reacción al dolor (Hovart 1993, pág. 217).

La parte teórica se imparte en charlas que duran una o dos horas una vez por semana y se procura que las gestantes que participan en los grupos tengan fechas probables de parto que sean similares.

Las charlas están encaminadas a generar una relación de confianza para que cada madre participe activamente mediante discusiones, aclaraciones, etc. Que abordan los siguientes temas:

- o Conceptos de anatomía y fisiología de los órganos de reproducción de la mujer.
- o Conceptos de fisiología del sistema nervioso, para poder interpretar el método.

- Fisiología de la contracción muscular.
- Fisiología de la respiración.
- La dilatación del parto, algunos elementos de patología obstétrica y el parto.
- Lactancia, higiene y hábitos de vida adecuados.
- Elementos de puericultura (tratados por un pediatra).
- Proyección de películas y diapositivas.
- Eventuales visitas al materno infantil o clínica para familiarizarse con el lugar donde se va a dar a luz.
- Coloquio con las asistentes al curso garantizando así una completa comprensión de los conocimientos tratados con anterioridad.

- Participación del marido en algunas charlas (convenientemente dirigidas al bebé y a la mujer).

Además de estas charlas se concertan entrevistas con otras mujeres que ya han parido, para conocer su experiencia, especialmente si esta mujer formó parte del grupo y por lo tanto ya existe una relación de mayor confianza entre ella.

Para el momento del parto se debe de crear un ambiente de tranquilidad por lo que se trata de sensibilizar al marido y a todas las personas que rodean a la gestante, tomando en cuenta que en ella se presentarán dos fuerzas: vida-muerte, y que estas fuerzas generan sentimientos ambivalente, y que la madre pasa por muchos miedos, desde el miedo a la malformación y al aborto, hasta el miedo a la separación.

El personal que está en contacto con la madre debe crear este ambiente agradable, sobre todo en las salas de trabajo de parto donde la tranquilidad psíquica de la mujer y su concentración no deben ser alteradas.

Durante el embarazo, la mujer debe afrontar diferentes conflictos que podrían interferir en la plena aceptación del hijo, con el fin de disminuir la ansiedad relacionada con estos conflictos se implementa, además de la práctica del RAT, una serie de charlas grupales en las que la madre puede expresarse y recibir el apoyo del grupo, para elaborar mejor la ansiedad.

Este método de entrenamiento psicoprofiláctico también toma en cuenta el puerperio o post-parto, por lo que también se organizan charlas para este período en donde el centro de atención está más dirigido al hijo que a la madre. En las charlas de puerperio nuevamente se le da la oportunidad a la madre de expresarse y recibir el apoyo del grupo (Hovart, 1993).

Otra orientación reciente sobre el parto, es la propuesta por Sheila Kitzinger (1996) y que se refiere al nacimiento en casa a partir de un giro radical en la concepción del parto mismo. La autora aborda la problemática del contexto hospitalario y sus efectos en la experiencia del parto para la mujer, esta postura otorga especial importancia al entorno en el que se desarrolla el parto, las personas que participan en él y cómo es su participación.

El nacimiento en casa parte de la creencia, de que el parto es una función normal y fisiológica, una expresión más de salud que de enfermedad; y que esta expresión de salud toma características específicas en cada caso particular.

La autora explica que por lo general se cree que el parto en el hospital es más seguro que en cualquier hogar, sin embargo, aunque existen hospitales excelentes donde un bebé de alto riesgo tiene todas las posibilidades de nacer con seguridad, también existen otros en los que el personal está mal formado, el equipamiento es mediocre, la organización mala y en los cuales la progresión del parto no es supervisada de una forma adecuada y a la mujer se le deja sola durante mucho tiempo sin que nadie se preocupe de lo que sucede.

La estandarización de los procesos hospitalarios es una gran barrera para el desarrollo positivo del evento, puesto que no se pone atención en cada caso particular sino que se aplican las técnicas indiscriminadamente como proceso de trabajo en cadena por la gran demanda de los servicios de salud pública.

El nacimiento en casa más que una teoría o un método de preparación para el parto ofrece una alternativa diferente en la concepción del parto, del papel de la mujer y de la familia que va a recibir al nuevo miembro. Y ubica a la mujer en su territorio de dominio, su hogar, en el que cada rincón es concebido como suyo, y en el que ella se siente más libre para tomar las decisiones que competen a su propio cuerpo y a su hijo. (Kitzinger 1993).

La autora hace críticas al sistema hospitalario argumentando que la mujer que ingresa en un hospital es sometida a numerosas intervenciones que tienen lugar de forma rutinaria y que no en todos los casos son necesarias ni justificables ejemplos de ello son: la inducción al parto, la estimulación del útero con fármacos una vez iniciado el parto, el rompimiento artificial de membranas, el empleo de grandes cantidades de medicamentos analgésicos y la monitorización electrónica continua del feto. Además de la futura madre está rodeada de extraños que "hablan de ella pero con ella" y en quienes deposita el control de la situación.

Las condiciones hospitalarias pueden resultar estresantes para las mujeres puesto que están en un sitio extraño, y este estrés puede interferir con la fisiología del parto afectando la situación del niño y de la madre antes y después del parto.

"Cuando se le somete a estrés, nuestro organismo puede producir catecolaminas u hormonas del estrés como la adrenalina y la noradrenalina. Si el estrés es excesivo o si dura demasiado, el organismo agota sus recursos y pierde la capacidad de adaptarse al estrés.

Cuando los niveles de catecolamina crece de forma anormal en una mujer que está pariendo, el útero se contrae con menor eficacia, las contracciones se vuelven más débiles o espasmódicas, la dilatación del cuello es más lenta y el parto dura más.

Cuando no hay estrés añadido, la dura tarea de parto, la excitación de la madre, la movilización de sus fuerzas para soportar las contracciones según van siendo cada vez más fuertes, más duraderas y más cerca una de la otra, son buenas para el niño. El feto también fabrica sus propias catecolaminas y, cuando su nivel es normal, estimulan la producción de prostaglandinas y aumenta la absorción de oxígeno. La sangre se retira de cerca de la superficie cutánea para atender a los órganos vitales del bebé (corazón, cerebro e hígado) y se movilizan los depósitos de energía, listos para el parto. Las catecolaminas protegen al feto de los efectos de la reducción del flujo sanguíneo a la placenta que se produce cuando las contracciones son máximas. También ayudan al bebé a adaptarse a la vida fuera del útero; facilitan la absorción de líquido en los pulmones, capacitan al bebé para que produzca su propio calor y dan lugar a la situación de alerta y atención. Pero si la madre se ve

sometida a un gran estrés durante el parto, las catecolaminas suben por encima del nivel fisiológico, con el resultado de que la sangre que le llega al útero y al bebé a través de la placenta está menos oxigenada." (Kitzinger Op. Cit. Pág. 18)

Tomando en cuenta lo anterior, la autora argumenta que las mejores condiciones para que se desarrolle el parto se pueden encontrar en el hogar de la familia que espera al nuevo miembro y que la mujer debe ser asistida por una partera y debe ser acompañada por su pareja, quienes ya han formado un vínculo afectivo importante con la madre ya que esto le será de utilidad en los momentos de mayor trabajo en el parto.

La mujer que decide tener el parto en su casa puede acceder más efectivamente a una red de apoyo emocional al ser acompañada por su pareja, quien juega un papel no solo de entrenador, sino como un verdadero sostén afectivo lo que conduce a la pareja a una unión más íntima como familia.

Para Kitzinger (Op. cit.) en los hospitales se interrumpe la vida familiar por que si la madre tiene otros hijos, los niños pequeños, en muchos de los casos no son admitidos en las habitaciones para ver a su madre, de modo que cada integrante de la familia puede verse desplazado, aislado, separado del resto de ella.

A este respecto El nacimiento en casa ofrece a la familia que ya tiene hijos e hijas, compartir la experiencia del parto, en un ambiente más cálido y acogedor sin la separación de su madre, esto le otorga la libertad al niño para entrar a ver a la madre y salir cuando le plazca. Para que esto suceda debe contarse con una persona que tenga relación cercana con la familia y especialmente con el niño y que desee hacerse responsable de él.

En la casa, la familia sigue el curso normal de su existencia y hace lugar para compartir la experiencia de la llegada de un nuevo miembro, formando un vínculo amoroso con él desde el primer momento.

El papel de la persona que asiste el parto (partera, médico) también es diferente en este enfoque por que se establece un vínculo con ella desde el seguimiento del embarazo y debe estar caracterizado por la confianza apoyo y respeto. Además se considera importante que se sienta cómoda en el hogar de la parturienta y que se le proporcione lo necesario para descansar y

alimentarse durante el tiempo que conviva con la familia. Y se resalta la importancia de la partera al ser mujer y poder sintonizar con los sentimientos y deseos de la parturienta.

4.4 Fundamentos y críticas.

Hasta este momento hemos revisado cuatro posturas diferentes que proponen alternativas para el momento del parto y que están basadas en su propia concepción de lo que es el parto, el papel que juega la mujer, el papel del médico y de la familia. Todos ellos tratan de responder a las necesidades de la mujer en ese momento, y los tres primeros enfatizan en tres aspectos:

- Proveen a la mujer de información sobre la reproducción humana, descripción detallada de los procesos de trabajo de parto y del parto mismo.
- Proveen de algún método de relajación controlada.
- Enfatizan el aprendizaje de técnicas específicas de respiración como respuesta a las sensaciones que acompañan el trabajo de parto.

Estos factores son considerados tomando como referencia las respuestas humanas a la situación de tensión. De modo que la educación para el parto se centra en la adaptación a la tensión, puesto que la ansiedad puede interferir el trabajo de parto y por lo tanto es conveniente disminuirla.

Sasmor (1990) realiza un análisis de los procedimientos de preparación para el parto y concluye que para lograr la adaptación a la tensión el primer paso en la preparación consisten en suministrar datos apropiados y adecuados sobre el proceso de trabajo de parto y el parto y lo que puede suceder en los momentos en que se ingresa al hospital. Esto ayuda a disminuir la tensión provocada por algo desconocido y crea una actividad mental positiva ante la nueva situación. Esto convierte a la situación en algo predecible y crea una sensación de control.

El segundo paso para preparar a la madre embarazada según Sasmor (Op.cit) es asignarle un programa regular de ejercicios. En el que hay dos clases: el primer tipo de ejercicios están encaminado a la adaptación física y son previos a la relajación controlada. Estos ejercicios son moderados y se realizan diariamente. El segundo tipo de ejercicios, son de control neuromuscular y están diseñados para desarrollar una respuesta específica y hacerse capaz de relajar una serie de músculos de forma selectiva. Estos ejercicios son un foco de atención que ayuda a la mujer a conservar las energías y evitar la fatiga.

El tercer paso en la preparación para el parto es tener patrones de conducta para usarlos como respuesta a las sensaciones que se tienen con las contracciones. En esto se incluye la relajación controlada con la respiración y masajes. Al responder conscientemente a cada contracción con una conducta aprendida, se altera la sensación de dolor y la mujer tiene mayor control sobre su propio cuerpo y sobre sus reacciones lo que aumenta el sentimiento de confianza en sí misma y hace más agradable la experiencia.

El efecto total de la preparación suministra mecanismos de respuesta en tres planos. Desde el punto de vista psicológico, la mujer trabaja en actividades específicas durante el parto, para tener una actitud positiva, y el marido actúa como entrenador y como sostén emocional. Desde el punto de vista fisiológico la mujer está menos angustiada, disminuye la cantidad de oxígeno que tiene su cuerpo al conservar sus energías y no gastarlas en la angustia excesiva. Desde el punto de vista biológico la mujer puede adoptar posturas diferentes de acuerdo a la información que posee a cerca de su anatomía y fisiología del parto (Sasmor, 1990).

La preparación para el parto ofrecida por Read y Lamaze basa sus aportaciones en buscar la forma en que la mujer sea educada en los aspectos que competen a su propio cuerpo y que aprende a controlar, mejorando la confianza en sí misma, para que colabore con el equipo de salud.

Estos métodos parten del punto de vista de que hay una relación estrecha entre los factores psicológicos y fisiológicos, y que deben ser modificados para lograr un parto sin temor.

Entre las principales críticas hacia ellos encontramos la postura de Eva Giberti (1992), quien explica que la implementación de éstos métodos se

realiza bajo la óptica masculina, es decir, que estos métodos son contruidos a través de los ojos de los hombres, y más aún de los hombres médicos.

En el análisis del parto sin temor, la autora plantea un ejercicio de lógica afirmando que el hablar de Parto sin temor, contempla la existencia de un parto con temor, que sería el dado naturalmente, que se puede evitar el temor como resultado de la preparación psicoprofiláctica, y que la corrección del parto con temor sería precisamente el parto sin temor.

Los temores de que se habla en el momento del parto tienen que ver con la muerte del hijo o la propia muerte de la madre, las malformaciones en el bebé o el temor al dolor. Estos temores se producen en el embarazo e influyen en el parto. Transformar a las mujeres en seres sin temor es una tarea que está a cargo de profesionales masculinos inventores de la técnica. Pretendiendo que la mujer logre parir sin temores ni sufrimientos, y también sin molestar, sin quejarse, sin desordenar y colaborando siempre con el personal médico que posee todo el conocimiento. De modo que a la mujer no se le ofrece el parto con valor, en oposición al temor, por que hablar de valor implica hablar de coraje y determinación a pesar del sufrimiento y estas características chocan con la imagen social de la mujer que debe ser frágil, débil, temerosa, dependiente y ayudada por el hombre (Giberti 1990).

En el caso de las dos perspectivas revisadas posteriormente bajo el rubro de "Otras orientaciones", estas son propuestas que ofrecen una visión más integral del proceso incorporando todos los aspectos del ser humano y de la mujer, en el caso del método que aplica el entrenamiento RAT, no se niega el temor o el dolor, ni se trata de luchar contra ellos, más bien se intenta que la mujer elabore sus angustias, temores y conflictos a través de un proceso de terapia de grupo paralelo al entrenamiento fisiológico. De modo que se logra que la mujer exprese sus sentimientos ambivalentes sin ser censurada por tenerlos o por externarlos, considerando que van a estar presentes a lo largo de toda la gestación y especialmente en el momento del parto. El objetivo de éste método entraña el otorgamiento de mayor autonomía a la mujer para vivir su vivencia del parto con las características particulares de ella como individuo.

En el caso del nacimiento en casa, la perspectiva da un giro total y cuestiona la concepción del parto. Ofrece una alternativa que revaloriza la capacidad de la mujer de controlar un evento en la intimidad de su hogar, esta perspectiva incorpora la participación de la pareja y de toda la familia,

enfatisando la importancia de los vínculos afectivos como apoyo emocional para la madre. Para elegirlo como opción es necesario llevar a cabo un control desde el inicio de la gestación evaluando las condiciones físicas y psicológicas de la madre con el fin de detectar los riesgos y en caso de no presentarse ninguno poder sugerir el nacimiento en casa como alternativa para la madre.

La propuesta de Kitzinger del papel de la partera tiene similitud con el que desempeñaba la partera azteca según lo revisado en el capítulo dos. Y hace énfasis en centrar el proceso de parto en las necesidades de la mujer logrando que trabaje con su cuerpo, más que en contra de él. Además favorece la participación activa de la pareja y la relación con los otros hijos permitiendo mayor cercanía entre éstos y el bebé.

CAPÍTULO 5

LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROCESO DE PARTO

La importancia de los factores psicológicos que intervienen en el momento del parto hacen necesaria la intervención del Psicólogo a diferentes niveles. El primero de ellos es la investigación puesto que la revisión teórica nos muestra que se ha pasado por alto lo que sucede con la mujer en dicho proceso.

5.1 Los métodos cualitativos como una alternativa en la investigación del proceso parto.

Para llevar a cabo la investigación en cuanto a la maternidad en general y al proceso de parto en particular es necesario emplear métodos que reconozcan la complejidad de estos eventos.

Los métodos cualitativos de investigación permiten comprender los fenómenos psicológicos más allá de las relaciones directas, entre causa y efecto. Y más allá de basar la investigación en la recolección de datos y la explicación de los mismos, estos métodos pretenden conocer la naturaleza de los acontecimientos tomando en cuenta: por un lado el significado de las acciones humanas en el contexto a partir de las estructuras biológicas, psicológicas y sociales que los conforman y a través de las diferentes formas de expresión de la vida humana como el lenguaje verbal, no verbal, escrito, etc. Por otro lado, el punto de vista del participante inmerso en el contexto de las estructuras antes mencionadas (Martínez, 1991).

El investigador cualitativo busca la comprensión de los fenómenos a través de métodos que generan datos descriptivos a partir de los cuales se desarrollan conceptos, procediendo de forma inductiva y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas (Taylor y Bogdan 1988)

Taylor y Bogdan (Op. Cit.) identifican las siguientes características en la metodología cualitativa :

- El diseño de investigación es flexible.
- Se contempla un punto de vista holístico, es decir las personas y los escenarios son considerados un todo.
- El investigador trata con sus informantes de forma natural, y es sensible a los efectos que causa en las personas que estudia.
- El investigador aparta sus propias creencias, perspectivas y suposiciones.
- Para el investigador todas las perspectivas son valiosas.
- Los métodos cualitativos son humanistas por que aprenden sobre conceptos de la vida interior de las personas.
- La investigación cualitativa considera que todos los escenarios y todas las personas son dignas de estudio.

Los métodos cualitativos buscan datos descriptivos utilizando técnicas como la observación participante o la entrevista, la cual sigue el formato de una conversación normal y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. La entrevista es una relación interpersonal que tiene como objeto obtener información oral y permite captar información abundante y básica sobre el problema.

Como podemos observar los métodos cualitativos nos proporcionan amplias posibilidades para conocer el punto de vista del participante especialmente en temas en los que intervienen factores intensos de la experiencia a nivel físico y psicológico, como en el caso del proceso de parto.

El hablar de la experiencia del parto desde el punto de vista de la protagonista, es traspasar la línea de intimidad de la mujer y tocar aspectos de su conformación como tal. La investigación cualitativa puede acercarnos a conocer la vivencia de la mujer y los significados que ella le otorga.

Puede decirse que durante el proceso de parto entran en juego tres aspectos principales: el físico (sensaciones del cuerpo y reacciones fisiológicas), el de pensamientos (lo que la madre piensa de lo que le sucede físicamente) y el emocional (lo que la madre experimenta en cuanto a sus estados de ánimo y emociones). Y, estos aspectos están

estrechamente vinculados con conceptos contruidos culturalmente como el ejercicio de la maternidad, los rasgos de la femineidad, las creencias en torno al cuerpo de la mujer y lo que el evento específico del parto significa.

El punto de vista cualitativo permite analizar el evento del parto a partir de la experiencia de la mujer, a través de la entrevista, tomando en cuenta los significados que le han sido transmitidos culturalmente en su conformación como mujer.

En el planteamiento anterior se hace énfasis en dos aspectos importantes en el tema de la maternidad : la cultura y el significado.

La presencia e intervención de la cultura a través de creencias, acciones y sentimientos en el momento del parto deriva de las explicaciones expuestas en el capítulo uno acerca de la conformación de la identidad femenina. Puesto que el evento biológico de parir un hijo no se da en un vacío sociocultural; al contrario, marca el inicio y definitividad del rol maternal, a partir del cual se adquiere la condición de femineidad en su máxima expresión.

Y este hecho corrobora la postura de autores como Bruner (1990) al aducir que las verdaderas causas de la acción humana son la cultura y la búsqueda de significados dentro de la cultura ; el sustrato biológico no es la causa de la acción sino una condición o restricción para ella.

Ejemplificando en el caso de la maternidad, no es que la presencia del sistema reproductor femenino orille a la mujer al deseo de ser madre; sino que el significado de la maternidad en el contexto social en el que se desenvuelve, y para el cual se ha reglamentado las acciones, pensamientos y sentimientos que le corresponden como género, la llevan a ejercer su capacidad reproductiva.

Los seres humanos participan en la cultura y desarrollan sus potencialidades a través de ella lo que hace imposible construir la psicología humana basada sólo en el individuo (Bruner, 1990).

"Una psicología sensible a la cultura está y debe estar basada no solo en lo que la gente hace, sino también en los que dicen que hace y en lo que dicen que los llevó a hacer lo que hicieron. También se ocupa de lo que

la gente dice que han hecho otros y por qué. Y sobre todo se ocupa de cómo dice la gente que es su mundo" (Bruner 1991 pág. 31).

Para el autor esta psicología sensible recibe el nombre de psicología popular, entendida como un sistema mediante el cual la gente organiza su experiencia, conocimiento y transacciones relativas al mundo social. Y es de naturaleza narrativa puesto que trata de agentes humanos que hacen cosas basándose en sus creencias y deseos, que se esfuerzan por alcanzar metas y encuentran obstáculos que les superan o que los doblegan, todo lo cual ocurre en un período prolongado de tiempo.

De modo que el acceso a los significados culturales son las narraciones y las diferentes formas de expresión y lenguajes.

Al centrar la atención en lo que la gente dice que es su mundo nos encontramos con una serie de significados en el sentido de la relación que existe entre un sistema de signos y su referente. Estos significados van más allá de la palabra o del tipo de lenguaje que se emplee.

En el caso de la maternidad y el momento del parto la investigación cualitativa a través de la entrevista proporciona un ambiente narrativo que permite derivar los signos, referentes y por ende, significados construidos a partir de una experiencia de sensaciones físicas, emociones y pensamientos.

La importancia de estudiar la experiencia del parto y el significado de la misma para la mujer, está vinculado con la posibilidad de ampliar el conocimiento sobre el momento en que la maternidad y sus implicaciones culturales toman una forma real y palpable, lo que permitirá elaborar estrategias de intervención integral considerando las necesidades psicológicas de la mujer en tal experiencia previniendo repercusiones posteriores en su salud física y psicológica.

5.2 Aspectos de interés en la investigación sobre parto y maternidad.

Tomando en cuenta las características de los métodos cualitativos y el tipo de datos que pueden proporcionarnos, se proponen algunos aspectos hacia los cuales puede estar dirigida la investigación. Enfocando la atención a los significados que otorga la mujer a la vivencia del parto a partir de la influencia de los factores que intervienen en él. La investigación puede enfocarse a conocer, describir o explorar:

1.-Cuáles son los significados que la mujer le otorga al período del embarazo y cómo se relaciona esto con el momento del parto. Además indagar qué tan importante es para la mujer la adquisición de información acerca del desarrollo del embarazo y los cambios que se presentan en él explorando cómo esto afecta la concepción que tiene de ella misma dentro del proceso, de lo que debe o no hacer y si esto desemboca en prácticas específicas de autocuidado.

2.-Cuáles son las expectativas que la mujer tiene del momento del parto, tomando en cuenta sus creencias culturales acerca del parto y la atención que espera recibir del equipo de salud. Y la influencia de éstas en el significado de la experiencia.

3.-Qué sensaciones acompañan el momento del parto. Haciendo énfasis en lo que experimenta la mujer físicamente y el impacto que esto tiene a nivel psicológico. Así como, cuál es el significado que tiene el parto para la mujer tomando en cuenta la experiencia física y emocional. Esto a sabiendas de que los cambios físicos influyen en los factores psicológicos y viceversa.

4.-Cuáles son las necesidades emocionales específicas de la mujer antes durante y después del parto. Tomando en cuenta el momento en que la mujer ingresa a los servicios de salud para ser atendida, lo que ocurre durante su estancia en estos servicios y lo que ocurre después del parto hasta el momento en que abandona la clínica u hospital.

5.-Cómo es el contacto con la familia durante todo el proceso desde el ingreso y hasta la salida del Servicio de salud. Tomando en cuenta quienes son los familiares que se involucran y como esto afecta la experiencia de la mujer.

6.-Cuál es el papel de la pareja, ya que es necesario que se estudie su participación en el evento reproductivo en general y específicamente en el momento del parto tratando de encontrar cuales son las creencias que el hombre tiene a cerca del parto, de la postura que él debe tomar ante el evento y el papel que desempeña la mujer. Y relacionar esta información con la experiencia de la mujer

7.-Cómo influye el contexto en el que se desarrolla el parto, en la experiencia de la mujer. Este punto ha sido parcialmente investigado a nivel rural en México, sin embargo estas investigaciones hacen énfasis más en el factor cultural o en las tradiciones y mística que encierran, que en lo que significa para la mujer. Y se ha dejado de lado en muchos casos el contexto hospitalario. Dentro de los hospitales, se requiere conocer cómo influyen las relaciones interpersonales que se establece con el personal de salud en el estado emocional de la mujer.

8.-Determinar cómo afecta la vivencia de la mujer la interacción entre ella y otras mujeres en las salas del proceso de parto y los factores emocionales que se desencadenan en el mismo. Tomando en cuenta que en la mayoría de los hospitales públicos las mujeres comparten los espacios debido a la gran demanda de los servicios.

9.-A partir de las problemáticas sociales y económicas que se viven en México y la afectación de estas en las condiciones hospitalarias que rodean al parto en las instituciones de salud pública, es necesario conocer lo que significa para las mujeres enfrentarse a estas condiciones y como esto afecta su vivencia.

Además de los factores anteriores encaminados a la mujer específicamente, puede realizarse investigación hacia aspectos más generales que rodean la maternidad y que intervienen también de diferente forma en el proceso de parto. Entre estos aspectos la investigación puede estar dirigida a lo siguiente:

a).-Cuáles son las creencias del personal de salud a nivel personal y profesional respecto del papel que la mujer debe jugar en el proceso de parto y el papel que debe desempeñar el personal. Tomando en cuenta las características de cada tipo de personal (médicos, enfermeras, trabajadores sociales) y el género al que pertenecen. Puesto que en la revisión teórica se observaron algunas diferencias importantes.

b).-Cuáles son las políticas institucionales que enmarcan la atención del parto en México, tomando en cuenta las creencias sociales en las que se fundamentan y la implementación de los métodos aprobados por el Sector Salud. Es decir, la forma en que se ponen en operación estas creencias a través de los métodos que se siguen en los hospitales.

c).-La investigación psicológica enfocada a la paternidad, la participación actual del hombre y los significados que él atribuye al evento así como cuál es la postura de las instituciones y el personal ante la presencia o deseo del padre de acompañar a su pareja y el trato que se le da en cuanto a la información del estado de la madre y el hijo.

Y cómo esto afecta a la pareja de forma global y a cada uno individualmente en la experiencia de la paternidad-maternidad.

d).-Si existe influencia de factores como la edad, escolaridad y ocupación de las mujeres en sus creencias y los significados que otorgan a la maternidad y el embarazo; y si esto tiene interviene en el momento del parto.

e).-Cómo ha sido la implementación de métodos de educación o preparación para el parto en México. A nivel público y privado y los resultados obtenidos de acuerdo a estos en las mujeres mexicanas.

f).-Cuál ha sido la participación del psicólogo en las instituciones de salud y el trabajo que desempeña específicamente en cuanto a maternidad y salud reproductiva.

Como podemos observar el campo investigativo de la psicología al hablar de maternidad es muy extenso y puede ser abordado desde diferentes enfoques realizando investigación en las instituciones para poder determinar los factores que intervienen en los procesos de embarazo, parto y post parto, con la idea de poder mejorar los servicios a los que accede la población.

De la investigación depende en gran medida la posibilidad de crear programas reales que atiendan a las necesidades de las madres mexicanas en la actualidad. Y a partir de esto el psicólogo puede intervenir en cuanto a la maternidad dada su capacidad de comprensión del fenómeno tomando en cuenta los factores que acompañan el parto:

En primer lugar (sin el afán de otorgar mayor importancia a un factor que a otro) el desarrollo físico que tiene lugar en el cuerpo de la mujer; los cambios hormonales, estructurales y fisiológicos que se presentan en la futura madre, y que cambian las sensaciones corporales.

En segundo lugar, los aspectos psicológicos que enmarcan la maternidad al tener que enfrentarse a dichos cambios y reestructurar su autoimagen y su estilo de vida. las condiciones en que se presenta el embarazo (si es o no deseado). El papel que juegan el miedo y el dolor en el proceso de parto.

En tercer lugar los aspectos sociales que rodean a la maternidad y que ejercen presión sobre la mujer para que aparezca en ella el deseo de desempeñar el rol de madre. además de las creencias culturales mexicanas respecto del embarazo y parto. Y la condición social actual de la mujer en México.

En cuarto lugar las condiciones hospitalarias que imperan en el país y su influencia en la atención que se le presta a la gestante durante el embarazo y en el proceso de parto.

La consideración de estos aspectos nos lleva a visualizar la labor del psicólogo en diferentes planos.

Uno de ellos es la prevención, a partir de la investigación el psicólogo puede implementar programas dirigidos a las gestantes en los que se trabaje de forma interdisciplinaria con el personal que actualmente tiene a su cargo esta área.

En estos programas puede desarrollarse atención individualizada y grupal a las mujeres a través de cursos o talleres durante el embarazo para proveerlas de información de su interés acerca de la evolución del embarazo y el parto; e implementar sesiones que le permitan a la mujer abordar los factores psicológicos que se presenten en cada momento del embarazo, como: el afrontamiento de la maternidad, los cambios en la imagen corporal, los miedos, la participación de la pareja y la familia en general, expectativas del parto y post parto, entre otros.

Además de estas actividades durante la gestación se puede capacitar al personal de salud (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, personal

administrativo) que está en contacto directo con la gestante, para que tome en cuenta dentro de su actividad diaria los factores psicológicos que rodean al embarazo.

Respecto al parto, el psicólogo podría trabajar directamente con la mujer en todo el proceso desde su ingreso al centro de salud. sin embargo la demanda de los servicios en México y las condiciones económicas en que estas se dan haría difícil el contar con un psicólogo por cada madre. Ante esto nuevamente podemos recurrir a la capacitación del personal para que pueda atender las necesidades emocionales de la mujer en ese momento, sin olvidar la importancia del apoyo que puede proporcionar la familia y en especial la pareja.

Un aspecto clave es la formación de los profesionales, puesto que se considera que la sensibilización de todo el personal de salud respecto a la importancia de los factores psicológicos en el trato de la mujer durante el parto podrá mejorar el contacto que éstos establecen con su "paciente" lo que redundará en beneficios inmediatos en el desarrollo del parto, y en la experiencia de la mujer en dicho evento.

La participación del psicólogo en el evento reproductivo puede extenderse hacia diferentes actividades enfatizando la importancia mejorar las actitudes hacia la mujer concibiéndola como un ser activo y protagonista del proceso de la maternidad, evitando caer en estereotipos que encasillan la conducta de la mujer y limitan sus posibilidades como ser humano.

CONCLUSIONES

Los estudios acerca de la conformación de la identidad femenina y las cuestiones socioculturales que envuelven la maternidad son inagotables pues la importancia de este rol es evidente. Ya que las transformaciones actuales de la sociedad han propiciado la incursión de la mujer en los medios de producción y su participación cada vez más activa en diferentes ámbitos de la vida pública, sin embargo, no se ha modificado en esencia su rol de madre .

A través de la educación cotidiana se van fomentando en la niña actitudes y comportamientos dirigidos al ejercicio del rol maternal. Y esto afecta directamente su conformación como mujer creándole limitaciones y estereotipos a cerca de lo que debe hacer y cómo hacerlo. De modo que se espera que actúe de forma pasiva y dependiente, quedando supeditada a lo que otros decidan sobre su vida (su padre, su pareja, el médico). Las relaciones que entabla con las demás personas están permeadas de estas condiciones.

A la madre le son atribuidas ciertas características como la abnegación, el sacrificio, el amor incondicional a los hijos. Y cualquier comportamiento o actitud que se separe de éstas pone en tela de juicio no sólo su capacidad como madre, sino su femineidad. Puesto que lo que la define socialmente es el ejercicio de su capacidad biológica de reproducción.

En nuestros días la gran número de mujeres salen del hogar para desempeñar diferentes actividades y esto ha desencadenado que tengan que desempeñar dobles o triples jornadas de trabajo, por una parte el trabajo remunerado y por otra el trabajo doméstico, además de proveer a la familia de apoyo emocional.

Los aspectos socioculturales en los que la mujer se desenvuelve influyen directamente en el proceso de la gestación desde el momento de recibir la noticia del embarazo. Puesto que la mujer vive a la par del proceso fisiológico cambios psicológicos importantes en la concepción que tiene de sí misma. Debe enfrentarse a los cambios hormonales, fisiológicos y físicos que aparecen en su cuerpo y que puede originarle nauseas vómitos, mareos dolores de cabeza, cansancio, sueño. Por lo que se ve orillada a tener cambios en sus hábitos y vida cotidiana. Por otra parte va formando

expectativas a cerca del hijo, que van a depender del deseo de tenerlo o no, de sus condiciones de vida, y de la participación de la pareja y demás miembros de su familia, entre otras.

Finalmente también ella debe cubrir ciertas reglas sociales en torno a su futura maternidad, siguiendo lineamientos impuestos, lo que interviene en las expectativas que ella tiene de sí misma de acuerdo a su propio ideal maternal.

El momento del parto es un evento complejo en el que convergen aspectos psicológicos, fisiológicos y sociales e intervienen directamente en el desarrollo óptimo del evento. Hasta este momento las condiciones hospitalarias no han dado respuesta total a las necesidades de la mujer en este momento olvidando en la mayoría de los casos la parte psicológica y la influencia que tiene la generación de ansiedad y estrés excesivo en el desarrollo óptimo del evento y la salud de la madre y el niño.

Esto ha sido así en muchos casos, debido a la tecnologización del evento, el uso indiscriminado de técnicas y métodos generalizados, y la falta de sensibilización del personal de salud.

Uno de los objetivos prioritarios de las instituciones de Salud Pública en México es el cubrir la gran demanda de la población y abarcar cada vez más ampliamente todos los sectores, esmerándose cada vez por ofrecer "mayor" servicio olvidándose de dar un "mejor" servicio.

En comunidades rurales o zonas indígenas se ha tratado de desplazar el papel de la partera, instalando clínicas o capacitando a las parteras para que lleven acabo partos siguiendo los métodos hospitalarios. Es muy importante que cada vez más sectores de la población tengan acceso a los servicios sanitarios cerca de sus comunidades, sin embargo, se han olvidado las aportaciones que también pueden surgir de la experiencia de la partera a partir del papel que desempeña en la comunidad, la importancia que ésta le otorga a la relación que se va construyendo entre ella y la futura madre y el énfasis en el conocimiento de la gestante de forma más global.

En las ciudades las condiciones hospitalarias mexicanas enfrentan a la mujer con: falta de materiales y equipo necesario¹, falta de personal, burocratización de los servicios, demanda excesiva, por lo tanto restricción en los espacios; existencia de programas educativos dentro de los hospitales que permiten que la madre sea auscultada por diferentes estudiantes en diferentes momentos, con el fin de que éstos "aprendan" y en muchos acaso sin el consentimiento de la madre y sin que esto sea necesario para el desarrollo del parto.

Además la filosofía de la que parte la atención hospitalaria está basada en continuar el papel de dependencia que se cree debe seguir la mujer, quien se deposita en el equipo de salud (prioritariamente en el médico).

La intervención de cada miembro del equipo de salud se diferencia de los demás. En el caso del personal de enfermería se contemplan en su formación ciertos aspectos que tienen que ver con proporcionar apoyo emocional a "la paciente", lo que para algunos autores como revisamos en el capítulo 3 tiene que ver con la condición femenina de la carrera, puesto que la mayoría de las personas que ejercen la enfermería son mujeres. Y esta actividad puede ser considerada una extensión del rol materno por su dedicación a cuidar a los demás.

Como alternativas al parto han surgido diferentes métodos de preparación o educación para el parto estas han evolucionado desde la aparición de los trabajos de Read y Lamaze que pretendían ofrecer a la madre el parto "sin dolor" o "sin temor". Estas alternativas conservan la visión masculina de lo que la mujer debe hacer y cómo debe comportarse en el afrontamiento de la maternidad.

En el caso de entrenamiento autógeno respiratorio (método RAT) se contemplan más ampliamente los factores que influyen en el parto y proponen trabajo físico y psicológico con la mujer desde el embarazo. Un factor que resalta en cuanto a éste método es la oportunidad que la madre tiene de expresar lo que siente en los grupos que forma con otras madres.

La propuesta de Sheila Kitzinger (1996) reconoce la importancia de devolverle su autonomía a la mujer y aparece como una alternativa real al parto hospitalario proponiendo una forma nueva de concebir al parto más allá

¹ Aun cuando el enfoque desde el cual se atienden los partos está basado en seguir métodos y emplear tecnología, en muchos hospitales no se cuenta con esta. Y en algunos casos ni siquiera con la ropa para la madre o los materiales más indispensables.

del dolor o el miedo. Concibiendo a la familia y el hogar como el mejor lugar para que la mujer inicie su vida como madre, confiando en sus capacidades físicas y proporcionándole apoyo emocional por parte de sus seres queridos, en especial su pareja y sus hijos. Además se revaloriza la importancia de la relación entre la madre y la persona que la acompañará en el parto procurando una relación de confianza.

La propuesta de Kitzinger puede parecer nueva tomando en cuenta el momento en el que vivimos y la sobrevaloración de la tecnología, sin embargo podemos descubrir en ella una concepción de la vida que se tuvo durante siglos en diferentes lugares del planeta. En el caso de México nuestro pasado indígena es una muestra de la concepción del ser humano como ser Integral, y la importancia que se le otorga al momento del nacimiento y a las personas que lo presencian. Además el papel activo de la mujer durante el parto permitiéndole hacer caso a sus necesidades en ese momento.

Ante este panorama se enfatiza la necesidad de realizar investigación en torno al proceso de parto para descubrir los significados del mismo para las mujeres en nuestros tiempos.

A la luz de esta breve revisión surgen aspectos que no pueden seguir siendo olvidados. Cada vez más se resalta la importancia de mejorar las relaciones entre los géneros a partir del trato igualitario, del rompimiento de los estereotipos que tradicionalmente son atribuidos a las mujeres o los hombres y de la capacidad de establecer contacto con las personas a partir de su "ser humano" más allá de su "ser hombre o mujer".

Esto nos va dando pie para convertir a la maternidad y paternidad en el ejercicio de una actividad compartida, que pueda terminar con la igualdad Mujer = Madre.

Para que esto suceda el trabajo es arduo en las actitudes de las personas como seres humanos y como profesionales (específicamente en el área de la salud). Este trabajo debe estar encaminado a permitir la decisión libre de la maternidad a partir de los propios deseos, recursos y capacidades de la mujer y su pareja, y en caso de que esta decisión se dé, la pareja y en especial la mujer pueda encontrar respuesta a sus necesidades en los servicios de salud a los cuales tiene acceso.

La preparación para el parto ofrece una alternativa real que puede ser establecida a nivel hospitalario, aunque es necesario revisar las diferentes posturas, para poder crear métodos que se adecuen al contexto e ideología de nuestro país y tomando en cuenta la importancia de la participación activa de la madre en el evento, permitiéndole que tome las decisiones respecto de su cuerpo .

Como una forma de actuación más inmediata se propone la inserción del Psicólogo en el área de Gineco Obstetricia para sensibilizar al personal y capacitarlo en la atención emocional de la mujer desde el inicio de la gestación y hasta el post parto.

De forma más ambiciosa se pretendería que la formación médica fuera tomando cada vez mayor conciencia de la importancia de los factores psicológicos en la preservación o pérdida de la salud y en el desarrollo de procesos fisiológicos naturales como la gestación y el parto. Esto podría lograrse al modificar planes de estudio, dando capacitación constante al personal a cerca de los factores psicológicos y sociales, incluyendo puntualizaciones en la literatura médica que estén encaminadas a la atención integral del paciente, en este caso: la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre de Cárcer C. D. A: (1985) Preparación para el parto España. Morata.
2. Alvarado, M.G. y Beltrán M. "Teorías actuales sobre el inicio y progreso del trabajo de parto". Revista de perinatología 1996 Vol. 11 No.1 p. 14 -16.
3. CENTRO MÉDICO INFANTIL DE BOSTON. (1978) Embarazo, parto y recién nacido. España. Plaza & Janes editores.
4. CENTRO PANAMERICANO DE ECOLOGÍA HUMANA Y SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1984) Manual sobre la atención de la madre y el niño.
5. Badinter. E. (1980) ¿Existe el amor maternal? . Barcelona. Paidós.
6. Baldwin R. y Palmarini. T. (1992) La energía del parto. México. Pax.
7. Beischer; M. D. (1988) Obstetricia y Neonatología. España Interamericana Mc. Graw Hill.
8. Bruce. A. "Pruebas de detección en poblaciones obstétricas generales para la valoración de riesgo". Clínicas de ginecología y obstetricia. Temas Actuales 1995 Vol. 2 No.1
9. Burbin,C. "Alivio farmacológico del dolor durante el trabajo de parto y el alumbramiento" en: Malinowski S. Burdin C. Lederman T. y Williams C. (1978).| El parto. el papel de la enfermera. México Interamericana .
10. Castañeda. Hierro y Hernández. (1987) ¿ Enfermería. cadena o camino?. Programa Universitario de Estudios de Genero UNAM. México.

11. Chodorow (1984) El ejercicio de la maternidad. España. Gedisa.
12. Dimatteo, R. "Efectos sobre la calidad de la atención médica". Clínicas obstétricas y ginecológicas 1994 Vol. 1
13. Echávarri Novoa R.A. y Miranda Nava R. (1997) Aspectos socioculturales en la conformación de la mujer. Tesis Lic. Psicología UNAM. México
14. Fernández, M.A (1992) Las mujeres en la imaginación colectiva. una historia de discriminación y resistencias. México. Paidós.
15. Goodrich F. (1991) Maternidad sin dolor. México. Daimon.
16. González Ch. F. Ma. A (1995) Cuerpo y subjetividad femenina España siglo veintinuno.
17. González Ruiz (1994) Los estudios de género una alternativa para la autovaloración de mujeres maltratadas. Tesis Lic. Psicología. UNAM México.
18. Hovarth C.C: La psicoprofilaxis obstétrica en la preparación para el parto. En: Gonzáles de Chavez. Ma. A comp.. (1993) Cuerpo y subjetividad Femenina. España. Siglo veintiuno.
19. Kitzinger. S. (1996) Nacimiento en casa. España.
20. Lara Ma A y Acevedo Ma. C. (1997) ¿Es difícil ser mujer? México. Pax.
21. Langer. M. (1992) Maternidad y sexo. México. Paidos.
22. Lindsey. S. "Roles, risk and responsibilities in maternitiy care: training, beliefs and the effects of practice obstetric training". British medical journal. 1992 Vol. 304 p. 1613-1615

23. Lipkin y Cohen R. (1984) Atención emocional del paciente . México prensa Médica mexicana.
24. Liu. D.T. y Fairweather D.V: (1987) Manual de la sala de trabajo de parto. México El manual Moderno
25. Macfarlane. A. (1985) Psicología del nacimiento. España Morata
26. Meachanic D. "El desarrollo de la tecnología y burocracia médica: efectos sobre la calidad de la atención medica." En Garthy, A. y Jaco, E (comp.) (1982) Pacientes médicos y enfermedades. México. Colección de Salud y seguridad social. Serie Manuales básicos y estudio. IMSS
27. Mellado V. Zolla C. Y Castaneda X (1989) Atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano. México Centro de estudios Interamericanos de seguridad social
28. Nadelson. C. " Normal and Special Aspects of Pregnancy: A psychological Aproach ". En: Nadelson, C. Williams, D y Martin. F. (1980) Medical and Psychological Interfaces vol.I Sexual and reproductive Aspects of Womens Health Care USA Plenum Press.
29. Parra Ramírez R. (1998) Propuesta investigación-intervención hospitalaria para la participación del hombre en el proceso de embarazo. Tesis Lic. Psicología UNAM .
30. Pérez. AE. "Manejo del estado emocional de la gestante por el equipo de salud". En: Lucille. C., Arcelus. M., Fernández. A. y Folbers. K. (1988) La psicología en el ámbito perinatal. México INPER
31. Rich. A. (1986) Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución.
32. Ruiz Durá. R. Y Martínez Aguilar. R. "Necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso de embarazo y parto". Revista de Perinatología y Reproducción humana. 1988 Vol.2 No. 3 Julio Septiembre.

33. Salinas, M. Martínez, A. Sánchez, C. (1992) Cuidados para el embarazo, parto y bebé. México. Instituto nacional de Perinatología.
34. Sasmor, I.J. (1990) Educación para el parto. México. Limusa.
35. Sastre, F. (1984) Maternidad responsable preparación para el parto y recuperación post parto. España. Jims.
36. Seiden, A. The sense of Mastery in the Childbirth Experience. En Nadelson, C. Williams D. y Martin . F "The woman patient. medical an psychological interfaces" 1980 Sexual and Reproductive aspects of Women Health Care. Usa Plenum Press.
37. Taylor y Bogdan (1988) Métodos cualitativos de investigación. España Piados.
38. Tubert S. (1991) Mujeres sin sombra. maternidad y tecnología. España siglo veintiuno.
39. Videla, M. (1990) Maternidad mito y realidad. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
40. Williams "Aplicación de la técnica de Lamaze" En: Malinowski S, Burdin C, Lederman T, y Williams C. (1978). El parto, el papel de la enfermera. México Interamericana
41. Wright. Erna (1975) Parto psicoprofiláctico.