

## **SER COMADRONA VS HACERSE MATRONA (en Portugal)**

**ANA POLO GUTIERREZ**

*“Es la disponibilidad emocional de la matrona lo que favorece que la mujer se deje llevar, se entregue”*

La empatía, la capacidad de experimentar lo que sienten otros y de participar en su experiencia se encuentra en la relación comadrona- mujer parturienta en la que existe un alto grado de mutualidad y reciprocidad, que incluso puede ir más allá de la empatía. La matrona, como mujer y frecuentemente madre tiene una alta identificación con la mujer en parto. El estudio de Hunter 2006 que explora la experiencia de las matronas expone: *“cuanto más se implican, si algo va mal es devastador”*.

### **PORTUGAL EN EUROPA: UNOS DATOS INICIALES** (European Perinatal Health Report 2010)

#### Una tierra para viejos

Solo Rumania tiene una fertilidad inferior a Portugal 1.33/1.36 por lo que la tasa de reposición no se consigue; solo Francia, Irlanda, Islandia, UK y Suecia están en 2.0. En Portugal ocurrieron 101.790 partos en el año 2010; el 21,7% de las mujeres dieron a luz con más de 35 años

La mortalidad materna es de 5,8% Portugal, 3,8% España, 6,9% en U.K y un 21% Rumania

Portugal junto con Eslovaquia tienen la menor proporción de mortalidad fetal 3,2%, España 3,6%, Países Bajos y UK 5.7%, Francia 9,2% (Bruselas, Bélgica es el único lugar que ha aumentado la mortalidad 2010 vs 2004)

La mortalidad neonatal precoz, hasta el día 6 de vida, es la más baja de Europa junto con la de Finlandia 1,1% (España 1,3%), así como un de las más bajas en neonatal tardía (días 7 al 28) 0,5%

En Portugal un 36,6% de los partos terminan en cesáreas y un 14,9% en partos instrumentales (España para hospitales públicos 22,2% y 15,1%; en la C. Valenciana se supera la proporción de Portugal). Tiene un 72,9% de episiotomías (muy parecido a España 2004/C. Valenciana 2007, ahora España en la atención pública 43,0%) solo superado por Chipre 75%

### **EL TRAUMA EN LA RESIDENCIA DE MATRONAS**

*“Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. (Legislación venezolana)*

### ---Respecto al trato jerárquico deshumanizador

- Para el bebe, la mujer y acompañante:

La mayoría de matronas se presentaban, el resto de las personas entraban en las salas de parto sin presentarse y hacían lo que hiciesen sin pedir permiso ni consentimiento. Médicos de dos especialidades: ginecología, anestesiista, residentes de dos especialidades y estudiantes de medicina. Nadie se presentó a los bebes(excepto yo)

Las analgesias que se “ofrecían” se daban por supuesto porque la única persona que quiso parir sin analgesia epidural y la matrona que la atendió fueron despreciadas mediante lenguaje verbal y no verbal por el resto del equipo de matronas

- Para la matrona y la estudiante de matrona

Acontecía la misma situación, era la matrona responsable quien te presentaba porque ningún profesional médico se presento durante todos los meses (más de un año en varios servicios diferentes) de práctica clínica.

El primer día la responsable de mi formación me entrevisto y cuando supo que había tenido un parto domiciliario se alarmó y perdió la empatía hacia mí; le parecí potencialmente peligrosa. Cambió el trato Lo primero que me dijo al día siguiente era que tenía que hablar conmigo a solas y que si yo había acompañado algún parto en casa además del mío. Yo casi no puede dormir aquella noche pensando por qué se lo había dicho.

La matrona principal/responsable de la estudiante de matrona tenia que “luchar” o “negociar” depende de la jefatura de la guardia y de cada ginecólog@ en particular el acompañamiento de los partos y fundamentalmente del periodo expulsivo. El colegio oficial de médicos de Portugal había cambiado sus requerimientos en el año 2010 y exigía a los residentes de ginecología que “realizaran” 100 partos eutócicos (las residentes de matrona 40 según la legislación europea).

### ---Respecto del abuso de la medicalización y patologización

Un ejemplo de las decenas de ellos que experimenté:

La única analgesia que se ofrecía era analgesia epidural con bloqueo motor por lo que la necesidad de catéter venoso, sueroterapia, prohibición de comer y beber, cateterización vesical intermitente, tactos, movilizaciones pasivas ordenadas, pujos dirigidos, kristeller, episiotomías tracciones al bebe “más fuerte, más fuerte” eran la acción cotidiana en cada atención.

Cuando vi el primer kristeller, cuando no puede ver, el primer kristeller, ya que di la espalda a la escena, puse cara de “Que es esto?!!!”, salí de la sala de partos, hable en voz alta de que era una práctica que ponía en riesgo a la mujer y al bebe, que la evidencia científica la retiraba como práctica posible, etc.

Cuando me dijeron que cortara, la primera episiotomía, supe lo no lo haría, recordé cuando aprobé el EIR y leyendo en le metro de Madrid el programa, vi hacer 30 episiotomías y algo se rompió, se rebeló por dentro. Mi vulva, mi vagina, mi sexualidad cambió desde que me hicieron la episiotomía de mi primer parto

Me es difícil escribir este resumen, tengo el estómago contraído, me dan ganas de fumar, de llorar...ha sido un largo camino, a Long, Long Way

Pedí traslado a otro centro hospitalario, al no conseguirlo opte por abandonar los estudios; tras comunicar mi abandono se me ofreció una institución más respetuosa y acorde con el conocimiento científico

Es frecuente que los profesionales del parto estén traumatizados por la forma de trabajo de la mayoría de las salas de parto hospitalarios. Las enfermeras pueden sentirse impotentes e incapaces de intervenir para evitar el trauma. En un estudio reciente de Beck, el 26% de las enfermeras obstétricas cumplían todos los criterios diagnósticos para un screening positivo como TEPT por exposición a sus pacientes durante el trauma (Beck & Gable, 2012).

En ese estudio cualitativo, las enfermeras utilizaban frases como “*el médico le violó*”, “*un parto perfecto se convirtió en violento*”, “*fue innecesariamente rudo con su periné*”, “*me sentí cómplice de un crimen*” o incluso “*me sentí como si estuviera presenciando una violación*”. Estas enfermeras se sentían tremendamente culpables y decían que habían fallado a sus pacientes al no defenderlas ni cuestionar las cosas que estaban haciendo los obstetras.

*"Artículo 51 Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:*

*No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.*

*Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.*

*Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.*

*Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*

*Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer".*

(Legislación Venezolana)

#### ---Respecto a obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas

- En la primera institución en la que realicé la residencia todas las mujeres tenían esa obligación y un porcentaje muy elevado tuvieron una dilatación acelerada, y casi todas lo tuvieron durante el expulsivo
- La mayoría de las cesáreas en Portugal son no programadas es decir que se producen durante la atención en la sala de partos; lo que yo observé es que tras no permitir que la fisiología ayude y tras medicalizar el parto, se recurría a la cesárea en la mayoría de los casos por “riesgo de pérdida de bienestar fetal” de manera arbitraria

El estrés traumático secundario es el resultado de estar expuesto o involucrado con los que han sufrido o están sufriendo el trauma, es el coste de ser testigo del trauma

Este trastorno (APA 1987) aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo,

horror o indefensión. El énfasis es la reacción de la persona (diagnósticos de enfermería) y no tanto el tipo de acontecimiento traumático (Barlox, 1993; Echeburúa y Corral, 1995). Si lo importante no es el tipo de suceso sufrido -algo fácil de objetivar - sino **la reacción de la víctima** -algo mucho más subjetivo -resulta imprescindible en la clínica contar con instrumentos de medida fiables y válidos que sean adecuados para evaluar las conductas y las emociones de las víctimas. Los tres núcleos de síntomas son: reexperimentación, evitación y activación.

### ¿Como se evalúa el trastorno de estrés postraumático?

La escala de gravedad de los síntomas del TEPT según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA 1994) es un instrumento que muestra estabilidad temporal y consistencia interna satisfactorias, así como una validez discriminante, convergente y de constructo. Es sensible al cambio terapéutico.

El caso del trastorno de estrés postraumático TEPT requiere la presencia de 1 síntoma en el criterio de reexperimentación, de 3 en el de evitación y de 2 en el de aumento de la activación psicofisiológica. Por otra parte, estos síntomas deben prolongarse más de un mes y provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida cotidiana de la persona. \_\_Otros síntomas psicopatológicos presentes en este cuadro clínico, son la depresión, la ansiedad y la inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana. Incluye una subescala complementaria de manifestaciones somáticas del stress y de la ansiedad

El TEPT es un cuadro clínico complejo que presenta estos tres núcleos sintomáticos y dos factores claramente diferenciados, uno relacionado con la ansiedad y otro con la depresión. Ello permite explicar la observación clínica- tan habitual en los pacientes aquejados de este trastorno- de la presencia de síntomas de malestar y desasosiego junto con un nivel de apatía y de desmotivación hacia el futuro.

### Síntomas en el trastorno de estrés postraumático

#### REEXPERIMENTACIÓN

- 1- Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?
- 2- Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?
- 3- Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?
- 4- Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?
- 5- Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

#### EVITACIÓN

- 1- Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?
- 2- Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?

- 3- Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?
- 4- Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?
- 5- Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?
- 6- Se siente limitado en la capacidad afectiva?
- 7- Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso?

#### AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

- 1- Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
- 2- Está irritable o tiene explosiones de ira?
- 3- Tiene dificultades de concentración?
- 4- Esta usted excesivamente alerta desde el suceso?
- 5- Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

#### ESCALA COMPLEMENTARIA

Manifestaciones somáticas del ansiedad en relación con el suceso

- -Respiración entrecortada o sensación de ahogo
- -Dolores de cabeza
- -Palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado
- -Dolor o malestar en el pecho
- -Sudoración
- -Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo
- -Nauseas o malestar abdominal
- -Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o irrealidad
- -Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias)
- -Sofocos y escalofríos
- -Temblores o estremecimientos
- -Miedo a morir
- -Miedo a volverse loco o a perder el control

El comienzo del cuadro clínico puede ser demorado: si el inicio de los síntomas acontece más de 6 meses tras el acontecimiento traumático. El TEPT se clasifica como agudo- si los síntomas duran menos de 3 meses ó crónico si los síntomas duran 3 meses o más

En mi caso el inicio no fue demorado sino instantáneo. Primero manifesté enfado y cuando no huí ni ataqué empecé a vivir un conjunto de signos y síntomas que gracias a las publicaciones de Ibone Olza descubrí que tenían nombre y apellidos y que casi un cuarto de las mujeres dedicadas a la atención oficial al parto lo sufrían-

Una noche no pude presentarme a la guardia, conseguí llamar para decir que no me sentía bien y solo escuchar los latidos de los monitores tuve un fuerte aumento de la frecuencia cardiaca y sensación de ahogo. Esa noche supe que no podía más; mi compañera de cuarto, otra estudiante de residencia de primer año 25 años más joven y sin experiencia personal me animó a llamar para comunicar que no podía, a pesar del yoga diario.

## **CONCLUSIÓN**

No se debe exponer a un bebé, a una mujer parturienta, a una estudiante de comadrona y a la comadrona a la violencia obstétrica por el riesgo de experimentar estrés pos traumático (como mínimo). Es una cuestión de permitir que la vida fluya, y que las personas podamos vivir. Además en el currículum de matronería no se tienen en cuenta la necesidad real de ofrecer instrumentos de apoyo emocional a las cuidadoras, guardianas, del nacimiento y el parto.

Incrementar la consciencia de formadores y administradores de la salud sobre las diferentes dimensiones del parto y la necesidad de incorporar la evidencia científica a la teoría y a los centros de práctica puede ayudar a proteger y cuidar su salud de la Tierra, los bebés, las mamás, las familias, las comadronas y las estudiantes

Existe una escasa atención al estrés traumático en las matronas y residentes más el trauma secundario en matronas tiene alto coste económico, y en resultados de salud.

Gracias y buen día