

Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto

Goberna Tricas, Josefina

Profesora Titular de Universidad.

Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

Resumen: Objetivo principal: Indagar en los principios éticos de autonomía y vulnerabilidad en la atención al parto

Metodología: Reflexión ético-filosófica.

Resultados principales: El parto es un proceso en que las vivencias corporales deben objetivarse en el "Yo materno". Una transición armoniosa entre las fases "corporales" de las contracciones y las fases de objetivación de las sensaciones, que se produce en los periodos intercontráctiles permiten una vivencia en que la mujer mantiene el control de la situación. Cuando esta transición no tiene lugar de forma adecuada la mujer se siente frágil y es vulnerable.

Conclusión principal: El parto es por definición una situación vulnerable en la que los profesionales deben ejercer el cuidado. Siempre existen aspectos unidos a la corporalidad del proceso que no podrán anticiparse en la elaboración del plan de parto, por ello en el proceso asistencial y en la actuación profesional a la competencia técnica es fundamental añadir las habilidades humanas de cuidado, compasión y acompañamiento.

Palabras clave: parto, autonomía, vulnerabilidad, bioética.

Abstract: Main objective: To investigate about the ethical principles of autonomy and vulnerability in the childbirth care.

Methodology: Ethical and philosophical reflection.

Main results: Birth is a process in which the corporal experiences must be

Goberna Tricas, Josefina. *Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto*. ENE. Revista de Enfermería. Abr. 2012; 6(1): 71-78

Recibido: 24/ene/2012
Aceptado: 30/mar/2012

objectify in the “maternal Me” A harmonious transition between body contractions phases and the phases of objectification of the sensations, which occurs during “intercontractions periods”, it allows an experience in which women retain control of the situation. When this transition takes place with difficulty, women feel weak and vulnerable.

Main conclusion: Delivery process is a vulnerable situation in which professionals should look after with care. There are aspects linked to the bodily aspect of the process which cannot be anticipated in developing the “Birth plan”, so in the care process’ performance and in the technical competence is essential to add human skills of caring, compassion and companionship.

Introducción

El nacimiento de los hijos supone una experiencia fundamental en la vida de las mujeres y de sus parejas; se trata de un proceso fisiológico, aunque paradójicamente se acompaña de vulnerabilidad y fragilidad, por ello, desde los inicios de la historia las mujeres han necesitado de atenciones y cuidados en el proceso procreativo. Muestra de la vulnerabilidad que acompaña embarazo, parto y puerperio nos la proporciona saber que se producen más de 500.000 muertes maternas por año, de las cuales el 99% se dan en países en desarrollo (1), donde disponer de un profesional conocedor de las prácticas obstétricas y de una mínima infraestructura asistencial no resulta habitual; en cambio, en nuestro entorno de occidente desarrollado la maternidad es un proceso que consideramos medicamente seguro, en el que la mortalidad maternoinfantil, afortunadamente, resulta un hecho excepcional.

Tener un hijo, en estos momentos, constituye en nuestro medio, una elección personal para las mujeres y sus parejas. Socialmente se demanda que embarazo y

parto sean experiencias seguras en términos de salud, pero además se espera que contribuyan al desarrollo personal de los futuros padres. En el imaginario colectivo se inscribe la experiencia de la maternidad como satisfactoria y auto realizadora.

Antecedentes históricos

Esta visión tan optimista del proceso de embarazo, parto y puerperio se ha producido paralelamente al proceso de medicalización de la asistencia sanitaria al proceso procreativo. Efectivamente, a lo largo del siglo XX se ha producido, en los países occidentales, una marcada tendencia a la medicalización de la vida (2). Este proceso de medicalización ha afectado plenamente la asistencia sanitaria al nacimiento. La obstetricia desarrolló un fuerte interés por el conocimiento de los que sucedía en el interior del útero gestante y el proceso de parto pasó a considerarse un fenómeno exclusivamente mecánico. La estimulación farmacológica de las contracciones uterinas, la ruptura artificial de las membranas amnióticas, la utilización de fórceps u otros instrumentos de tocúrgia para acelerar el periodo expulsivo del parto se convirtieron en prácticas rutinarias. Las contracciones uterinas inducidas por acción farmacológica son más intensas y dolorosas para la madre y el uso de analgesia o anestesia obstétrica se fue convirtiendo en una necesidad. La mejora de las técnicas anestésicas y de la seguridad en las técnicas quirúrgicas ocasionó un aumento considerable del número de cesáreas. En España la tasa de cesáreas se mantenía en un 14 % en 1990, llegando a un 21,7% en 2000. (3)

En este mismo escenario social, de segunda mitad del siglo XX, algunas voces feministas se dedicaban a evidenciar el entramado ideológico que, a pesar de reconocer el derecho a voto de las mujeres en muchos países, les reconocía la maternidad como su única función social; entre ellas podemos destacar a Betty Friedman (*La mística de*

la maternidad) y muy especialmente a Simone de Beauvoir (*El segundo sexo*). Sus reivindicaciones pretendían rechazar la maternidad como destino natural para las mujeres y exigían participar en el ámbito público de la creación intelectual y productiva, reservado a los hombres. Se trataba de una reivindicación de libertad, pero el planteamiento de la excelencia de la actividad intelectual, como superior a la experiencia corpórea propició un alejamiento, desde las corrientes feministas “de la igualdad”, del hecho reproductivo permitiendo la consolidación de una medicalización de la asistencia a los procesos de embarazo y parto, sin que las voces feministas opusieran objeciones.

Con el paso de los años, los ideales defendidos desde esta corriente del feminismo fueron puestos en duda por parte de un movimiento de feministas radicales, que durante la década de los años setenta del siglo XX, formularon algunas cuestiones relacionadas con la concepción ideológica de la maternidad. Esta nueva corriente surgida, al menos en parte, del psicoanálisis; afirmaba que el trato inferior inferido a las mujeres, a lo largo de la historia, se fundamentaba en la negación de su verdadera naturaleza; para estas feministas “de la diferencia” las movilizaciones debían dirigirse hacia la reivindicación de las políticas corporales y sus críticas se desplazaron hacia las instituciones que controlan la práctica médico-sanitaria. (4, 5). Desde esta nueva forma de conceptualizar las cuestiones de asistencia sanitaria y desde finales del siglo XX, en algunos países de Europa y América del Norte, fueron apareciendo movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto menos intervencionista.

Son numerosos los autores (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) que han puesto en evidencia como el proceso de medicalización de la vida ha concebido el cuerpo femenino, durante embarazo y parto, como anárquico y necesitado de control; asumiendo que el uso de las

modernas técnicas obstétricas se ha extendido de forma inseparable a un proceso de alienación impuesto a las mujeres, en el que han perdido el control de sus propios cuerpos, que se han convertido en objetos de la práctica médica. Estos mismos autores han propuesto un nuevo modelo al que han denominado “centrado en la mujer”; que situado en el otro extremo del espectro reclama el respeto al proceso natural y rechaza cualquier medicalización o tecnificación de la asistencia, si no es estrictamente necesaria.

Cambios en el modelo de asistencia sanitaria al parto

Estas reivindicaciones llegaron a instancias institucionales y desde inicios de la década de los años 90 del siglo XX proliferaron protocolos y guías de asistencia que enfatizaban la necesidad de una atención humanizada en la asistencia sanitaria al parto, centrada en la mujer como protagonista. En 1993 se publicó en Reino Unido el Informe *Changing Childbirth*, (16) en el que se potenciaba una asistencia más respetuosa con la fisiología del parto. En nuestro país esta reacción se ha producido posteriormente; este tema llegó a instancias del Defensor del Pueblo, y en su Informe de 2006 (17) se hizo eco de varias demandas que solicitaban la utilización de procedimientos naturales, sin aplicación de medios técnicos, si no era necesario, durante el parto. En este mismo informe se aconsejaba la implementación de un protocolo para la atención de partos naturales no medicalizados, al que se pudiesen acoger las mujeres/parejas que lo desearan. El Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo también abordó la atención al nacimiento en el II Foro de Mujeres, Salud y Género, y en

2007 el Observatorio de Salud de la Mujer editó el *Documento de estrategia de atención al parto normal*, (18) en el que se reconoce que:

“aunque la atención al parto en España se desarrolla con criterios de seguridad aunque son los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres los que precisan de mejora”.

Los objetivos del documento se centran en una concepción de la atención al parto que contemple el nacimiento como un proceso fisiológico, en el que: (18)

“solamente se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y en los que los profesionales sanitarios deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres”

Se pretende hacer partícipe a la mujer responsabilizándola de sus decisiones. Las elecciones y decisiones tomadas por la mujer deben plasmarse en los denominados “planes de parto” en los que las mujeres pueden elegir, entre diferentes opciones, que tipo de asistencia desean para el parto.

Este interés en una asistencia más humanizada se traduce, muchas veces en la práctica, en un simple rechazo a cualquier tecnificación de la asistencia, convirtiendo tecnificación en sinónimo de atención opresiva y despersonalizada; y equiparando una asistencia respetuosa con la fisiología en sinónimo de humanización y en respeto por la autonomía de la mujer. Los aspectos de calidez y confianza quedan, en ocasiones, en segundo término en la conceptualización de este nuevo modelo.

Algunos autores (19,20,21) aplicando una línea de argumentación postestructuralista, critican el discurso basado en que la atención no tecnificada y respetuosa con la fisiología del parto significará, sin más, una mirada holística a la persona y un empoderamiento de la mujer, puesto que, al igual que la posición medicalizadora de la asistencia, implica también una visión esencialista que se enmarcan en una concepción naturalística del cuerpo y no tiene en cuenta los componentes sociales.

La corporalidad en el parto

Akrich M i Pasveer B. (21) plantean la importancia de indagar sobre el rol de la corporalidad desempeña en el proceso de la maternidad y ponen en evidencia el proceso de disociación cuerpo-mente durante el trabajo de parto. A pesar de que la experiencia humana siempre es corporeizada, en contadas ocasiones el cuerpo supone el objeto temático de nuestra experiencia cotidiana, el cuerpo desaparece de nuestra atención, pero cuando algo irrumpe en la usual armonía el cuerpo se hace inconfundiblemente presente por sí mismo, ello es especialmente aplicable a las situaciones de dolor o enfermedad, es lo que Leder (22) llama *dys-appearance* y supone una disfunción en la apariencia corporal.

En el caso de las mujeres durante el parto Akrich M i Pasveer B. identifican que durante el proceso de dilatación las mujeres desarrollan fases de *dys-appearance* en las cuales el cuerpo se manifiesta como autónomo y aparecen las manifestaciones orgánicas. El proceso de parto desafía necesariamente al control voluntario de la madre; el cuerpo “en estado de parto” aparece disociado del “yo” de la mujer que se convierte simplemente en un espectador de lo que está sucediendo. Aparece una dualidad entre la subjetividad ambigua de las sensaciones del parto y la necesidad de objetivación de lo que le está sucediendo, que deben integrarse en el “yo”; para ello la mujer precisa de “mediaciones externas” para transitar entre este “cuerpo en estado de parto” y su propio “yo”. A lo largo de las horas de la fase de dilatación del parto se producen constantes transiciones entre los tiempos de *dys-appearance* y los tiempos de “afirmación del yo”, coincidiendo respectivamente con los periodos de contracciones y los periodos inter contráctiles. Durante las contracciones el protagonismo es para el “cuerpo de parto”, pero entre las mismas, la mujer recupera la unicidad cuerpo/mente y debe objetivar las

sensaciones vividas durante la contracción. La parturienta precisa transitar entre ambas cada vez con mayor frecuencia, para ello precisa de mediaciones que la ayuden a mantener su “yo” durante los periodos de *dys.apprerance*. Estas mediaciones pueden ser el soporte i/o información de otras personas (parejas, familiares), la respiración acompañada, la concentración mental o la relajación. También los profesionales, o la tecnología médica, contribuyen a objetivar estas sensaciones en el “yo” materno. Si se consigue una transición equilibrada la mujer siente que mantiene el control de la situación

En el caso de mujeres que se someten a anestesia peridural (y por tanto a un modelo medicalizado de atención sanitaria) la disociación entre el “cuerpo de parto” y el “yo” es continua a partir del momento en que la peridural surge efecto.

Para algunas mujeres es difícil la transición equilibrada entre el periodo de manifestaciones orgánicas o “cuerpo en estado de parto” y el periodo inter-contráctil en que se produce una objetivación de las sensaciones en el “yo materno”; en estos casos la peridural al proporcionar un estado de “disociación permanente”, puede convertirse en una herramienta protectora. En la mujer sometida a una peridural la objetivación de lo que sucede se lleva a cabo necesariamente mediante mediaciones externas de tipo técnico sanitario: las explicaciones de los profesionales, o las informaciones facilitadas por el aparataje técnico: monitores de la actividad uterina y la frecuencia cardíaca fetal, pueden ser de ayuda en dicha objetivación.

Son, por tanto, las mujeres que acuden a la tecnología (en el caso explicado, a la anestesia peridural) las que más precisan de la presencia de los profesionales como facilitadores de información, calidez y soporte emocional, para conseguir una transición y una objetivación de las sensaciones corporales del “cuerpo en

estado de parto”. Las mujeres que cuentan con capacidades internas efectivas: concentración, relajación..., pueden afrontar el proceso desde sus propios recursos y son menos dependientes del ambiente tecnológico y de los profesionales.

Desde la postura que reclama una atención no intervencionista y respetuosa de la fisiología (6, 10, 11, 12, 13) se describe la aproximación biomédica al proceso de parto como alienadora para la mujer al producir esta disociación cuerpo/mente permanente y la contrapone a una aproximación global que considera a la mujer como un todo. Desde esta perspectiva se asimila atención respetuosa con la fisiología con atención centrada en la mujer, humanizada y no intervencionista.

Algunos autores (19, 20, 21, 23), disienten de este punto de vista. Tanto en mujeres que optan por una atención sanitaria respetuosa con la fisiología del parto como aquellas que optan por una atención más tecnificada y que acuden a la anestesia peridural como primera opción, la alienación puede producirse en todos aquellos casos en que la objetivación de las sensaciones del “cuerpo de parto” es imposible. En ambos modelos de atención pueden darse transiciones difíciles: por ejemplo una mujer que afronta un parto con una asistencia respetuosa con la fisiología “un parto respetado”, puede llegar un momento en que el cansancio se haga presente, o en que considere que las contracciones son más intensas que lo que ella se había imaginado, en estos casos la mujer se siente incapaz, frustrada, siente miedo, incluso pánico. En el caso de la mujer que pide una peridural, también puede darse el caso de que para ella la disociación permanente entre “el cuerpo en estado de parto” y su “yo” no sea vivida como protectora sino como amenazante, se puede sentir incapaz de objetivar la vivencia del cuerpo anestesiado, por falta de

mediaciones que la ayuden, y se siente alienada.

La alienación se manifiesta cuando la mujer experimenta la sensación de que la situación está fuera de su propio control, se siente asustada, sola e incapaz de controlar la situación.

El punto clave no se encuentra tanto en la disociación cuerpo/mente presente en el discurso médico y social occidental sino en la objetivación exitosa del “yo encarnado”, el cual es construido por las parturientas mediante diferentes mediaciones y actores presentes, entre los cuales los profesionales juegan un activo papel.

Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto

Como hemos mencionado, desde diferentes movimientos asociativos se han constituido grupos de presión, para hacerse oír y conseguir influencia en la elaboración de las políticas sanitarias de asistencia al proceso procreativo; pero estas voces, a pesar de ser fundamentales, no son representativas del conjunto de población que accede a la maternidad. No todas las mujeres desearan, o serán capaces, de establecer esta asociación/disociación entre “cuerpo en estado de parto” y “yo” de forma satisfactoria; ello dependerá de la conceptualización de lo que es el parto y de la concepción del dolor (24). El método usado para aliviar el dolor en el parto constituye un aspecto fundamental en el establecimiento del modelo de atención asistencial. Recurrir a una anestesia peridural implica una asistencia medicalizada y las mujeres cuando cumplimentan sus planes de parto deciden, en relación al método de alivio del dolor, según su conceptualización previa del significado que “el dolor de parto” tiene para ellas. Pero la decisión tomada en el embarazo puede modificarse a lo largo del transcurso del proceso de dilatación. La mujer no puede

predecir cual será el desarrollo de su parto.

Por ello consideramos fundamental, en los últimos meses de embarazo, afrontar la cumplimentación del plan de parto mediante un modelo deliberativo en el que, entre otros, el significado del dolor en el parto y su forma de afrontarlo sea un punto importante en la deliberación.

Pero es cuando la mujer está en fase activa de parto, cuando el proceso corporal “el cuerpo en trabajo de parto” es protagonista, cuando las decisiones tomadas pueden verse modificadas. No poder cumplir con aquello que se había decidido, o pensado, antes del parto puede ser decepcionante para la mujer y su pareja y poco comprendido por parte de los profesionales asistenciales.

Son las situaciones de alienación aquellas que producen frustración e incluso shock postraumático en algunas mujeres que viven la experiencia del parto como excesivamente negativa. Es esta situación de alienación lo que hace que las mujeres occidentales se sientan vulnerables durante el proceso de parto. Cuando se sienten incapaces de afrontar la situación con autocontrol es cuando los demás protagonistas de la situación deben asumir mayor grado de protagonismo para acompañarla y darle apoyo.

Rendtorff y Kemp (25) afirman que ciencia y tecnología pueden contribuir a la civilización de la sociedad y al perfeccionamiento de la persona, pero también pueden contribuir a la despersonalización de la sociedad y a la degradación de la vida y proponen incorporar cuatro principios éticos básicos frente a este desarrollo tecnológico de la ciencia y la medicina: Autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad.

Desde que el principio de autonomía ha adquirido estatus dominante en la ética de los modernos sistemas de salud, el necesario respeto a la vulnerabilidad ha sido a menudo ignorado..... A pesar que podemos soñar con la inmortalidad y con

la posibilidad de liberarnos de las fuerzas de la naturaleza y dominar completamente nuestra existencia corpórea, nosotros estamos siempre limitados por nuestra condición corpórea de existencia.

Hemos comprobado que en el proceso de parto la vivencia corporal es fundamental y compleja, los procesos de disociación/asociación no siempre se completan con éxito y en estas situaciones puede surgir la sensación de alienación. El parto constituye una situación vulnerable en la que los profesionales deben ejercer el cuidado. El reconocimiento de la autonomía de la mujer no puede disociarse del reconocimiento de la vulnerabilidad. En este sentido Bilbeny (26) afirma que:

“durante el acto del nacimiento todos los protagonistas (madre, padre, bebé, matrona y el conjunto de profesionales) son interdependientes, aunque al mismo tiempo son independientes, por lo que cada uno de ellos es ambas cosas de distintas maneras y en distintos grados; por lo que la autonomía personal de la mujer durante el parto esta

“integrada” en la heteronomía”.

En realidad nuestra autonomía siempre tiene un punto de heteronomía, siempre estamos en parte condicionados por los demás y por el contexto social y cultural, pero a pesar de ello nos reconocemos como libres y autónomos; ello es lo que nos confiere dignidad. Por ello durante el parto debemos entender la autonomía de la mujer como una autonomía integrada en una heteronomía, en la que los cuidados, la calidez y la confianza ayudaran a que la situación pueda vivirse como gozosa.

Siempre existen aspectos unidos a la corporalidad del proceso de parto que no podrán anticiparse en la elaboración del plan de parto, ni aun usando un modelo deliberativo respetuoso y cuidadoso, por ello en el momento asistencial es importante prestar atención a la vulnerabilidad de las mujeres y en la definición de las competencias profesionales a la capacitación técnica es fundamental añadir las habilidades humanas de cuidado, compasión y acompañamiento.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Reproductiva en Situaciones de Crisis. (2011). Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios. Revisión 2010 para Informe de Trabajo. Organización Mundial de la Salud
2. Marquez, S. Meneu, R. (2003) “La medicalización de la vida y sus protagonistas” en Gestión clínica y sanitaria, 5(2), 47-53.
3. Foradada, C.M. Grimau, M. (2002) “La cesárea ¿Demasiadas o demasiado pocas?” Folia Clin. Obstet. Ginecol, 33, 6-47.
4. Lozano M., (2001) Imagenes de la Maternidad. Rio Henares. Madrid.
5. Posada, L. (2000): “De discursos estéticos, sustituciones categoriales, y otras operaciones simbólicas”, en: Amoros, C. : Feminismo y Filosofía. Editorial Síntesis, Madrid.
6. Katz Rothman, B. (1982) In Labour: Women and Power in the Birthplace. Norton, New York.
7. Kitzinger, S. (1988) The Midwife Challenge. Pandora Press, London.
8. Oakley, A. (1984): The captured womb: A history of the medical care of pregnant women. Blackwell. Oxford.

9. Kaplan, G. Rogers, L. (1984) "The definition of male and female. Biological reductionism and the sanctions of normality", en Gunew, S.: *Feminist Knowledge, Critique and Construct*. Routledge, London.
10. Treichler, P. (1990) "Feminism, Medicine, and the Meaning of Childbirth" en Jacobus, M., Fox Keller, E., Shuttleworth, S., (eds) *Body/Politics*. Rutledge, New York. pp. 113-138
11. Van Der Mark, A. E. (1993) *Successful Homebirth and Midwifery: The Dutch Example*, CT: Bergin and Garve, Westport.
12. Davis-Floyd, R. (1994) "The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression", *Social Science and Medicine* 38, pp. 1125-1140.
13. Campbell, R., Porter, S. (1997) "Feminist Theory and the Sociology of Childbirth: A Response to Ellen Annandale and Judith Clark", *Sociology of Health & Illness* 19, 348-358.
14. England, P., Horowitz, R., (2007) *Birthing from Within*. Souvenir Press Ltd, Boston.
15. Walsh, D. J. (2010) « Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings ». *Sociology of Health & Illness*, 32, 486-501.
16. Department of Health. (1993) *Changing Childbirth*, vol. 1, Her Majesty's Stationery Office, London.
17. Defensor del Pueblo España., (2007) *Informe anual 2006*, Oficina del Defensor del Pueblo, Madrid.
18. Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. (2007) *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
19. Annandale, E., Clark, J. (1996) "What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction", *Sociology of Health and Illness*, 18, 17-44.
20. Michie, H., Cahn, N. (1996) "Unnatural births: Caesarean sections in the discourse of the Natural Childbirth Movement". en Sargent, C. and Brettell, C. (eds) *Gender and Health: an International Perspective*. Prentice Hall, New York.
21. Akrich, M., Pasveer, B. (2004) "Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives", *Body & Society*, 10(2-3), 63-84.
22. Goberna, J. (2011) "Toma de decisiones en asistencia sanitaria a la maternidad: la voz de las mujeres", en Boladeras, M. (ed): *Bioética: La toma de decisiones*, Capellades, Proteus, 2011, pp. 325-352.
23. Goberna, J., Palacio, A., Ceña, B., Banús, R.M., Linares, S., Fornés, M. (2010) *Significado del Dolor en el Parto y autopercepción de la humanización de la asistencia, comunicación presentada en Global Congress of Maternal and Infant Health*, Barcelona.
24. Dahl Rendtorff, J., Kemp, P. (2000) *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw*, Institut Borja de Bioètica Barcelona.
25. Bilbeny, N. (2011) "Autonomía heterónoma, al principio y al final de la vida", en Boladeras, M. (ed): *Bioética: La toma de decisiones*, Proteus, Capellades, 165-183.