

Maternidad centrada en la familia: ¿las madres son actrices protagónicas o de reparto?

Family centered-maternity: Are mothers playing the leading-role or are just supporting-role actresses?

Alberto Antacle, Ana Aymat Rodríguez*, Nadia Ávila*, Jesús Bazán*, Verónica Heredia*, Fernanda Llapur Acosta*, Beatriz Puchulu*, Lorena Vanni*.*

Resumen

Antecedentes: el parto humanizado propugna un retorno al parto natural y "social" y aboga por respetar los derechos y el rol protagónico de la mujer que pare y del bebé que nace.

Objetivos: conocer las vivencias durante el parto y el grado de protagonismo y participación familiar de las usuarias del Servicio de Perinatología del Hospital Nicolás Avellaneda de San Miguel de Tucumán (Argentina) que se rige con el modelo de parto humanizado.

Materiales y métodos: investigación cualitativa desde un abordaje sistémico con recolección de datos mediante grupos focales a puérperas, así como entrevistas a padres y a integrantes del equipo de salud.

Resultados: el concepto de "Parto Humanizado" no es uniforme entre el equipo de salud ni entre las mujeres y/o su familia. El equipo de salud suele mantener una posición asimétrica y continúa tomando las decisiones en forma casi exclusiva. La mujer continúa sintiendo la "obligación de sufrir" su parto sola y de ser quien acompañe a otras mujeres en esta experiencia.

Conclusiones: el parto sigue siendo "cosa de mujeres". Su conversión en un "acto médico" desplazó a la familia, situación difícil de revertir pese al constante empuje de los defensores del modelo de "parto humanizado". Las mujeres se mostraron agradecidas por el trato humanitario, cordial y respetuoso recibido pero siguen sin asumir el rol protagónico que se les ofrece. Consideramos que brindando más información podría "empoderarse" a las mujeres.

Abstract

Background: "humanized delivery" advocates a return to natural and "social" childbirth and pleads to respect the women-in-labor rights and protagonist role as the ones of the baby who is born.

Objectives: to acknowledge the women experiences and role during labor as well as their family participation within the model of humanized childbirth taking care by the Perineonatology Service of the Hospital Nicolas Avellaneda in San Miguel de Tucumán, Argentina.

Materials and methods: systemic approach in a qualitative investigation with data collection from puerperal women-focal groups, and interviews to fathers and members of the health team.

Results: the concept of "Humanized Delivery" is not uniform within the health team or within the women and/or their families. The health team usually holds an asymmetric position and it still takes decisions in an almost exclusive way. Women still feel the "obligation to suffer" their labor on their own, and also feel they must be the ones to help other women through these experience.

Conclusions: labor is still a "women thing". Its conversion into a "medical act" moved away the family from the picture, something difficult to change around besides the continuous work of the defenders of the "humanized delivery" model. Women were grateful by the humanitarian, warm and respectful attention they received but still don't assume their leading role in this matter. We believe we may "empower" women by giving them more information.

Palabras Claves: maternidad, "parto humanizado", "salas de parto".

Key words: maternity, humanized delivery, delivery rooms.

* Residencia de Medicina Familiar de la Obra Social del Personal de la Construcción (Tucumán).

INTRODUCCION

Cada recién nacido es único e irremplazable. La sociedad, consciente de esta verdad, ha tratado a través de los siglos, de respetar y cuidar a la mujer y a los niños.

Hasta hace pocos años, el trabajo de parto y el parto, fueron acontecimientos familiares vividos y compartidos en la comunidad. Tenían lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres que conocían las características de los partos naturales.

El trabajo de parto transcurría en ese ambiente familiar conocido y protector. La mujer, libre para moverse y para expresarse, era entonces tranquilizada, estimulada, admirada y amada durante ese momento único e irrepetible. El hijo recién nacido era inmediatamente abrazado por su madre y acogido por el resto de los miembros de la familia. Permanecían así, madre e hijo juntos, y unidos ambos a toda la familia e insertos en su comunidad. Sus experiencias eran agradables, sin separaciones ni desconocidos a su alrededor¹.

Todo esto es la representación de un parto "normal"; pero es cierto que algunos embarazos, algunos trabajos de parto y algunos partos pueden apartarse de la normalidad. En estas situaciones madres e hijos corren riesgo de enfermar y de morir.

Pero estas situaciones, que no suelen representar la generalidad de los casos, indujeron a una "medicalización" excesiva del parto en un afán del sistema de salud de evitar los riesgos potenciales. Todo esto llevó durante las pasadas décadas a un vertiginoso desarrollo de especialidades tales como Obstetricia y Neonatología y al cambio de escenario para el nacimiento de los hijos. La institucionalización del parto surgió entonces como producto de los cambios sociales y de la adquisición de conocimientos y tecnologías.

Así entendido, fue considerado un progreso de la Medicina. Y en gran parte lo es, pero conlleva asimismo un aspecto negativo.

Las instituciones de salud, los hospitales y maternidades, se rigen por el concepto de atención de enfermos y sus enfermedades. Las mujeres embarazadas no están enfermas; muy por el contrario están en la plenitud de su rol de mujer, esposa y madre¹.

Las embarazadas, al ingresar en una institución para el nacimiento de su hijo, pasan varias horas en salas de espera; y cuando entran al trabajo de parto, lo hacen a ambientes no familiares, en su mayoría intimi-

dantes. Esta experiencia la realizan solas y sin el apoyo familiar. Una vez producido el parto, el recién nacido es separado inmediatamente de su madre para ser "cuidado" en un servicio de Neonatología.

Este modelo actual de atención del parto debilita la contención familiar y social. "La industrialización - dice el médico francés no intervencionista Michel Odent, transformó las unidades de maternidad en laboratorios de alta tecnología y a los seres humanos, en objetos pasivos. Esto generó catástrofes que están entre nosotros, aunque no las veamos."

Surgió entonces como "contra-modelo" a nivel mundial, un movimiento que propugna por un retorno al parto natural y "social"

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985, realizó una reunión en Fortaleza (Brasil), donde surgió una declaración denominada "El nacimiento no es una enfermedad", que dio origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención. A esta le siguieron múltiples iniciativas para humanizar la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, y para transformar las maternidades en instituciones centradas en la familia y no en el Equipo de Salud². La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos y busca introducir la idea de que el embarazo y el parto no son una enfermedad³. Involucra una serie de pasos y condiciones que fueron enunciadas por la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento y que incluyen entre otras: hacer respetar los derechos y el rol protagónico de la mujer que pare y del bebé que nace, capacitar de manera permanente (con evidencia científica y sabiduría ancestral) a las personas encargadas de los servicios de salud para que respeten y dignifique a las mujeres en su calidad de usuarias, buscar alternativas y opciones diferentes para la atención del embarazo, parto y nacimiento, que incluyen la creación de espacios "humanizados" en los hospitales, lejos de los espacios dedicados a las enfermedades ó de la creación de "Maternidades Centradas en la Familia".

El concepto de Maternidades Centradas en la Familia presupone un proceso de "empoderamiento" de la familia⁴.

También implica que el Equipo de salud debe ceder su protagonismo y asumir que los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y el recién nacido y para ello debe informarlos, estimular

su participación y respetar sus decisiones y prioridades. La evidencia científica disponible en la actualidad muestra que ciertas intervenciones médicas usadas en forma rutinaria durante el parto, como la episiotomía⁵, el uso de ocitocina⁶, la amniotomía artificial⁷, la posición supina obligada⁸ y la limitación de la deambulaci3n⁹ no tienen ventajas, e incluso pueden ser perjudiciales sobre la evoluci3n espont3nea del parto. Adem3s, el estr3s producido por el entorno desconocido aumenta el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres. Esto conlleva a un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, m3s efectos adversos en la madre y el ni3o¹⁰, que pueden evitarse 3 reducirse con el apoyo de familiares y del equipo de salud^{10, 11, 12}. Muchas maternidades del mundo y de Argentina han iniciado actividades tendientes a transformarse en maternidades centradas en la familia^{13, 14}. Estas actividades incluyen la participaci3n de la familia en todo el proceso de atenci3n institucional; la adecuaci3n de la planta f3sica con el fin de obtener un ambiente m3s "hogare3o", acogedor y c3modo para esta etapa; la realizaci3n de actividades educativas para la salud y la formaci3n de grupos de apoyo comunitario y servicios de voluntariados hospitalarios¹. En Argentina, el Poder Ejecutivo de la Naci3n, "en pos de profundizar la b3squeda de la igualdad y la equidad en la atenci3n del parto", envi3 el proyecto de ley de "Parto Humanizado" al Congreso Nacional que fue aprobado en Agosto de 2004. Esta iniciativa consagra el derecho a que la futura madre pueda estar acompa3ada por la persona que ella designe, tanto durante su internaci3n como en el trabajo de parto y en el momento del nacimiento. Al mismo tiempo, en Tucum3n, en Septiembre de 2004 el Poder Legislativo aprob3 por unanimidad el Proyecto de Ley de Parto Humanizado, que permite su aplicaci3n en todo el sistema p3blico de salud.

El Servicio de Perinatolog3a del Hospital de Cl3nicas Nicol3s Avellaneda de la ciudad de San Miguel de Tucum3n, fue pionero en iniciar la b3squeda del cambio del modelo de atenci3n actual del parto hacia una "atenci3n respetuosa de la madre y de su familia, centrada en el compromiso y en el uso de la mejor evidencia disponible para la atenci3n"¹⁵. Todo esto nos muestra que se est3 tratando de modificar un paradigma de atenci3n del embarazo y del parto vigente por muchos a3os; que se est3 intentando retornar nuevamente al principio, volviendo a reivindicar el rol de la mujer y su familia durante el embarazo y parto.

Pero un cambio de paradigma no es sencillo ni r3pido, se deben cambiar conocimientos, creencias, mitos y actitudes que llevan muchos a3os instalados y est3n arraigados firmemente, tanto en el Equipo de salud como en el p3blico usuario. Ya que los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana ser3n determinantes para las sociedades futuras, entonces el cambio de modelo de atenci3n del parto constituye una necesidad urgente y evidente. La mujer debe sentirse parte a trav3s del conocimiento de su participaci3n en el cuidado de su salud y el respeto de sus derechos. Debe ser la piedra angular para el logro de los mejores resultados, no solo biol3gicos sino tambi3n psicoafectivos. Por esto es que realizamos este trabajo de investigaci3n, en un intento de contribuir al conocimiento cient3fico de la comunidad que formamos parte.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Lograr una aproximaci3n a las experiencias vivenciales durante el parto y el trabajo de parto de las usuarias de un Servicio de Maternidad de la ciudad de San Miguel de Tucum3n, que trabaja seg3n el modelo de "parto humanizado".

OBJETIVO ESPEC3FICOS

Conocer si la mujer y su entorno logran asumir su rol de protagonistas activos en la toma de decisiones de su trabajo de parto y parto

Conocer el grado e intensidad de participaci3n familiar en el acompa3amiento de la mujer durante el proceso de atenci3n institucional del parto.

Conocer la opini3n del equipo de salud respecto del parto humanizado, el protagonismo de las mujeres y de la participaci3n familiar durante el trajo de parto y parto.

MATERIAL Y METODO

Dise3o: estudio descriptivo a trav3s de t3cnicas cualitativas. Se realizaron grupos focales, entrevistas semi-estructuradas y notas de campo con observaci3n directa, dependiendo del tipo de intervenci3n, del n3mero de participantes y del espacio f3sico disponible.

Contexto: Maternidad del "Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda" de la ciudad de San Miguel de Tucumán (Argentina), Hospital General, público y gratuito.
Población: púerperas, padres e integrantes del equipo de salud.

Método de muestreo: Bola de Nieve, en Red o dirigido, de carácter intencional.

Los grupos focales fueron cinco, en los que participaron aproximadamente seis púerperas en cada grupo. Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas a ocho padres, siete obstétricas (parteras) y cuatro médicos ginecoobstetras (total 19 entrevistas). Las notas de campo fueron realizadas por dos investigadores durante tres meses.

La participación de éste estudio fue libre y voluntaria y se cumplió con el requisito del consentimiento informado de los participantes.

Análisis y validación de datos: el fichaje se realizó en forma manual. Se utilizó el criterio de redundancia para poner término a la recolección de datos. Para las categorizaciones finales se realizó la triangulación entre las notas de campo y las categorías preliminares surgidas del análisis de los grupos focales y de las entrevistas semiestructuradas.

Se utilizaron grupos de comparación y observación persistente. Finalmente se sometieron los resultados al análisis por pares.

RESULTADOS (CATEGORIZACIONES FINALES)

EL PARTO HUMANIZADO: ¿CONVICCIÓN O CUMPLIMIENTO DE UNA NORMA?

No existe plena uniformidad de conceptos en cuanto a lo que el parto humanizado implica. Para algunos miembros del equipo de salud se refiere a la posición elegida para el parto, para otros a la no realización de ciertas intervenciones médicas o a la forma de terminación del parto. Pero sí existe coincidencia en todos (equipo de salud y madres) que un parto humanizado implica trato "humanitario, cuidadoso, respetuoso, cordial y comprensivo" para la parturienta y el recién nacido.

Por otra parte, parece percibirse entre el equipo de salud algún grado de desconfianza ó de convicción en la aplicación completa del modelo de parto humanizado,

posiblemente por la educación recibida durante su formación en la especialidad.

"...trato cuidadoso, cordial y comprensivo con la paciente, y no solo no realizar maniobras invasivas ó no avaladas por la evidencia científica..."

"...algunos lo hacen (al parto humanizado) para no desentonar con los que lo hacen..."

EL PARTO GENERA DISTINTOS SENTIMIENTOS

La mujer parece llevar al parto consigo diferentes sensaciones y sentimientos que van cambiando según la etapa del proceso en la que se encuentre. Cuando llega a la institución (maternidad) prevalecen en ella las sensaciones de inseguridad, miedo y ansiedad. Mas tarde, cuando se encuentra en plena etapa de parto, será según las características de quienes las asistan, que se sentirán más o menos contenidas, tranquilas y seguras y es cuando más percibe la necesidad de apoyo y acompañamiento. En el momento del nacimiento, el intenso dolor opaca cualquier otro sentimiento y se "borra" transitoriamente el entorno. Al nacer su hijo, el dolor y el sufrimiento experimentado es rápidamente "olvidado" y reemplazado por sensaciones de tranquilidad, emoción y gozo por la nueva vida que ha nacido.

"...yo estaba muy nerviosa, muy dolorida, estaba en otro mundo; pareciera que de tanta fuerza ya estaba un poco débil, pero ha sido una sensación muy linda, quedás tranquila..."

"...tenía mucho, mucho, mucho miedo y quería estar sola..."

DIRECTORES Y ACTRICES DEL PARTO

Es evidente que con la intención de minimizar los riesgos que podrían sufrir madre e hijo durante el parto, el equipo de salud mantiene una posición asimétrica por la cual continúa tomando en forma casi exclusiva las decisiones en el momento del parto.

Esta asimetría se ve mantenida y favorecida por las propias mujeres que, por un aprendido y heredado rol pasivo se sienten incapaces y de hecho, no saben que pueden y deben ser las actrices principales de su parto. No aparecen atisbos, por parte de la madre y sus familias de reclamar protagonismo, de asumirse como sujetos activos de su propia historia, pese a algunos sinceros intentos de algunos miembros del equipo de salud de empoderarlas.

"...¿decisiones?...yo no tomé ningún tipo de decisiones. Hice todo lo que me decían, porque yo no sé... ellos saben..."

"...nadie me preguntó nada, me han dicho *hacé fuerza* y yo he hecho caso, me han dicho *no grites porque se pierde la fuerza* y después *salió la cabeza* y ya está..."

"...el no estar informada no ayuda a poder elegir..."

EL PARTO ES TEMA DE MUJERES

Parece ser que la mujer, por poseer el derecho exclusivo del embarazo pasa a ser acreedora de la obligación de sufrir su parto sola y de ser la que acompañe a otras mujeres en esta experiencia. Llega el punto en que la mujer interioriza de tal forma este concepto que asume como responsabilidad propia y exclusiva el nacimiento de sus hijos así como el rol de acompañante y cuidadoras de sus pares femeninos. Esto es observado a lo largo de la historia, ya que ancestralmente eran las mujeres de la familia las que participaban activamente en la llegada del nuevo miembro.

El hombre parece sentirse incómodo e incapaz de compartir el nacimiento de su hijo y es él mismo el que se excluye y delega en otras mujeres el rol de "compañeras en el parto". Este concepto se ve reforzado por las propias parturientas, suegras e incluso por algunos miembros del equipo de salud.

"...el esposo nunca entenderá lo que es de la mujer, las madres sí, e incluso lo consideran como *mas natural*..."

"...muchas eligen a la madre... es *instintivo*..."

"...creo que entre mujeres se entienden mejor. Los hombres no estamos para eso..."

"...dice mi vieja que hacen entrar a las mujeres *nomás*, porque los hombres son *maricones* y *arruinan todo*..."

LA COMPAÑÍA FEMENINA PARECE SER MÁS TRANQUILIZADORA

Si bien el equipo de salud considera importante la participación familiar, pareciera que existe cierta preferencia a que sean mujeres las que acompañen a la mamá durante el parto. Se basan, aparentemente para esta decisión, en que la presencia masculina altera y pone más ansiosa a la parturienta. Ocurre también que algunos hombres "se impresionan" durante el parto. lo que distrae al equipo de salud que tiene que asistirlos.

"...según me explicó la partera, cuando están los maridos, se ponen *loquitos*, con las *mamás* ó las *suegras*, no..."

"...estaba muy nerviosa, gritaba mucho, me decían que mejor mi marido no..., así que pasó mi hermana..."

LA CULPA EN EL PARTO

Existe cierta tendencia por parte de algunos miembros del equipo de salud de hacer responsables a las madres de los hechos negativos que ocurren en el momento del parto, situación paradójica si se tiene en cuenta el fuerte protagonismo que tiene el equipo de salud durante el mismo.

"...todos me decían que haga lo que el médico me decía. Y yo no hacía caso... y así me fue...mi hijo casi se ha ido por no hacer caso..."

"...pero me han hecho puntos porque parece que yo he hecho la fuerza mal, de golpe..."

CUANDO EL EQUIPO DE SALUD DEFIENDE EL MODELO

Existen miembros del equipo de salud que se comprometen por convicción con el modelo de parto humanizado, priorizando el trato respetuoso y la contención familiar; estimulando la participación activa de la mujer durante "su" parto y permitiendo la toma de decisiones en las diferentes etapas hasta el momento del nacimiento, como la elección del acompañante y la posición del parto. Por otra parte, intentan ayudar a que los papás se sientan partícipes de este momento y fomentan el fortalecimiento del vínculo madre-padre-hijo, poniendo inmediatamente al bebé sobre el vientre materno y permitiendo que el padre corte el cordón umbilical y abrigue al niño, mientras la madre lo amamanta. Son estos miembros del equipo de salud los que generan el constante agradecimiento por parte de las familias y marcan el perfil positivo que esta Institución tiene en el medio provincial.

"...tiene posibilidades de elegir y de tomar decisiones y por ello colabora más..."

"...yo he llegado con mi esposo, mi esposo estaba conmigo en la sala de parto, ha sido una sensación muy fuerte, muy dolorosa... me ayudaron mucho..."

"...me llevo agradecimiento y tranquilidad..."

DISCUSION

El trabajar con familias implica conocer las diferentes etapas de su ciclo vital. Una de ellas es la llegada de un nuevo integrante de la familia. Este acontecimiento

to antiguamente era un hecho social y natural que se desarrollaba en el seno del hogar, asistido generalmente por mujeres conocedoras del tema. En ese momento se veía el doble protagonismo de la mujer, ya en su rol de madre y en el de acompañante, mientras que, el papel del hombre en las circunstancias del parto, era si bien mas periférico, no por eso menos importante en cuanto proveedor del sustento de la familia y protector de la madre y el niño. La institucionalización del nacimiento, llevó consigo un cambio en los actores perdiendo la familia el rol protagónico, que pasa a manos del equipo de salud transformándose todos los partos, incluso los bajo riesgo en un "acto médico".

Como la historia es pendular y la medicina es parte de ella, se alienta últimamente una tendencia a devolver el protagonismo a sus dueños naturales: "la familia". Esto se ve reflejado en el surgimiento del denominado "parto Humanizado", el creciente número de instituciones que adoptan este modelo y la promulgación de leyes que lo avalan. En nuestro paso por el Servicio de Perinatología del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda, institución pública que trabaja con el mencionado modelo, surgió en nosotros la inquietud de conocer las vivencias y los sentimientos que acompañaron a las mujeres durante su parto, realizado en este servicio y valorar la participación familiar en este momento.

Fue así que nos encontramos frente a un primer desafío: la elección de la metodología más apropiada para esta investigación. Nos pareció que una indagación cualitativa o interpretativa sería la más adecuada para intentar abordar las emociones y sentimientos de las protagonistas. Inicialmente, elegimos trabajar con quienes pudieran aportarnos mayor información acerca de las vivencias y sentimientos que acompañaron a las mujeres durante el parto, es decir con las propias protagonistas, por lo que realizamos grupos focales con las madres que se encontraban en puerperio inmediato.

Dada la información aportada por estas mujeres surgió la necesidad de buscar nuevos informantes (sondeo dirigido o en bola de nieve) que nos llevó hasta los padres y miembros del equipo de salud, a quienes se les realizaron entrevistas semiestructuradas. Las notas de campo realizadas por dos de los investigadores ayudaron a contextualizar la investigación.

Durante la realización del presente trabajo surgieron algunas dificultades tales como la limitación del ám-

bito, ya que considerábamos que realizar los grupos focales en las salas de internación planteaba un doble problema: por un lado y debido a la disposición del mobiliario, se notaba cierta dificultad para la interacción entre las participantes; y por otro, nos pareció que este escenario podía, de alguna manera, condicionar el discurso de las informantes.

Para minimizar estos obstáculos intentamos crear un clima lo más tranquilo posible eligiendo los horarios en los que el equipo de salud no trabaja normalmente en estas salas y acomodando sillas en forma circular para favorecer la interacción entre las participantes. Tanto el equipo de salud como los padres se mostraron bien predispuestos para la realización de las entrevistas.

De la triangulación realizada entre las categorías preliminares surgidas de los grupos focales, las entrevistas y las notas de campo, surgieron las categorías finales de las que se desprenden algunas ideas como que el parto ha sido tradicionalmente y sigue siéndolo "cosa de mujeres". Pese a que una de las condiciones centrales de este nuevo modelo de parto humanizado es el de hacer respetar el rol protagónico de la mujer que pare y el del bebé que nace, las mujeres (y su familia) siguen sin asumir el poder que les compete sobre las condiciones para recibir a su niño. Si hacemos una analogía con una obra teatral, podemos decir que las mujeres no saben y no se animan a ser las "actrices protagónicas" del parto a la hora de tomar muchas de las decisiones que podrían asumir y siguen conformándose y aceptando el papel de "actrices de reparto".

Esto parece originarse en que, con la institucionalización y medicalización del parto, el equipo de salud fue por mucho tiempo el actor principal y director de esta obra (siguiendo la analogía que planteamos mas arriba). La conversión del parto en "acto médico" fue desplazando a la familia de su posición inicial. lo que es difícil de revertir pese al cambio de paradigma y al constante empuje de quienes defienden el modelo de "parto humanizado".

Un camino para este cambio, para que las mujeres se "empoderen", es el conocimiento. Lo dice claramente un médico: "el no estar informada no ayuda a poder elegir"

También es cierto que el modelo médico hegemónico tradicional se resiste a ceder terreno. La resistencia percibida en algunos integrantes del equipo de salud a aceptar en forma integral este modelo, podría deberse al tipo y al ámbito donde muchos de los inte-

grantes del equipo de salud recibieron su formación en la especialidad.

Es tema para una nueva investigación indagar y conocer más acerca de algunas cuestiones que aparecieron secundariamente en este trabajo: la personalidad de los integrantes del equipo obstétrico; cómo influye el sistema de formación de postgrado en el desempeño posterior del profesional y una hipotética actitud punitiva hacia la mujer por el gozo de su sexualidad.

CONCLUSIONES

Culturalmente se encuentra muy arraigado en nuestra sociedad que el parto es una tarea exclusivamente femenina, tanto en su obvia ejecución como en el acompañamiento y en los cuidados del mismo. Paradójicamente, estas mujeres "dueñas por naturaleza" de este momento de la vida familiar, asumen un rol pasivo que se ve reforzado por la rápida intervención y dirección que toma el equipo de salud durante el parto. Estas madres, que han vivido el proceso de su parto llenas y cargadas de sentimientos como emoción, angustia, ansiedad, miedo y dolor, son contenidas y tranquilizadas por la mayoría de los miembros del equipo de salud aunque. Sin embargo, si bien aparecen como una minoría, todavía existen quienes culpabilizan a las mujeres cuando los resultados del parto no son los esperados.

En el equipo de salud hay diferentes interpretaciones respecto del parto humanizado. Si bien en la teoría, todos parecen estar de acuerdo en lo que esto implica, es en la práctica cuando se pone en evidencia que cada uno de los integrantes entiende de manera diferente lo que parto humanizado significa, abarca o implica.

Para finalizar, hay que destacar que más allá que el parto sea humanizado o medicalizado, es el agradecimiento al trato humanitario, cordial y respetuoso, el sentimiento que prevalece entre las mujeres que utilizan este servicio.

Referencias

- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de Argentina. Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia. Bs. As. 2004.
- Organización Mundial de la Salud. El nacimiento no es una enfermedad, declaración de Fortaleza, Brasil, 1985. *Lancet* 1985, 8452 - II; 456 - 7
- Caminos para la humanización del parto y el nacimiento. Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento. URL: www.relacahupan.org/caminos01
- American Academy of Pediatrics (AAP) - The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Guidelines for perinatal care. 5th. Edition. Elk Grove - Whashington, AAP - ACOG, 2002
- Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford.
- Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la ocitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford.
- Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford.
- Gupta JK, Nikodem VC. La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto (Cochrane Review). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2003 Número 2. Oxford.
- Steven L. Bloom, M.D., Donald D. McIntire, Ph.D., Mary Ann Kelly, R.N., Heidi L. Beimer, R.N., Rebecca H. Burpo, C.N.M., Marcy A. Garcia, C.N.M., and Kenneth J. Leveno, M.D. Lack of Effect of Walking on Labor and Delivery. *Volume 339:76-79 July 1998*
- Kennel J.H., Klaus M.H., McDrath S., Robertson S. Medical intervention: the effect of social support. *Pediatric Research*, 23:211A, 1988.
- Chalmers I., García J., Post S. Hospital policies for labours and delivery, in *Effective care in pregnancy and childbirth*. Ed.: Chalmers I et al. 2 ed.. New York, Oxford University Press, 1993.
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Apoyemos la maternidad saludable. Washington DC, 1998.
- Larguía A.M. Maternidades Centradas en la Familia. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 1998; 17:103-109.
- Larguía A.M., Lomuto C.C., Tortosa G. et al. Detección de interferencias y evaluación cualicuantitativa para evaluar actividades para transformar el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá en una Maternidad Centrada en la Familia. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 2003, 23;2.
- Mohedano M.A. Parto Respetuoso - Derecho de las Mujeres. Servicio Perinatología del Hospital de Clínicas Presidente Nicolás Avellaneda. San Miguel de Tucumán. 2004.