
¿ES POSIBLE HUMANIZAR LA ATENCIÓN AL PARTO?

Una reflexión sobre la violencia en el medio sanitario

Ibone Olza, 2008. En Maternidad y ciclo vital de la mujer. Pressas Universitarias de Zaragoza.
ISBN: 978-847733-551-1

Humanizar: Hacer a alguien o algo humano, familiar y afable.

Ablandarse, desenojarse, hacerse benigno.

Deshumanizar: privar de caracteres humanos alguna cosa.

Deshumano: inhumano

Inhumano: falto de humanidad, cruel.

Cruel: que se deleita en hacer sufrir o se complace en los padecimientos ajenos. Insufrible, excesivo. Sangriento, duro, violento.

(Diccionario RAE)

A lo largo de los últimos años he acudido a diversas reuniones, mesas redondas y congresos científicos dedicados a la "humanización del nacimiento". En estas reuniones se suele hablar de las recomendaciones de la OMS para la atención del parto normal y de su habitual incumplimiento en los hospitales españoles. A menudo se señala que hay dos modelos de atención al parto: el "natural" frente al "medicalizado", y se debate sobre qué ventajas ofrece cada uno. En algunas de estas reuniones se plantea la necesidad de ofrecer "un parto natural" a las "usuarias" que así lo deseen, es decir, a las mujeres que buscan "otra cosa". Al hablar de "parto humanizado" se incluyen debates diversos, como cuál es la postura ideal para dar a luz, qué profesional debe de atender el "parto de bajo riesgo", cuál debe de ser el rol de la matrona, qué tasas de cesáreas o episiotomías son aceptables, cómo hay que decorar o iluminar las habitaciones de la maternidad, qué apoyo puede ofrecer el padre durante el parto, etc. Aunque se habla de la necesidad de humanizar el parto raramente se reconoce explícitamente que éste está deshumanizado, más bien se pasa de puntillas sobre este concepto, tal

vez por un planteamiento de tipo constructivo o con buenas intenciones en el sentido de “vamos a hablar de cómo mejorar las cosas en vez de criticar lo que estamos haciendo mal”.

Sin embargo parece claro que cuándo se habla tanto de “humanizar” el parto es porque actualmente está deshumanizado. Equivale a decir según la definición que la Real Academia de la Lengua Española da de deshumanizado que el modelo de atención actual es inhumano, falta de humanidad, incluso cruel. La verdad es que dicho así suena bastante duro. ¿Es eso cierto? ¿Podemos realmente afirmar algo tan grave como que la atención al parto en los hospitales españoles es inhumana? Y si la respuesta es afirmativa, ¿cómo puede ser que profesionales sanitarios traten de forma inhumana o cruel a las parturientas o a los recién nacidos? Intentaré responder a ambas cuestiones en el presente texto.

Para responder a la primera cuestión creo que es preciso plantearla en dos partes. En primer lugar cabe preguntarse ¿realmente hay un trato deshumanizado en la atención al parto? Si la respuesta fuese afirmativa habría que plantearse cuál es la prevalencia de dicho maltrato, o por decirlo de otra manera, cuál es la dimensión del problema, ya que habrá quien argumente que si el problema es poco frecuente o excepcional no podemos generalizar y decir que la atención al parto está deshumanizada.

La segunda cuestión hace referencia a cómo es posible que profesionales sanitarios maltraten a las madres o recién nacidos. Creo que es necesario intentar comprender los procesos que pueden llevar a los profesionales sanitarios a ejercer un trato deshumanizado a las madres y recién nacidos para poder saber sobre qué factores tendremos que actuar si verdaderamente deseamos humanizar el nacimiento.

¿VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN AL PARTO?

En el verano del 2001 dos madres fundamos un foro virtual de apoyo psicológico para madres que habían tenido una o más cesáreas (Foro “Apoyocesáreas”). Nuestra idea era favorecer el apoyo mutuo entre madres “cesareadas”, ayudar en la preparación del parto vaginal después de cesárea y apoyar la lactancia. Poco a poco fueron llegando al foro madres que se habían sentido tristes, decepcionadas y/o frustradas tras sus cesáreas. Se creó un clima de grupo de autoayuda dónde muchas mujeres expresaban su malestar y referían que por primera vez se sentían escuchadas ya que lo que hasta entonces habían oído en su entorno más cercano era algo así como “de que te quejas si tienes un bebé sano”. Al foro pronto se sumaron otras madres que sin haber tenido una cesárea se sentían igualmente traumatizadas por sus partos vaginales. En muchos de los testimonios recogidos, a la experiencia de la cesárea o del parto vaginal se sumó una situación de pésima atención hacia la mujer por parte de los profesionales sanitarios que le atendían. Muchas mujeres se sorprendían al comprobar que lo que se les había hecho en sus partos eran prácticas absolutamente desaconsejadas por la Organización Mundial de la Salud. En numerosos de los testimonios quedaba patente una falta de sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios hacia la parturienta. En algunos casos esa falta era mucho más grave: había madres que referían haber recibido un trato vejatorio y humillante por parte de los profesionales. A lo largo de estos seis años hemos recibido más de 40000 mensajes y el foro cuenta con más de mil suscriptores en la actualidad. A diario nos siguen llegando nuevos testimonios de madres o embarazadas que relatan con detalle el trato que reciben por parte de los profesionales. Aunque en el foro participan mujeres de habla hispana de todo el mundo la mayoría son madres españolas o que dieron a luz en nuestro país.

Como decía, en muchos de estos testimonios hay un claro maltrato por parte de los profesionales y la institución sanitaria hacia las madres y los niños. Las formas de maltrato pueden ser diversas:

- La falta de respeto a la intimidad de la mujer: muchas madres nos cuentan cómo se encontraron desnudas y solas rodeadas de desconocidos que les trataban de manera brusca o nada empática que poco tenía que ver con las expectativas que ellas tenían. El parto es un acto de la esfera sexual, y se sabe que para favorecerlo es preciso que la mujer se sienta segura, protegida y en un ambiente de intimidad. Si la mujer se siente amenazada o poco respetada es más probable que el parto se detenga o se complique.
- La aplicación de técnicas inadecuadas o desaconsejadas según la evidencia científica o el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS. Basta recordar que la primera recomendación de la OMS es que la madre debe de ser la protagonista del nacimiento.
- El trato humillante e incluso el desprecio por parte del personal sanitario. Algunas madres recibieron comentarios despectivos sobre su peso, o fueron tratadas de locas o imprudentes

cuando cuestionaron procedimientos como el rasurado vaginal, el subirse al potro obstétrico o la episiotomía. En algunos casos estas y otras técnicas se aplicaron sin que hubiera un verdadero consentimiento informado.

- La amenaza velada de no atender a la madre si no acepta algunas prácticas o bien el chantaje mediante amenazas infundadas sobre el riesgo que corre el bebé (por ejemplo en hospital de Guadalajara hace no mucho se amenazaba a las mujeres con no atenderlas si no firmaban un consentimiento previo en el que aceptaban cualquier procedimiento, una especie de cheque en blanco, cosa ilegal). Otras madres que presentaron planes de parto en sus hospitales de referencia comprobaron con estupor cómo algunos profesionales se mofaban del plan de parto en el mismo paritorio.
- La separación madre-bebé y el no respetar la unidad familiar. Igualmente se vulneran los derechos del recién nacido repetidamente: en muchos lugares todavía se les separa de su madre nada más nacer o si son ingresados en Ucis neonatales no se permite que estén acompañados todo el tiempo por un familiar, contrariamente a lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud y la Carta Europea de derechos del niño hospitalizado. El trato violento al recién nacido fue magistralmente descrito por Leboyer hace ya más de treinta años (Nacimiento sin violencia) y sin embargo muchas de esas rutinas innecesarias siguen siendo práctica habitual. En la última década una avalancha de estudios ha corroborado los graves efectos que la separación madre-bebé acarrea para la salud física y psíquica del recién nacido. El método canguro, o lo que es lo mismo, el que todos los recién nacidos permanezcan piel con piel con sus madres ha demostrado ser la manera más eficaz de cuidar a todos los bebés, sin embargo su aplicación en nuestro país sigue siendo tristemente minoritaria.

La experiencia del Foro "Apoyocesáreas" (que continúa activo en la actualidad), los numerosos testimonios recogidos a lo largo de estos años, y las tasas de episiotomías, cesáreas e ingresos en Ucis neonatales donde apenas se permite el acceso de los padres y madres, nos confirman que efectivamente existe una deshumanización considerable en la atención al parto y al recién nacido. ¿Cuál es la prevalencia del problema? La falta de estudios en nuestro medio nos impide dar unas cifras reales o aproximadas del número de mujeres que se ven expuestas a dicho maltrato. Desde la asociación El Parto Es Nuestro se ha iniciado una campaña con el fin de facilitar la recogida y el acceso a los datos objetivos de la atención al parto. Sigue siendo necesario el desarrollo de investigaciones y trabajos de campo que estimen la prevalencia y características en nuestro medio de patologías como el síndrome de estrés postraumático que a menudo son secuelas directas del maltrato en el parto.

En cualquier caso si queremos ayudar a reparar el sufrimiento de las víctimas conviene empezar a llamar a las cosas por su nombre. No queda más remedio que hablar de la violencia en el parto. Sin embargo, cuando decimos que se trata de una situación de violencia contra la mujer nos encontramos con que no se nos quiere oír o bien se nos tacha de exageradas o de radicales. En el mejor de los casos se dice que se trata de mujeres decepcionadas o frustradas por no haber parido, que necesitan un tratamiento psicológico para aceptarlo. Efectivamente muchas de estas mujeres podrían beneficiarse de un apoyo psicológico, pero mientras no se reconozca que esto es violencia poco podemos avanzar. Parece claro que en algunos partos los profesionales actúan desde un lugar de poder y ejercen un trato ciertamente violento contra la mujer, que en un momento tan crítico como el parto es especialmente vulnerable al sufrimiento psicológico de dicho maltrato. Por decirlo de otra manera, precisamente en el parto es cuando más daño le pueden hacer a la mujer comentarios, gestos o incluso miradas que en otro momento vital tal vez no le hubiesen afectado lo más mínimo. Precisamente por esa vulnerabilidad intrínseca al parto el impacto de dicho maltrato es significativamente mayor, ya que la indefensión de la mujer es máxima.

Para entender porque queda tan grabado el maltrato en el parto conviene recordar todo lo que sucede en el momento del parto desde un punto de vista hormonal. La oxitocina, conocida popularmente como la "hormona del amor" no sólo hace que el útero se vaya contrayendo a lo largo de todo el parto, también actúa en el cerebro de la madre preparándola especialmente para el primer encuentro con su hijo. Cuando después de un trabajo de parto natural el bebé sale su cerebro está impregnado de oxitocina y endorfinas, al igual que el de su madre. Se produce entonces lo que los científicos llaman "imprinting" o impronta y que viene a ser algo así como el flechazo o el sello del vínculo más fuerte que tenemos los humanos. Todo lo que suceda en esos momentos quedará grabado en el cerebro de ambos muy fuerte, impreso para siempre, es el inicio del vínculo. Otras hormonas como las endorfinas y la prolactina también se encuentran a niveles máximos. Las endorfinas hacen

que en ese momento la madre ya no sienta los dolores del parto y que por el contrario se encuentre en una especie de nube de placer, una sensación placentera muy adictiva por otra parte: así la madre se “engancha” a su cría. La prolactina por otra parte despierta los instintos maternales y sensibiliza a la madre a las necesidades de su cría favoreciendo que la madre se ponga el bebé al pecho casi sin pensarlo. ¿Qué pasa entonces si en ese momento en que el cerebro está preparado para memorizar los detalles de la cría la madre se encuentra en un quirófano y tiene muchísimo miedo? Lo que va a quedar grabado pueden ser esas imágenes y sensaciones. Por eso el parto puede llegar a desencadenar un síndrome de estrés postraumático (SEPT). Como si de una macabra película se tratara algunas mujeres reviven una y otra vez el nacimiento traumático durante los meses que siguen al parto, en vez de recordar un instante de amor recuerdan los comentarios que hacían los profesionales y su sensación de indefensión, de querer salir corriendo, el pánico a morir o a que el bebé se muera.

La mayoría de los médicos y matronas optaron por su profesión con una motivación de ayuda y de hecho buena parte de esos profesionales son mujeres. ¿Cómo es posible que matronas o mujeres ginecólogas ejerzan la violencia contra la mujer en el parto? La mayoría de los profesionales como decíamos anteriormente tenían o tienen una vocación de ayuda en su relación con las embarazadas o parturientas. En casi todos los tipos de violencia el agresor ha sido previamente víctima, pero ¿y aquí? ¿De qué clase de violencia han sido o son víctimas los profesionales sanitarios?

Tal vez el término violencia sanitaria sea el más adecuado, si entendemos como tal la violencia que “sucede en el sistema sanitario” o yendo más lejos “en el contexto de la relación entre profesionales sanitarios y usuarios”. El término nos permite analizar dos fenómenos: la violencia que padecen algunas madres y bebés, pero también la que van a padecer muchos profesionales, como si se tratara de dos caras de una misma moneda. Cómo vamos a ver la violencia en este contexto puede ser bidireccional.

Pasemos ahora a la segunda cuestión. ¿Cómo es posible que los profesionales traten mal a las parturientas? ¿Por qué lo hacen? ¿Es ignorancia, miedo, maldad o perversión?

LA VIOLENCIA QUE PADECEN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

¿Cómo se llega a ejercer la violencia en el medio sanitario? ¿Quién ejerce esta violencia? ¿Cómo es posible que médicos, matronas, enfermeras puedan hacer tanto daño a las mujeres o incluso a los recién nacidos? Muchas madres se hacen estas preguntas después de sus partos o cuándo descubren que las cosas podían haber sido de otra manera.

Continuando con la experiencia que mencionaba anteriormente del Foro Apoyocésareas, debo decir que a lo largo del tiempo se han apuntado a nuestro foro numerosos profesionales, matronas, obstetras, pediatras... Muchos de ellos expresaban su deseo e incluso necesidad de poder cambiar el modelo de atención, pero sobre todo hablaban también de su propio sufrimiento y soledad en su trabajo asistencial. Sus testimonios (y mi propia experiencia como psiquiatra en la red pública) me han permitido entender que en realidad los profesionales sanitarios también son víctimas de la violencia sanitaria, lo que les permite tristemente poder convertirse en agresores.

El sistema sanitario tal y como está planteado es violento contra los profesionales al negar su dimensión emocional. Desde muy temprano, al inicio de los estudios de medicina o enfermería, y más aún durante el período de residencia, se silencian sistemáticamente todos los aspectos relacionados con el psiquismo y la vida emocional del profesional. Se aprende a negar los aspectos personales bajo el mito de que “lo personal no debe influir en lo profesional”. En nombre de la ciencia se enseña a callar las propias emociones, a negar el impacto inevitable que el ejercicio de la medicina o la matronería tiene sobre la vida de quién la ejerce. Se aprende a seguir protocolos y aplicar procedimientos, pero casi ningún profesional recibe formación sobre técnicas de comunicación, relación terapéutica o incluso trabajo en equipo. Los profesionales aprenden a ejecutar técnicas pero no a hablar de sí mismos. No está previsto, no existe, ni siquiera quien lo busque tendrá fácil encontrar un lugar donde poder hablar de lo difícil que es a veces trabajar con la vida y la muerte, o como enfrentarse al propio miedo. Esta negación produce un efecto desastroso y catastrófico. ¿Cómo va a ser posible ponerse en el lugar del otro o escucharle si nadie te ha escuchado? En nombre de la medicina se aprende a rechazar las propias emociones y a silenciar las dudas, la incertidumbre, el sufrimiento. El coste es altísimo. Los profesionales anulan su parte más humana en nombre de la medicina o simplemente abandonan: el camino para el síndrome de burnout está sembrado. Este síndrome es lo que se conoce como “estar quemado” y afecta sobre todo a profesionales sanitarios y/o de ayuda.

El concepto de quemarse en el trabajo fue descrito por primera vez por un psiquiatra, Herbert Freudenberger, en 1974 en EEUU. Freudenberger observó que hacia el año de empezar a trabajar en

una clínica de ayuda a toxicómanos, algunos de los trabajadores y voluntarios sufrían una pérdida progresiva de energía, con agotamiento, desmotivación por el trabajo y síntomas de ansiedad y depresión. Estos trabajadores, que anteriormente habían sido los más entusiastas, se volvían menos sensibles, poco comprensivos y hasta agresivos en relación con los pacientes, llegando a mostrarse indiferentes e incluso cínicos. Para describir este patrón conductual utilizó la expresión "burnout", o estar quemado. A finales de la misma década, Cristina Maslach, una psicóloga californiana, retomó el término y lo aplicó al síndrome emocional que venía observando en los profesionales de ayuda a personas. En 1981, Maslach definió el síndrome de burnout como:

"Pérdida de interés por la gente con la que se trabaja. Se caracteriza por un agotamiento emocional en el que el profesional ya no tiene ningún sentimiento positivo, simpatía o respeto hacia los pacientes o clientes".

El síndrome era fácilmente reconocible para los profesionales de los servicios humanos y tuvo gran aceptación en la comunidad científica. En 1986 Maslach publica la definición más conocida y aceptada del burnout :

"Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas".

En síntesis, el síndrome de burnout incluye los siguientes aspectos:

- Agotamiento emocional. El trabajador agotado emocionalmente siente que ya no es capaz de dar más de sí psicológicamente. Incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo. Conlleva una menor resistencia al estrés, dificultad para afrontar el trabajo diario, irritabilidad y agresividad, disminución de la capacidad de concentración. También se puede desarrollar trastornos psíquicos más graves como somatizaciones, ansiedad o depresión, agotamiento físico, conductas adictivas e insomnio, acompañados de un aumento de los problemas familiares y una alteración en las relaciones interpersonales.
- Destacan las alteraciones de conducta: conducta anormal de rol asistencial o despersonalización de la relación con el cliente. En los trabajadores sanitarios, esto se traduce en un distanciamiento de los enfermos, ausencia de implicación afectiva e indiferencia sobre su evolución. Se puede llegar a mantener una actitud cínica hacia los mismos.
- Se asocia con un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, baja autoestima personal, sentimientos de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

La mayoría de los autores que han estudiado el síndrome lo califican de "proceso". Cherniss en 1980 lo describió como "un proceso en el que las actitudes y conductas cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral". El proceso de quemarse puede ser percibido conscientemente por la persona afectada o puede negarse y mantenerse sin ser reconocido por mucho tiempo. Efectivamente, el síndrome de burnout y especialmente el eje de la despersonalización explica en cierto modo como llegan algunos profesionales de la obstetricia a tratar de forma deshumanizada a mujeres y pacientes o usuarios.

No obstante considero que la relación profesional del obstetra o matrona con la mujer parturienta tienen algunas características que interesa analizar en mayor profundidad para entender como y cuándo puede surgir la violencia.

En primer lugar, la peculiar relación de poder que se establece entre obstetras y mujeres. Aunque desde fuera puede parecer una relación ventajosa: el médico tiene el conocimiento y la mujer hace lo que éste diga, en el fondo es una relación incómoda para ambas partes. A eso cabe añadir que la relación tiene otro matiz más peculiar aún si cabe, porque "la parturienta no es una paciente ya que no está enferma", otro aspecto sobre el cual los médicos tampoco reciben formación. En ese pedestal en el que la sociedad pone a las o los ginecólogos no caben la incertidumbre ni los resultados adversos que a veces tiene el nacimiento. No cabe la muerte y, si esta aparece, se derriba al médico del pedestal para ponerle en el banquillo. En realidad, el médico está asumiendo una responsabilidad que no le corresponde. A veces hay un endiosamiento, la mujer que pone al médico en una especie de altar reniega de su responsabilidad y no percibe que el otro es humano y su saber limitado. Esto motiva que si los resultados son adversos la reacción pueda ser furibunda. Así se entiende que el profesional también sea víctima a veces de la violencia por parte de las mujeres o de las familias (si no es de por sí violento que te pongan en un lugar en el que no cabe el más mínimo error). Por desgracia, el miedo a terminar en el banquillo de un juzgado motiva a veces una actitud más agresiva por parte de los médicos, lo que a su vez favorece las denuncias. Todo un círculo vicioso, porque la única salida de la medicina defensiva pasa por cambiar la relación de poder en que se basa. La mayoría de las demandas

se relacionan directamente con un fallo grave en la comunicación entre los profesionales y los usuarios. En este modelo de medicina defensiva hay otras también perjudica a los médicos de otras formas. Así por ejemplo incluso si tristemente hay casos parálisis cerebrales que pueden tener su origen en el embarazo y por lo tanto motivan que el bebé no pueda avanzar bien en el parto, cuando en esos casos se detecta que hubo un sufrimiento fetal que no fue iatrogénico se culpa inevitablemente al médico. Así se pretende que la familia afectada obtenga un apoyo económico que palie la escasez de ayudas sociales que hay en estos casos, pero esto no deja de ser un despropósito que propicia una obstetricia mucho más intervencionista y iatrogénica, ya que como bien saben los ginecólogos, es mucho más posible que sean denunciados por no hacer una cesárea que por hacerla sin indicación clara.

En segundo lugar, el parto no es un acto médico sino un momento central en la vida de las personas, con unas características muy especiales a nivel espiritual, energético, emocional. ¿Requiere una formación especial? Ahora que se acepta que en los momentos más críticos o catastróficos de su vida muchas personas requieren una ayuda psicológica, y que esa ayuda la deben dar profesionales bien formados y preparados ¿por qué no se entiende que para acompañar a las mujeres en el parto es preciso haber hecho un trabajo de análisis personal? No hace falta que todas las matronas ni obstetras vayan al psicólogo ni se psicoanalicen en profundidad. Probablemente bastaría con tener un espacio seguro en el que poder plantear y debatir este tipo de cuestiones u otras. ¿Cómo me siento cuando las cosas salen mal? ¿Qué me resulta más difícil en el trato con las madres? ¿Qué aprendo cuando alguien me rechaza como profesional? ¿Cómo es la relación con mis compañeros de profesión? ¿Qué hacer cuando no sé qué hacer? Cuando reconozco que he cometido un error, ¿con quién lo puedo hablar? Conocer las características de la relación terapéutica, entender lo que la mujer pone en el profesional (transferencia) así como lo que el profesional siente hacia la parturienta (contratransferencia), recibir una supervisión adecuada y tener una formación continuada a lo largo de toda la vida profesional, deberían ser requisitos imprescindibles para el cuidado de la salud psíquica de los profesionales que atienden los partos.

En un tercer lugar están los aspectos relacionados con la sexualidad, propia y ajena. Dado que el parto es un acto sexual, en el que la mujer necesita poder abrirse libremente, y en el que algunas mujeres además van a tener historias previas traumáticas que dificulten dicha apertura, parece absolutamente imprescindible que el profesional sea consciente de cuál es su trayectoria personal en este sentido, cuáles han sido sus fuentes de aprendizaje, dónde están sus límites y hasta dónde puede acompañar a las madres en ese viaje que es el parto. Si el profesional no ha podido profundizar en dichos aspectos podrá por un lado sentirse agredido ante la exhibición de algunas mujeres en sus partos, o por el contrario, podrá agredir a las mujeres al intentar reprimir la expresión de la sexualidad de la parturienta.

En cuarto lugar, la relación con los compañeros y con la institución, con los jefes y gerentes sanitarios. Aunque no vamos a extendernos en este punto resulta preocupante comprobar que hoy en día la mayor parte de la formación continuada de los médicos recae en manos de la industria farmacéutica, siendo mínimo o inexistente el espacio dedicado al reciclaje en aspectos relacionados con la fisiología del parto o con los aspectos emocionales del puerperio. Los espacios de encuentro entre profesionales son escasos, y son numerosos los médicos o matronas en formación que ante una situación complicada se han sentido absolutamente solos. La institución sanitaria carece de espacios de escucha a las necesidades y dificultades cotidianas de sus trabajadores. Entre los profesionales que atienden partos es tristemente frecuente que aquellos que hacen un mayor esfuerzo por reciclarse profesionalmente y optan por una atención respetuosa con la fisiología sean tachados de "hippies" o "ecologistas" por sus propios colegas, cuando no se ven sometidos a un verdadero acoso laboral. Si el profesional se siente desamparado es también víctima...y más fácil que termine ejerciendo la violencia contra los más indefensos.

En síntesis, para ejercer la medicina o la matronería en nombre de la ciencia y de la presunta objetividad se nos enseña sutilmente que hay que anular una parte de nosotros mismos, que es precisamente la parte más cálida, cariñosa e intuitiva. Cuanto mayor es esa anulación, mayor el sufrimiento emocional y las posibilidades de terminar maltratando...Anular o negar ese sufrimiento propio termina también con la empatía. Si no soy consciente de mi propio sufrimiento ¿cómo voy a percibir el del otro?

¿HUMANIZAR EL PARTO?

Está claro que es necesario humanizar el parto. Pero cualquier iniciativa que quiera prosperar deberá partir reconociendo que en el sistema actual ambas partes son víctimas de la violencia, y por lo

tanto ambas partes pueden agredir al otro (bien con un trato inhumano, bien con las exigencias de omnipotencia, denuncias etc...) Por eso más que invertir en tecnologías o paritorios lo razonable sería reflexionar sobre las relaciones humanas y profesionales que suceden en torno al parto, reconociendo que todas las partes están expuestas a lo mejor y a lo peor en un momento trascendental de la vida.

Estas son algunas propuestas para el debate en torno a la humanización del nacimiento:

- Reconocer y profundizar en el análisis de las características de la relación terapéutica que se establece con la mujer embarazada y su entorno. Crear espacios donde los profesionales, tanto los que se están formando como los que tienen una larga trayectoria puedan hablar de sus vivencias profesionales sintiéndose seguros para poder sincerarse y abordar aspectos de la relación, el desgaste, las limitaciones propias y ajenas, el sufrimiento y los sinsabores que a veces conlleva la atención al parto.
- Reflexionar sobre los orígenes de la violencia en el entorno laboral, especialmente de la que uno mismo ejerce, y reconocimiento del dolor e indefensión de las víctimas. El reciclaje profesional en el parto debería ir acompañado de un trabajo de análisis de los sentimientos que produce en el profesional descubrir y aceptar que ha hecho muchas cosas mal que conllevaban un daño objetivo a muchas madres y niños.
- Comprender lo necesarios que son los cambios en la relación profesional, que ya no puede ser una relación de poder.
- Crear espacios donde los y las profesionales también puedan compartir y analizar las experiencias propias o familiares de maternidad y lactancia. Las que hemos tenido la suerte de participar en este tipo de encuentros hemos comprobado a veces como matronas que habían fracasado en la lactancia de sus hijos necesitaban diez o quince años más tarde llorar por aquel fracaso para luego poder reciclarse y convertirse en el mejor apoyo de las madres lactantes, una vez que su sentimiento de fracaso o culpa había sido reparado en el grupo, por citar un ejemplo bastante frecuente.
- Crear una amplia red de apoyo a los profesionales en la que estos puedan compartir a diario las experiencias tanto buenas como malas del trabajo cotidiano. En este sentido la lista de correo electrónico LACMAT es un buen ejemplo: a lo largo de los últimos diez años viene siendo un espacio de intercambio cotidiano de experiencias relacionadas con la lactancia en la que participan numerosos profesionales de habla hispana y madres de grupos de apoyo. En la asociación El Parto es Nuestro también hay una lista de correo similar exclusiva para profesionales que atienden partos y que desean avanzar en la humanización del nacimiento.
- Continuar con el debate social que se ha creado en torno al parto, profundizando en temas como la responsabilidad asumida y/ o compartida, los derechos de los recién nacidos a permanecer con sus madres en todo momento, o los riesgos de la medicina defensiva.
- Fomentar la revisión y actualización de los conocimientos de los profesionales así como la investigación desde un mayor respeto por la fisiología.

Con todo ello probablemente podamos encaminarnos hacia un nuevo modelo de atención al parto asumiendo que el aprendizaje conlleva en ocasiones sentimientos de dolor e impotencia al comprender que las prácticas previas eran erróneas, y que reconocer y aprender de nuestros errores profesionales es un camino necesario no sólo para mejorar en la atención sino para cuidar nuestra salud mental y por ende la de las personas que atendemos.

Dra. Ibone Olza
Médico psiquiatra