



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL



Madre dando a luz con dolor.
Iglesia románica de Artaiz (Navarra).

Estudio del acompañante en el parto. Vínculo padre-madre-hijo

AUTORES:

Br. Santa María Alcántara
Br. Ana Laura Fugaza
Br. Verónica Márquez
Br. Ramón Salvarrey
Br. Silvia Silveira

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2007

1. RESUMEN

OBJETIVO: Esta investigación fue orientada por el propósito de obtener una descripción veraz y abarcativa de los aspectos más salientes que caracterizan a las personas que acompañan a la embarazada durante el trabajo de parto, el parto en sí mismo y el puerperio. **METODOLOGÍA:** La recolección de datos se cumplió en un período aleatorio de diez días consecutivos en los cuales se entrevistó a 62 usuarias que se asistieron en la Sala 4 de la Clínica Ginecotológica B (Piso 16) del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” ubicado en la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay, así como a sus acompañantes. Se aplicaron dos cuestionarios semiestructurados mediante entrevista: uno de ellos destinados a la usuaria y el otro a su acompañante. Los datos fueron procesados mediante codificación e ingreso en planilla electrónica, efectuándose luego análisis y discusión de los resultados. **RESULTADOS:** La investigación reveló que, en la mayor parte de los casos (65%) quien acompaña a la madre durante el nacimiento es el padre de la criatura. Se trata de personas jóvenes (21 a 40 años), con fuerte nivel de involucramiento en todas las etapas del proceso, importante preparación previa para el cumplimiento de su rol y un desempeño que fue calificado mayoritariamente como excelente por la parturienta. **CONCLUSIONES:** Se registra una práctica integral dirigida a fomentar el derecho de la parturienta a estar acompañada durante el nacimiento (ley 17.386). Los indicadores confirman los beneficios que implica la presencia del acompañante por su aporte continuo de apoyo emocional antes, durante y justo después del parto. Se sugiere la profundización de esta política de participación del acompañante con fundamento en la expectativa insatisfecha de las madres que reclaman la presencia del padre de la criatura en mayor proporción de lo que se ha constatado.

2. INTRODUCCIÓN

El presente estudio ha buscado no sólo definir al acompañante en función de sus vínculos con la parturienta, sino además conocer cuál es su motivación y, no menos importante, cuál es el universo de creencias que le impulsan a cumplir su rol en oportunidad de un evento tan trascendente como el advenimiento de una nueva vida.

El grupo de investigación pretende que este trabajo desarrolle el potencial adecuado para convertirse en una importante herramienta de estudio acerca de los complejos fenómenos socio-culturales que acaecen con el nacimiento, a la vez que pueda servir de base a nuevas investigaciones que permitan al sistema de salud redirigir recursos y energías (que como se sabe son siempre limitados) y focalizarlos con mayor eficiencia hacia el bienestar de la madre y de su bebé.

Los resultados que se analizan en este informe confirman lo que ya es ampliamente aceptado: el acompañante gravita favorablemente en beneficio de la madre, brindándole apoyo y generando un clima de bienestar que, en definitiva, también es el objetivo del equipo de salud, abierto siempre a mejoras en su desempeño.

Hemos considerado que, incluso antes de saber si es bueno, malo o indiferente que la parturienta esté acompañada, se impone la necesidad de definir cabalmente cómo se produce en la realidad el fenómeno del acompañamiento. ¿Por qué la mujer demanda un acompañante?. ¿Quién cumple usualmente el rol de acompañante?. ¿Por qué lo hace?. ¿Por qué cree que está bien hacerlo?. En ello reside el punto de partida de esta investigación que busca describir en detalle la situación planteada sin olvidar ninguno de sus componentes. Estimamos que los resultados de este trabajo permitirán luego otros de mayor rigor y profundidad que, en definitiva, serán de provecho para el equipo asistencial, siempre necesitado de orientación frente a un fenómeno tan complejo como el nacimiento.

Como pronto se verá, los resultados obtenidos confirmaron plenamente los fundamentos que inspiraron el diseño del correspondiente protocolo de investigación, a la vez que sugieren la necesidad de profundizar el esfuerzo que asegure las condiciones ideales para que el acompañante cumpla con su rol y asegure esa notoria sensación de bienestar que experimentan tanto la madre como su bebé neonato.

3. METODOLOGÍA.

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Se delimitó el área de estudio a la Clínica Ginecológica B de la Facultad de Medicina, piso 16 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” del departamento de Montevideo de la República Oriental del Uruguay.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio está constituida por todos los acompañantes de las usuarias que se asistieron en la Sala 4 (piso 16) de la Clínica Ginecocológica B del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en un período de diez días consecutivos escogido en forma aleatoria, sumando un total de 62 casos.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Acompañante de la mujer en el proceso del parto.

3.4.1. DEFINICIÓN DE ACOMPAÑANTE.

Se consideró acompañante a toda persona mayor de edad que, con independencia del vínculo parental o de amistad que le unía con la usuaria, concurrió junto a ella al centro asistencial y en forma manifiesta:

- a). Se presentó como el acompañante de la embarazada ante el personal del centro asistencial.
- b). Se mantuvo junto a la embarazada, aunque luego no ingresase al block de partos a presenciar el nacimiento.

c). Se preocupó porque la embarazada recibiese una atención adecuada a su estado, interactuando con el personal del centro asistencial con el propósito de asegurarla.

3.4.2. CRITERIO DE INCLUSIÓN.

Como criterio de inclusión se consideró a todos los acompañantes de las usuarias que tuvieron parto normal o cesárea. Se les encuestó mientras cursaban la etapa de puerperio, una vez que brindaron el consentimiento informado para participar en la investigación.

3.4.3. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Se consideró la exclusión de los acompañantes que no hubiesen satisfecho por lo menos dos de los tres requisitos ya expresados para definirlos como tales.

3.5. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicaron dos cuestionarios semiestructurados mediante entrevista: uno destinado a la usuaria y el otro a su acompañante.

La encuesta para el acompañante estuvo provista de 13 ítems y la encuesta para la usuaria de cuatro, obteniéndose así los datos que se analizan en el presente informe.

El tiempo de duración promedio de la entrevista fue de en unos 20 minutos. En cada caso se solicitó el consentimiento voluntario verbal de los usuarios que constituyeron la población de estudio.

3.6. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para el procesamiento de los datos se codificó e ingresó en planilla electrónica, realizándose análisis univariado de los mismos mediante el cálculo de frecuencia absoluta y relativa para las variables cuanti y cualitativas. Se aplicaron medidas de resumen para las variables cuantitativas.

Posteriormente se efectuó el análisis y discusión de los resultados.

3.7. VARIABLES, INDICADORES Y OBJETIVOS

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	OBJETIVOS
PERFIL DEL ACOMPAÑANTE	Relación con la usuaria	Progenitor	Develar el perfil sociodemográfico del acompañante y su vínculo con la parturienta
		Pareja	
		Otro Familiar	
		Amigo	
		Vecino	
	Estado civil	Soltero	
		Casado	
		Viudo	
		Relación libre	
	Sexo	Masculino	
		Femenino	
	Edad	Cifra concreta de años de vida del acompañante	
	Nivel de instrucción	Primaria	
Secundaria			
Ed. Técnica			
Universidad			
Procedencia	Capital		
	Interior		
Ocupación	Empleo fijo		
	Rentas		
	Changas		
	Desocupado		
	Estudiante		
	Ama de casa		
	Otro		
APTITUD DEL ACOMPAÑANTE PARA ASISTIR A LA MADRE EN EL PARTO	Nº de partos en que acompañó anteriormente	Cifra concreta de veces que ofició como acompañante	Establecer naturaleza y frecuencia del acompañamiento en el parto
	Educación preparatoria para el parto	Recibida No recibida	
	Origen de la educación recibida	Policlínica Hospital de Clínicas Otro	
PARTICIPACIÓN DEL ACOMPAÑANTE	Extensión de la participación del acompañante	Control gestacional	Medir el grado de participación del acompañante
		Trabajo de parto	
		Parto	
		Puerperio	
	Grado de involucramiento del acompañante	0. Desinterés 1. Muy escaso interés 2. Interés bajo 3. Interés medio 4. Interés alto 5. Sumo interés	
MOTIVACIÓN DEL ACOMPAÑANTE PARA CUMPLIR SU ROL	Razones o motivos principales (Datos por cruzamiento)	Afectivo	Estudio de la motivación del acompañante para cumplir su rol
		Formativo	
		Solidario	
		Contralor del servicio	
		Ético social	
		Ético Familiar	
PREFERENCIA DE LA USUARIA	Determinación del acompañante que la usuaria hubiese preferido	Madre/Padre	Describir la conducta del acompañante y los efectos de la misma
		Hermana/o	
		Amiga/o	
		Padre del bebé	
		Enfermera	
		Otros	
DESEMPEÑO DEL ACOMPAÑANTE	Calificación del desempeño del acompañante	1. Excelente	
		2. Muy bueno	
		3. Bueno	
		4. Regular	
		5. Deficiente	
		6. Muy malo	
		7. No puede calificar	

4. RESULTADOS

La amplitud de los instrumentos utilizados y la gran cantidad de información recogida mediante su aplicación permiten asegurar que el análisis de resultados contenido en el presente informe no agota todo el potencial que ofrecen los datos que se han logrado sistematizar. No obstante lo dicho, corresponde puntualizar que por tratarse de una labor de investigación descriptiva sobre la cual no tenemos noticia de que existan antecedentes en el país, resultó justificado utilizar un amplio espectro de variables e indicadores que previniesen posibles limitaciones al análisis propuesto.

Se constató que, en seis de cada diez casos, quien oficia como acompañante de la embarazada es el padre del niño que nace. Esto determinó al equipo de investigación ampliar este trabajo realizando un estudio específico del perfil de ese padre que luego se comparó con algunas de las características promedio de los acompañantes tomados en su conjunto.

Solamente dos de las embarazadas encuestadas se atendieron en el centro asistencial sin acompañante y una de ellas aseguró que ese era su deseo, mientras que la otra expresó que hubiera preferido que el padre del niño estuviese presente.

Más aún, las preferencias de las embarazadas encuestadas se volcaron decididamente a favor del padre del niño en un contundente 77%

El grado de involucramiento de los acompañantes resultó muy alto (el 81% estuvo presente en todas las etapas) y ello a pesar de que el 71% de ellos lo hacía por primera vez. Merecen especial mención algunas curiosidades registradas durante las encuestas, como el hecho de que sólo cuatro acompañantes reconocieron haber cumplido con ese rol en más de tres oportunidades. A saber: a) la hermana de una embarazada que es partera de profesión; b) la madre de una embarazada que se desempeña como enfermera en el piso 16 del Hospital de Clínicas; c) el esposo de una embarazada que es enfermero de profesión y, finalmente; d) el esposo de una embarazada del interior del país que tuvo con ella nueve hijos, asistiéndola personalmente en seis partos sin auxilio de personal especializado y declarando que era la primera vez que concurría al Hospital de Clínicas.

4.1. PERFIL DEL ACOMPAÑANTE

4.1.1. La relación con la usuaria

El estudio demuestra que el acompañante de la embarazada en la mayor parte de los casos (65%) es la pareja. En segundo lugar (23%), muy lejos de este primer registro, le sigue la madre de la parturienta. Los vínculos de familia también aparecen expresados con la presencia de la hermana (5%) y la tía (1,6%). Resulta curioso que las vecinas (3,3%) tengan mayor presencia que las amigas (1,6%) ya que cabría esperar que las madres confiaran más en aquellas personas con quienes tienen una relación de amistad (esfera íntima) en desmedro de aquellas con quienes tienen sólo una relación de vecindad (esfera social).

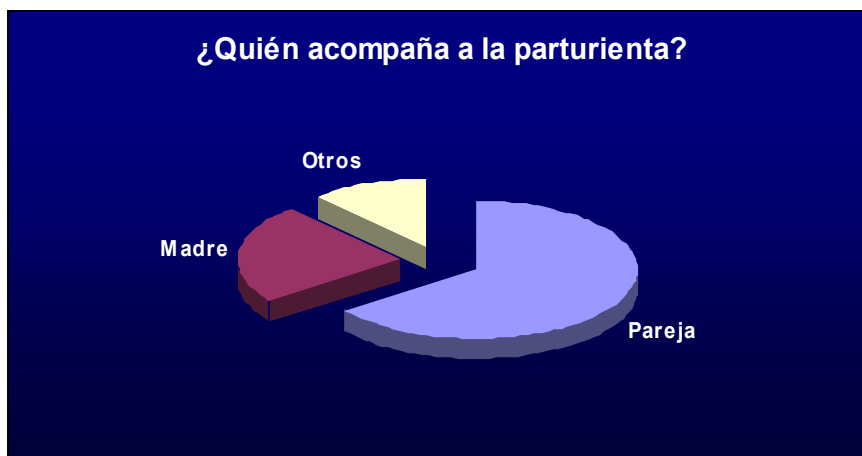
En todo caso, la presencia masculina es mayoritaria y siempre representada por la pareja. El resto de los acompañantes son de sexo femenino (33% de los casos).

Los familiares de la embarazada son acompañantes en un 29,9% de los casos (madre, hermana o tía).

TABULACIÓN DE DATOS OBTENIDOS

	PARENTESCO	Cantidad	Porcentaje
1. Relación con la usuaria	1. Pareja	39	65 %
	2. Madre	14	23,3 %
	3. Hermana	3	5 %
	4. Tía	1	1,6 %
	5. Amiga	1	1,6 %
	6. Vecina	2	3,3 %
	TOTALES		60

En dos de los casos encuestados las madres no tuvieron acompañante. Esos datos no se tomaron en cuenta en el cuadro precedente.



Aunque se haya registrado una importante presencia de la pareja como acompañante en el parto (65%), las expectativas de las embarazadas no quedan satisfechas, ya que en cuando a preferencias, ellas hubieran querido a sus parejas en un 77,4% de los casos.

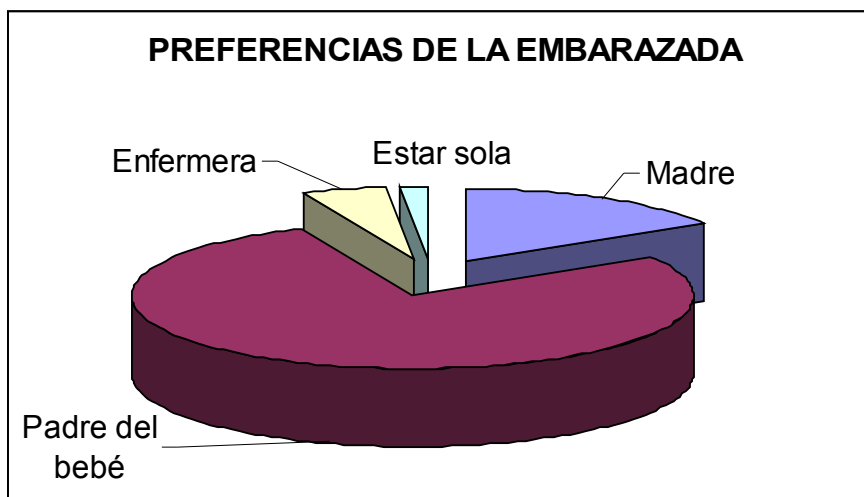
Sólo una de las madres encuestadas dijo que su preferencia era estar sola. Si lo contrastamos con el hecho de que dos de las madres parieron sin compañía y analizamos la tabulación de los datos, resulta entonces que una de ellas estaba sola sin desearlo.

La enfermera aparece como preferida sólo en un 4,8% de los casos. Sorpresivamente hermanas y amigas no resultan preferidas en esta instancia, a pesar de lo cual participaron efectivamente en un 6,6% de los casos como ya quedó demostrado en el análisis precedente.

TABULACIÓN DE DATOS OBTENIDOS

	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
La madre hubiera preferido a:	1. Su madre	10	16,1%
	2. Su hermano/a	0	0
	3. Una amiga	0	0
	4. El padre del bebé	48	77,4 %
	5. La enfermera	3	4,8%
	6. Otros	0	0
	7. Estar sola	1	1,61 %
	TOTALES	62	100 %

Otro aspecto que resulta enfatizado en el análisis de las preferencias es la poca diversidad de las opciones escogidas por las embarazadas. Sólo se pronunciaron por la pareja, la madre o la enfermera. Las demás opciones de acompañantes resultaron descartadas.



4.1.2. Estado civil

2. Estado Civil	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	1. Soltero/a	10	16,6%
	2. Casado/a	30	50 %
	3. Viudo/a	0	0
	4. Unión libre	20	33,3 %
TOTALES	60	100%	

Tomando en consideración el conjunto de los acompañantes (un total de 60) tenemos que la mitad de ellos son de estado civil casados, una tercera parte de ellos mantienen una relación de unión libre y solamente un 16,6% son solteros.

Si tomamos en cuenta en forma específica a la pareja de la embarazada resulta el siguiente cuadro.

Naturaleza del vínculo de las parejas	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	1. Casados	20	51,28 %
	2. Unión libre	19	48,71 %
TOTALES	39	100 %	

Prácticamente la mitad de las parejas está unida por un vínculo matrimonial, mientras que la otra mitad se manifiesta en un estado de unión libre.

4.1.3. Sexo del acompañante

3. Sexo	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	1. Masculino	40	66,66 %
	2. Femenino	20	33,33 %
TOTALES	60	100 %	

Como ya lo habíamos señalado al inicio del análisis, el acompañante masculino representa el 66,6 % del total, coincidiendo con el hecho de que se trata de la pareja de la embarazada. En el resto de los casos, cuando el acompañante no es la pareja de la embarazada, estamos ante una mujer (33,3 %).

4.1.4. Edad del acompañante

4. Edad	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Hasta 20 años	5	8,3 %
	21-30	23	38,3 %
	31-40	19	31,6 %
	41-50	9	15 %
	Más de 50	4	6,6 %
TOTALES	60	100 %	

La edad de los acompañantes marca un perfil juvenil, ya que en forma mayoritaria se ubica en las franjas comprendidas entre los 21 y los 30 años, así como entre los 31 a los 40 años.

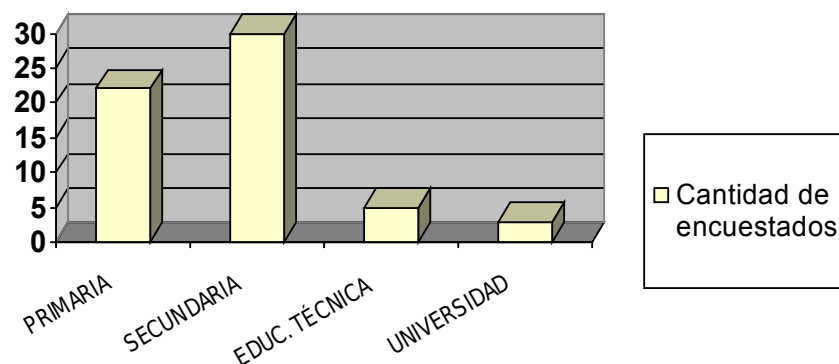
Tomando en cuenta solamente la pareja de la embarazada, resulta el cuadro siguiente:

Edad de la pareja de la embarazada	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Hasta 20 años	5	12,8 %
	21-30	16	41 %
	31-40	13	33,3 %
	41-50	3	7,7 %
	Más de 50	2	5,1 %
TOTALES	39	100 %	

Como puede advertirse fácilmente, la edad de la pareja de la embarazada encuadra mayoritariamente en las franjas de los 21 a 30 años y, en segundo lugar, de los 31 a 40 años. Es decir que, prácticamente las edades de las tres cuartas partes de los hombres oscilan entre los 21 y los 40 años. Resultan excepcionales los casos de menores de 20 años y más excepcionales aún los casos de mayores de 50.

4.1.5. Nivel de instrucción del acompañante

5. Nivel de instrucción	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Primaria	22	36,6 %
	Secundaria	30	50 %
	Educ. Técnica	5	8,3 %
	Universidad	3	5 %
TOTALES	60	100%	



La mitad de los acompañantes manifiestan haber llegado a un nivel de instrucción secundario. La educación técnica (8,3 %) y la educación de nivel terciario (5 %) son minoritarias. Una importante cantidad de los acompañantes no logró pasar del nivel primario (36,6 %), lo cual se relaciona directamente con las características socio-económicas de este grupo de usuarios de los servicios públicos de salud.

4.1.6. Procedencia del acompañante

6. Procedencia	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Montevideo	36	60 %
	Interior	24	40 %
	TOTALES	60	100%

De cada diez acompañantes, seis proceden de la capital del país y cuatro del interior.

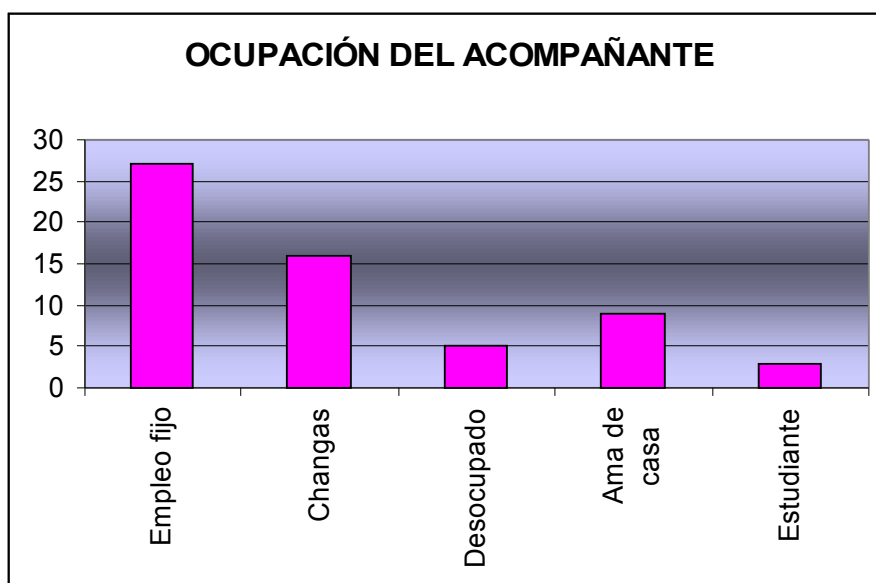
4.1.7. Ocupación del acompañante

7. Ocupación	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	1. Empleo fijo	27	45 %
	2. Rentas	0	0
	3. Changas	16	26,6 %
	4. Desocupado	5	8,3 %
	5. Ama de casa	9	15 %
	6. Estudiante	3	5 %
	7. Otro	0	0
TOTALES	60	100%	

Un 45% de los acompañantes manifiesta que se gana la vida en un empleo fijo, mientras que un 26,6% lo hace mediante trabajos eventuales (changas).

Un 15% expresa su condición de ama de casa. Si consideramos que un 33,3 % de los acompañantes son de sexo femenino, entonces resulta que casi la mitad de ellas se dedica a las labores domésticas.

Surge, además, un 8,3 % de desocupados y un 5 % de estudiantes. Ninguno de los encuestados expresó vivir de rentas, lo cual se condice con el perfil socio-económico del usuario de los servicios públicos de salud.

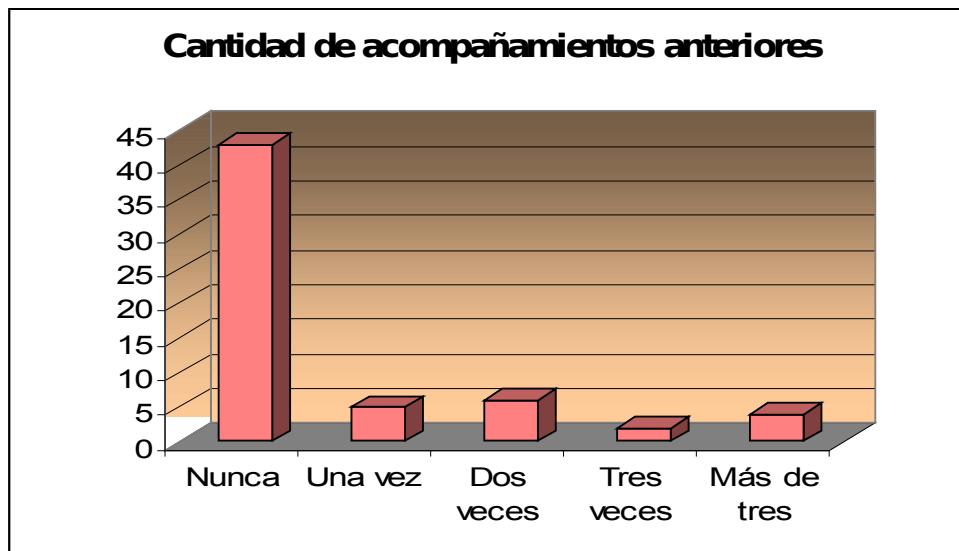


4.2. LA APTITUD DEL ACOMPAÑANTE PARA ASISTIR A LA MADRE EN EL PARTO

4.2.1. Número de partos en que acompañó anteriormente

	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
1. Veces que acompañó antes	1. Nunca	43	71,6 %
	2. Una vez	5	8,3 %
	3. Dos veces	6	10 %
	4. Tres veces	2	3,3 %
	5. Más de tres	4	6,6 %
	TOTAL	60	100 %

La mayor parte de los acompañantes encuestados oficiaron en ese rol por vez primera (71,6 %) y, en el otro extremo, solamente un 6,6 % asistieron a la parturienta en más de tres oportunidades.



4.2.2. Educación preparatoria para el parto

2. Educ. p/parto	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	1. SI	56	93,3 %
	2. NO	4	6,6 %
	TOTALES	60	100 %

En su gran mayoría los acompañantes declararon haber recibido educación preparatoria para oficiar como tales durante el parto (93,3 %). Solamente un 6,6 % aseguraron no haber sido instruidos previamente en los rudimentos necesarios para la tarea.

4.2.3. Origen de la educación para el acompañante

Para este cuestionario se permitió a los encuestados responder en forma independiente para cada una de las opciones, generando múltiples combinaciones que analizamos detalladamente. Corresponde resaltar el adecuado funcionamiento del sistema habida cuenta que de los sesenta encuestados, 47 respondieron haber recibido formación en policlínica y, en ese mismo grupo, 21 dijeron haber recibido formación en segundo nivel. El estudio también pone en evidencia el interés particular de los acompañantes que, en número de 22, aseguraron haber realizado lectura de información relativa al evento en que oficiaron como tales.

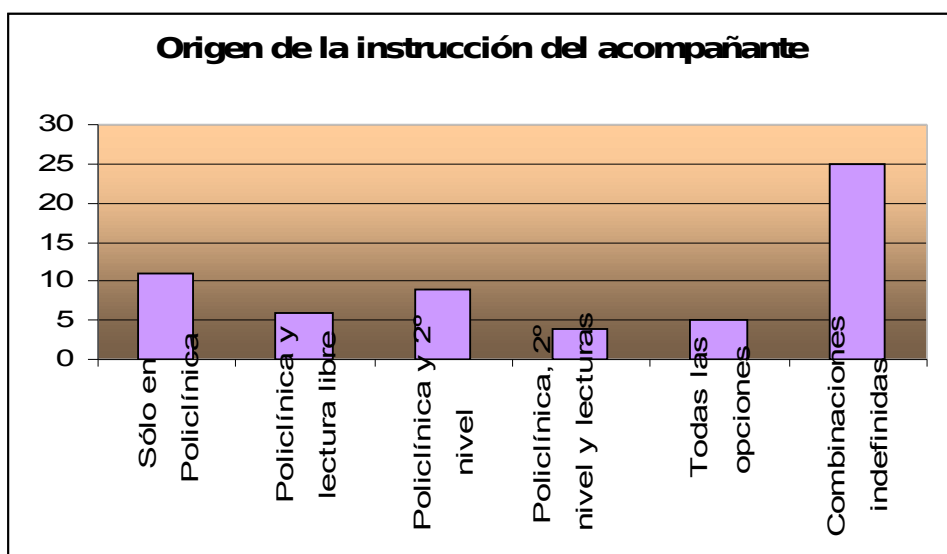
TABULACIÓN DE DATOS SEPARADOS POR ORIGEN

3. Origen de la educación para el	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje sobre el total
	Policlínica	47	78,3 %
	Lectura libre	22	36,6 %

parto	Preparto	21	35 %
	Otras	21	35 %
Nota: en esta tabla se reflejan en forma separada las opciones señaladas por cada encuestado que, según el caso, escogió una o varias de ellas.			

TABULACIÓN DE DATOS COMBINANDO ORIGEN POR ENCUESTADO

3. Origen de la educación para el parto	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Sólo en Policlínica	11	18,3 %
	Policlínica y lectura libre	6	10 %
	Policlínica y 2º nivel	9	15 %
	Policlínica, 2º nivel y lecturas	4	6,6 %
	Todas las opciones	5	8,3 %
	Combinaciones indefinidas	25	41,6 %
	TOTALES	60	100 %



4.3. PARTICIPACIÓN DEL ACOMPAÑANTE.

4.3.1. Extensión de la participación del acompañante.

También con relación a este ítem se permitió a los encuestados responder en forma independiente para cada una de las opciones, generando múltiples combinaciones que abajo analizamos detalladamente. Se hace evidente un altísimo nivel de involucramiento de los acompañantes, que en su totalidad (100%) asistieron al parto y en un 80% acompañaron a la embarazada en el control gestacional.

Del análisis de datos combinados, surge que el 81,6% de los encuestados participó de la totalidad de las instancias referidas al nacimiento (control gestacional, trabajo de parto, parto y puerperio).

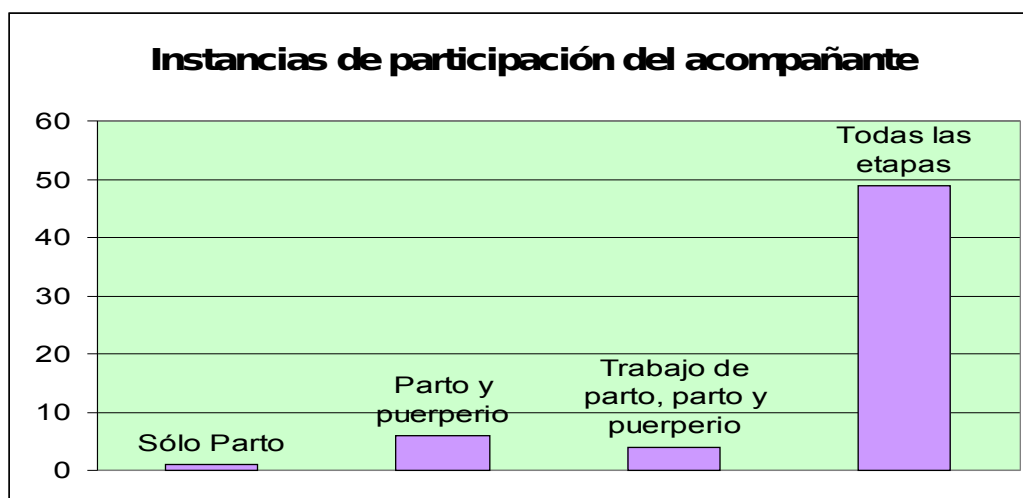
TABULACIÓN DE DATOS SEPARADOS POR INSTANCIA DE PARTICIPACIÓN

3. Nivel de involucramiento del acompañante	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje sobre el total
	Control gestacional	48	80 %
	Trabajo de parto	52	86,6 %
	Parto	60	100 %
	Puerperio	58	96,6 %

Nota: en esta tabla se reflejan en forma separada las opciones señaladas por cada encuestado que, según el caso, escogió una o varias de ellas.

TABULACIÓN DE DATOS COMBINANDO INSTANCIAS POR ENCUESTADO

3. Nivel de involucramiento del acompañante	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Sólo Parto	1	1,6 %
	Parto y puerperio	6	10 %
	Trabajo de parto, parto y puerperio	4	6,6 %
	Todas las etapas	49	81,6 %
	TOTALES	60	100 %



4.3.2. Grado de involucramiento del acompañante

Para definir esta magnitud se consideró un dígito comprendido entre 0 y 5. Se previó que este valor habría de variar a partir de una batería de preguntas de creciente complejidad que refieren a distintas situaciones que debe enfrentar la madre en su calidad de beneficiaria de los servicios que se prestan en el centro asistencial. Al elaborar la estrategia se consideró que cuando el acompañante respondiese afirmativamente a cada una de las preguntas que se le iban realizando en orden de creciente complejidad, manifestaría de ese modo en qué medida se había preocupado por conocer lo necesario para cumplir con su rol. Se estableció asignar un punto por

cada pregunta contestada expresamente y ninguno por cada oportunidad en que el acompañante no sepa o no pueda contestar. Todos los encuestados alcanzaron la máxima puntuación.

El instrumento resultó inadecuado para medir el grado de involucramiento de los acompañantes, ya que éstos demostraron que su preocupación estaba más allá de lo que podía cuantificarse mediante el método descrito. Sin embargo, resultó acertado en la medida que permitió corroborar el extremo interés demostrado por cada uno de ellos, ya que todos los encuestados respondieron decididamente al cuestionario y en su gran mayoría aseguraron estar en conocimiento de aquello sobre lo cual se les consultaba.

Preguntas	OPCIONES	Resultados	Porcentaje
¿Info sobre atención de la usuaria?	1. SI	58	96,6 %
	2. NO	2	3,3 %
	3. ns / nc	0	0
¿Info sobre atención?	1. SI	56	93,3 %
	2. NO	4	6,6 %
	3. ns / nc	0	0
¿Conoce Block de Partos?	1. SI	56	93,3 %
	2. NO	4	6,6 %
	3. ns / nc	0	0
¿Instrucción sobre técnicas?	1. SI	56	93,3 %
	2. NO	4	6,6 %
	3. ns / nc	0	0
¿Explicación sobre procedimientos	1. SI	58	96,6 %
	2. NO	2	3,3 %
	3. ns / nc	0	0

Como puede observarse en la tabla que antecede, el porcentaje de encuestados que respondió afirmativamente a las preguntas sobre los conocimientos de que disponían oscila entre un 93-96%, evidenciando un grado de involucramiento que superó con creces toda expectativa que los investigadores pudieron haber cobijado.

4.4. MOTIVACIÓN DEL ACOMPAÑANTE.

TABULACIÓN DE RESPUESTAS DEL ACOMPAÑANTE

OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
Evitar esté insegura y temerosa	38	63,3 %
Es el modo en que debe dar a luz	39	65 %
Evitar se sienta sola	5	8,3 %
Equipo haga mejor su trabajo	42	70 %
Así lo cree gente en quien confía	21	35 %

Porque familia se preocuparía	23	38,3 %
Sin razones concretas	1	1,6 %

Si tomamos el conjunto de las razones esgrimidas por las encuestadas (un total de 169) y las dividimos por la cantidad de encuestadas (60) resulta que, en promedio cada una de las madres consultadas dio casi tres razones simultáneas (2,81) por las cuales considera que debe estar acompañada durante el parto. Las respuestas más reiteradas fueron, en orden descendente: 1º) para que el equipo haga mejor su trabajo; 2º) porque es el modo en que se debe dar a luz y 3º) para evitar sentirse insegura y temerosa. Priman las razones de contralor sobre el servicio asistencial, seguidas por razones inherentes al sentido de protección socio-familiar (evitar que la madre esté insegura y temerosa).

TABULACIÓN DE RESPUESTAS DE LA MADRE













OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
Evitar se sienta insegura y temerosa	26	43,3 %
Una madre debe ser acompañada	41	68,3 %
Evitar se sienta sola o sin protección	8	13,3 %
Equipo haga mejor su trabajo	36	60 %
Lo aconsejó gente en quien confía	29	48,3 %
Porque familia se preocuparía	1	1,6 %
No postula razones concretas	0	0

Dividiendo la cantidad de razones argüidas por las madres encuestadas (161) entre el número de ellas, resulta que en promedio cada una expuso 2,6 argumentos, algo menos que los acompañantes.

La elección de motivos que realizaron las madres ante la misma grilla de posibilidades resultó algo diferente, aunque no demasiado. En orden descendente: 1º) una madre debe ser acompañada, 2º) para el equipo haga mejor su trabajo y 3º) porque lo aconsejó la gente en quien confía.

Como se observa, las dos primeras razones son las mismas (motivos inherentes a la formación socio-cultural y vigilancia sobre el equipo asistencial) aunque invertidas en el orden. La tercera razón argumentada por las madres (motivo de origen ético-social) aparecía en quinto lugar entre los motivos expuestos por los acompañantes.

CUADRO COMPARATIVO DE MOTIVACIONES ACOMPAÑANTE-MADRE

OPCIONES REITERADAS POR LOS ACOMPAÑANTES EN ORDEN DECRECIENTE	reiteraciones	reiteraciones	OPCIONES REITERADAS POR LAS MADRES EN ORDEN DECRECIENTE
Equipo haga mejor su trabajo	42... 	 41	Una madre debe ser acompañada
Es el modo en que debe dar a luz	39... 	...36 	Equipo haga mejor su trabajo
Evitar esté insegura y temerosa	38... 	...29 	Lo aconsejó gente en quien confía
Porque familia se preocuparía	23... 	...26 	Evitar se sienta insegura y temerosa
Así lo cree gente en quien confía	21... 	...08 	Evitar se sienta sola o sin protección
Evitar se sienta sola	05... 	...01 	Porque familia se preocuparía
Sin razones concretas	01	00	No postula razones concretas

Nota: los cuadros de color a un lado de cada una de las cifras se incluyeron a efectos de poder visualizar con un golpe de vista la distribución decreciente de la reiteración de motivos que fue argumentada por el acompañante y la madre respectivamente.

Como pronto se advierte, si bien no existe ninguna coincidencia en cuanto al lugar que corresponde a cada grupo de motivaciones en razón de su número, el lugar que ocupan en el orden decreciente guarda una relación lógica en ambas columnas.

Ninguna de las madres expresó carecer de razones para explicar por qué estaba acompañada. En el caso de los acompañantes, sólo uno de ellos declinó señalar razones concretas.

Las dos motivaciones principales coinciden en cuanto a su jerarquización. El resto guarda una relación de similitud numérica al punto que sólo existe clara disparidad en la respuesta “*porque la familia se preocuparía*”. Este último motivo parece importante para el acompañante (38,3 %), seguramente porque se siente en la responsabilidad de vigilar por la integridad de la madre que va a dar a luz. Por el contrario, para las madres, se trataría de un motivo de escasa trascendencia (1,6 %).

De todo lo expuesto puede concluirse, entonces, que tanto la embarazada como su acompañante creen que las principales razones para el acompañamiento son el contralor del servicio y el componente formativo, es decir, la idea colectiva de que las madres que van a dar a luz se encuentran en una situación vulnerable y, por tanto, deben ser objeto de cuidados específicos que contemplen esa situación de vulnerabilidad.

4.5. PREFERENCIA DE LA USUARIA

Este aspecto de la investigación intenta dilucidar a quién hubiera preferido la usuaria para estar a su lado como acompañante en el parto, independientemente de quien la haya acompañado efectivamente.

Como ya lo hemos señalado al estudiar el perfil del acompañante y realizar el indeludible contraste con las preferencias de la madre, aunque se haya registrado una mayoritaria presencia de la pareja (65%), las expectativas de las embarazadas no quedaban satisfechas, ya que en cuando a preferencias, ellas optaron por sus parejas en un 77,4% de los casos.

4.6. DESEMPEÑO DEL ACOMPAÑANTE

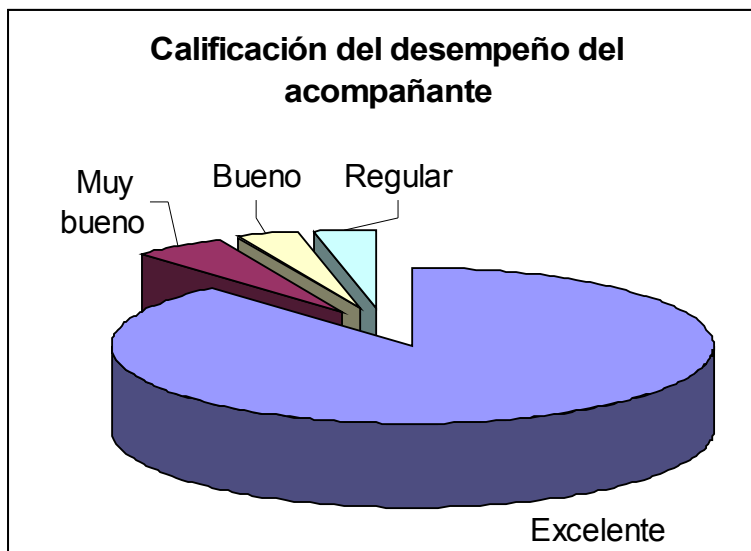
	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
6. Califica grado de apoyo brindado por acompañante:	Excelente	53	88,3 %
	Muy bueno	3	5 %
	Bueno	2	3,3 %
	Regular	2	3,3 %
	Deficiente	0	0
	Muy malo	0	0
	Sin calificar	0	0

Las madres realizaron una calificación en extremo entusiasta cuando se les consultó por el desempeño de los acompañantes. En un 88,3% de los casos no dudaron en señalar que fue excelente. Ninguna de las consultadas expresó que el desempeño de su acompañante fuera regular o deficiente (las dos calificaciones mínimas en un rango de 6 grados previsto al efecto).

Las dos calificaciones de “regular” corresponden, en un caso, al padre del bebé nacido, y en el otro, a la madre de la parturienta, que no conformaron con su desempeño. Se trata de dos casos aislados, habida cuenta de la abrumadora mayoría de calificaciones máximas.

Es posible que en algunos casos la euforia experimentada por las madres a raíz del parto haya influido decisivamente en esta benignidad al momento de calificar el desempeño

del acompañante, sin embargo, la homogeneidad de opiniones en favor de la mejor calificación (53 en un total de 60) otorga al estudio la objetividad necesaria para confirmar cuán beneficioso resulta para una parturienta la compañía en ese momento tan trascendente de su vida.



4.6. ESTUDIO DEL PADRE COMO ACOMPAÑANTE

Como ya se ha mencionado surge claramente del análisis de los datos ya analizados que en seis de cada diez casos, quien oficia como acompañante de la embarazada es el padre del niño que nace. Esto determinó al equipo de investigación a realizar un estudio específico del perfil de ese padre que luego para compararlo con algunas de las características promedio de los acompañantes tomados en su conjunto.

4.6.1. La mitad de los padres está casado con la madre.

Naturaleza del vínculo de las parejas	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	1. Casados	20	51,28 %
	2. Unión libre	19	48,71 %
	TOTALES	39	100 %

Casi la mitad de las parejas está unida por vínculo matrimonial en contraposición con la otra mitad que se manifiesta en un estado de unión libre. Este porcentaje referido a personas unidas por vínculo matrimonial se mantiene invariable si se toma en consideración el conjunto de los acompañantes (un total de 60).

4.6.2. Padres jóvenes: edades oscilan entre los 21 y los 40 años.

La edad de la pareja de la embarazada encuadra mayoritariamente en las franjas de los 21 a 30 años y, en segundo lugar, de los 31 a 40 años.

Edad de la pareja de la embarazada	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Hasta 20 años	5	12,8 %
	21-30	16	41 %
	31-40	13	33,3 %
	41-50	3	7,7 %
	Más de 50	2	5,1 %
	TOTALES	39	100 %

Es decir que, prácticamente las edades de las tres cuartas partes de los hombres oscilan entre los 21 y los 40 años. Resultan excepcionales los casos de menores de 20 años y más excepcionales aún los casos de mayores de 50.

4.6.3. El 64% de los padres recibió formación secundaria.

La mayor parte de los padres acompañantes (64%) alcanzó a recibir instrucción secundaria. Solamente dos de los encuestados declararon haber recibido formación terciaria (5%).

Nivel de instrucción de la pareja	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Primaria	7	18 %
	Secundaria	25	64 %
	Educ. Técnica	5	13 %
	Universidad	2	5 %
	TOTALES	39	100%

El nivel de instrucción de los padres está por encima del promedio que arroja el conjunto de todos los acompañantes, ya que el análisis realizado determina que

alcanzaron la formación secundaria en un 50%. Entre los padres acompañantes, sólo tuvieron formación primaria un 18%, en tanto que si se toma el conjunto de los acompañantes ese guarismo se duplica (36%).

4.6.4. Siete de cada diez padres proceden de la capital.

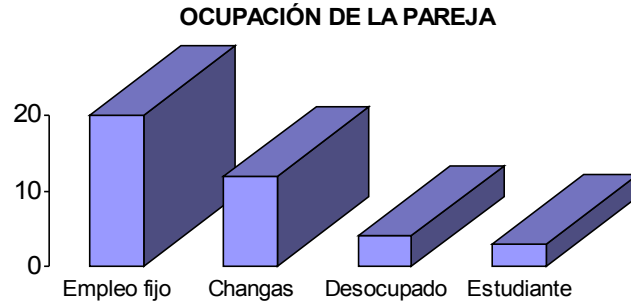
6. Procedencia	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Montevideo	27	69 %
	Interior	12	31 %
	TOTALES	39	100%

4.6.5. Más de la mitad de los padres tiene empleo fijo.

Más de la mitad de los padres declaró tener un empleo fijo, mientras que un poco más de la tercera parte señaló que se desempeña en tareas eventuales (changas).

Ocupación del padre	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	1. Empleo fijo	20	51 %
	2. Changas	12	31 %
	3. Desocupado	4	10 %
	4. Estudiante	3	5 %
TOTALES	39	100%	

En comparación con los porcentajes que arrojó el estudio del conjunto de todos los acompañantes, entre los padres tenemos mayores indicadores de empleo (empleo fijo y changas), así como un leve crecimiento en el porcentaje de desempleados. Esto se debe claramente al enfoque que aporta el rol tradicional del hombre como proveedor de la familia, que le impele con mayor fuerza a definirse por la ocupación que le permite su subsistencia y la de los suyos. En la misma línea de razonamiento encuadra el hecho de que ninguno de ellos declaró dedicarse a las tareas domésticas exclusivamente.

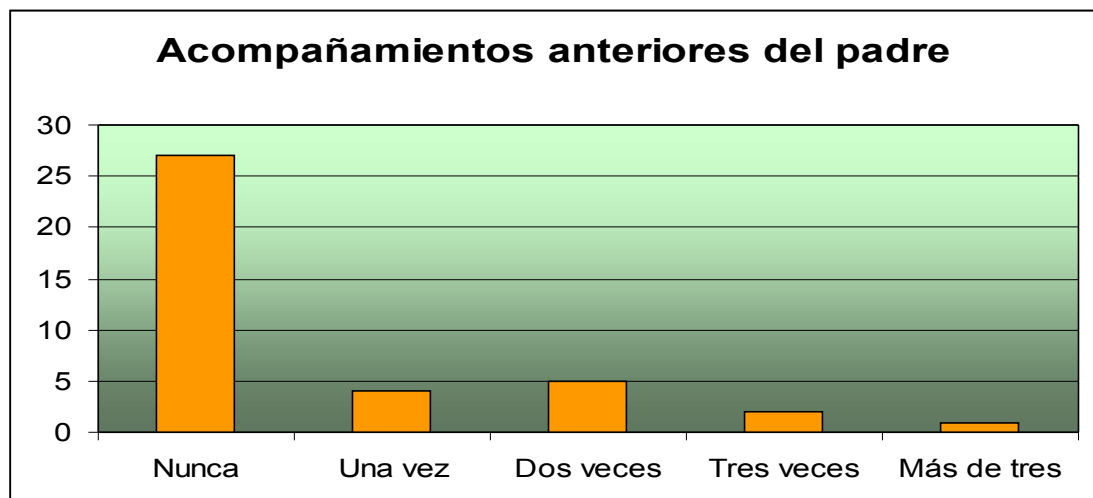


4.6.6. Prevalencia de padres acompañantes primerizos.

El 69% de los padres consultados declaró que era la primera vez que oficiaban como acompañantes de su pareja en ocasión del parto.

Veces que el padre acompañó antes	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	1. Nunca	27	69 %
	2. Una vez	4	10 %
	3. Dos veces	5	13 %
	4. Tres veces	2	5 %
	5. Más de tres	1	3 %
TOTAL	39	100 %	

Estos porcentajes se mantienen sin gran variación si se considera el conjunto de todos los acompañantes encuestados. Incluso, en el conjunto de los acompañantes, el porcentaje de primerizos (71,6%) es ligeramente más alto que si solamente se considera a los padres (69%).



4.6.7. Todos los padres recibieron educación para el parto.

Los 39 padres consultados expresaron haber recibido educación preparatoria para el parto. En este punto superan el porcentaje estudiado para el conjunto de los acompañantes, que declararon haber recibido esa misma instrucción en un 93,3% de los casos. Este registro condice con el altísimo nivel de participación e involucramiento de los acompañantes que devela el presente estudio.

4.6.8. La gran mayoría de padres acompañó en todas las etapas.

El 87% de los padres se involucró en todas las etapas junto con su pareja (control gestacional, trabajo de parto, parto y puerperio). Este indicador está por encima del porcentaje asignado al conjunto de todos los acompañantes (81,6% de los acompañantes se involucró en todas las etapas).

Nivel de involucramiento del padre como acompañante	OPCIONES	Cantidad	Porcentaje
	Sólo Parto	1	3 %
	Trabajo de parto, parto y puerperio	4	10 %
	Todas las etapas	34	87 %
	TOTALES	60	100 %



4.6.9. El perfil del padre acompañante.

A partir de los datos analizados es posible determinar un perfil del padre acompañante de la embarazada. Se trata de un hombre joven, cuya edad oscila entre los

21 y los 40 años, que está casado con su pareja en la mitad de los casos, o vive con ella en régimen de unión libre. Su grado de formación es el que le ha permitido su pasaje por la enseñanza secundaria, procede mayoritariamente de la capital del país y se gana el sustento a través de un empleo fijo o algún trabajo eventual (changa). Además, se trata de un padre que acompaña a su pareja por primera vez en oportunidad del nacimiento, pero que ha recibido instrucción preparatoria en la totalidad de los casos, involucrándose en todas las etapas del proceso (desde la fase preparatoria hasta el puerperio).

5. CONCLUSIONES

Este trabajo reveló que, casi en su totalidad (las excepciones son ínfimas), las madres que se asisten en la Clínica Ginecológica B de la Facultad de Medicina, piso 16 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” son acompañadas por su respectiva pareja, o por algún familiar o allegado, según el caso, para brindarles apoyo durante el proceso de nacimiento de sus vástagos. De este modo se cumple a cabalidad lo dispuesto por la ley 17.386, que establece el derecho de toda mujer, durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento, a estar acompañada de una persona de su confianza.

La misma norma también establece la posibilidad de que la parturienta se pueda hacer acompañar de una persona “*especialmente entrenada para darle apoyo emocional*”. Como lo hemos visto al diseñar el protocolo de investigación, este papel corresponde a las “doulas” (mujeres con conocimientos del trabajo de parto que acompañan a quienes van a parir). Si bien existe en nuestro país alguna experiencia en este sentido, la intervención de las “doulas” resulta todavía una práctica inusual. Ninguna de las madres consultadas mencionó a las “doulas” ni se registró en este estudio que alguna de las acompañantes oficiara como tal, sino que más bien todas se presentaron como madres, hermanas, amigas o vecinas de la embarazada, según el caso, interesadas en acompañarle solidariamente y sin ánimo profesional.

Solamente dos de las encuestadas expresaron que no estaban acompañadas. Una de ellas dijo que hubiera sido su deseo que la acompañase el padre de la criatura, en tanto que la otra fue la única de las encuestadas que declaró que su deseo era enfrentar sola el nacimiento de su hijo.

La preferencia de las embarazadas en cuanto a quién deseaban más como acompañante marcó claramente una orientación hacia los padres. En el 77,4% de los casos las madres prefirieron a sus parejas. La realidad no colmó estas aspiraciones, porque sólo en un 65% de los casos el padre ofició efectivamente como acompañante.

El análisis de las preferencias de la embarazada con relación a su acompañante arrojó otro dato curioso. Solamente se escogió al padre de la criatura, a la madre de la embarazada o a la enfermera. No hubo opciones a favor de hermanas, amigas, vecinas o allegadas. Es claro que en un momento tan trascendente como el parto se prefiera a las personas con las cuales se está unido por sólidos lazos afectivos (pareja o madre) y, en defecto de ello, a una persona con suficiente solvencia profesional para asegurar la tranquilidad de un proceso sin angustias (enfermera). El embarazo implica una atención especial sobre la salud de la mujer, incluso desde ella misma. Estadísticas nacionales avalan esta concepción indicando que el 24% de las mujeres nunca realizó una consulta ginecológica fuera del embarazo¹. Esa instancia en la vida de la mujer reviste una trascendencia que no se registra en ninguna otra.

La edad de los acompañantes marca un perfil juvenil, ya que en forma mayoritaria se ubica en las franjas comprendidas entre los 21 y los 40 años. Ello está en consonancia con estudios nacionales realizados sobre la estructura etaria de los usuarios de los servicios públicos de salud en los que se indica que el 70% de los menores de 20 años utilizan dichos servicios, en tanto que, entre los mayores de 60 años ese porcentaje alcanza al 40%². También debe tomarse en cuenta la edad de los componentes de la familia en la etapa de crecimiento de la misma (etapa reproductiva) ya que este aspecto sociológico incide directamente sobre la variable en estudio.

Datos del Instituto Nacional de Estadísticas correspondientes al año 2001 indican que, de un total de 51.959 nacimientos, 24.162 se producen en el MSP y Hospital de Clínicas (lo que significa un 46,50%).

Consultados por su nivel de formación curricular la mitad de los acompañantes declaró haber cursado estudios secundarios. Un 36,6% solamente logró cursar estudios primarios, mientras que afirmaron haber pasado por la Universidad un 5% y por la Educación Técnica un 8,3%.

¹ Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fecundidad y comportamiento reproductivo. Encuesta Nacional oct/dic 2004. Instituto Nacional de Estadísticas.

² Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamientos. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Informe temático de la Ec. Fanny Trylesinski.

Si bien los datos obtenidos en el presente estudio no permiten obtener conclusiones referidas al modo en que el nivel de instrucción influye sobre la motivación del acompañante, lo cierto es que esta variable es considerada frecuentemente en estudios estadísticos nacionales. Por ejemplo, es sabido que el número de hijos deseados por los uruguayos no difiere por nivel de instrucción, pero sí la cantidad de hijos efectivamente tenidos. El 58% de las mujeres de nuestro país no buscaban o no están seguras de haber buscado su último embarazo³.

En junio del corriente año se registró una fuerte baja de la tasa de desempleo debido, técnicamente, a una leve mejora de la demanda de trabajo y una caída en la oferta. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la tasa de desempleo en el sexto mes del año se ubicó en 8,7%, casi dos puntos porcentuales menos que el registro de mayo. Para el trimestre abril - junio el desempleo promedio fue de 9,5%⁴. Esto también se refleja en el presente estudio, puesto que el 45% de los acompañantes manifestó que se ganaba la vida con un empleo fijo, mientras que el 26,6% lo hace mediante trabajos eventuales (changas). Sólo el 8,3% de los encuestados aseguró estar desocupado.

Conviene reseñar aquí que, según los estudios nacionales ya citados y que refieren a la relación del nivel de ingreso per cápita con la utilización de los servicios de salud, las dos terceras partes de los usuarios de dichos servicios se ubican en los dos quintiles de ingreso más bajos, situación inversa a la que se observa entre los usuarios de salud privados⁵.

La mayor parte de los acompañantes (71,6%) declaró que nunca antes se había desempeñado en esa función. Aún así se registró un elevadísimo grado de involucramiento (el 81% de los acompañantes aseguró haber participado de todas las etapas del proceso) y la mayor parte de ellos aseguró haber recibido educación preparatoria (93,3%) y solamente un 6,6 % aseguró no haber sido instruido previamente en los rudimentos necesarios para la tarea.

El sistema de salud funciona adecuadamente en lo que concierne a incentivar la participación del acompañante. Este punto se revela a través de los datos referidos al origen de la educación preparatoria: un 78,3% de los encuestados indicó haberla recibido en las policlínicas.

³ Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fecundidad y comportamiento reproductivo. Encuesta Nacional oct/dic 2004. Instituto Nacional de Estadísticas.

⁴ Tasa de empleo llegó al nivel más alto de la década y baja la desocupación. Crónicas. 16 de agosto de 2007. Versión digital.

⁵ Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamientos. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Informe temático de la Ec. Fanny Trylesinski.

La extensión de la participación del acompañante resultó otra grata sorpresa. El 100% de ellos asistió al parto y en el orden del 80% participó del control gestacional. Eso indica que únicamente por excepción las madres estuvieron solas durante el tiempo de crecimiento del producto gestacional y los nacimientos. El 81,6% de los acompañantes estuvo junto a la madre durante todas las instancias (control gestacional, trabajo de parto, parto y puerperio).

Como ya hemos señalado resultó imposible cuantificar una de las variables previstas: el grado de involucramiento del acompañante. Para ello se había establecido una batería de preguntas de creciente complejidad referidas a distintas situaciones que implicaban a la madre como beneficiaria de los servicios del centro asistencial, pero todos los encuestados alcanzaron la máxima puntuación posible impidiendo cualquier medición. Fue como intentar medir con una regla centimetrada lo que ameritaba utilizar una cinta métrica. El resto de los indicadores apoya esta suposición, especialmente los que refieren a la elevada participación del acompañante y a su entusiasta motivación para cumplir el rol que le estaba asignado, todo lo cual ya hemos referido detalladamente.

Bajo el título “Cada vez más médicos pagan seguros contra mala praxis” diario El País (edición del 21 de octubre de 2007, pág. 9) hizo público que *“en un año el número de profesionales de la salud asegurados creció un 26,5%. El fantasma de un juicio está cada vez más presente en la mente de los profesionales de la Salud. Por eso, año a año, el padrón del servicio de asistencia integral profesional, del Sindicato Médico del Uruguay, va creciendo. En el cierre 2006-2007 ya son 3036 socios”*. La contracara de este fenómeno quedó claramente registrada en el presente estudio. Cuando se le pidió a los acompañantes que expresasen el motivo por los cuales creían que era necesario que la madre estuviese acompañada, la opción más reiterada fue para que el equipo que le atendía hiciese mejor su trabajo. El temor a la mala praxis médica se convirtió en tema de la agenda nacional desde hace relativamente poco tiempo, pero los efectos de esta percepción colectiva ya son moneda corriente del credo popular. Primaron aquí las razones de contralor sobre el servicio asistencial (temor ante un posible daño por negligencia del equipo que atendía a la parturienta), seguidas por razones inherentes a la formación socio cultural (es el modo en que una madre debe dar a luz) y razones de carácter emocional inherentes al sentido de protección socio-familiar (evitar que la madre esté insegura y temerosa).

La elección de motivos realizada por las madres ante la misma grilla de posibilidades que se le dio a los acompañantes resultó algo diferente, aunque no demasiado. En primer lugar escogieron la opción “una madre debe ser acompañada” y recién en segundo lugar “para el equipo haga mejor su trabajo”. Como se observa las madres jerarquizaron las razones que surgían de su formación socio-cultural en cuanto estaban admitiendo que asimilaban de su entorno el principio de que lo correcto, esperable y conveniente es que estén acompañadas en oportunidad del nacimiento.

El desempeño de los acompañantes en su conjunto, según calificación realizada por las madres, fue sumamente auspicioso. Un 88,3% de los acompañantes lograron desenvolverse en forma excelente. No hubo juicios deficientes. Verificamos aquí la validez de los fundamentos teóricos que inspiraron esta investigación en la medida que los recientes estudios sobre el tema reconocen el beneficio de la presencia del acompañante, todo lo que redundará en un mayor bienestar de la madre y de su bebé. Es que la participación del padre (y de otros familiares elegidos por la madre) contribuye decididamente a la disminución del dolor y la ansiedad que ella pueda sentir en un medio ambiente menos humanizado.

De acuerdo con las premisas expuestas, es posible concluir:

1º) Los equipos sanitarios facilitan y promueven el efectivo cumplimiento de la normativa vigente que garantiza el derecho de la madre a estar acompañada durante todo el proceso del parto por una persona de su confianza. Salvo excepciones, todas las madres logran plasmar el espíritu de esta directiva.

2º) Los acompañantes participan decidida y activamente, involucrándose a fondo en el rol que se les asigna, interesándose vivamente por las circunstancias del nacimiento y constituyéndose en apoyos imprescindibles para las madres que han juzgado al límite de la excelencia el desempeño de los mismos.

3º) El padre de la criatura se perfila como el acompañante ideal según las preferencias de la parturienta, evidenciando el acierto de los estudios teóricos en la materia en cuanto postulan esta instancia como una oportunidad de afianzamiento de los vínculos de la pareja que, a través del nacimiento, plasma su resolución de encarar la fase de crecimiento del núcleo familiar.

4º) Aún con estos indicadores tan auspiciosos, la realidad no colmó las aspiraciones expresadas las madres, porque sólo en un 65% de los casos el padre ofició efectivamente como acompañante, de donde surge la necesidad de profundizar con insistencia las políticas sanitarias orientadas a incentivar su participación.

6. LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN

La Clínica Ginecitológica B de la Facultad de Medicina, piso 16 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” forma parte de la red asistencial que ofrece el Estado uruguayo a su población, pero no todos se atienden en instituciones públicas, ya que quienes pueden hacer frente a los costos que ello implica confían su salud al sistema mutual u otras instituciones privadas del ramo, que en definitiva atienden el 53,50% de los nacimientos como ya lo hemos referido según datos del INE del año 2001. Ello implica que el presente estudio referido al perfil del acompañante queda reducido a un sector específico de la población que tiene sus propias características socio-económicas y culturales y, por tanto, no representa al conjunto de los habitantes del país.

Un estudio integral del acompañante en el parto en nuestro país es posible sobre las mismas bases definidas en el protocolo de investigación que precedió al presente informe, pero ello implicaría mayores recursos materiales y humanos, así como un incremento en el tiempo necesario para los trabajos de campo. Quedan, entonces, sentadas aquí las bases para ese ambicioso y necesario trabajo de investigación.

INDICE

<u>1. Resumen</u>	1
<u>2. Introducción</u>	2
<u>3. Metodología</u>	3
<u>4. Resultados</u> 4.1. Perfil del acompañante 4.2. La aptitud del acompañante para asistir a la madre en el parto 4.3. Participación del acompañante 4.4. Motivación del acompañante 4.5. Preferencia de la usuaria 4.6. Estudio del padre como acompañante	6
<u>5. Conclusiones</u>	24
<u>6. Límites de la investigación</u>	29
<u>Índice</u>	30

PROTOCOLO

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Br. Santa María Alcántara

Br. Ana Laura Fugaza

Br. Verónica Márquez

Br. Ramón Salvarrey

Br. Silvia Silveira

1. RESUMEN

Este protocolo de investigación fue diseñado con la finalidad de obtener una descripción veraz y abarcativa de los aspectos más salientes que caracterizan a las personas que acompañan a la embarazada durante el trabajo de parto, el parto en sí mismo y el puerperio. La recolección de datos se planificó para cumplirse en un período aleatorio de diez días consecutivos. En ese tiempo los dos instrumentos elaborados al efecto serán aplicados a las usuarias que se asisten en la Sala 4 de la Clínica Ginecotológica B (Piso 16) del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” ubicado en la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay, así como a sus acompañantes.

Los fundamentos teóricos de la propuesta abundan en los referentes históricos sobre el acompañamiento durante el parto, los recientes estudios sobre los beneficios de la presencia del acompañante que redundan en un mayor bienestar de la madre, y un análisis detallado de la incidencia que tiene la institución de la familia y sus poderosos vínculos en relación con este tema específico⁶.

El equipo de investigación confía en que los resultados de este trabajo permitan una mejor comprensión por parte de las instituciones de asistencia sobre la importancia que debe asignarse a la presencia del acompañante escogido libremente por la embarazada, una confirmación de sus numerosos beneficios y una visión sistematizada que sirva de base para futuros programas o políticas de salud orientadas al bienestar de la madre durante el proceso de dar a luz.

⁶ “El protocolo debe estar redactado de manera que su contenido sea suficientemente claro para que cualquier persona relacionada con el campo que se va a investigar pueda cooperar en su ejecución y evaluación. (...) Generalmente la introducción es breve, ya que los aspectos se citan de manera concisa y precisa. Lo que se describe en cada uno de los elementos no debe ser más que un resumen de los aspectos relevantes, pues el detalle lo podrá encontrar el lector en los siguientes componentes del protocolo”, Metodología de la investigación, Organización Panamericana de la Salud, Edición 1998, Francisca Hernández de Canales, Eva Luz de Alvarado y Elia Beatriz Pineda, pág. 207 y 208.

2. FUNDAMENTACIÓN

Este estudio presupone la realización de un esfuerzo cuidadosamente estructurado hacia el conocimiento de esa persona que acomete la delicada labor de acompañar a la mujer en el parto. Importa aquí no sólo definir al acompañante en función de sus vínculos con la parturienta, sino además conocer cuál es su motivación en tal sentido y, no menos importante, cuál es el universo de creencias que le impulsan a cumplir su rol en oportunidad de un evento tan trascendente como el advenimiento de una nueva vida.

El flujo de información que habrá de obtenerse a partir de este trabajo tiene el potencial adecuado para convertirse en una importante herramienta de estudio acerca de los complejos fenómenos socio-culturales que acaecen con el nacimiento. Sin duda servirá de base a nuevas investigaciones que permitan al sistema de salud redirigir recursos y energías (que como se sabe son siempre limitados) y focalizarlos con mayor eficiencia hacia el bienestar de la madre y de su bebé.

A esta altura del desarrollo de la civilización ya nadie duda que el nacimiento de un hijo es una experiencia familiar cuyas implicancias superan el mero hecho asistencial. Hasta hace unas pocas décadas se priorizaba en las salas de parto una tendencia netamente científicista que amenazaba desnaturalizar en extremo el nacimiento. La madre permanecía sola en sala de parto y parto. Apenas tenía contacto con su hijo recién nacido, que era inmediatamente trasladado a la Sala de Recepción de Recién Nacidos para los cuidados neonatológicos mientras que quien la llevaba a internar esperaba afuera junto al resto de la familia. Sólo conocían al bebé a través de un vidrio durante algunos segundos o, a veces, sabían que era niña o varón según el color de la luz que se encendía en sala de espera⁷.

Hoy es ampliamente aceptado que el contacto precoz entre la madre y su hijo recién nacido tiene importantes beneficios que no sólo abarcan aspectos biológicos, como las reacciones hormonales de la madre y el estímulo del niño, sino que alcanzan componentes emocionales y psicológicos en los que ambos se reconocen. El acompañante, a su vez, gravita favorablemente en beneficio de la madre,

⁷ “Apoyo capacitado durante la labor de parto”, Las Doulas de Presbyterian, artículo especializado de la página <http://www.phswomenscenter.org/sirvienta.shtml>

brindándole apoyo y generando ese clima de bienestar que, en definitiva, también es el objetivo del equipo de salud, abierto siempre a mejoras en su desempeño.

Algunos de los estudios realizados sobre quienes acompañan a la mujer en el momento del trabajo de parto y parto (*sobre los que abundaremos más adelante en el marco teórico de este trabajo*) se orientan particularmente a recomendar la presencia de las “doulas”, mujeres con experiencia en nacimientos que asisten a la parturienta, en tanto que otros, más escasos, al padre. Pero, ¿quién acompaña realmente a la mujer en el trabajo de parto y parto?. ¿Qué ocurre en nuestro país en esta materia?. He aquí la duda que este estudio intenta elucidar.

Como ya se ha mencionado, este trabajo se funda en la idea de que el acompañamiento brinda confort a la madre y mejora el desempeño del equipo asistencial preocupado por atenderla adecuadamente. Esa es la razón por la cual los fundamentos teóricos que se desarrollan más adelante abundan sobre este punto. De ahí que el conocimiento del acompañante se imponga como labor necesaria, a partir de la cual podrán trazarse luego metas más ambiciosas que ya se han sugerido.

3. PROBLEMA.

3.1. Enunciado concreto del problema.

Cuál es el perfil de la persona que acompaña en el parto a las usuarias que se asisten en la Clínica Ginecotocológica B (Piso 16) del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

3.2. Otras consideraciones con respecto al problema planteado.

Antes de juzgar si es bueno, malo o indiferente que la parturienta esté acompañada, se impone la necesidad de definir cabalmente cómo se produce en la realidad el fenómeno del acompañamiento. ¿Por qué la mujer demanda un acompañante?. ¿Quién cumple usualmente el rol de acompañante?. ¿Por qué lo hace?. ¿Por qué cree que está bien hacerlo?. Este es el punto de partida de esta investigación: describir en detalle esta situación, sin olvidar ninguno de sus componentes. Los resultados de este trabajo permitirán luego otros de mayor rigor y profundidad que, en definitiva, serán de provecho para el equipo asistencial, siempre necesitado de orientación frente a un fenómeno tan complejo y sublime como el nacimiento.

El acompañamiento de la mujer en el parto es beneficioso. Ya en 1979 el Dr. Caldeyro Barcia⁸ reconocía que es siempre necesaria “la participación activa e informada de la madre y del padre durante el parto y nacimiento”, señalando además que el padre debía “proveer un apoyo emotivo, psicológico y físico” a la parturienta.

Y añadía el mismo profesional que “la participación del padre (y de otros familiares elegidos por la madre) contribuye a la disminución del dolor y la ansiedad que ella pudiera sentir en un medio ambiente menos humanizado”.

Por tanto, la trascendencia familiar y social del nacimiento hace que sea éste un fenómeno participativo y no se conciba de otro modo que no sea compartiendo el gozo y las responsabilidades implicadas en el comienzo de esa nueva vida. Es adecuado y oportuno, por tanto, preguntarnos ¿con quién comparten ese momento tan especial las madres uruguayas?. ¿A quiénes prefieren a su lado cuando van a dar a luz?. ¿Cómo se desempeña ese acompañante?. ¿Está preparado para cumplir con éxito su labor de apoyo?.

⁸ Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal, conferencia dictada por el Dr. R. Caldeyro Barcia en el Simposio sobre “Recientes adelantos en Medicina Perinatal”, Publicación científica n° 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.

4. ANTECEDENTES.

Los estudios consultados y reseñados en el Marco Teórico⁹ describen beneficios para la embarazada, desde la disminución en la necesidad de administrar fármacos o realizar maniobras sobre la embarazada, hasta una notoria sensación de seguridad y bienestar durante todo el proceso del nacimiento.

Muchos de esos trabajos plantean que la mejor compañía para la parturienta es una “doula”, es decir, una mujer que, habiendo parido una o varias veces, comprende cuáles son las necesidades de las mujeres durante el parto.

La revista médica New England Medical Journal publicó un estudio en los años 80 realizado por los Dres. Klaus y Kennel en un hospital público de Guatemala (60 nacimientos al día) durante la década de los 70. Se dieron cuenta de que el índice de intervenciones, cesáreas y gasto farmacéutico era elevado. Para intentar solventar el problema realizaron el siguiente estudio: aleatoriamente se asignaron mujeres a otras mujeres que habían sido madres, con experiencia en nacimientos, para que las atendieran durante su trabajo de parto, y otras fueron asignadas al personal sanitario, como era habitual. Constataron que las mujeres del primer grupo precisaron muchas menos intervenciones.

Repitieron el estudio en Houston, Texas, con mujeres de clase baja, básicamente emigrantes mejicanas y portorriqueñas, y los resultados fueron muy similares. Sorprendentemente, lo volvieron a realizar con mujeres americanas de clase media, con diferentes resultados¹⁰.

Cuando publicaron estos estudios, no encontraban la palabra adecuada para designar a la mujer que acompaña en el parto, y eligieron el vocablo griego “doula”.

4.1 El resurgimiento de las “doulas”

“Doula” es una palabra que proviene del griego antiguo y que significa esclava o sirviente en una gran casa, quien probablemente ayudaba a la mujer principal de la casa durante su proceso de parto. Pero, en realidad, dado que este vocablo significa literalmente esclava, en entornos griegos se prefiere usar el nombre “paramana doula”, que tiene un sentido más cercano al que se busca.

⁹ Estudios reseñados en el Cap. 6 “El marco teórico”, páginas 14 a la 36, especialmente Klaus y Kennel, 1993; Enkin, Keirse y Renfrew, 1989; Hemminki, Virta y Koponen, 1990; Hofmeyr, Nikodem, Colman, Chalmers y Kramer, 1991.

¹⁰ “Continuous emotional support during labor in a U. S. hospital. A randomized controlled trial” de J. Kennel, M. Klaus, S. Mc Grath, S. Robertson y C. Hinkley, Journal of American Medical Association 265 (17), pág. 2197-2220

De todas maneras, en todo el mundo se identifica con el nombre doula a la mujer, con conocimientos del trabajo de parto y del nacimiento en sí, que acompaña a quien va a parir.

Una doula es una persona experimentada en la ayuda durante el proceso del nacimiento. Provee de soporte continuo, información y apoyo emocional y físico a las mujeres embarazadas, antes, durante y justo después del parto. Las doulas asisten a las mujeres que dan a luz en hospitales, en casas de partos y en sus domicilios.

La primera misión de la doula es informar positivamente de la experiencia de la maternidad y del parto a las mujeres embarazadas y a sus familias¹¹. El fundamento del cuidado de una doula se basa en el conocimiento de que el continuo soporte emocional y la confianza durante el proceso de parto mejoran y facilitan todas las fases de la maternidad.

En estos enunciados ya se perfila con claridad la importancia que se asigna al tema de la compañía durante el proceso del parto.

En nuestro país un simple vistazo a las circunstancias cotidianas revela de inmediato que la parturienta es acompañada generalmente por un integrante de la familia, otras veces por alguien con vínculo de amistad, pero nunca por una mujer experimentada (una extraña) que se convoca para la ocasión. Sin perjuicio de los minuciosos resultados que habrá de arrojar este estudio, puede resultar oportuno adelantar que el acompañamiento parece no ser una cuestión de oportunidad o conveniencia, sino algo que está más allá de estas consideraciones porque consiste en una costumbre que se fundamenta en los valores culturales más arraigados, esos mismos valores que cimentan la idiosincrasia propia de cada nación en determinado momento histórico.

4.2 La presencia del acompañante beneficia a la parturienta.

Los estudios que vamos a reseñar ahora refieren a los beneficios de contar con un acompañante durante el proceso del parto.

De acuerdo con los autores del artículo *Factors influencing duration of breast feeding among low-income women*¹² el apoyo de una doula post-parto contribuye a una lactancia más prolongada, con independencia de la actitud que la doula tome respecto a la misma. Este estudio, realizado sobre 40 mujeres con un bajo nivel de ingresos, demostró que las mujeres que cuentan con el soporte de una doula post-

¹¹ Es hoy principio aceptado que la difusión de información como política preventiva constituye la medida más eficiente. A través de esa difusión se logran numerosos beneficios con ínfimos costos económicos, además de promoverse ampliamente las ventajas de la solidaridad social.

¹² "Factors influencing duration of breast feeding among low-income women" (S.P. Barron; H. W. Lane ; T. E. Hannan ; B. Struempfer ; J. C. Williams , J Am Diet Assoc 1988).

parto amamantaron al menos el doble de tiempo que las que no contaron con dicho apoyo.

Según consta en el artículo *Realistic expectations of the labor coach*¹³ los padres habitualmente se encuentran en un estado de estrés e implicación emocional elevados, como para dar el soporte adecuado a sus parejas durante el trabajo de parto. Este estudio observó el comportamiento de 40 nuevos padres durante el trabajo de parto de sus compañeras. En general, el apoyo prestado se centró en recordar los ejercicios respiratorios, pues la mayor parte del tiempo intentaban ocultar sus sentimientos de preocupación y nerviosismo respecto a la utilidad de su presencia.

De acuerdo con el estudio *Alone, I wouldn't have known what to do*¹⁴ realizado en la ciudad de México, se observó que las mujeres que estuvieron acompañadas por una doula se sintieron mejor tratadas dentro del sistema hospitalario; comprendieron con mayor facilidad la información que les fue dada; tuvieron una mayor sensación de control de la situación y tuvieron una mejor percepción de su trabajo de parto y de ellas mismas durante todo el proceso.

Por otra parte, en el artículo *Social support in labor - a selective review*¹⁵ se afirma que de entre todas las personas que acompañan a la mujer durante el trabajo de parto, el apoyo dado por las doulas es efectivo. El apoyo proporcionado por doulas, tanto por doulas más experimentadas, como por doulas en formación, demostró ser más efectivo que el apoyo proporcionado por parejas, personal médico, familiares o amigos.

El informe titulado *Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes*¹⁶ señala que el apoyo continuo y personal de un profesional durante el trabajo de parto contribuye a minimizar el número de episiotomías, disminuyendo el uso de fármacos destinados a aliviar el dolor y propiciando un aumento de la sensación de control de la situación durante el trabajo de parto.

Según se expresa en el artículo *A randomized trial of the effects of monitrice support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum*¹⁷ las mujeres que estuvieron acompañadas durante su trabajo de parto por una doula necesitaron

¹³ "Realistic expectations of the labor coach", L. M. Berry, 1988, Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, sept/oct pág. 354/355.

¹⁴ "Alone, I wouldn't have known what to do", Soc Sci Med 1998, agosto 47 (3) pág. 395-403, L. Campero, C. García, C. Díaz, O. Ortiz, S. Reynoso, A. Langer, México.

¹⁵ "Social support in labor – a selective review" de B. Chalmers y W. Wolman, J Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1993, marzo 14 (1), pág. 1-15.

¹⁶ "Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes" E. D. Hodnett y R. W. Osborn, Research in Nursing and Health, 12 (5), pág. 289-297.

¹⁷ "A randomized trial of the effects of monitrice support during labor: mother's views two to four weeks postpartum", E. D. Hodnett, R. W. Osborn, Birth 1989 diciembre, 16 (4), pág. 177-183, discussion pág. 183-184

menos medicación y se sintieron más apoyadas tanto física como emocionalmente que las mujeres que no habían sido acompañadas por doulas. Además en el grupo acompañado por doulas aumentó la posibilidad de mantener el periné intacto.

Según el informe *Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding*¹⁸ las mujeres que fueron sostenidas emocionalmente por personal sin experiencia como enfermeras presentaron menor índice de tensión alta, menor uso de analgésicos y menor ansiedad durante el trabajo de parto. Además, amamantaron durante más tiempo y a intervalos más flexibles.

Un estudio realizado en Houston (Texas) sobre la influencia del apoyo emocional de una doula durante el parto¹⁹ marcó un hito, y es referenciado frecuentemente pues mostró resultados tan sorprendentes e importantes como los siguientes: reducción de un 50% de las cesáreas, reducción del uso de fórceps en un 40%, reducción en las peticiones de epidural del 60%, o de cualquier otro tipo de analgésico en un 40%, una disminución en la duración del trabajo de parto del 25% y una necesidad del uso de oxitocina del 50%.

El trabajo titulado *The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered*²⁰ refiere a un estudio de revisión sobre once trabajos que evalúan la influencia de las doulas sobre el desarrollo del parto. Los resultados demostraron que la presencia de la doula reduce la duración del trabajo de parto en el caso de madres primerizas, reduce el uso de medicación y reduce el número de intervenciones y cesáreas. Además, uno de los estudios demostró que el apoyo de la doula llevaba a que las mujeres tuvieran una lactancia más prolongada, una autoestima más elevada, menor índice de depresión puerperal, estuvieran felices con sus bebés y se sintieran más seguras para cuidar de ellos. En los casos en que hubo doulas presentes, los padres ofrecieron un mejor apoyo a sus parejas.

¹⁸ *Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding* de G. J. Hofmeyr, V. C. Nikodem, W. L. Wolman, B. E. Chalmers y T. Kramer, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998, pág. 756-764.

¹⁹ "Continuous emotional support during labor in a U. S. hospital. A randomized controlled trial" de J. Kennell, M. Klaus, S. Mc Grath, S. Robertson y C. Hinkley, *Journal of American Medical Association* 265 (17), pág. 2197-2201.

²⁰ "The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered" de M. H. Klaus y J. H. Kennell, *Acta Paediatr.* 1997, octubre 1986 (10), pág. 1034-1036.

4.3 La presencia del acompañante según la legislación nacional

En 2001 se sancionó la ley 17.386, disponiendo que toda mujer, durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza, o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional²¹.

La norma consta tan sólo de tres artículos. El primer artículo contiene el enunciado ya mencionado, mientras que el segundo obliga a todo centro asistencial a “informar en detalle” a la embarazada del derecho que le asiste en virtud de lo dispuesto por el primer artículo, además de imponer que se estimule la práctica a la que se hace referencia.

El tercer artículo puntualiza que las disposiciones de la ley 17.386 se aplicarán no sólo por parte de los profesionales intervinientes sino también por parte de las instituciones asistenciales, ya sean públicas o privadas.

De acuerdo con las actas parlamentarias²², cuando la Cámara de Diputados trató el proyecto de ley y debatió sobre la conveniencia de aprobarlo tal como venía de la Cámara de Senadores, la diputada Percovich expresó que: “hay muchas mujeres que llegan al parto sin demasiado apoyo, muchas veces ni siquiera tienen un compañero”. Y agrega: “El hecho de que aquella persona que haya estado más cerca de ellas -ya sea su madre, su hermana o una tía- las acompañe, constituye una reafirmación de la continuidad de los lazos que estamos buscando todos en un país en el que, lamentablemente, nacen pocos niños”.

Por su parte, sumándose a la voluntad de aprobación de la Cámara Baja, el diputado Abisab expresó: “deseo rescatar específicamente el aspecto humano de la relación médico - paciente y aprovechar para vincularlo con este proyecto, porque hoy en día -seguramente los colegas médicos que están en Sala lo sabe- existen sustentos científicos que demuestran que las emociones y el bienestar espiritual del paciente tienen correspondencia absoluta con la buena evolución del estado de salud, con la reversión del estado de enfermedad”.

Luego de compartir con sus colegas que había recibido instrucción como acompañante y que en calidad de tal visitaba centros asistenciales, la diputada Argimón señala: “cuando leíamos en el orden del día el nombre de este proyecto de ley pensábamos cuán increíble es tener que incorporar o consagrar en un texto

²¹ Ley n° 17.386 sancionada el 15 de agosto de 2001 y promulgada el 23 de agosto del mismo año con la firma del Presidente de la República, Jorge Batlle y el Ministro de Educación y Cultura, Antonio Mercader.

²² Actas parlamentarias difundidas a través del sitio www.parlamento.gub.uy, Asunto 15.206, discusión general del día 15/08/2001, págs. 39-52, 2972.

normativo algo que por la fuerza de los hechos tendría que darse naturalmente”. Y argumenta más adelante: “en ese entorno, entonces, de acompañamiento y de alegría, es que tiene que recibirse a un hijo, confluyendo la excelencia de lo sanitario -médicos y servicios en general- y también de los afectos.

“Subsanando una injusticia votaremos este proyecto de ley por nuestras compatriotas más pobres (...) por esas mamás niñas que -cada vez más- acuden a los centros hospitalarios, y en su gran mayoría siguen haciéndolo solas”.

La ley 17.386 no prevé sanciones por incumplimiento. A este respecto el diputado Scavarelli indicó que: “La no existencia de sanción propiamente dicha no creo que represente un obstáculo para hacer valer este derecho. Alcanza con pensar, desde el punto de vista estrictamente jurídico, que la violación del derecho subjetivo establecido por la ley que cause perjuicio a una persona -en este caso, una mujer en el momento del parto- sea generador de responsabilidad, por lo menos civil”.

4.4. Las doulas en el Uruguay

En el marco del Primer Seminario Taller “Nacimiento y Calidad de Vida - Una mirada a Experiencias Exitosas” se realizó una presentación sobre las doulas que estuvo a cargo de profesionales de Brasil y Holanda, además de los expositores uruguayos²³. En dicha oportunidad expusieron Flavia Previtali y Lucía Caldeyro Barcia, hija del ilustre médico uruguayo y vicepresidenta de ANDO, “Asociación Nacional de Doulas” en Brasil, haciendo mención al apoyo y financiamiento que reciben del Ministerio de Salud de ese país y los numerosos programas de capacitación y gestión de doulas voluntarias que existen en Brasil.

Las nombradas profesionales realizaron un taller teórico vivencial donde presentaron las formas en que la doula trabaja y cuál es el proceso de formación que lleva a cabo para desempeñar ese rol. Los organizadores del encuentro destacaron el gran interés, valor y necesidad que hay en nuestro país para promover el desarrollo del rol de la doula, acompañando a las embarazadas y sus familias, y fortaleciendo el equipo de salud que asiste en los nacimientos. En tal sentido también se informa que la Fundación Perinatal del Uruguay está nucleando a las personas interesadas en formarse en este perfil y está trabajando en el desarrollo de los primeros cursos de capacitación y certificación de doulas.

Por otra parte, la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay también se ha interesado por el tema²⁴, promoviendo actividades académicas en el

²³ Página <http://216.239.51.104/search?q=cache:bFe9doRcGIUJ:www.relacahupan.org/bol1205>

²⁴ Página http://www.ucu.edu.uy/Facultades/Psicologia/actividad_perinatal.htm

área de la salud perinatal, con la participación de reconocidos invitados extranjeros y disertantes nacionales en coordinación con el Instituto Perinatal del Uruguay. Ambas instituciones establecieron el primer programa de formación de doulas a nivel nacional, invitando para ello a una reconocida docente estadounidense, la Mag. Asela Calhoun, contando con el aval de la certificación de la agencia DONA Internacional de Estados Unidos.

En este marco se indica que “las doulas son también conocidas como asistentes perinatales” y que “se trata de un rol paraprofesional ya establecido en muchos países del mundo, y que está comenzando su desarrollo formal en Uruguay”.

“La doula complementa el trabajo de atención del parto que realizan los médicos, parteras y licenciados en enfermería ofreciendo cuidados físicos y asistencia emocional en forma calificada a la mujer y a su familia en el momento del nacimiento”.

“La importancia de este rol para-profesional que brinda apoyo y complementa al trabajo del equipo de salud durante el nacimiento, ha sido ratificado por la legislación de nuestro país, con la reglamentación de la Ley No 17386 de acompañamiento en el parto”.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Caracterizar al acompañante de la mujer que, con motivo del parto, se asiste en la Sala 4 de la Clínica Ginecotológica B (Piso 16) del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” ubicado en la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay estableciendo su perfil general y describiendo la naturaleza del vínculo que tiene con la parturienta.²⁵

5.2 Objetivos específicos

5.2.1. Develar el perfil sociodemográfico del acompañante, así como su vínculo con la parturienta.

5.2.2. Establecer la naturaleza y frecuencia del acompañamiento en el trabajo de parto, parto y puerperio.

5.2.3. Medir el grado de participación del acompañante.

5.2.4. Estudiar la motivación que impele al acompañante a cumplir su rol desde una doble perspectiva:

- a) Autovaloración (valoración realizada por el acompañante respecto de sí mismo) y
- b) Valoración de la usuaria respecto de su acompañante.

5.2.5. Describir la conducta del acompañante y los efectos de la misma.

²⁵ “Toda investigación parte del interés de solucionar o encontrar respuesta a un problema o del deseo de avanzar en el conocimiento sobre algún tema. En la medida en que el problema esté claramente definido, el estudio a realizar se orientará con mayor facilidad”, Metodología de la investigación, Organización Panamericana de la Salud, Edición 1998, Francisca Hernández de Canales, Eva Luz de Alvarado y Elia Beatriz Pineda, pág. 71-80.

6. EL MARCO TEÓRICO

Asistir a la parturienta es una práctica establecida desde tiempos inmemoriales. Por ello resulta natural que, desde los albores de la civilización, se tenga noticia de mujeres más experimentadas que ayudan durante el nacimiento. A estas mujeres se les ha denominado comadronas.

El término “comadrona” proviene del latín *commater*, compuesto por *cum*, que significa conjuntamente, y *mater*, que significa madre. Las comadronas han ayudado a las mujeres a dar a luz desde el principio de la historia. Se encuentran referencias en tal sentido en los antiguos escritos hindúes, en manuscritos de la Grecia y de la Roma clásicas e incluso en la Biblia²⁶.

En épocas más recientes esta actividad tendió a profesionalizarse. Ya en el año 1560, en París, las comadronas tenían que superar un examen oficial para obtener el título y atenerse a prácticas normativas. Pero no todas tenían esta formación. En el Reino Unido las comadronas contaban con escasa preparación formal y no tuvieron que aprobar exámenes para obtener el título oficial hasta el año 1902.

En el mismo sentido, en su artículo *“El arte de ayudar a parir y las comadronas de Navarra”*, Ana Urmeneta²⁷ explica que a lo largo de la historia, el arte de ayudar a parir ha estado relacionado con la mujer, bien como partera experimentada, o como comadrona. Sólo cuando el parto se complicaba y era preciso el instrumental quirúrgico intervenía el cirujano. Los médicos, por su parte, no se interesaron por la Obstetricia hasta el siglo XIX. Esta larga ausencia se ha relacionado con la condición de la mujer en épocas pretéritas (siempre en inferioridad respecto al hombre) y la mentalidad de la sociedad. Los médicos destacaban sus conocimientos teóricos y se consideraban social y profesionalmente superiores a cualquier otro practicante, por ello se mantuvieron al margen de los partos, la cirugía, las heridas y las sangrías. Todo ello rebajaba su dignidad, y manipular las partes íntimas de la mujer podía causar escándalo.

Irene García Hernández, en su trabajo *“La evolución de las comadronas victorianas”*²⁸ reseña que “la profesión de comadrona responde a uno de los primeros oficios especializados que surgen en cualquier sociedad”. Y añade: “la asistencia al parto

²⁶ “La historia de las comadronas”, revisado por Serdar Ural M D, mayo de 2004, artículo de la página web http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/midwives_esp.html

²⁷ “El arte de ayudar a parir y las comadronas de Navarra” artículo de Ana Urmeneta publicado en la página web <http://www.euskonews.com/0181zbn/gaia18103es.html>

²⁸ “La evolución de las comadronas victorianas”, artículo de Irene García Hernández en que se comentan los aportes del libro “Comadronas en la Historia y en la Sociedad” de Jean Towler-Joan Bramall, Barcelona, Masson, 1997, 393 págs. publicado en <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art07.pdf>.

por una comadrona se cuenta entre las más antiguas profesiones del mundo, pero también ha sido una de las más difamadas”.

América también tiene su historia en esta materia. Las abundantes crónicas de la conquista revelan las costumbres de sus habitantes naturales antes de la influencia de la civilización europea²⁹.

El cronista español Fray Bernardino de Sahún refiere que entre los aztecas el matrimonio ocurría a edad temprana, entre los 14 y los 16 años. La esterilidad femenina (*tetzacott*) era causal de separación. Los asuntos que tenían que ver con la reproducción eran atendidos por mujeres conocidas como *tlamatqui ticitl*, o comadronas. El aborto provocado era permitido y estaba a cargo de éstas; a la mujer que abortaba se le llamaba *cihuapectlin*.

A la embarazada se le prodigaba una cuidadosa atención a manos de la *ticitl*, la cual disponía de ayudantes llamadas *tepalehuiani*. Dichos cuidados se acrecentaban en los últimos tres meses del embarazo. A la gestante, particularmente la primigesta (*ichpuchpihua*), se le daban consejos sobre ejercicios y alimentación. Al final del embarazo la comadrona practicaba una palpación abdominal y, si era el caso, ejecutaba la versión del feto mediante maniobras externas. La *ticitl* se trasladaba a la casa de la futura madre con antelación al parto para preparar ella misma los alimentos. Durante el trabajo de parto la mujer bebía una poción de raíz de *chihuapatli*, que contiene *eriacomina*, una sustancia abortiva.

Las costumbres entre los mayas no difieren mucho de las que hemos descrito. Así lo confirma J. Augusto González al describir lo ocurrido en el territorio de la actual Guatemala. La abogada o protectora de la maternidad era *Ixchel*, es decir, mujer arco iris. *Ixquic*, por su parte, era la diosa de la fecundidad. Apenas nacida la criatura, se sacrificaba un pavo. El baño se llevaba a cabo en algún río o fuente, donde hacían oblaciones del copal y sacrificio de papagayos. "El cordón umbilical se cortaba sobre una mazorca de maíz y con un cuchillo nuevo, el cual se arrojaba inmediatamente al río. Sembraban el grano de aquella mazorca y lo cuidaban con el mayor esmero, como cosa sagrada. La cosecha que de él provenía se dividía en tres partes, una para el divino, otra para que sirviera de alimento al niño y guardaban la tercera para que éste la sembrase cuando estuviese en edad de hacerlo".

El parto entre los incas también era asistido. Según J. M. Balcázar en su "Historia de la Medicina en Bolivia" las mujeres daban a luz boca abajo, en cuatro pies, las manos en el suelo: la comadrona recibía la criatura por detrás. Empero, refiere el Inca -

²⁹ "Algunas costumbres ginecobstétricas en el continente que sería Hispanoamérica", artículo especializado de la página http://www.encolombia.com/epoca/20pre2_ginecobstetricia.htm

Garcilaso de la Vega (citado por De Urioste) que las indias "parían sin partera, más era hechicera que partera".

Parece, no obstante el anterior testimonio de Garcilaso, que el parto, en efecto, era asistido. Una prueba fehaciente la aporta Lucas Molina Navia al referir la existencia de *huacos* (alfarería preincaica e incaica) que muestran a la parturienta sentada asistida por una mujer. También señala Molina que existen *huacos* -sin duda documentos de gran valor histórico- que ponen de presente que la operación cesárea era practicada en aquellas calendas. En el Alto Perú, según De Urioste, la parturienta se encerraba con la partera. Al esposo le estaba prohibido ingresar a la habitación. La placenta y la sangre eran enterradas y cubiertas con arena. La madre descansaba en decúbito ventral durante ocho días.

En el caso de las aborígenes araucanas, éstas daban a luz en forma solitaria. Salían de su *ruca* o habitación y emigraban a sitios aislados, donde existiera agua (ríos o lagunas) y construían un pequeño rancho de ramas, que denominaban *putracuma*. Fuertemente asidas al poste central que sostenía el rancho, daban a luz en posición de cuchillas.

Las *yámanas*, aborígenes de Tierra del Fuego, se hacían auxiliar por las mujeres más ancianas de la localidad, o por sus propias madres. Estas ayudantas eran conocidas con el nombre de *cutoandundomo*, que quería decir "mujer que se compadece de la amiga". Después del parto, junto con su hijo, se daban un baño y se trasladaban a su morada donde permanecían ocho días. Al cabo de este tiempo se quemaban todos los utensilios que se hubieran usado, como también la choza donde había tenido lugar el parto. Es probable, según Manuel Avilés, que el parto fuera considerado como un acto impuro.

6.1 Especificidad del apoyo empático a la parturienta

Con el progreso del conocimiento científico, la asistencia en oportunidad del parto se tecnifica. Deja de ser un oficio desdeñado para elevarse a la categoría de profesión universitaria. Ello trajo como resultado un mayor énfasis en los cuidados físicos y un relativo abandono de los aspectos sico-emocionales de la madre en el proceso de dar a luz.

A partir de ese momento se diferencia con claridad:

- a) El trabajo de los profesionales que asisten a la madre siguiendo estrictas reglas de procedimiento basadas en la ciencia médica.
- b) La labor de contención y apoyo que brinda algún integrante de la familia (especialmente el padre) o una persona experimentada (doula).

La investigación propuesta se enfoca, justamente, en esta segunda categoría, es decir, en la labor del acompañante, que gravita en los aportes afectivos que se ponen a disposición de la madre y no en la eficiencia y los rigores del procedimiento técnico.

Actualmente la mayoría de los partos ocurren en hospitales, donde las mujeres son atendidas por los integrantes de un equipo de atención que suele constar de un médico, una partera y una enfermera. Pero, como lo hemos señalado, ninguna de estas personas tiene entre sus cometidos específicos el de brindar apoyo emocional a la parturienta.

En su trabajo orientado a la inserción del acompañante en el parto, De Souza Pinto y Komura Hoga³⁰ aseguran que “el respeto a la libertad de elección del acompañante durante el trabajo de parto por la parturienta y el monitoreo adecuado de su bienestar físico y emocional son comprobadamente útiles y deben ser estimuladas (OMS, 1996)”.

Las autores aseguran que “investigaciones ya comprobaron que el apoyo físico, empático y continuo durante el trabajo de parto beneficia a las parturientas. El trabajo de parto se torna más breve, las medicaciones y analgesias son utilizadas con menor frecuencia, los recién nacidos presentan menos escores de Apgar debajo de 7 y la necesidad del parto operatorio es menor (Klaus y Kennel, 1993; Enkin, Keirse y Renfrew, 1989; Hemminki, Virta y Koponen, 1990; Hofmeyr, Nikodem, Colman, Chalmers y Kramer, 1991)”.

“Ofrecer apoyo empático y continuo durante el trabajo de parto es comprobadamente útil y debe ser proporcionado a las parturientas. Es un trabajo que puede ser plenamente desempeñado por los acompañantes. Se preconiza que las instituciones que prestan asistencia al parto deben permitir la presencia del acompañante escogido por la mujer en la asistencia al parto de forma sistematizada (Brasil, 2001)”³¹.

Los roles del equipo que asiste a la madre desde el punto de vista médico durante el nacimiento se han disociado claramente de los roles del acompañante. Así lo imponen las formas socio-culturales que rigen la vida moderna. En efecto, en sociedades como la nuestra generalmente oficia como acompañante algún miembro de la familia. Las más de las veces la madre o alguna tía de la parturienta, aunque en los últimos tiempos se viene afirmando paulatinamente la activa participación del

³⁰ “Implantación del Proyecto de Inserción del Acompañante en el Parto, experiencias de los profesionales”, Cleusa Maia de Souza Pinto y Luiza Akiko Komura Hoga, San Pablo, Revista Ciencia y Enfermería X (1) año 2004.

³¹ Op. cit.

padre, promocionada como una fórmula ideal para fortalecer los vínculos de la familia.

Se manifiesta aquí uno de los ejes fundamentales por los que necesariamente deben pasar los fundamentos de este trabajo: la institución familiar. ¿Qué es la familia? ¿Cuál es su razón de ser? ¿Qué papel juegan sus integrantes en oportunidad de recibir a su nuevo miembro?. Veamos ahora estos puntos en detalle.

6.2 La familia actual reasume roles que había abandonado.

Como se fundamenta más adelante, algunas de las postulaciones que integran el marco teórico de esta investigación enfatizan que la presencia del padre durante el trabajo de parto enriquece y fortalece el vínculo familiar, virtud harto necesaria en estos tiempos en que la unidad básica de la sociedad atraviesa momentos de flaqueza e incertidumbre.

Pero los esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de la tríada madre-hijo-padre no deben ser entendidos como un intento por preservar a ultranza el modelo tradicional de la familia nuclear. Por el contrario, ese esfuerzo debe contemplar la necesaria flexibilidad que permita abordar un tema sujeto a importantes mutaciones que han sido impuestas por la evolución social.

Ya en la década de los ochenta, en su célebre obra “La tercera ola”³², Alvin Toffler sostiene que la familia nuclear ha dejado de servir como modelo ideal para la sociedad. Expresa el autor: “si definimos la familia nuclear como un marido trabajador, una esposa ama de casa y dos hijos, y preguntamos cuántos norteamericanos viven realmente en este tipo de familia, la respuesta es sorprendente: el 7% de la población total de los Estados Unidos”. Y añade casi en forma innecesaria que “el 93% de la población no se ajusta ya a este modelo ideal de la segunda ola”.

“Además, todos los indicios apuntan en el sentido de que las familias nucleares (como quiera que decidamos definir las) continúan reduciéndose en número, mientras otras formas se multiplican rápidamente” apunta este autor.

Según el planteo teórico de Toffler la “primera ola” civilizatoria fue desencadenada por la revolución agrícola (que puso fin al nomadismo), la segunda por la revolución industrial (que separó la producción del consumo) y una “tercera ola” (sociedad post industrial) cuyas características principales todavía se están definiendo.

³² TOFFLER, Alvin – “La Tercera Ola” – Edición 1989 – España – Capítulo XVII (Pág. 247 a 312).

Al avanzar la segunda ola, la unidad familiar transfiere muchas de sus funciones a otras instituciones: la educación, a la escuela; el cuidado de los enfermos, a los hospitales; etc. Este progresivo abandono de las funciones de la unidad familiar también abarcó las labores del nacimiento, que fueron transferidas a las unidades neonatológicas, con la consecuente deshumanización del proceso.

En este marco Toffler nos invita a imaginar “por lo menos algunas familias del futuro asumiendo funciones adicionales en lugar de recortarlas, y actuando polifacéticamente, en vez de como una unidad social estrictamente especializada”. De ahí que no puede sorprendernos la creciente tendencia que evidencian los progenitores interesados en involucrarse activamente en el proceso del nacimiento, oponiéndose así al aislamiento y deshumanización que acarrea el invasivo avance de las prácticas usuales en las unidades de cuidado neonatal.

6.3 Nuevos marcos de referencia para la familia contemporánea

Refiriendo a las paradojas y contradicciones que circundan a esa formidable institución que es la familia, Martine Segale³³ señala que “la familia contemporánea se ha encogido, replegado sobre la pareja” y “habiendo dejado de ser un lugar de producción, ya no es más que un motivo para el consumo”.

Este autor señala con acierto que la familia ya no asegura las funciones de asistencia de la que en otros tiempos se encargaba. Las funciones que conserva, como la socialización de los hijos, son compartidas con otras instituciones. En esta representación, la célula familiar parece débil. Sin embargo debe reconocérsele una “fuerza formidable”, en la medida que se ha hecho refugio, lugar privilegiado de la afectividad. La pareja, y en segundo lugar los hijos, capitalizarían allí todos los sentimientos que no pueden expresarse en una sociedad deshumanizada.

Como introducción a su análisis sobre las transformaciones económicas, sociales y culturales que ha padecido la institución familiar en los últimos 150 años, Segale asegura que la historia proporciona una lección de modestia.

Las relaciones entre la transformación de la familia y las transformaciones de la sociedad, los cambios técnicos, económicos y sociales, ya no podrán ser explicados en términos de modelos simples y únicos. Cada estudio consagrado a la familia en un contexto social y económico particular muestra la variedad de situaciones.

El hecho familiar es universal, pero con arreglos muy diversos según las sociedades. Entre las sociedades tradicionalmente estudiadas por los antropólogos y las sociedades contemporáneas no existe una diferencia de grado, sino de naturaleza. En

³³ “Antropología histórica de la familia”, Martín Segale, Colección Fondo Taurus - Edición 1992

las primeras, el parentesco proporciona lo esencial de las categorías sociales, el marco de las relaciones de producción, de consumo, de poder, etc.; en las segundas, el parentesco tiene la concurrencia de otras instituciones sociales, y sobre todo, del Estado.

Citando a Talcott Parsons, Segale señala que los procesos de industrialización segmentan la familia, primero en el aislamiento de su red de parentesco, luego disminuyendo el tamaño del grupo doméstico a una familia conyugal, con un reducido número de hijos. Este grupo ya sólo es una unidad de residencia y de consumo, es decir que ha perdido sus funciones de producción, sus funciones políticas y religiosas; comparte sus responsabilidades financieras y educativas con otras instituciones; la función principal que le resta es la de socializar al niño, y sobre todo asegurar el equilibrio psicológico de los adultos. Este grupo doméstico aislado de su parentesco está fundado sobre el matrimonio que asocia compañeros que se han elegido libremente; está orientado hacia valores de racionalidad y de eficacia; los roles masculinos y femeninos especializados contribuyen al mantenimiento del subsistema familiar en el seno del sistema social. El padre tiene un rol "instrumental", asegurando la relación con la sociedad y como proveedor de los bienes materiales; la mujer tiene el rol "expresivo" en el interior de la familia.

Indica el autor citado que la tesis funcionalista de Parsons apunta a la adecuación de este modelo familiar con las características de la sociedad contemporánea. Sin embargo algunos pensadores advierten que el aislamiento social de la familia nuclear respecto del parentesco no se ha producido. Por el contrario, la interacción entre los miembros del grupo de parientes se mantiene en todas las sociedades

Martine Segale defiende la naturaleza política de la familia y la existencia de una relación entre poder público y poder privado (interacción entre el sistema familiar y la organización sociopolítica).

El final del siglo XX está marcado, en los países occidentales, por la coexistencia de distintas formas matrimoniales: se admite junto al matrimonio más clásico una forma más flexible y precaria de unión. Este pluralismo familiar se articuló con las mutaciones de la sociedad.

La familia occidental es caracterizada por un matrimonio monógamo, una valoración de la pareja, un reducido número de hijos, una repartición de roles en el seno de la pareja. Bajo esta denominación se esconden diversidades culturales remarcables y esta familia occidental parece ser puesta en cuestión con las nuevas formas matrimoniales.

6.4 La familia como unidad básica de la comunidad.

La presencia del acompañante durante el nacimiento no hace sino poner énfasis en la trascendencia que la sociedad asigna al advenimiento de una nueva vida, lo cual se asume siempre como el compromiso más importante de la organización familiar.

El Dr. Brockington³⁴ en su obra “La Salud en el Mundo” señala que la evolución obligó al hombre a aceptar la familia como unidad básica de la sociedad. El largo proceso de gestación y el número relativamente pequeño de criaturas exigieron que el varón protegiera a la mujer durante dicho período. Una forma u otra de “familia elemental” -padre, madre e hijo- es universal en todas las sociedades humanas; pero no se sabe cuándo ni cómo se desarrolló esta asociación ni qué papel jugó el matrimonio de grupo del cual la mujer adquirió una posición de mando en su condición de progenitora indiscutible de sus hijos. El hombre tomó las riendas probablemente cuando el comercio -en el cual tuvo él una gran actuación activa que se le negó a la mujer- transfirió la sede del poder bajo la poligamia (varias esposas y muchos niños), primero y bajo la monogamia después, cuando la complicación creciente de los sistemas económicos lo indujo a tener una consorte y un número decreciente de descendientes.

La familia es más biológica que cualquier otro grupo (social, industrial o de ocupación) y su estructura amorfa y mal definida -con abuelos, padres, hijos y líneas colaterales- es un fenómeno de crecimiento. Las características de sus miembros son principalmente el resultado de una selección artificial dentro del conjunto común de cromosomas.

Está unida por un conjunto de lazos económicos y emocionales, que proporciona servicios económicos, sociales y educativos. Permite juntar los recursos y tiene, además, sus propias costumbres y gobierno. Positiva y fuerte, constituye una entidad que todos reconocen, incluso quienes niegan significado al gobierno y a la comunidad. Para ésta, las familias son como los ladrillos de un edificio, pero infinitamente más adaptables y persistentes.

En el mundo varían grandemente en cuanto a composición interna y motivación; viven y actúan diversamente; tienen distintos sistemas de parentesco, como también de valores y creencias. Pueden ser pequeñas y circunscritas, como en el mundo occidental, o extensas e incluir a muchos parientes y aun a extraños.

³⁴ BROCKINGTON, Fraser “World Health” (La Salud en el Mundo), Edición 1958, Londres, Capítulo VII – (Pág. 82 a 88)

Su tamaño y composición guardan relación con la estructura de la población. La familia extensa puede vivir junta en un solo edificio, o en un conjunto de ellos, o estar distribuida en una comunidad rural, o a corta distancia, uno de otro.

Las relaciones de hombres con mujeres, la actitud frente a los niños y el respeto o la ayuda que se da a los abuelos tienen muchas variantes. Puede que los muchachos trabajen y ganen su sustento a edad muy temprana, o continúen su educación hasta la edad adulta; puede que sea fuerte la tendencia al matrimonio vitalicio o que se esté desmembrando bajo la influencia de ideologías radicales.

La vida de familia refleja de mil modos la cultura de la sociedad, de la cual es el tejido mismo.

Cada sociedad tiene sus peculiaridades y aún grandes variaciones en los distintos niveles sociales, pero en todas ellas, la familia constituye la unidad más importante, tanto desde el punto de vista de la salubridad comunal como de las necesidades sociales mayores. Para bien o para mal, el hogar es fundamental en la salubridad.

La familia ejerce su influencia más importante en la crianza de los hijos a través de la actitud de la madre, su habilidad maternal, su dedicación biológica, el respaldo del padre y el ambiente físico y mental que una y otro establecen. Las costumbres que tanto contribuyen a moldear el producto final varían grandemente y así los dos extremos -la sobreprotección y el disgusto activo- pueden hallarse en las distintas tribus de Nueva Guinea. No obstante las diferencias, se han hecho muy pocos estudios aún en el mundo occidental.

En los estudios occidentales se ha subrayado el papel que juega el hogar en el desarrollo de la personalidad y el carácter, productos finales de la interacción entre el ambiente y la composición genética. Nos moldea como a la arcilla la rueda del alfarero. Los mayores peligros residen en la pérdida de la seguridad, tan necesaria para el equilibrio de la mente infantil como el ancla para un barco, y la privación emocional. El hogar roto puede generar perturbaciones de la conducta y desarrollo defectuoso, tanto como el bacilo de la tuberculosis puede producir tisis.

Cuando no hay armonía, los niños suelen sufrir de infelicidad y confusión, miedo y enojo y, con menos frecuencia, pero no por excepción, se manifiestan agresivos. Pueden dañar a las propiedades y a las personas, acaso para dar expansión a sentimientos reprimidos, como una venganza contra las injusticias que tanto hueco ocupan en la mente infantil³⁵.

En el mundo occidental la conducta antisocial tiene sus raíces en la falta de afecto de los padres. Conduce a veces a la delincuencia que pone a los niños fuera de la ley. Algunos se tornan neuróticos, buscando cualquier manera de llamar la atención o

³⁵ Op. cit.

prodigando afecto sin discriminación. Dejados prolongadamente por la madre, los muy pequeños suelen presentar un cuadro desconsolador de miseria y apatía.

Las fallas del desarrollo pueden generar inestabilidad, incapacidad para establecer relaciones -el tipo que se llama sin afectos- cuya causa más importante parece ser la falta de una relación continuada “con una madre” satisfactoria durante los primeros años de la vida.

La familia constituye también la primera defensa en la atención de enfermos y en el bienestar. Ni en los países desarrollados o subdesarrollados, ningún sistema de seguridad social podrá remplazar al de la familia con sus préstamos sin interés y los regalos en dinero y en especie.

La enfermedad es siempre un acontecimiento familiar. Ningún servicio de salud puede pretender éxito sin apoyo de la familia.

También la familia puede ser causa de enfermedad, por tanto constituye un buen medio para que prospere el mundo bacteriano; psicológicamente sufre tensiones; puede que se demuestre incapaz físicamente de mantener ritmo con su propio crecimiento, en cuanto a alimentación y espacio; socialmente puede que carezca de objetivo o adopte prácticas poco saludables³⁶.

Las encuestas sociales, que constituyen la herramienta para investigar las fuerzas que actúan en el grupo, han enfocado repetidamente su atención en el hogar como el factor más importante en muchas consideraciones nacionales. A este respecto, nada es más elocuente que la educación.

La firmeza y la estabilidad dependen, en cuanto a agente de sanidad, de la acción recíproca de muchas fuerzas interiores y exteriores: habitación, aspiraciones sociales, perturbaciones psicológicas, red de parentescos y cambios demográficos.

Así como cada individuo, a lo largo de su ciclo vital, crece y se desarrolla de acuerdo no sólo con sus características personales (edad, sexo, etc.), sino también con la demanda de la sociedad a la cual pertenece. A lo largo de sus etapas de maduración está sujeto a deberes, responsabilidades o tareas que le permiten satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, espirituales y culturales. Brockington cita a Duvall, quien las denomina “tareas de desarrollo” y sostiene que la familia también cumple con esas tareas a través de su ciclo vital.

Los deberes básicos en el desarrollo de una familia abarcan desde un hogar independiente, distribución de recursos, división del trabajo, socialización de los miembros, reproducción, incorporación y liberación de los mismos, conservación del orden, integración en el núcleo social, mantenimiento, motivación y moral.

³⁶ Op. cit.

En cuanto al ciclo vital de la familia, es conveniente mencionar que está compuesto por cuatro fases: de formación, de extensión (la llegada del primer hijo hasta el último), contracción (cuando se va el primer hijo), de disolución (fallecimiento de uno de los cónyuges).

6.5 Fase de extensión de la familia.

Como hemos visto, la cronología de la consolidación del núcleo familiar comienza en la pareja, padre y madre, que después engendran a los hijos. De ahí que, luego de la elección mutua que hacen los cónyuges al unirse, el paso más trascendente de la nueva célula social consista en la reproducción, que tiene su momento definitorio en el parto (consolidación de la fase de extensión de la familia).

En efecto, el parto es la culminación fisiológica del embarazo. La duración del embarazo humano varía en forma considerable, pero en promedio, si se cuenta a partir del momento de la concepción, es de alrededor de 267 días o 38 semanas culminando con la salida del producto de la gesta del vientre materno por el canal vaginal.

Se trata de un conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior, a través del canal del parto.

El promedio de duración del primer trabajo de parto (primípara) es más o menos de 14 horas, correspondiendo 13 horas a la primera etapa o dilatante que va desde el inicio hasta la dilatación del cuello uterino (10 cm. de diámetro). En las multíparas la duración promedio es de 6 horas menos que las primíparas.

La segunda etapa o período expulsivo entre 30 y 45 minutos en la primípara y entre 15 y 20 minutos en la multípara.

La tercera etapa o período de alumbramiento 10 o 15 minutos después del parto.

Este tiempo es más que suficiente para la preparación de la mujer y su acompañante en esta instancia tan importante para sus vidas. En ese lapso se puede responder a todas sus preguntas, realizar todas aquellas acciones correspondientes al equipo multidisciplinario así como la estimulación al acompañante para presenciar el parto y colaborar con la madre en técnicas de respiración y fundamentalmente como apoyo psicológico.

6.6 Necesidad de la asistencia en el parto

Una vez definido el trabajo de parto y parto desde lo biológico, y si apuntamos a la persona como un ser bio-psico-social, no podemos soslayar los aspectos psicológicos tanto de la mujer que va a parir como del equipo de salud que le va a asistir.

Es innegable que, en el momento del parto, la mayoría de las mujeres siempre reclaman a su madre, según lo expresa el Dr. Bernad Séguy³⁷ en su libro “Naissance”.

Antiguamente el ruego de la parturienta era atendido; era su madre quien la asistía, o en su defecto una sustituta de su madre y en su hogar.

Luego la mujer se halló sola con su miedo, frente a la ciencia, a las maquinarias electrónicas y a un equipo muy reducido vestido de blanco (partera/o y enfermera).

Hasta hace algún tiempo el padre estuvo alejado del misterioso mundo del embarazo y del parto. Puede parecer paradójico si se piensa que está directamente implicado en esta etapa fundamental en la vida de la pareja.

Afortunadamente es preciso reconocer que desde hace algunos años, su papel tiende a ser menos pasivo, y que un número creciente de padres van tomando conciencia de que el hecho de tener un hijo es cuestión de la pareja, y no tan solo de la madre.

Resulta evidente que su papel físico, anatómico, es menos importante que el de la madre; sin embargo, su papel moral y psicológico es capital.

En efecto, debe ayudar moral y psicológicamente a su esposa desde el comienzo del embarazo; pero también materialmente.

6.7 El embarazo compartido

La pareja actual vive el embarazo como algo compartido.

Dado que los hijos son engendrados por los dos, con respecto a la presencia del padre en el parto no existen razones válidas para privarlo de la alegría de estar presente en el nacimiento de los mismos.

Por supuesto, no se trata de obligar a un padre reticente a asistir al parto de su mujer, lo que podría acarrear un trauma psíquico.

Sin embargo, nos dice Séguy: considero que un padre que ha seguido muy de cerca el embarazo de su compañera experimentará el vivo deseo de asistir al parto, sobre todo si se trata de un “nacimiento sin violencia”, en el que el aspecto quirúrgico, técnico y, por tanto, impresionante, deja sitio a un clima de sosegada ternura, más adecuado para la llegada del bebé³⁸.

³⁷ SEGUY, Bernard, “Naissance”, Edición 1981, Paris (Pág. 157 a 165 – 216 a 218).

³⁸ Op. cit.

6.8 El nacimiento sin violencia

En el año 1974, un médico francés F. Leboyer , exponía un nuevo concepto de parto en su libro titulado “Por un nacimiento sin violencias”.

El método de Leboyer, que fue aceptado por el público pero resistido por sus colegas y hasta objeto de apasionadas controversias en la prensa, consiste en “realizar el parto en la oscuridad”, junto con el famoso baño que se da al recién nacido³⁹. Leboyer, con su método, completa felizmente el parto sin dolor según el Dr. Bernard Séguy. Los métodos del Parto sin dolor preparan a la parturienta hasta la salida del niño. En ese momento, el médico, o partera que ha cortado inmediatamente el cordón umbilical, confía el niño a la puericultora, quien lo lleva lejos de la vista de su madre para aplicarle los cuidados habituales. Esa separación tan rápida, pocos minutos después del nacimiento, constituye una auténtica desesperación para muchas madres, que se ven así privadas de sus hijos apenas venidos éstos al mundo.

Por el contrario, en el método Leboyer, apenas salido de las vías genitales, el niño es depositado sobre el vientre de su madre, que puede sentirlo, verlo, tocarlo. Esos primeros instantes son especialmente emotivos, y el contacto físico inmediato con el bebé crea en la madre un sentimiento de intensa felicidad que en pocos segundos le hace olvidar las molestias sufridas.

Por su parte, el padre que asiste al nacimiento, participa también plenamente de ese momento único y maravilloso. Momentos después el niño es depositado en la bañera a 37° centígrados. Ciertamente, entonces es arrebatado de su madre, pero el contacto físico ya ha tenido lugar; además permanece a la vista de sus padres, a pocos centímetros de ellos. Se desarrolla entonces un espectáculo extraordinario. En su libro Leboyer preconizaba que fuera el propio padre quien bañara a su hijo.

6.9 El acompañante apoya a la parturienta

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los centros asistenciales permitan al padre, o algún otro acompañante, estar presentes durante el parto. La medida se funda en el hecho de que los acompañantes pueden ser de mucha ayuda para la mujer durante la dilatación y en el acto del alumbramiento, sobre todo si han acudido a las clases de preparación para el parto. Lo mejor es que el acompañante sea el padre ya que es copartícipe en la concepción, nacimiento, crianza y educación del hijo, no obstante lo cual, si la presencia del padre no fuera posible, puede acudir a una persona de confianza que ayude a la mujer con eficacia.

³⁹ SEGUY, Bernard, “Naissance”, Edición 1981, Paris (Pág. 157 a 165 – 216 a 218).

Durante la fase inicial el acompañante resulta de gran ayuda para cronometrar el intervalo de las contracciones. Al mismo tiempo, su presencia es fundamental a efectos de transmitir calma, seguridad y apoyo a la parturienta.

A efectos de brindar un adecuado apoyo en el control de las contracciones es altamente recomendable que el acompañante conozca las técnicas de respiración y de relajación para las distintas fases del parto. Este conjunto de conocimientos debe recibirlo durante el proceso educacional previo que, en el caso de las instituciones encargadas de la salud pública, debe estar enmarcado en un programa integral orientado al fortalecimiento del vínculo familiar.

Cuando la futura madre se encuentra en la sala de dilatación, el acompañante debe mantener la tranquilidad, mantener contacto físico con ella tratando de brindarle el ánimo y apoyo necesario para enfrentar los esfuerzos que se avecinan. Estos cuidados no siempre obtienen una respuesta positiva por parte de la mujer debido a que, en los momentos previos al parto, son normales los cambios bruscos de humor, sobre todo si siente dolor. El acompañante debe tener paciencia y en ningún caso discutir o sentirse ofendido.

Una vez que las contracciones se hacen más fuertes y seguidas, es el momento de ayudar a respirar a la mujer. Ya en la sala de partos, el acompañante se encargará de darle ánimos, cogiendo de la mano a la parturienta y hablándole con suavidad. Suele ser de ayuda contarle cómo se está desarrollando el parto, sobre todo, una vez que la cabeza del bebé haya empezado a coronar.

A veces, los médicos permiten al acompañante coger al bebé y cortar el cordón umbilical, en especial cuando se trata del padre de la criatura.

6.10 Los nuevos paradigmas de la paternidad

Refiriendo al nuevo paradigma de paternidad, Thomas Verny⁴⁰ se basa en “la nueva ciencia del cerebro” para afirmar que “las emociones humanas y el sentido del propio yo no se originan durante el primer año de vida, sino mucho antes en el útero”. Cuando una madre mira a su hijo recién nacido con amor, éste segrega hormonas de socialización y de empatía de modo que su cerebro queda programado literalmente con la capacidad de amar.

Investigaciones recientes demuestran que el cerebro del bebé esta constantemente sintonizado con el de su cuidador para generar las hormonas y los neurotransmisores adecuados y en la secuencia apropiada. Esta programación determina en gran medida la arquitectura cerebral que el individuo tendrá a lo largo de toda su vida. Un

⁴⁰ "El futuro bebé, arte y ciencia de ser padres", Thomas Verny, Ed. Urano 2003.

proceso de sintonización incompleto puede dañar las redes neuronales de la corteza prefrontal, sede de nuestras funciones humanas más avanzadas, produciendo una vulnerabilidad duradera a los problemas psicológicos. Si la programación es adecuada la conexión con el pequeño será saludable.

El flujo constante de mensajes verbales y no verbales que envían los padres y los cuidadores interactúa con la biología para regular el desarrollo del cerebro.

Las nuevas investigaciones afirman que toda experiencia temprana, a partir de la concepción afecta en la arquitectura del cerebro. Todo lo que la madre siente y piensa al estar embarazada se lo transmite a su hijo a través de las neurohormonas exactamente igual que el alcohol o la nicotina. La ansiedad, el estrés o su depresión alteran la inteligencia y la personalidad mediante una reconfiguración del cerebro. Hoy los padres cuentan con un mapa basado en estudios concluyentes que iluminan la compleja red de influencias que intervienen de manera esencial en la construcción del cerebro.

6.11 La actitud de los padres influye al niño incluso antes del nacimiento

En su libro "El increíble mundo del recién nacido" el Dr. Jorge César Martínez⁴¹ postula que el bebé que no ha nacido tiene una vida activa, está muy atento, con capacidad de reaccionar, al punto que puede ver, oír, gustar, experimentar y, en un nivel primitivo, aprender, pero por sobre todas las cosas es capaz de sentir. Todo esto que sienta o perciba antes de nacer comenzará a modelarlo e influirá en sus actitudes y expectativas de sí mismo. Triste o feliz, agresivo o calmo, seguro o ansioso dependerá en parte de los mensajes que haya recibido de sí mismo en el útero.

La fuente principal de estos mensajes es su mamá.

Los estados emocionales maternos de alegría, de dicha, de embelesamiento, pueden contribuir positivamente al desarrollo emocional de un niño saludable. Solo estados de persistente, crónica y profunda ansiedad pueden dejar cicatrices en la personalidad del bebé que no ha nacido aún.

Martínez también da importancia a los sentimientos paternos. Lo que el hombre sienta respecto de su mujer y del bebé que no ha nacido aún será un trascendente factor para determinar el éxito del embarazo y el futuro de ese bebé.

Todo lo que afecta a una madre afecta al bebé, y nada afecta más a la mujer embarazada que los conflictos de pareja. Este hecho transforma al padre en un elemento vital de la ecuación del embarazo.

⁴¹ "El increíble mundo del recién nacido", Dr. Jorge César Martínez, Ed. El Ateneo 2001.

Que el padre hable al bebé en el útero será fundamental para que después esa voz familiar lo haga sentir seguro al nacer. Toda la experiencia prenatal podrá predisponerlo positivamente. La voz del padre le estará diciendo cuando nazca que estará a salvo. Así los pensamientos, los sentimientos y las conductas tienen enorme ventaja de poder ser controlables en contraste con la biología y la herencia, cuyas reglas escapan a nuestro control.

Esto hace despertar una gran esperanza para el bebé que no ha nacido, que podrá recibir toda esa transmisión afectiva y que será capaz de sentir y reaccionar frente a estímulos de amor.

Gran parte de nuestros gustos o placeres, fobias o temores de nuestras conductas distintivas que nos hacen únicos son el resultado del aprendizaje condicionado: El útero es el lugar donde comienzan estos mensajes y aprendizajes.

La personalidad del bebé se constituye con mucho más que experiencias y aprendizajes, pero lo interesante es que la madre sepa que puede influir a su bebé y decidir acciones.

Se han descrito tres canales de comunicación madre-hijo en la vida intrauterina.

a) Canal biológico: relacionado con todo el pasaje de diferentes nutrientes durante la gestación, es el que le da su vida biológica y estimula su crecimiento y desarrollo.

b) Conducta - comportamiento: Línea de comunicación a través del contacto, caricias de la madre a su panza, pataditas del bebé en respuesta, bien de la audición, madres que hablan a su panza, a su bebé, y de la charla en la que el bebé muestra movimientos en respuesta.

c) Emociones: ruta de comunicación que, aunque difícil de comprobar, no deja de ser muy importante, corresponde al área de la transmisión de emociones.

Todo el flujo bioquímico y hormonal desencadenado a partir de ellas bañará el hipotálamo, la corteza cerebral y el sistema endocrino del bebé, reaccionando y predisponiendo su conducta y su respuesta.

Al acariciar la mamá dulcemente la panza, al expresar afecto hablándole, al “sentir” que lo quiere cada vez que piensa en su bebé, hormonas y transmisores neurohormonales son liberados en su circulación y transmitidos luego a la circulación del bebé a través de su línea privada de comunicación: la placenta. Allí se comunicarán con mucho más que sus circulaciones, se comunicarán sus emociones. Podemos y debemos también creer en el impacto de aquellos hechos que no pueden ser medidos, pesados o vistos a través de un microscopio.

A los seis meses ese bebé adquiere la capacidad de distinguir y diferenciar, progresa el propio desarrollo emocional y se hace más sofisticado.

El bebé es como una computadora que está continuamente reprogramándose. En un principio podrá solo hacer simples ecuaciones emocionales. A medida que su memoria y su experiencia se expanden adquiere capacidad para hacer cada vez más específicas y sutiles conexiones. No entenderá las palabras pero sí el significado de ellas por el tono emocional que las acompaña, que es el que en definitiva le da significado a sus sensaciones auditivas (voz materna, música) o táctiles (una caricia)⁴².

Al nacer el bebé estará lo suficientemente maduro como para responder a los sentimientos maternos, como llorar en manos del neonatólogo y dejar de hacerlo cuando es colocado en el pecho de su madre.

En los nueve meses de su gestación el bebé pasa de ser una célula indiferenciada a convertirse en una criatura definida y sofisticada dentro de su madre. De ser un ser insensible a ser alguien capaz de registrar y procesar muy intrincados y complejos sentimientos y emociones.

6.12 Los peligros de la separación temprana.

Los minuciosos estudios publicados por Marshall H. Klaus y John H. Kennell⁴³ afirman que el apego de la madre por su hijo es “el vínculo más sólido del ser humano”. Se añade que esta relación posee dos características singulares. Primero, antes de nacer, el niño se gesta dentro del cuerpo de la madre y, segundo, después de nacer, le asegura la supervivencia en un período en el que el niño depende por completo de ella.

La potencia de este vínculo es tan grande que, merced a él, el padre o la madre realizan los extraordinarios sacrificios que se requieren para atender al niño, día tras día y noche tras noche, cambiándole los pañales, respondiendo a su llanto, protegiéndolo de los peligros y alimentándolo en plena noche a pesar de la desesperante necesidad de dormir.

No obstante lo dicho, Klaus y Kennell explican que minuciosos estudios arrojan un incremento de la frecuencia de niños golpeados y de niños que no prosperan pese a no haber ninguna causa orgánica, sobre todo entre los prematuros y los hospitalizados por otras razones en el período neonatal, en comparación con recién nacidos no separados de sus madres. Profundizan de ese modo en los trágicos problemas surgidos de la separación temprana de la madre y su recién nacido.

⁴² Op. cit.

⁴³ “La relación madre hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia”, Marshall H. Klaus y John H. Kennell

Klaus y Kennell señalan como lógico que la investigación sobre el apego materno haya estimulado el interés en elucidar el comportamiento de los padres. Greenberg y Morris (1974) emplearon el término “embelesamiento” (absorción, preocupación e interés) para describir el tremendo impacto que el recién nacido ejerce sobre el padre, e identificaron varios aspectos específicos del creciente vínculo entre el padre y su recién nacido, desde su atracción hacia el niño y su concepción de éste como “perfecto”, hasta la extrema euforia y un mayor sentido de autoestimación.

6.13 La prácticas hospitalarias que excluyen al padre

Parke (1974), citado por Klaus y Kennell, describió las prácticas hospitalarias que excluyen al padre de la interacción inicial con su niño, señalando que reflejan y refuerzan un estereotipo cultural⁴⁴.

La cultura y las teorías norteamericanas giran en torno del rol de la madre en la primera infancia, ignorando bastante al padre. Sin embargo, las recientes modificaciones en las prácticas hospitalarias y el renovado interés en los partos domiciliarios indican un nuevo enfoque del papel del padre.

Parke observó a los padres en tres situaciones distintas: la madre o el padre solos con el niño a los 2 a 4 días de vida, y el padre, la madre y el niño juntos en la habitación del hospital (interacción triádica).

Lo más notable es que los estudios de Parke no arrojaron ninguna diferencia de comportamientos significativa entre los padres solos con sus hijos y las madres solas con sus hijos, mientras que en la situación triádica el padre suele tener en brazos al niño casi el doble del tiempo que la madre, le habla más, lo toca un poco más y le sonrío mucho menos que la madre.

Es evidente que el padre desempeña el papel más activo cuando ambos padres están presentes, en contraste con el estereotipo cultural del padre como participante pasivo. En efecto, en esta interacción triádica la interacción global de la madre declina.

Debemos señalar que todos los padres que estudió Parke, con excepción de uno, habían concurrido al trabajo de parto y al nacimiento, y cabe suponer que esto ocasiona un grado extraordinario de apego entre padre e hijo. Sin embargo, hace poco Parke realizó otro estudio basado en un plan similar, pero en el que los padres participaron raras veces en el parto. Pese a estas diferencias sociales e institucionales, los padres volvieron a desempeñar el rol más activo y predominante, teniendo más en brazos a sus hijos, vocalizando más y tocándolos más.

⁴⁴ Op. cit.

Parke sostiene que el padre debe tener un extenso contacto con el niño en el hospital, donde se inicia el vínculo padre-hijo. “Mucho aprendizaje ocurre entre la madre y el niño durante la permanencia en el hospital, aprendizaje del que se excluye al padre, pero al que hay que incluir para que no sólo se interese y tenga la sensación de ser dueño del bebé, sino también para que adquiriera las aptitudes que desarrolla la madre”.

Parke resume diciendo que sus comprobaciones indican que el padre se interesa más y responde más a su hijo de lo que la cultura de los Estados Unidos reconocía.

6.14 Los padres ante el nacimiento según las viejas doctrinas.

La importancia que se adjudica al rol del padre es muy reciente. Tomemos por caso las expresiones contenidas en el libro “*Le guide des parents*” de A. Isambert⁴⁵ donde se explica que en los primeros dos años de vida el niño vive “en estrecha dependencia de su madre” y, aunque reconoce a su padre “puede decirse que en muchos aspectos el papel de este último (...) resultó bastante secundario”. Añade que “el hombre no suele ocuparse mucho de sus hijos mientras éstos son tan pequeños” y que “no sabe jugar con ellos, no los comprende ni sabe hacerse comprender”.

Más adelante puntualiza que “la labor del padre puede parecer menos importante que la de la madre durante los primeros años de la vida del niño, porque hasta los dos años el padre suele estar menos en contacto con éste, ya que en dicho período prevalecen los cuidados maternos de alimentación y limpieza”.

Naturalmente, estos conceptos se corresponden con los modelos de familia que imperaban al inicio de la década del 60 y pueden parecer anodinos y absurdos a ojos de un ciudadano del mundo globalizado del siglo XXI.

Vayamos más atrás en el tiempo de la mano del Prof. José Pedro Barrán⁴⁶, quien detalla un “hecho cargado de sugerencias: el padre a menudo ni siquiera estaba en la casa a la hora del nacimiento del hijo”. A veces lo alejaba la guerra civil, pero ésta parece más bien una forma de ocultar la circunstancia de que en la paz tampoco se hallaba presente, y sí lo estaba en su oficina, bufete o tertulia de amigos. Las mujeres lo sabían y ordenaban no “molestar” a sus esposos. El fino observador de costumbres Licenciado Peralta -el jurisconsulto Domingo González (1837-1928)- relató lo sucedido hacia 1860 o 1870 en una tertulia de jugadores de clase acomodada, donde una sirvienta se presentó y pidió hablar urgentemente con uno de

⁴⁵ “*Le guide des parents*”, A. Isambert, Ediciones Daimon, España, 1962

⁴⁶ “Historia de la sensibilidad en el Uruguay”, tomo 1, La cultura “bárbara” 1800-1860, Prof. José Pedro Barrán, pág. 72-73

los asistentes. Este, luego de hacerlo, “volvió a ocupar su asiento con toda tranquilidad, siguiendo el juego y sin pronunciar palabra, pero como un cuarto de hora después se presentase de nuevo la sirvienta (...) aquel volvió a abandonar su asiento”. Evidentemente intranquilo el jugador fue, ahora sí, interpelado por uno de sus amigos, y contestó: “Mi mujer acaba de dar a luz dos infantes”. El comentario de otro de los contertulios es tal vez lo más significativo del episodio: “oiga, pues la cosa no es tan sencilla”, parece decirnos, como un solo nacimiento⁴⁷.

6.15 Primeras interacciones y función parental

En el prólogo del libro “La madre y su bebé: primeras interacciones”⁴⁸ Francisco Palacio Espasa sostiene que “lo esencialmente nuevo es la actitud activa de este bebé hacia el entorno, en contraste con la imagen clásica del recién nacido como un ser eminentemente pasivo, por no decir apático”. Añade que, según los autores del referido libro, la “función parental” vale para ambos padres y constituye un largo proceso que comienza con las primeras experiencias del ser humano. De ahí que para un funcionamiento suficientemente bueno (parafraseando a Winnicott), los autores nos dicen que la madre tiene que poder identificarse tanto con el bebé como con la madre buena (que ha tenido o debido tener, podríamos decir), así como contar con la protección del entorno, ante todo del padre.

Si bien este trabajo está centrado en la díada madre-hijo, rescatando conceptos que la rutina asistencial y las prácticas médicas han simplificado al extremo debido a la formación organicista y orientada a la patología que impera entre sus operadores, se abordan aspectos que inciden en la tríada madre-hijo-padre. En ese marco se indica, por ejemplo, que la piel del bebé tiene, para los adultos, un atractivo muy especial, porque representa (a nivel de fantasía) la posibilidad de conservar un ideal de perfección. Se la considera como una obra perfecta de tersura y suavidad. Es un halago decir de alguien que tiene una piel muy suave, casi tan suave como la de un bebé. Es, además, la expresión de renovación de la vida, de lo que no posee marcas ni arrugas. Podemos pensar que en dicha piel los adultos en general depositan expectativas, fantasías de pureza, de algo imperecedero. Estos sentimientos son un poderoso incentivo para tocar, acariciar y estimular dicha piel.

⁴⁷ Los textos transcriptos entre comillas corresponden a: Licenciado Peralta: Carnet de un filósofo de antaño, Tomo II, Ed. El Siglo Ilustrado, Montevideo, 1918, pp. 184-85, citado por el Prof. Barrán en su obra “Historia de la sensibilidad en el Uruguay”.

⁴⁸ “La madre y su bebé: primeras interacciones”, José Luis DIAZ ROSELLO, Víctor GUERRA, Magdalena STRAUCH, Cristina RODRIGUEZ REGA, Ricardo BERNARDI, Edición 1991, Uruguay, con prólogo de Francisco Palacio Espasa.

7. VARIABLES

De acuerdo con el objeto en estudio se han identificado seis variables:

- 1) Perfil del acompañante
- 2) Aptitud del acompañante para asistir a la madre en el parto.
- 3) Participación del acompañante.
- 4) Motivación del acompañante para cumplir su rol.
- 5) Preferencia de la usuaria
- 6) Desempeño del acompañante

Tratándose de variables complejas, fue necesario operacionalizarlas mediante diversos indicadores que se enumeran a continuación y se vinculan debidamente con el respectivo ítem de cada formulario aplicable.

7.1. Perfil del acompañante

7.1.1. DEFINICIÓN

Caracterización de la persona que acompaña a la usuaria, describiéndola de acuerdo con su relación de parentesco y/o afecto (grado de consanguinidad o amistad), sexo, experiencia en instancias similares (número de hijos del acompañante, número de partos presenciados anteriormente), madurez para entender los procesos en los que se involucra (edad, estado civil, nivel de instrucción, lugar de procedencia, ocupación).

7.1.2. INDICADORES

Relación con la usuaria: refiere al grado de parentesco o condición de amistad respecto de la usuaria que concurre al centro asistencial en razón de su parto.

A efectos de evitar complejidades en los procedimientos de encuesta, esta información será recolectada por duplicado: una primera vez al entrevistar al acompañante y otra al entrevistar a la usuaria, pues en cada caso estos datos deberán cruzarse con los que surjan de otros ítems en los formularios respectivos.

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem n° 1

Formulario: “Encuesta para la usuaria” ítem n° 1

Estado civil (concepto restrictivo): se considerará la situación del individuo ante la institución del matrimonio, definiéndolo en su calidad de soltero, casado, divorciado o viudo.

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem n° 2

Sexo: sexo biológico del acompañante (masculino o femenino).

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem n° 3

Edad: número de años de vida del acompañante.

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem n° 4

Nivel de instrucción: se discernirá el grado de instrucción curricular del acompañante diferenciando entre las distintas etapas educativas reconocidas en los planes de estudio oficiales, indicando el número de años completos de la última etapa cursada.

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem n° 6

Procedencia: se indicará si el acompañante reside en la capital del país o el interior, discriminando barrio o localidad en cada caso.

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem n° 7

Ocupación: refiere a la labor habitual del acompañante, de la cual obtiene los recursos necesarios para subsistir.

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem n° 8

7.2. Aptitud del acompañante para asistir a la madre en el parto.

7.2.1. DEFINICIÓN

Aptitud o preparación del acompañante para asistir psicológica y emocionalmente a la madre, determinando la calidad de dicha formación y el origen de la misma.

Interesa medir el grado de formación previa del acompañante en mérito a su pasaje por las distintas instancias de carácter preventivo que ofrece el sistema de salud (captación temprana, formación impartida en policlínicas, etc.).

7.2.2. INDICADORES

Nº de partos en que ha oficiado como acompañante anteriormente (experiencia): se verificarán aquí las oportunidades en que el acompañante ha participado en calidad de tal durante el parto de otra persona (no se contabilizará su participación en el parto que dio mérito a la encuesta porque lo que se pretende verificar es la experiencia que tenía en forma previa a ese momento).

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem nº 5

Educación preparatoria para el parto: se indicará si el acompañante recibió educación para enfrentar su rol de acompañante o, en su defecto, si no recibió la misma.

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem nº 10

Origen de la educación preparatoria: Si se ha contestado de modo afirmativo en relación con la educación preparatoria, se indicará en qué lugar se recibió la misma (Policlínica, Hospital de Clínicas, otro).

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem nº 11

7.3. Participación del acompañante

7.3.1. DEFINICIÓN

Intensidad del compromiso asumido por la persona que acompaña a la madre.

7.3.2. INDICADORES

Extensión de la participación del acompañante: La participación se determinará en virtud de las etapas concretas en las que el acompañante asistió a la embarazada (período gestacional, parto, parto, puerperio).

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem nº 9

Grado de involucramiento del acompañante: esta magnitud estará definida por un dígito comprendido entre 0 y 5. El guarismo se obtendrá mediante una batería de preguntas de creciente complejidad que refieren a distintas situaciones que debe

enfrentar la madre en su calidad de beneficiaria de los servicios que se prestan en el centro asistencial. El hecho de que el acompañante responda en forma decidida y manifiesta (sin importar si lo hace correctamente o no) a cada una de las preguntas que se le irán realizando en orden de creciente complejidad pondrá de manifiesto en qué medida se ha preocupado por cumplir con su rol. Se asignará un punto por cada pregunta contestada expresamente y ninguno por cada oportunidad en que el acompañante no sepa o no pueda contestar.

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem n° 12

7.4. Motivación del acompañante para cumplir su rol

7.4.1. DEFINICIÓN

Determinación concreta de las razones o motivos principales que impelen al acompañante a cumplir sus labores y asumir de modo expreso el compromiso que implican.

7.4.2. INDICADORES

Motivación del acompañante: La naturaleza de estas razones o motivos principales se estudiará mediante una serie de preguntas que apuntan a determinar los fundamentos del compromiso, los que pueden tener un origen **afectivo** (evitar el temor de la madre), **formativo** (creer que ese es el modo correcto), **solidario** (evitar que la madre se sienta sola), **razones de contralor** sobre el servicio asistencial (asegurarse que el equipo médico haga bien su trabajo), origen **ético social** (porque lo aconseja la gente en quien confía) o **ético familiar** (por consejo de la familia).

Para determinar esas razones o motivos se ha previsto una doble encuesta que tendrá dos fuentes: la usuaria por un lado y su acompañante por otro. Se les preguntará por separado respecto de las razones por las que consideran que una madre debe estar acompañada durante el parto. Los datos obtenidos se cruzarán luego para obtener un contrapunto que revelará coincidencias y diferencias en la ideología de ambos encuestados.

Cada ítem constituye una aseveración precisa de motivos que no es precisamente excluyente, con lo cual podría ocurrir que se marcara más de uno por cada encuestado.

Formulario: “Encuesta para acompañante” ítem n° 13

Formulario: “Encuesta para la usuaria” ítem n° 2

7.5. Preferencia de la usuaria

7.5.1. DEFINICIÓN

Determinación concreta de la persona que la usuaria hubiese preferido, desde el punto de vista ideal, para que le acompañase en el proceso del parto y el puerperio. Esta información permitirá contrastar la idealización de la parturienta con lo que realmente ocurre en oportunidad de producirse la ampliación de la familia.

7.5.2. INDICADOR

Preferencia de la usuaria con relación a su acompañante: Se determinará concretamente a quién hubiese preferido la usuaria como acompañante con independencia de quien le acompañó efectivamente en oportunidad del parto.

Formulario: “Encuesta para la usuaria” ítem n° 3

7.6. Desempeño del acompañante

7.6.1. DEFINICIÓN

Calificación de la usuaria con respecto al grado de apoyo y protección que le brindó su acompañante. Esta variable permitirá determinar, desde el punto de vista de la embarazada, los beneficios psicológicos y anímicos que pueden estar implicados en la presencia del acompañante.

7.6.2. INDICADOR

Se determinará concretamente cuál es la calificación que la usuaria realiza con respecto al desempeño de su acompañante. La escala está graduada con seis niveles decrecientes, desde excelente hasta muy malo. Se prevé una opción para el caso en que la usuaria no pueda o no quiera calificar dicho desempeño.

Formulario: “Encuesta para la usuaria” ítem n° 4

8. DISEÑO METODOLÓGICO.

8.1. Tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal.

8.2. Área de estudio

Clínica Ginecológica B de la Facultad de Medicina, piso 16 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” del departamento de Montevideo de la República Oriental del Uruguay.

8.3. Aspectos ético-legales

A efectos de desarrollar las observaciones y registros que se han detallado, será menester, de acuerdo a las consideraciones éticas y legales, solicitar la autorización pertinente a la Jefa de Sector, Lic. Mariela Bruno. La solicitud correspondiente se hará por escrito una vez que se haya aprobado el presente protocolo como así la solicitud del consentimiento informado por escrito a la usuaria y acompañante. En su caso se adjuntará resumen de los mismos a efectos de que la mencionada jerarca tome conocimiento de la naturaleza de la investigación a realizar en la Sala 4 (alojamiento conjunto) de la Clínica Ginecotológica B de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Hospital de Clínicas, piso 16).

8.4. Población de estudio

La población de estudio está constituida por todos los acompañantes de las usuarias que se asistan en la Sala 4 (piso 16) de la Clínica Ginecotológica B del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en un período de diez días consecutivos escogido en forma aleatoria.

8.5 Unidad de análisis

Acompañante de la mujer en el proceso del parto.

8.5.1 DEFINICIÓN DE ACOMPAÑANTE.

Se considerará acompañante a toda persona mayor de edad que, con independencia del vínculo parental o de amistad que le une con la usuaria, concorra junto a ella al centro asistencial y en forma manifiesta:

- a). Se presente como el acompañante de la embarazada ante el personal del centro asistencial.
- b). Se mantenga junto a la embarazada, aunque luego no ingrese al block de partos a presenciar el nacimiento, ya sea que ello ocurra por propia voluntad o porque no le fue permitido.
- c). Se preocupe porque la embarazada reciba una atención adecuada a su estado, interactuando con el personal del centro asistencial con el propósito de asegurarse que así ocurra.

8.2.2. CRITERIO DE INCLUSIÓN.

Como criterio de inclusión se considerará a todos los acompañantes de las usuarias que hayan tenido parto normal o cesárea. Se les encuestará mientras cursan la etapa de puerperio, una vez que hayan dado el consentimiento informado para participar en la investigación.

8.2.3. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Se excluirá a los acompañantes cuando no satisfagan por lo menos dos de los tres requisitos ya expresados para definirlos como tales (ver *8.2.1 Definición de acompañante*), dejándose constancia de ello en el formulario correspondiente.

8.6. Método de recolección de datos

Se aplicarán dos cuestionarios semiestructurados mediante entrevista: a la usuaria y a su acompañante.

- a) Encuesta para acompañante (provisto de 13 ítems ya relacionados junto con los indicadores)
- b) Encuesta para la usuaria (provisto de 4 ítems ya relacionados junto con los indicadores)

El tiempo de duración promedio de la entrevista será de aproximadamente 20 minutos. En cada caso se solicitará el consentimiento voluntario verbal de los usuarios que constituyeron la población de estudio.

8.7. Procesamiento de los datos

Para el procesamiento de los datos se codificará e ingresará en planilla electrónica, realizándose análisis univariado de los mismos mediante el cálculo de frecuencia absoluta y relativa para las variables cuanti y cualitativas. Se aplicarán medidas de resumen para las variables cuantitativas.

Posteriormente se efectuará análisis y discusión de los resultados.

8.8. Planteo gráfico para la categorización de los resultados

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	OBJETIVOS
7.1. PERFIL DEL ACOMPAÑANTE	Relación con la usuaria	Progenitor	5.2.1. Develar el perfil sociodemográfico del acompañante y su vínculo con la parturienta
		Pareja	
		Otro Familiar	
		Amigo	
		Vecino	
	Estado civil	Soltero	
		Casado	
		Viudo	
		Relación libre	
	Sexo	Masculino	
		Femenino	
	Edad	Cifra concreta de años de vida del acompañante	
	Nivel de instrucción	Primaria	
		Secundaria	
		Ed. Técnica	
Universidad			
Procedencia	Capital		
	Interior		
Ocupación	Empleo fijo		
	Rentas		
	Changas		
	Desocupado		
	Estudiante		
	Ama de casa		
Otro			
7.2. APTITUD DEL ACOMPAÑANTE PARA ASISTIR A LA MADRE EN EL PARTO	Nº de partos en que acompañó anteriormente	Cifra concreta de veces que ofició como acompañante	5.2.2. Establecer naturaleza y frecuencia del acompañamiento en el parto
	Educación preparatoria para el parto	Recibida	
		No recibida	
	Origen de la educación recibida	Policlínica	
		Hospital de Clínicas	
Otro			

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	OBJETIVOS
7.3. PARTICIPACIÓN DEL ACOMPAÑANTE	Extensión de la participación del acompañante	Control gestacional	5.2.3. Medir el grado de participación del acompañante
		Trabajo de parto	
		Parto	
		Puerperio	
	Grado de involucramiento del acompañante	0. Desinterés	
		1. Muy escaso interés	
		2. Interés bajo	
3. Interés medio			
4. Interés alto			
5. Sumo interés			
7.4. MOTIVACIÓN DEL ACOMPAÑANTE PARA CUMPLIR SU ROL	Razones o motivos principales (Datos por cruzamiento)	Afectivo	5.2.4. Estudio de la motivación del acompañante para cumplir su rol
		Formativo	
		Solidario	
		Contralor del servicio	
		Ético social	
		Ético Familiar	
		No determinado	
7.5. PREFERENCIA DE LA USUARIA	Determinación del acompañante que la usuaria hubiese preferido	Madre/Padre	5.2.5. Describir la conducta del acompañante y los efectos de la misma
		Hermana/o	
		Amiga/o	
		Padre del bebé	
		Enfermera	
		Otros	
		Estar sola	
7.6. DESEMPEÑO DEL ACOMPAÑANTE	Calificación del desempeño del acompañante	1. Excelente	
		2. Muy bueno	
		3. Bueno	
		4. Regular	
		5. Deficiente	
		6. Muy malo	
		7. No puede calificar	

8.9. Procedimientos

Se estima que la labor proyectada insumirá unos 10 meses según el siguiente detalle:

8.9.1 Cronograma de actividades para la elaboración del Protocolo y Trabajo Final

ACTIVIDADES	AÑO 2007									
	Dic 06	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	
Elección del problema	■									
Revisión bibliográfica		■	■	■						
Elaboración del Protocolo			■	■	■					
Presentación del Protocolo				■	■					
Revisión final del Protocolo					■	■				
Ejecución del Plan de Trabajo						■	■			
Proces. y análisis de datos							■	■		
Presentación del informe final								■	■	

ACTIVIDADES	PLAZOS EN DIAS Y MESES	PERIODOS COMPRENDIDOS
Elección del problema	2 semanas (14 días)	03/12/06 - 16/12/06
Revisión bibliográfica	10 semanas (70 días)	17/12/06 - 24/02/07
Elaboración del Protocolo	4 semanas (28 días)	25/02/07 - 24/03/07
Presentación del Protocolo	3 semanas (21 días)	25/03/07 - 14/04/07
Revisión final del Protocolo	6 semanas (42 días)	15/04/07 - 12/05/07
Ejecución del Plan de Trabajo	4 semanas (28 días)	13/05/07 - 09/06/07
Proces. y análisis de datos	4 semanas (28 días)	10/06/07 - 07/07/07
Presentación del informe final	6 semanas (42 días)	08/07/07 - 18/08/07

8.10. Recursos

Toda propuesta de investigación se acompaña con el calendario de actividades y el desglose presupuestario. Si bien estos componentes no forman parte sustancial de la propuesta, es conveniente incluirlos en virtud de que permiten una mejor comprensión del esfuerzo de los investigadores⁴⁹.

8.10.1. Recursos humanos

La investigación será desarrollada por los cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería que conforman el grupo de trabajo final.

Br. Santa María Alcántara

Br. Ana Laura Fugassa

Br. Verónica Márquez

Br. Ramón Salvarrey

Br. Silvia Silveira

La investigación insumirá **2632 horas/estudiante** de acuerdo con el siguiente detalle:

Etapa del cronograma de actividades		Número de horas/estudiante por etapa	
1	Elección del problema	6 horas x 14 días	84 horas
2	Revisión bibliográfica	10 horas x 70 días	700 horas
3	Elaboración del Protocolo	8 horas x 28 días	224 horas
4	Revisión final del Protocolo	6 horas x 14 días	84 horas
5	Ejecución del Plan de Trabajo	15 horas x 56 días	840 horas
6	Procesamiento y análisis de datos	8 horas x 35 días	280 horas
7	Presentación del informe final	10 horas x 42 días	420 horas

⁴⁹ Metodología de la investigación. Francisca Hernández, Eva Luz de Alvarado, Elia Pineda. Edic. 1998, pág. 213. Organización Panamericana de la Salud.

8.10.2 Recursos materiales (de uso)

1 computadora

1 calculadora

8.10.3 Recursos materiales (de consumo)

350 hojas tamaño A4

1 cartucho tinta de impresora

5 bolígrafos

2 cuadernolas

5 lápices

5 gomas de pan

5 disketes para computadora

8.10.4 Recursos financieros

Los costos de la investigación correrán por cuenta de cada uno de los estudiantes del grupo de trabajo final en el orden causado. En razón de que algunos integrantes del grupo provienen del interior del país, también se han incluido los costos de los pasajes interdepartamentales, alojamiento y alimentación.

Para el resto de los estudiantes se han estimado los costos de los boletos urbanos, así como el alquiler de servicios informáticos (correo electrónico, procesamiento de textos), fotocopias, papelería y otros.

De acuerdo a los planteos realizados, estimamos aproximadamente que los costos ascienden a la suma de: \$U 20.244,00 (pesos uruguayos veinte mil doscientos cuarenta y cuatro) y responden al detalle que desarrollamos a continuación:

CANTIDADES	DETALLE	PRECIO UNITARIO	IMPORTE TOTAL
12	Boleto Salto - Montevideo	\$ 500	\$ 6000
120	Boleto Solymar - Montevideo	\$ 23	\$ 2760
60	Boletos urbanos	\$ 16	\$ 960
24	Días de alojamiento	\$ 150	\$ 3600
24	Almuerzo y cena	\$ 200	\$ 4800
60	Servicio/hora de cyber	\$ 18	\$ 1080
500	Fotocopias	\$ 0.50	\$ 250
2	Cuadernolas	\$ 22	\$ 44
1	Paquete de 6 lapiceras	\$ 30	\$ 30
4	Paquete de 100 hojas A4	\$ 122	\$ 488
1	Paquete de 6 lápices	\$ 24	\$ 24
6	Goma de pan	\$ 3	\$ 18
1	Cartucho tinta impresora	\$ 130	\$ 130
5	Diskettes	\$ 12	\$ 60

9. BIBLIOGRAFÍA

Barran JP. La cultura bárbara. tomo 1. Montevideo: [s.n.]; 1990.

Brockington F. World health. Londres : [s.n.]; 1958.

Caldeyro R. Recientes adelantos de medicina perinatal. Publicación científica nº 858. Washington: OPS;1979.

Diaz Rosello JL, Guerra V, Strauch, Rodriguez, Rega C, Bernardi R. La madre y su bebé: primeras interacciones. Montevideo: [s.n.]; 1991.

Enciclopedia de enfermería materno infantil. Tomo 4. Barcelona: Océano;1998.

Hernandez F, de Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. Washington: OPS, 1998.

Isambert A. Le guide des parents. Barcelona: Daimon; 1962.

Klaus-kennell. La relación madre-hijo. Bs. As.: [s.n.]; 1998.

Manual de enfermería. Barcelona: Masson; 1993.

Martinez JC. El increíble mundo del recién nacido. Barcelona: [s.n.]; 2001.

Martínez S. Antropología histórica de la familia. [s.l.]: Colección fondo taurus; 1992.

Organización Mundial de la Salud. Biblioteca de salud reproductiva. Ginebra: [s.n.]; 2003.

Seguy B. Naissance. Paris: [s.n.]; 1981.

Toffler A. La tercera ola. Madrid: [s.n.]; 1989.

Verny T. El futuro bebe, arte y ciencia de ser padres. Barcelona: [s.n.]; 2003.

Sitios de la web referidos a las "doulas": www.crianzanatural.com/art/art62.html;
www.doulas.es/articulos.html; doulas@fundacioncreavida.org.ar

ANEXOS

Catálogo de instrumentos

- 1.- Fórmula de encuesta para el acompañante de la usuaria
- 2.- Fórmula de encuesta para la usuaria

ENCUESTA PARA ACOMPAÑANTE

FORMULARIO N°	FECHA: / /2007	N° de Sala en que se aloja:
---------------	------------------------	-----------------------------

1) Relación con la usuaria:	2) Estado civil:
INDICAR PARENTESCO DEL ENCUESTADO Soltero/Casado/Viudo/Relación libre	

3) SEXO:	4) EDAD:	5) N° total de veces que ofició como acompañante:
M para masculino / F para Femenino		Partos de la misma usuaria u otros partos

6) NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria		7) Procedencia	Capital	
	Secundaria			Interior	
	Ed. Técnica			Localidad/barrio:	
	Universidad				

Señalar grado de formación con n° de años de estudio

8) OCUPACION	Empleo fijo	9) Señalar etapas concretas en las que se involucró el acompañante	Control gestacional
Rentas	Changas		Trabajo de parto
Desocupado	Estudiante		Parto
Ama de casa	Otro		Puerperio

Marque opción con una x

Marque opción con una x

10) EDUCACION PREPARATORIA PARA EL PARTO	RECIBIDA		11) Indique el origen de esa educación:
	SI	NO	

Marque opción con una x

Escriba dentro del cuadro

12) CUESTIONARIO

	SI	NO	ns/nc
¿Le dijeron con claridad cuál es la situación de la usuaria?			
¿Le dijeron cuáles eran las normas de atención del servicio?			
¿Conoce el Block de Partos?			
¿Se le enseñó sobre técnicas de respiración y trabajo de parto?			
¿Le han explicado sobre los procedimientos que le realizan a la usuaria?			

Marque con una x la o las opciones resultantes

13) ¿Cuáles son las razones por las cuáles cree que la madre debe estar acompañada:	Para evitar que la madre se sienta insegura y temerosa	
	Porque cree que es el modo en que una madre debe dar a luz	
	Para evitar que la madre se sienta sola en ese trance	
	Porque de ese modo el equipo médico hará mejor su trabajo	
	Porque así lo cree la gente en quien Ud. confía	
	Porque la familia se preocuparía si no estuviera junto a la madre	
	No puede determinar razones concretas	

Marque con una x la opción u opciones resultantes

OBSERVACIONES

INDICE

<u>1. Resumen</u>	2
<u>2. Fundamentación</u>	3
<u>3. Problema</u>	5
<u>4. Antecedentes</u> 4.1. El resurgimiento de las “doulas” 4.2. La presencia del acompañante beneficia a la parturienta 4.3. La presencia del acompañante según la legislación nacional 4.4. Las “doulas” en el Uruguay	6
<u>5. Objetivos</u> 5.1. Objetivo general 5.2. Objetivos específicos	13
<u>6. El marco teórico</u> 6.1. Especificidad del apoyo empático a la parturienta 6.2. La familia actual reasume roles que había abandonado 6.3. Nuevos marcos de referencia para la familia contemporánea 6. 6.4. La familia como unidad básica de la comunidad 6.5. Fase de extensión de la familia 6.6. Necesidad de la asistencia en el parto 6.7. El embarazo compartido 6.8. El nacimiento sin violencia 6.9. El acompañante apoya a la parturienta 6.10. Los nuevos paradigmas de la paternidad 6.11. La actitud de los padres influye al niño incluso antes del nacimiento 6.12. Los peligros de la separación temprana 6.13. Las prácticas hospitalarias que excluyen al padre 6.14. Los padres ante el nacimiento según las viejas doctrinas 6.15. Primeras interacciones y función parental	12
<u>7. Variables</u> 7.1. Perfil del acompañante	34

7.2. Aptitud del acompañante para asistir a la madre en el parto	
7.3. Participación del acompañante	
7.4. Motivación del acompañante para cumplir su rol	
7.5. Preferencia de la usuaria	
7.6. Desempeño del acompañante	
<u>8. Diseño metodológico</u>	39
8.1. Tipo de estudio	
8.2. Área de estudio	
8.3. Aspectos ético legales	
8.4. Población de estudio	
8.5. Unidad de análisis	
8.6. Método de recolección de datos	
8.7. Procesamiento de los datos	
8.8. Planteo gráfico para la categorización de los resultados	
8.9. Procedimientos	
8.10. Recursos	
<u>9. Bibliografía</u>	45
<u>Anexos</u>	46
Formulario de encuesta para acompañante	
Formulario de encuesta para la usuaria	
<u>Índice</u>	49