

# CUIDADO HUMANIZADO PARA EL SER HUMANO, ANTES DEL NACIMIENTO Y DESDE SUS PRIMEROS MINUTOS DE VIDA

**Marta E. Pérez Ortega**

Profesora Agregado  
Universidad de Panamá  
Facultad de Enfermería  
Centro Regional Universitario de Veraguas  
Correo electrónico: maype1961@hotmail.com

Fecha de Recibido: 30 de mayo 2012  
Fecha de Arbitraje: 4 de junio  
Fecha de Aceptación: 15 de junio 2012  
Fecha de Corrección del Lenguaje: 30 junio 2012

## RESUMEN

El cuidado de enfermería es y sigue siendo tema principal de las agendas investigativas y de debate en todas las áreas de especialidad de nuestra profesión, y el cuidado de la paciente obstétrica especialmente durante su etapa de gestación y el parto, no escapa a esta reflexión.

Esta preocupación ha provocado con el transcurrir del tiempo, una transformación de esa atención, desde una básica y sencilla en sus orígenes, a una reciente con más instrumentación o intervención durante la labor del parto y el parto, todo con la intención de disminuir los riesgos implícitos en la evolución de esta etapa. Sin embargo, esta tecnocratización si bien ha logrado su cometido en la disminución de complicaciones y riesgos, ha ido poco a poco alejando a la Enfermera del cuidado humanístico y afectivo.

El artículo reflexiona sobre la susceptibilidad emocional que tiene la gestante en labor y el impacto permanente que la experiencia del parto tiene en ella como mujer, madre y esposa. Incluye aportes de aplicación o prácticos, acerca de la forma de implantar este cuidado en nuestros hospitales, propone una filosofía o creencias que nos permitirán como enfermeras ofrecer cuidado humano al binomio madre hijo, es decir al ser humano, antes del nacimiento y desde sus primeros minutos de vida.

**Palabras claves:** *Cuidado de Enfermería, Trabajo de Parto, Enfermería Obstétrica, Humanización del Parto* (Fuente: DeCS- BIREME)

## HUMANIZED CARE FOR HUMAN BEINGS, BEFORE BIRTH AND FROM HIS EARLIEST MINUTES OF LIFE

### ABSTRACT

Nursing care is and remains the focus of research and discussion agenda in all specialty areas of our profession, and the obstetric patient care especially during her pregnancy and childbirth, is not an exception to this

reflection.

This concern has led, with the passage of time, to a transformation of that care, from a basic and simple care in its origins, to a recent approach with more instrumentation or intervention during labor and delivery, in order to reduce the risks implicit in the evolution of this stage. However, although this technocratization has achieved its purpose in reducing complications and risks, it has been slowly distancing nurses from the humanistic and affective care. This article reflects on the emotional susceptibility of mother during labor and, the permanent impact that the birth experience has on her as a woman, mother and wife. It includes contributions and a practical approach about how to implement this type of care in our hospitals. It also offers a philosophy or belief that will enable us, as nurses, provide a better and more humane care to both mother and child, i.e. to the human being before birth and from his earliest minutes of life.

**Keywords:** *Nursing Care, Labor, Obstetrics Nurse, Humanization of Birth.* (DeCS- BIREME)

## INTRODUCCIÓN

La antigüedad del nacimiento de un nuevo ser humano es comparable con lo antiquísimo que resultan las técnicas de atención del parto y de aquellas dirigidas a hacer más reconfortante esta inigualable experiencia.

Desde tiempos remotos hay interés en mitigar la incomodidad o dolor que generan las modificaciones uterinas durante la labor del parto, pero en ese intento hemos omitido otros aspectos que al incluirlos en el cuidado, lo hacen más humano y más cercano a las expectativas de nuestra parturienta.

El cuidado desde su definición conceptual, ofrece una amplia gama de significados que han enriquecido el debate en diferentes espacios académicos e investigativos, y así mismo permitido en un amplio rango su aplicación o la praxis. En esta definición ha influido la diversidad cultural, influencia que sigue vigente en la percepción del proceso de salud-enfermedad y que puede generar inestabilidad que no asegure la calidad del cuidado en sí.

El cuidado lo definimos antes y durante el parto, como

el proceso que ha sido a lo largo de la historia de enfermería una tarea ardua y a la vez una gran necesidad. No solo teórica han contribuido en la construcción de una definición adecuada del concepto, sino todos y cada uno de los que practicamos este gran arte del cuidar, como los técnicos de enfermería, por ejemplo nosotros como enfermeros/as y el ama de casa que cuida de sus padres ancianos.

Si entendemos el cuidado como una condición humana podremos comprender que cada hombre o mujer, por el hecho de ser humano/a puede desempeñar el papel de cuidador en su hogar, con los ancianos, los niños y demás miembros de la comunidad.

Lo anterior a nuestro juicio, se debe realmente a que el cuidado en su expresión más simple, no implica aspectos técnicos ni complicados; sino que más bien, es un acto humano, de convivencia, es una acción deontológica que trae consigo la proximidad entre las personas que participan en él. Este pensamiento lo podemos fundamentar en lo propuesto por las teóricas en enfermería sobre el concepto de cuidado como “aquella relación existente entre el cuidador – como la persona que entrega cuidado- y la persona cuidada, componen-

tes claves de esta interacción (Watson, 1979).

Este primer momento académico, merece ser resaltado a la luz de la siguiente reflexión científica: ¿entonces quién surgió primero, enfermería o el cuidado?

Si consideramos el cuidado como un acto humano, debemos aceptar que enfermería surgió de la antigua y siempre presente necesidad del cuidado entre los seres humanos. Surgimos a partir de ese cuidado básico, sencillo, caritativo y por qué no, basado en actos de hospitalidad (alimentación, aseo, contacto humano), cuyas características de calidad y seguridad no eran tema de preocupación. Gracias a este origen, tenemos como norte la humanización en cada uno de nuestros actos.

Sin embargo, a través del tiempo, hemos desarrollado una cultura del cuidado cada vez más compleja e integrada no solo de técnicas y habilidades, sino de conocimientos científicos y tecnología de punta; aspecto que ha proyectado la imagen profesional de la enfermería hacia otras esferas; pero que a juicio propio nos ha alejado de nuestro origen humilde, pero muy humano. Es así, que en la actualidad no cuidamos solo a un enfermo, cuidamos comunidades y poblaciones sanas, aplicando para ello estrategias sanitarias que tienen sus bases en la humanización y en la prevención de riesgos.

M. Castrillón, (1997) en su libro “La Dimensión Social de la Práctica de Enfermería”, cita a Dorothea Orem: “Enfermería es un servicio de ayuda que se presta cuando las personas no son capaces de cuidarse por sí mismas, para mantener la vida, la salud y el bienestar” En concordancia con los autores del tema, el cuidar es una relación interpersonal y como esencia del

cuidar se incorporan sentimientos y comportamientos, además, incluye aspectos como mostrar preocupación o interés y educación en salud. En otro orden de ideas, la dimensión expresiva del cuidar, afectiva, emocional o espiritual; se refiere a la consideración de los sentimientos de la persona y el amor por el que se cuida, es el sentimiento que incluye la empatía, el respeto y la autenticidad; es decir, la concordancia entre el sentimiento de la enfermera/ro y la embarazada.

En este contexto y en relación con el cuidado humano, se desarrolló la Teoría de Watson quien citada por Marinner (1998), antepone los cuidados ante la curación. Según esta teórica, los cuidados preservan la dignidad humana en un sistema sanitario dominado por la curación. Agrega que, el cuidado transpersonal sobrepasa los límites de la franqueza y permite el acceso a un espíritu humano más sublime, elevando así la conciencia humana como una conexión de humano a humano en toda su plenitud. Esta teoría, se enmarca en una visión fenomenológica existencialista de la psicología y de las humanidades. Señala que la enfermería, se preocupa de la enfermedad y del cuidado de los enfermos, estos cuidados holísticos se sustentan en el humanismo, la salud y la calidad de vida.

### **Antecedentes del Parto Humanizado**

La permanente preocupación por la mujer grávida y sus necesidades de atención, ha provocado que los profesionales de la salud inviertan su energía en la tecnocratización de la atención del parto al establecer normas dirigidas a disminuir los riesgos identificados por la ciencia de la epidemiología como son: las infecciones nosocomiales, el sufrimiento fetal y la mortalidad materna e infantil.

Esta priorización que concuerda con el enfoque biomédico actualmente predominante en los modelos de atención de enfermería, y que sin duda alguna ha dejado evidencia científica de sus beneficios; ha ignorado el componente cultural y simbólico que caracteriza esta experiencia, pues no ha logrado definir dentro de las expectativas de nuestras gestantes, ¿qué significa para ellas el apoyo o acompañamiento profesional? Es decir, hemos olvidado definir la calidad de la atención percibida por quienes son la razón de ser de los cuidados de la enfermería obstétrica, nuestras gestantes y su producto no nacido.

Se puede constatar que el proceso natural y fisiológico del parto en el país cual viene siendo, en general, inhibido; pues la embarazada ingresada al servicio de partos pierde su autonomía, siendo sometida a las rígidas normas técnico- administrativas y a las establecidas por nuestros colegas profesionales de la salud. Esta práctica ha sido relacionada con la existencia de indicadores de la atención no aceptables en los estándares de calidad. Por ejemplo, en Panamá, hemos sido cuestionados por nacionales y extranjeros a causa de los altos índices de partos por cesárea relacionados al incremento del riesgo implícito en una intervención quirúrgica, los cuales abarcan no solo a la parturienta sino también a su nonato.

Leboyer, F. (1974), obstetra francés, considerado el precursor de la humanización del parto, en su libro "Por un nacimiento sin violencia", ya llamaba la atención de la sociedad con respecto a la forma como "los seres humanos eran traídos al mundo", cuestionando la práctica de la atención del parto.

Las transformaciones sufridas por el proceso de atención del parto, buscan y así lo consiguieron, controlar

el nacimiento de un nuevo ser. Por ejemplo, a partir del siglo pasado se institucionaliza el parto, relegando la figura de la partera que ofrecía esta atención en la casa de la parturienta. Con este cambio, se aísla a la mujer de su entorno, modificando el parto como fenómeno social compartido por ella con sus redes sociales, las que son sustituidas por el personal sanitario –principalmente los/as ginecólogos/as- quienes dirigen, deciden y están presentes. En este escenario, agrega Sadler (2003), también se sustituyen los métodos naturales, para privilegiar el empleo de sofisticada tecnología y medicalización, despojando a la mujer de su autonomía y control.

Ejemplos de formas de control las encontramos con: Mac Cormack (1982), dónde señala la fuerte medicalización del embarazo y parto en nuestras sociedades occidentales. Narotzky (1995) recogiendo diferentes estudios nos muestra los efectos que conllevan por ejemplo, el uso rutinario y de una forma normalizada de las ecografías, la amniocentesis y otras pruebas rutinarias de la atención. También puede revisarse Rotman (1982 y 1986), y Petchesky (1987), Rapp (2000) y Cominsky (2002); todos refiriéndose a la misma transformación de la atención en detrimento del empoderamiento la mujer grávida.

A lo ya señalado como una omisión de la enfermería obstétrica, se agrega lo expresado por Bravo P. y colaboradores (2008), acerca del proceso del parto y del ¿Por qué, es necesario revisar la técnica aplicada en el cuidado de la labor y el parto?:

“Éste representa una de las experiencias más paradójicas que vive la mujer. Por un lado crea vida, constituyendo para algunas lo mejor que pudo pasar tras el embarazo, pero a la vez puede ser el evento más doloroso que experimenta, implicando una experiencia

psicosocial profunda; que pone a prueba su feminidad y competencias personales, limitando sus habilidades funcionales, principalmente en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propia fisiología" (Bravo, p. 179-184).

Se sabe que las condiciones de inseguridad y miedo presentes en todo el proceso fisiológico y natural de evolución del trabajo de parto, puede y debe ser inhibido; ya que circunstancias de esta naturaleza podrán generar múltiples complicaciones una vez que el ciclo vicioso "Dolor-»Miedo-»Tensión-»Dolor" (Grantly, 1949), bloquea la evolución del proceso fisiológico natural del parto normal.

### **Conceptualización del Cuidado Humanizado del Trabajo de Parto**

Hemos constatado a través de lo descrito hasta ahora, que en la humanización del cuidado, el foco ha sido la atención acogedora y segura del paciente, respetando sus derechos, elecciones e individualidad. De igual manera, podemos afirmar que esta humanización usa procesos creativos para resolver los problemas a través del proceso de enfermería que es y sigue siendo el centro de la orientación de la enfermera/o para practicar el arte y la ciencia de los cuidados.

Con este proceso que consta de las etapas de valoración, planificación, ejecución y evaluación, el/la enfermera está en pleno uso del yo y los dominios de su conocimiento.

En la salud reproductiva, el significado del cuidado trasciende más allá del momento de ofrecerlo, pues una experiencia buena o inadecuada del parto puede impactar no solo en la mujer, sino también en la relación de ella con su hijo, con su pareja y el resto de la familia y en su percepción y autoestima como mujer

propiamente (Valenzuela, 2004).

Sebastiani (2000), afirma que este cuidado comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona. Sin embargo, lo que hace la diferencia en la línea de la humanización del cuidado de esta etapa, es la definición clara por parte de quien ofrece la asistencia, del significado del parto y su cuidado como proceso, en concordancia directa de lo que esto significa para el "ser cuidado"; es decir, definir en consenso la intención de quien cuida en relación a la meta o expectativas de quien será cuidado.

Por lo tanto, la práctica humanizada en obstetricia según Caldeyro (2006), implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos como son: la transculturalidad, la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Cominsky, (1992) afirma que el enfoque transcultural del cuidado es imprescindible, porque define el significado que tiene la cultura para la satisfacción de las necesidades humanas que pudieran estar interferidas por un agente biológico, social, psicológico o espiritual durante el proceso del nacimiento.

Sumado a lo anterior, resulta imperativa la creación de un entorno de apoyo, protección mental física, socio-cultural y espiritual a través de la comodidad, intimidad, seguridad y un entorno limpio y estético para reforzar el auto concepto y la autoestima mediante un cuidado holístico.

Otros autores y sus aportes a la definición de parto humanizado son lo propuesto por Wagner, (2006), ubica a la mujer que está dando a luz en el centro y control, de tal manera que ella y no los médicos o cual-

quier otra persona, tome todas las decisiones de lo que va a ocurrir, es también entender que el foco de los servicios maternos es la atención primaria basada en la comunidad, no en los hospitales basados en cuidados terciarios con matronas, enfermeras y médicos trabajando en armonía como iguales. Para De Miguel (2007), el parto que es asistido con la mínima intervención posible, esto es, con aquella/s intervención/es que solamente estén justificadas o sean necesarias para resolver algún problema materno-fetal.

Por otro parte, García (2010) lo refiere como dar atención con los procedimientos adecuados que no comprometan la vida de la mujer y del niño, es visualizar holísticamente a la persona.

El parto medicalizado o instrumentado es un concepto comúnmente utilizado por los autores que abordan el tema de humanización del parto, en este sentido Burgos (2003) citado en Lais & Giberti, (2009), señala que actualmente se ha estado llevando una atención medicalizada donde la mujer pierde identidad, nadie la llama por su nombre, no se le informa amablemente sobre el desarrollo del parto, se la acuesta sobre una camilla incómoda, no se le permite caminar para trasladarse hasta la sala de partos, y por supuesto no puede gritar sin ser castigada. En este contexto, la mayoría de los partos son inducidos, es decir, que deliberadamente se acelera o se atrasan las contracciones según la disponibilidad de los horarios del personal médico.

En conclusión, cuidado humano en salud reproductiva puede definirse o ser entendido a través de los expresado por algunas autoras: es la acción encaminada a hacer algo por alguien, (Bravo, 2008), rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, (Moreno, 2002), forma de amor,

de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida” (Quintero, 2000).

### **Propuesta Filosófica de la Midwifery**

El término Midwifery aunque muy poco conocido y menos aún discutido, no es actual, data del año de 1483 y se refiere a todo lo que concierne al arte obstétrico. Este concepto se deriva del inglés medio: *media* que significa "con" y del inglés antiguo *WIF*, que significa "mujer", equivale entonces a decir "con la mujer" (Guana, 2006).

Esta filosofía como la conceptualiza Guana, abarca varios elementos tales como el conjunto de conocimientos teórico-prácticos (saber), las habilidades (hacer) y las actitudes (saber ser) peculiares de la profesión obstétrica. Es la palabra clave utilizada para definir todo lo que se refiere al obstetra y a la cultura obstétrica, incluyendo la investigación y la literatura científica (Guana, 2006). Coincidimos con la afirmación de Guana sobre su concepción del ámbito de aplicación de la Midwifery, ya que siendo clasificada por ella como la filosofía de la enfermería obstétrica, incluye las creencias de esta especialidad del cuidado; y no hay nada más cierto que nuestras creencias influyen en nuestras decisiones y actos.

Como preámbulo a la descripción de nuestra propuesta filosófica que propugna por el resurgimiento de la midwifery, resumiremos la idea que la socióloga Bárbara Katz (1992) expresó en la sesión plenaria de un evento organizado por la Alianza de Parteras de Norteamérica. Ella considera que las características visibles del cuidado donde existe una íntima "conexión entre la madre y su cuidadora", incluyen el cálido

intercambio de respiración y sudor, de contacto físico y de miradas, de fluidos y de emociones corporales que caracterizan los partos. Nada más descriptivo de una jornada llena de satisfacción por el cuidado ofrecido durante la etapa del parto, que un uniforme impregnado de meconio, líquido amniótico y secreción sanguinolenta, combinados con nuestro sudor y fatiga; todo ello evidencia de la relación interpersonal cercana y obligante que define un cuidado humano en obstetricia.

Igualmente, Katz (1992) hace alusión al término separación (en oposición franca a la conexión citada por

ella misma), es un principio básico del modelo reconocido como «modelo médico», el cual esquematiza con la metaforización del cuerpo femenino como una máquina defectuosa y la premisa básica de que el parto será «mejor», cuando esta máquina de dar a luz defectuosa se conecte a otras máquinas de diagnóstico más perfectas.

Guana (2006), esquematiza los elementos filosóficos de la ética de la midwifery en distintos momentos de la historia de su evolución, ilustrando perfectamente la ambivalencia esgrimida por Kazt entre los sentimien-

Fig. No. 1. Mapa Conceptual de la Evolución Ética en Historia de la Midwifery



Fuente: Guana, Miriam (2006, 18)

A lo establecido por Guana en el periodo post moderno, podemos agregar lo siguiente para definir el modelo del profesional de obstetricia: aquel hombre o mujer, consciente de sus limitaciones y habilidades, que visualiza la experiencia del parto como única e irrepetible, que ve en cada atención que ofrece una

oportunidad de aprendizaje no solo en el ámbito de conocimientos técnicos, sino más allá en el aspecto o características del ser humano.

Otros elementos que Guana (2006), considera como parte de la filosofía de modelo post moderno de la midwifery, son los descritos a continuación:

Visión holística del individuo: según la teoría holística, el organismo es un todo superior a la simple suma de

las partes. Esto significa que se considera al individuo en su totalidad. Cada parte depende de la otra y se coordina de manera sistémica. La unidad madre-feto es un todo, al igual que las unidades madre-neonato y madre-padre-neonato.

Unicidad del individuo: los antropólogos afirman que cada individuo es, en ciertos aspectos, igual a todos los demás; igual que algunos de ellos y diferente de todos. Hay que buscar el sentido de esta frase en la individualidad del ser humano. Cada sujeto que encontramos es único, así como son únicas las mujeres que asistimos.

Asistencia sanitaria global: en un sentido amplio, el papel del obstetra es garantizar una asistencia global, personalizada y continua a través de las siguientes medidas: promoción de la salud mediante la educación, prevención de la enfermedad, diagnóstico, cuidado, recuperación de las funciones y asesorías.

Visión global de las necesidades del individuo: a lo largo de su vida, los individuos expresan necesidades que pueden ser personales o vinculadas con el ambiente y momento social. De acuerdo con esta visión, estas necesidades son físicas, psicológicas, sociales y espirituales. No se trata sólo de necesidades, sino de expectativas, preferencias, deseos, sensaciones, valores y emociones. Se puede afirmar que confiar el obstetra, es una actitud que las mujeres y las parejas manifiestan en uno de los momentos más importantes de su vida: el nacimiento de un hijo.

Homeostasis y adaptación: la intervención asistencial garantiza el equilibrio homeostático del organismo. El obstetra vigila y atiende el espacio interior del cuerpo humano y ayuda a la persona a adaptarse a los acontecimientos que generan estrés, a los cambios y a las amenazas que llegan a interferir con su estado de salud y enfermedad.

Enfoque sistémico: el individuo es una especie de sistema ecológico compuesto de cuerpo, mente y espíritu. Cada uno de estos elementos interviene en la salud y la enfermedad. Por tanto, los factores psicológicos y sociales (amor, apoyo social, ambiente, estructura social, etc.) son muy importantes para la protección de la salud y para la prevención y la cura de la enfermedad. El individuo es entonces un sistema abierto, relacionado con el ambiente que lo rodea (obstétrico, médico, familiar, social, en su domicilio, en el consultorio, ambulatorio, hospitalario) y que influye en él de manera continua.

Papel centrado en la mujer: nuestra actividad asistencial se centra en la mujer. Nuestro interés profesional se dirige a ella, protagonista activa de la situación, en sinergia con su hijo, su compañero y su familia. Hay que prestar particular atención a sus necesidades, así como los problemas existentes y los que podrían surgir.

Acompañamiento: el obstetra debe ser una figura competente, un guía, un referente, un sostén para la mujer, la pareja y la familia.

Creatividad: también conocida como facultad inventiva, es una característica que el ser humano desarrolla desde su niñez. La creatividad se relaciona de manera estrecha con la fantasía, la comparación, el cambio y la renovación continua. Estas características aparecen cuando tomamos conciencia de nuestro dinamismo mental, que se libera de los estereotipos a los que estamos sometidos de manera cotidiana. La creatividad nos ayuda a ser abiertos y curiosos, y puede sugerirnos soluciones alternativas a los problemas que encontramos.

Empowerment: es el elemento central de la alianza con el paciente. Significa autorización, consenso, adquisi-

ción de conciencia y poder de decisión por parte de la persona asistida. El cuidado basado en el empowerment requiere una relectura de los roles y las responsabilidades, donde la asistida ejerce una función central en la toma de decisiones y reconoce en ésta el derecho a tres acciones: consentir, elegir y pedir.

Mejoramiento de los tratamientos obstétricos: el perfeccionamiento permanente de la calidad de las prestaciones es un imperativo ético. Una asistencia de calidad, supone proporcionar tratamientos que sean útiles y necesarios, efectivos, apropiados, eficientes, eficaces y accesibles a todas y todos los que lo requieran.

### **Valores y Antivalores: Fuerzas Motoras o Detractoras de la Humanización del Cuidado Obstétrico**

En la década de los 60 del siglo pasado, un grupo de antropólogas comenzaron a explorar las costumbres indígenas relativas al parto y a entenderlas como sistemas integrados de conocimiento y práctica, en contraste con el cada vez más hegemónico modelo biomédico. Esta “antropología del nacimiento” como se denominó el movimiento, se gestó con base a los trabajos de una serie de investigadoras pioneras, entre ellas Margaret Mead (1967), Sheila Cosminsky (1977), Brigitte Jordan (1977), Emily Martin (1987) todas citadas por Browner (1990:221), siendo en la actualidad las investigadoras más influyentes Robbie Davis-Floyd (1996) y BarbaraKatzRothman (1992).

De la lectura de estas investigaciones, podemos enunciar los siguientes resultados como antivalores de la Midwifery, es decir lo que no incluye la filosofía del parto humanizado: La objetivación y biologiza-

ción, de la paciente pues se mira solamente su fisiología y se le despoja de su dimensión social y cultural; la mecanización del cuerpo, es decir concebir el cuerpo como una máquina y convertirlo en objeto al tratar de manejarlo o manipularlo según criterio del hombre; la exaltación de los practicantes por sobre los/as usuarios/as, entregándoles el conocimiento autorizado a quienes manejan la tecnología y pueden decodificarla, ignorando la autonomía de la parturienta; las desigualdades de género existentes en los discursos y prácticas de atención de la salud reproductiva y del nacimiento; la medicalización de procesos naturales y saludables que provocan intervenciones de la gestación y el nacimiento como si se tratara de procesos patológicos de alto riesgo.

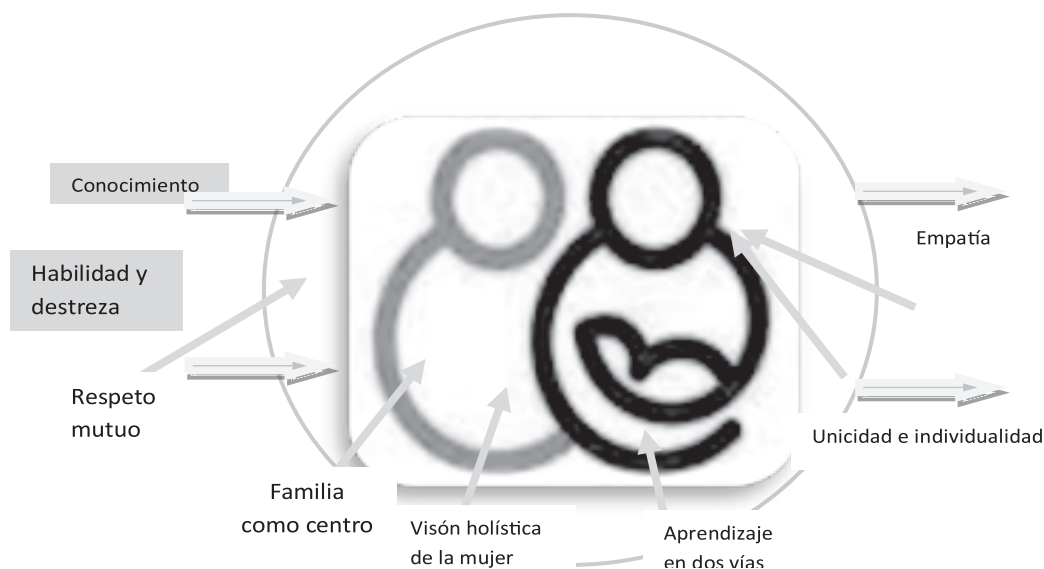
Entre los valores requeridos para la práctica humanizada del cuidado de la mujer en trabajo de parto, tenemos el definir la unidad de la mujer embarazada y su hijo aún por nacer como un conjunto inseparable e interdependiente; respetar la integridad de las experiencias de la vida; ya que los componentes físicos, emocionales, mentales, psicológicos y espirituales de un proceso son inseparables; considerar el embarazo y el parto como procesos naturales que la tecnología nunca suplantará; visualizar el embarazo y el parto como acontecimientos personales, íntimos, internos, sexuales y sociales que se deben compartir en el medio y con las personas que lo atienden y que escoja la mujer; aplicar la intuición para el conocimiento de la mujer de sí misma y del bebé antes, durante y después del parto; reconocer que el parto es algo de lo que podemos pretender aprender y conocer pero nunca controlar; incorporar a la atención del parto, la pericia conjugada con conocimientos médicos, habilidades clínicas, juicio intuitivo y conciencia espiritual; el parto nunca debe verse como rutinario y mecánico por quienes lo atienden, por el contrario debemos

ofrecer una experiencia digna, sagrada, gratificante, profunda y con amor.

Esquema para la Aplicación de la Filosofía de la Midwifery Enfocada en la Humanización de la Atención De todo lo revisado hasta el momento, deseamos proponer un esquema que facilite la comprensión de nuestro mensaje sobre la importancia de modificar y

convertir el cuidado ofrecido a la mujer durante la labor y el parto, en uno acorde a los requerimientos de humanización. Este esquema resalta los elementos que no pueden faltar en el cuidado humano ya precitado, y nos permite unificar pensamientos e interpretaciones sobre el tema; por lo tanto también facilita la aplicación de la filosofía de la midwifery.

Fig. No. 2 Esquema del Cuidado de Enfermería Obstétrica Enfocado en la Humanización del Proceso del Parto.



El esquema tiene como eje central a la salud de la mujer y su nonato, cuya proximidad y ubicación al mismo nivel con la persona cuidadora dentro de la plataforma central, simboliza la empatía y el respeto a la autonomía de la gestante. El recuadro naranja inmediato al ser cuidado y su cuidador, representa un ambiente íntimo, privado, cálido y amigable donde se presta el cuidado.

### Tendencias Prácticas para la Atención Humanizada de la Mujer en Trabajo de Parto

Las flechas de izquierda a derecha representan las dos fuerzas transversales y permanentes, necesarias

para garantizar el éxito del proceso, como lo son el conocimiento y la experticia de quien cuida.

El proceso del cuidado humanizado es impulsado por seis fuerzas motoras como lo son: el respeto al ser cuidado, la conexión permanente con la familia embarazada, el reconocimiento de la mujer como ser integrado u holístico, la visión amplia de que cada experiencia de cuidado es diferente y fuente de aprendizaje, es decir, de ninguna manera es rutina, la aceptación de las similitudes y diferencias existentes entre cada mujer parturienta y la empatía que garantiza el brindar una atención que cuida, ayuda, acompaña y apoya según la calidad percibida por la mujer en trabajo de parto.

Los cuidados orientados o centrados en la familia, lo que consecuentemente convierte su atención en cuidados más humanizados, incluyen como mínimo los siguientes derechos:

- A permanecer en privacidad física y emocional íntima y tranquila. No hacer tactos vaginales como una rutina, ya que es una violación a los derechos fundamentales como la privacidad y auto-protección.
- Permanecer en un ambiente de intimidad y seguridad con luz baja y tranquilidad, es un derecho fundamental por un buen parto y nacimiento.
- Movilización libre, hablar, cantar, gritar, tomar la posición que quieran. Se debe dejar que el parto fluya de acuerdo a su comodidad y gusto particular sin tener que cumplir con las arbitrarias normas institucionales. Eliminar la rutina del nada por boca, la hidratación intravenosa y otras instrumentalizaciones consideradas como innecesarias.
- Elegir quienes asistan su parto y a estar solas cuando así lo deseen. Todo personal hospitalario, enfermeras, doctores, parteras y miembros de familia, deben estar invitados por la mujer para asistir al parto.
- Permitir que se sientan seguras estando acompañadas por los mismos profesionales durante el embarazo, parto y posparto, y que estas personas sean de su libre elección.
- A recibir atención de parteras, especialistas en el parto fisiológico, y estar informadas de los beneficios. Es urgente incorporar parteras en el sistema de salud como las más indicadas para atender los partos en casa y en hospital (con respaldo del sistema médico si surgen complicaciones).
- A elegir tener el parto en su hogar, y en caso de alguna complicación o emergencia deben ser bien atendidas por los servicios médicos.
- A no ser mutiladas o maltratadas. La mutila-

ción del cuerpo de la mujer en el parto se debe reconocer como un acto criminal. Hacer episiotomía sin consentimiento informado es un ejemplo muy común.

- A tener acceso gratuito y fácil a la información acerca del proceso del parto natural y saludable. Asimismo para obtener ayuda en la preparación para el parto y la maternidad. La información debe incluir alternativas naturales a las normas institucionales: como parir en casa, parto en agua para aliviar el dolor o estimular el parto y sobre métodos naturales para inducir el parto.
- Al acceso a información de las instituciones públicas y privadas sobre sus estadísticas de intervención y seguridad y a su expediente médico. Este derecho incluye poder hablar con personas que les puedan explicar la información en una manera precisa, clara y sencilla.
- Al acceso inmediato a información completa acerca de todos los procedimientos que se le aplican a ellas o a sus bebés en el embarazo, el parto o el posparto. Las mujeres se deben informar de los posibles daños que provocan las intervenciones. El consentimiento informado significa no solamente estar informada, significa poder decidir sobre lo que le informan, la mujer tiene derecho a decir no, y ser respetada.
- A no ser lastimados. Esto, en el caso de bebés, incluye la utilización de fórceps, ligadura temprana del cordón umbilical, sondas para succionar, peras para extraer mucosidades, máscaras de reanimación, inyecciones, gotas en los ojos y el uso rutinario de medicamentos de conducción de la actividad uterina. Todo esto provoca sufrimiento y angustia en el recién nacido y afectará su bienestar en el futuro.
- A estar juntos-madre y bebé-en un ambiente de tranquilidad, por el tiempo que desea la madre. Tocar, cargar y amamantar al bebé en las primeras horas de vida es un derecho inalienable.

- A tener información y apoyo para la lactancia. Es un requisito que esté disponible en todo momento para todas las actuales o futuras madres.

Estas recomendaciones requieren ser insertadas en nuestros servicios públicos de atención de la maternidad, no obstante, para ello se requiere del consenso entre la voluntad política y la de los profesionales que miramos con buenos ojos, estos cambios direccionales en búsqueda de la atención personalizada, humana y de calidad de un proceso único como lo es el nacimiento de un nuevo ser.

Para finalizar, los requisitos de un parto humanizado no son utópicos de alcanzar en un ambiente de escasez de recursos humanos característico de nuestros hospitales públicos; pues precisamente exigen menor intervención durante el periodo, fundamentado en el enfoque de que se trata de un periodo fisiológico.

Así como la lactancia materna ha pasado por altas y bajas desde el pasado donde era la única opción de sobrevivencia, a otro intermedio donde la producción comercial de leche maternizada la desplazó, hacia uno actual donde se apuesta por sus ventajas. El proceso de

la labor y parto debe retomar su curso natural, con el cuidado de enfermería enmarcado en acompañar, aconsejar, orientar y consentir a la mujer y a su binomio.

Sería interesante comparar estadísticas del impacto de la atención, principalmente en el buen desarrollo del niño nacido en el pasado, donde la atención del parto se vestía de naturalidad y desvelo afectuoso; y confrontarlas con cifras de un presente donde la medicalización e instrumentación reinan en la atención del parto.

La forma o el método ya está propuesto, hay experiencias en países desarrollados que cuentan con las últimas tecnologías, y las han abandonado para pasar a la práctica de atención de un parto humanizado, dejando evidencias convincentes de sus bondades. Sólo hace falta la voluntad de cambio, el consenso de las partes y el reconocimiento de que el cuidado humanizado de la mujer durante la labor y el parto es una estrategia segura que promoverá no solo mejores indicadores de salud en la mujer y la niñez, sino que fortalecerá el vínculo afectivo familiar tan débil existente en nuestro pequeño, pero grande Panamá.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Browner, Carol. Sargent, Carolyn. (1990). Anthropology and Studies and Human Reproduction. En Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method. New York.
- Caldeyro, Roberto. (2006) El Mandato de una Vocación. Pedeciba, Uruguay.
- Castrillon, M. (1997). La Dimensión Social de la Práctica de la Enfermería. Colombia, Editorial Universidad De Antioquia.
- Paulina Bravo V.a, Claudia Uribe T.b, Aixa Contreras M.b: (2008) El Cuidado Percibido Durante El Proceso De Parto: Una Mirada Desde Las Madres, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología versión On-line ISSN 0717-7526 Rev. chil.obstet.ginecol. v.73 n.3 Santiago 10.4067/S07175262008000300007, REV CHIL OBSTET GINECOL 2008; 73(3)
- Quintero MC. (2000) Cuidado y Práctica de Enfermería. Grupo de Cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos

- Cominsky, Sheila. (1992) La atención del parto y la antropología médica. En: La antropología médica en México. Instituto Mora, UNAM: México.
- Grantly, Dick. (1949): Parto sin temor. Londres, Copyright.
- Vanegas, Blanca. (2000) Aprendiendo a Cuidar. Grupo de cuidado de la Universidad Nacional de Colombia, Colombia.
- Guana, Miriam (2006). Enfermería Gineco-obstétrica. Méjico, McGraw Hill Editores.
- Jordan, Brigitte. (1993) (original 1977) Birth in Four Cultures: A Cross - Cultural Investigation of Childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden and the United States. Waveland Press: Prospect Heights.
- Katz, Barbara Rothman (1992). Conferencia de la Alianza de Parteras de Norteamérica, Nueva York.
- Leboyer F. (1974): Por un Nacimiento Sin Violencia. Río de Janeiro (RJ).
- Marriner, T. (1998): Modelos y Teorías de Enfermería. Cuarta edición, España, editorial HANCOURT /BRACE.
- Moreno M, Alvis T y Muñoz S (2002). El Arte y la Ciencia del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos.  
Proyecto de asistencia al parto normal con mínima intervención (partonatural), 1-21
- García, E., Guillén, D., & Acevedo, M. (2010). Humanismo durante el trabajo de parto. Revista CONAMED, XV (3), 152-154.
- Lais, J., & Giberti, E. (2009). Caminos hacia una maternidad diferente: un estudio sobre el parto vertical. Argentina: El Cid Editor.
- López, L., & María, D. (2011). Nuevas tendencias en la humanización del parto. Congreso nacional. Sociedad española de ginecología y obstetricia, España.
- MacCormack, Carol. (1982) Ethnography of fertility and birth. Academic Press: London.
- Rapp, Rayna. (2000) Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America. Routledge: New York, USA
- Robbie Davis-Floyd (1996): La Intuición Como Conocimiento Autoritativo en la Partería y en los Partos en Casa, The Social Production of Authoritative Knowledge in Childbirth, edición especial del Medical Anthropology Quarterly, Vol. 10, nº 2, pp- 237-269.
- Sadler, Michelle. (2003) Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. Santiago, Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Tesis para optar al título de deantropóloga.
- Sebastiani, M. y Raffo, O. (2000): Claroscuros del embarazo y el puerperio”, Paidós, Argentina
- Valenzuela, M. Torres. (2004): La Salud Sexual y Reproductiva en el Distrito Federal, Méjico.
- Watson, Jean, (1979). Nursing the philosophy and science of caring. United Estanted of America. University prees of Colorado. Little Brown and company.
- De Miguel, J. (15 de julio de 2007). Anexo a la vía Enfoque. Revista Científica de Enfermería. Vol. XI, No 6. Enero - Junio 2012 clínica del parto.
- Narotzky, Susana. (1995) Mujer, mujeres y género. Consejo Superior de I nvestigaciones Científicas: Madrid España.
- Petchesky, Rosalind. (1984) Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality and Reproductive Frreedom. Longman: New York.
- Rothman, Barbara. (1982) In labor, Women and Power in the birthplace. Junction Books: Londres.
- Rothman, Barbara. (1986) The tentative pregnancy. Viking/ Penguin: New York.
- Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España: la necesidad de humanizar el parto. España