

Rosa Pulido Valero
Marta Giménez Dasí

Psicología del parto



PSICOLOGÍA DEL PARTO

Colección:
Temas en Perinatalidad

Coordinadora:
IBONE OLZA FERNÁNDEZ



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

PSICOLOGÍA DEL PARTO

Rosa Pulido Valero
Marta Giménez Dasí



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Ilustración de portada: Lorena Marín García

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Rosa Pulido Valero
Marta Giménez Dasí

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-484-4
Depósito Legal: M-9254-2026

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

<i>Prólogo</i>	11
<i>Agradecimientos</i>	15
<i>Introducción</i>	17
1. <i>Psicología y parto, un binomio en construcción</i>	25
1.1. El tímido acercamiento de la psicología a la esfera del parto	25
1.2. Diferentes paradigmas de aproximación	27
1.2.1. <i>Parto como acto físico versus psicofisiológico</i>	27
1.2.2. <i>Parto como evento patológico versus natural</i>	30
1.2.3. <i>Parto como acontecimiento médico versus momento en la sexualidad de la mujer</i>	31
1.3. La complejidad de definir un parto.....	33
1.3.1. <i>De la idea de “expulsar” a la incorporación de la vivencia..</i>	33
1.3.2. <i>Diferentes tipos de parto</i>	34
1.3.3. <i>Cuando la norma ha dejado de ser lo “normal”</i>	37
1.4. Acompañamiento del parto a lo largo de la historia	40
1.4.1. <i>De mujeres acompañando a mujeres al cirujano-partero</i>	40
1.4.2. <i>De la transmisión matrilineal a la formación en las universidades</i>	42
1.4.3. <i>Del parto atendido en casa al contexto hospitalario</i>	44
1.5. La importancia de hablar de experiencia positiva de parto.....	46

2.	<i>El enfoque ecológico aplicado a la psicología del parto</i>	47
2.1.	La aportación del enfoque ecológico a la psicología del parto	47
2.2.	Microsistema: los contextos inmediatos	49
2.2.1.	<i>La madre como primer entorno de desarrollo</i>	51
2.2.2.	<i>Los acompañantes por elección de la mujer</i>	52
2.2.3.	<i>Los profesionales en el parto</i>	54
2.3.	Mesosistema: las relaciones entre microsistemas	55
2.3.1.	<i>Las relaciones entre la madre y el resto de las personas</i>	56
2.3.2.	<i>Ginecólogos, matronas y el resto de los profesionales: un equipo</i>	57
2.3.3.	<i>La colaboración entre los profesionales y los acompañantes por elección de la madre</i>	58
2.4.	Exosistema: los sistemas que influyen indirectamente	58
2.4.1.	<i>El contexto donde se lleva a cabo el parto</i>	59
2.4.2.	<i>La familia extensa</i>	60
2.4.3.	<i>Los medios de comunicación</i>	61
2.5.	Macrosistema: cultura y sociedad	62
2.5.1.	<i>Pautas culturales con relación al parto</i>	62
2.5.2.	<i>Normativa relacionada</i>	66
2.6.	Cronosistema: el eje temporal	67
2.7.	Cuidando los contextos se cuida la diada	68
3.	<i>Neurofisiología del parto</i>	71
3.1.	Cuando la diferencia parece estar más en la cabeza que en la pelvis de la mujer	71
3.2.	Las neurohormonas implicadas	73
3.2.1.	<i>La oxitocina: la hormona de la vida</i>	74
3.2.2.	<i>La endorfina: la analgesia endógena</i>	77
3.2.3.	<i>La catecolamina: el reflejo de eyección fetal</i>	79
3.3.	El proceso neurohormonal en las diferentes etapas del parto	79
3.3.1.	<i>El inicio del parto</i>	80
3.3.2.	<i>La dilatación y el expulsivo</i>	82
3.3.3.	<i>Las primeras horas tras el nacimiento</i>	88
3.4.	Entender la producción de neurohormonas como clave evolutiva ...	92
4.	<i>Aspectos psicológicos del parto</i>	95
4.1.	El baile entre la producción de neurohormonas y las variables psicológicas en la mujer de parto	95
4.2.	La sensación de autoeficacia en el parto	97

4.2.1. Componentes claves de la autoeficacia	97
4.2.2. La importancia de las expectativas previas	99
4.3. Emociones, pensamientos y conductas de la mujer de parto	101
4.3.1. ¿Qué sienten las mujeres de parto?	103
4.3.2. ¿En qué piensan las mujeres de parto?	107
4.3.3. ¿Qué hacen las mujeres de parto?	112
4.4. La importancia de fomentar la autoeficacia en las distintas fa- ses del parto	117
4.4.1. El inicio del parto	117
4.4.2. La dilatación y el nacimiento	119
4.4.3. Las primeras horas tras el nacimiento	120
4.5. Dejar hacer para no inhibir el proceso involuntario del parto	121
5. Intervención psicológica preventiva (I): apostando por la neurofisiología preparto	123
5.1. La salud psicológica en el centro incluso antes de la fecha pre- vista de parto	123
5.2. El abordaje desde la perspectiva de la mujer embarazada	125
5.2.1. Análisis de sus creencias respecto al parto	126
5.2.2. Exploración de psicopatología que pueda afectar al parto ..	131
5.3. El papel del resto de personas presentes en el parto	136
5.3.1. Los profesionales de la atención al parto	137
5.3.2. Acompañando a los acompañantes	142
5.3.3. La figura de la doula	148
5.3.4. Las relaciones que se establecen entre quienes estarán presentes	150
5.4. La necesidad de prevención a nivel psicológico desde el máxi- mo número de entornos posibles	153
6. Intervención psicológica preventiva (II): apostando por la neurofisiología intraparto.....	155
6.1. Priorizar el objetivo de cuidar emocionalmente el proceso de parto	155
6.2. Acciones positivas por parte de la mujer de parto	156
6.2.1. Enfocarse hacia la meta	158
6.2.2. Interpretando las señales del cuerpo	160
6.2.3. El manejo del dolor	163
6.3. El acompañamiento emocional por parte del entorno	169

6.3.1. <i>La importancia de la preparación y uso del espacio</i>	169
6.3.2. <i>Pautas para acompañar el manejo del dolor físico desde el punto de vista psicológico</i>	173
6.4. <i>¿Qué hacer cuando la madre ha sufrido una situación de trauma previo?</i>	178
6.4.1. <i>Acompañando a mujeres que han sufrido abuso sexual</i>	178
6.4.2. <i>Acompañando a mujeres con experiencias de parto traumático</i>	184
6.5. <i>El acompañamiento emocional como base de la experiencia positiva de parto</i>	186
7. <i>Intervención psicológica preventiva (III): apostando por la neurofisiología en el posparto inmediato</i>	189
7.1. <i>Los efectos de las neurohormonas incluso con el bebé fuera del cuerpo de su madre</i>	189
7.2. <i>El parto como evento psicológicamente significativo para la mujer</i>	190
7.2.1. <i>La formación del vínculo en los primeros momentos</i>	191
7.2.2. <i>La trascendencia de la experiencia de parto</i>	194
7.2.3. <i>Favoreciendo la creación de una narrativa de parto</i>	198
7.3. <i>El nacimiento como cóctel neurohormonal básico para la supervivencia del bebé</i>	203
7.3.1. <i>Las primeras horas después del parto como periodo crítico</i> ...	204
7.3.2. <i>El papel de la estimulación del bebé en el desarrollo de conductas de cuidado de la madre</i>	205
7.4. <i>El impacto de la experiencia de parto a corto, medio y largo plazo</i>	206
8. <i>Dificultades psicológicas intraparto</i>	209
8.1. <i>Cuando la psicobiología del parto se ve alterada</i>	209
8.2. <i>Variables internas de la mujer de parto que pueden afectar</i>	211
8.2.1. <i>La distocia emocional en el parto</i>	211
8.2.2. <i>Cuando los síntomas de una psicopatología afectan</i>	216
8.2.3. <i>La disociación en el parto</i>	222
8.2.4. <i>El parto de un bebé fallecido</i>	225
8.3. <i>Variables externas que influyen en el estado psicológico de la mujer</i>	227
8.3.1. <i>Consecuencias de la interacción con el personal</i>	228

8.3.2.	<i>Alteraciones derivadas de acudir al hospital para el parto ...</i>	229
8.3.3.	<i>Posibles repercusiones de las actuaciones médicas</i>	232
8.3.4.	<i>Partos que no llegan a término</i>	237
8.3.5.	<i>Alteraciones de la interacción madre-recién nacido</i>	239
8.3.6.	<i>El efecto acumulativo</i>	241
8.4.	La reducción del estrés materno siempre como prioridad	243
9.	<i>Acompañamiento psicológico después del parto</i>	245
9.1.	La vivencia del parto siempre deja huella	245
9.2.	Cuando la realidad supera las expectativas: ¿alguien más ha vivido algo así?	247
9.2.1.	<i>El shock ante la experiencia corporal</i>	247
9.2.2.	<i>La elaboración de la vivencia emocional</i>	249
9.3.	Cuando la realidad choca con las expectativas previas: el duelo de lo no vivido	249
9.3.1.	<i>Diversas situaciones que se alejan del parto esperado</i>	250
9.3.2.	<i>La sensación de extrañamiento materno</i>	255
9.3.3.	<i>La necesidad de acompañar la pérdida</i>	259
9.4.	Cuando la vivencia emocional generó un trauma: la importancia de gestionar las emociones intensas	262
9.4.1.	<i>Del concepto de “parto traumático” al de “trauma causado en el parto”</i>	262
9.4.2.	<i>Posibilidades de desarrollar TEPT y sus consecuencias</i>	264
9.4.3.	<i>El acompañamiento emocional a posteriori</i>	268
9.5.	La necesidad de elaborar el relato de parto sea como sea la experiencia	274
10.	<i>El cuidado psicológico de las profesionales del parto</i>	277
10.1.	La importancia del propio estado psicológico de cara al desempeño profesional	277
10.2.	Variables que influyen en la salud psíquica de las profesionales del parto	278
10.2.1.	<i>La relación profesional con la mujer de parto</i>	278
10.2.2.	<i>Aspectos organizacionales</i>	283
10.3.	Psicopatología laboral	290
10.3.1.	<i>El síndrome de burnout</i>	290
10.3.2.	<i>El estrés postraumático secundario</i>	292
10.4.	Herramientas para el cuidado de los profesionales	295

Psicología del parto

10.4.1. <i>La comunicación especial con la parturienta</i>	296
10.4.2. <i>La comunicación como método de introspección</i>	299
10.4.3. <i>Otras herramientas de conocimiento personal y cuidado</i>	306
10.5. Repensando el cuidado de las cuidadoras	307

<i>Bibliografía recomendada</i>	309
--	-----

2

El enfoque ecológico aplicado a la psicología del parto

La detección de una variedad tan amplia de factores que influyen en el desarrollo solo es posible si se emplea un modelo teórico que permita su observación.

La ecología del desarrollo humano,
Bronfenbrenner (1979: 24)

2.1. La aportación del enfoque ecológico a la psicología del parto

El enfoque ecológico, propuesto en 1979 por el psicólogo estadounidense de origen ruso Urie Bronfenbrenner, señaló cómo las influencias que afectan al desarrollo de una persona pueden provenir de muy diferentes niveles. Este planteamiento tuvo como objetivo superar las limitaciones que supone observar al individuo solo en situaciones extrañas, ajenas a su día a día. De hecho, incluso en aquellas ocasiones en las que se lo evalúa en sus lugares normales de desarrollo, aún se sigue prestando mucha más atención al sujeto que a los contextos que en él influyen (Rosa y Tudge, 2013). Por ello, aunque la propuesta del enfoque ecológico fue realizada hace más de cuatro décadas, hoy día continúa vigente, cuando todavía se pasan por alto los omnipresentes entornos en los que nos desarrollamos (Navarro y Tudge, 2022).

En sus inicios, este enfoque no se aplicó expresamente al ámbito perinatal (recordemos que esta disciplina es relativamente reciente, como se vio en el capítulo anterior), pero en la actualidad cada vez se señalan más sus aportaciones (Fernández y Olza, 2020; Olza *et al.*, 2021). En el presente texto nos sumaremos a aplicar esta teoría a lo que ocurre en un parto, lo que nos permite entenderlo con una mirada más amplia.

A continuación, se verá cómo los niveles de análisis propuestos están concebidos como diferentes capas o estructuras seriadas, de modo que cada una de ellas

está contenida en el resto. La necesidad de organizar las influencias de este modo se debe a que:

La capacidad de una diada para servir como contexto efectivo para el desarrollo humano depende de forma crucial de la presencia y participación de terceras personas, como los esposos, familiares, amigos y vecinos [...]. Si no hay terceros o si desempeñan un papel destructivo más que de apoyo, el proceso de desarrollo considerado como sistema se desintegra, como un taburete de tres patas, se cae con más facilidad si una pata es más corta que las demás (Bronfenbrenner, 1979: 25).

Así, una de las representaciones más utilizadas para entender este modelo es la de las muñecas *matrioskas* (cada una de ellas contenida dentro de las otras) o la de visualizar al individuo como si estuviera rodeado por anillos concéntricos. De este modo, en la primera muñeca o anillo estaría el nivel más interno, con los entornos que contienen directamente a la persona (*microsistemas*), encontrándose dentro del resto de muñecas o anillos (*meso-*, *exo-* y *macrosistema*, en este orden según se van alejando del individuo). Estos niveles más lejanos pueden ser tan determinantes como los que contienen directamente, a través de un *efecto cascada*, de modo que, al estar anidados, lo que ocurre en los más externos va calando en el resto. En 1988 Bronfenbrenner añadió un quinto nivel a los anteriores, que hace referencia a cómo estos sistemas, unos dentro de otros, también se ven afectados por la dimensión temporal o *cronosistema*. Este nuevo nivel añade el matiz de que los cuatro anteriores no están fijos, sino que evolucionan en el tiempo.

Combinando la propuesta del modelo ecológico con el conocimiento que actualmente se tiene del ámbito perinatal, se puede entender lo que ocurre en un parto en su totalidad, como quien ve el bosque más allá del árbol (Olza *et al.*, 2021). De este modo, su evolución y desenlace no dependen solo de la mujer de parto ni del bebé, sino de muchas otras variables que se irán desgranando a lo largo de las próximas páginas, y que pueden organizarse de manera operativa en las diferentes capas propuestas.

En el caso que nos incumbe (cuando el objeto de estudio es un individuo en el momento de su nacimiento), debemos hacer otra consideración, ya que obviamente no estamos ante un organismo independiente, como sí lo puede ser un niño que tiene locomoción, puede alimentarse de manera autónoma o usa el lenguaje para comunicarse. Es importante tener esto en cuenta porque no solo durante el embarazo la madre y el bebé son una unidad indisoluble, sino también aquí, donde sigue siendo clave no concebirlos separadamente. Solo tras haberse cortado el cordón umbilical en el posparto inmediato dejarán de estar unidos físicamente, pero incluso en ese momento lo ideal es que permanezcan juntos, ya que el bebé sigue dependiendo de su madre (de su temperatura para regular la propia, de

su cuerpo para alimentarse, de oír su voz para tranquilizarse). Además, toda la producción neurohormonal que se genera en ese momento (de la que se hablará extensamente en el siguiente capítulo) no finaliza con el nacimiento, sino que debe continuar aún más tiempo sin ser alterada, lo cual depende de la cercanía física entre ambos.

Por ello, en el presente manual nos referiremos a la madre como *microsistema*, pero sin olvidar, como se acaba de exponer, que su nivel es diferente: las madres deben ser consideradas como el primer *microsistema* de referencia. Los otros contextos, tanto los inmediatos que pueden afectar de manera directa (personas de elección que acompañen el parto o profesionales que intervengan) como los que lo hacen de manera indirecta (protocolos del centro hospitalario o familia extensa, por ejemplo), inevitablemente pasarán a través de ese primer filtro en el que se convierte la parturienta. Todo lo que le afecte a ella afectará al bebé, de modo que, para acompañar de la mejor manera el nacimiento, debemos asistir de la mejor manera a quien lo hace posible.

Por último, hay que señalar que, en la propuesta del modelo ecológico, el individuo no es considerado como un ser pasivo, que simplemente recibe el impacto de los entornos que lo contienen, sino que él también tendrá una influencia en dichos contextos (Bronfrenbrenner, 1979). Existe un *principio de reciprocidad*, de modo que el comportamiento de un individuo modula, a la vez que es modulado. Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, en el caso del parto dicha influencia no es directa, sino que ocurre siempre a través de la madre. Como veremos en los próximos capítulos, el bebé puede interaccionar produciendo las hormonas que generan el comienzo del parto o emitiendo las señales necesarias para que se inicie la lactancia, por poner dos ejemplos. Así, vemos que se dan maneras de afectar el mundo exterior, que establece a través de ese primer sistema que lo contiene. Desde ahí hacia fuera, el resto de las muñecas *matrioskas* influyen también, a la vez que pueden contener y dar sostén. A continuación se verá cada uno de estos niveles de manera más detallada.

2.2. Microsistema: los contextos inmediatos

El *microsistema*, siguiendo la definición de Bronfrenbrenner (1979), es el nivel que engloba los entornos próximos que contienen al individuo, donde establece un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales de manera directa. En el caso de niñas y niños pequeños, dichos contextos inmediatos serían su familia nuclear (madre, padre u otras personas con las que conviva) y el profesorado y alumnado de la clase en el momento de estar escolarizado. Por su parte, cuando el objetivo de estudio es una persona adulta, el ejemplo típico serían las personas que se encuentran en su lugar de trabajo (compañeros y compañeras, etc.).

En el caso del parto, como se ha expuesto previamente, no podemos entender al bebé de manera aislada por un lado y a su madre por otro, sino que debemos concebirllos como una unidad. De este modo, la madre es el *microsistema* principal del bebé, y el único durante la mayor parte del transcurso del parto. Solo cuando haya nacido, los otros *microsistemas* (los profesionales sanitarios y los acompañantes) podrán interactuar directamente con él, incluso sin presencia de la madre en los casos de emergencia médica, donde se priorice una separación.

Paralelamente, debido al momento de elevada vulnerabilidad que supone el parto para la mujer, quien elija que la acompañe tendrá un papel muy relevante para gestionar lo que le ocurra a nivel psicológico. Es como si los *microsistemas* que rodean al bebé pudieran dividirse en tres capas en función de su importancia (como se recoge en la figura 2.1):

- El *nivel 1* sería la madre, que contiene al bebé en su interior la mayor parte del tiempo, y que debería continuar unida a él cuando se haya completado el nacimiento, siempre que sea posible.
- El *nivel 2* serían los acompañantes elegidos por la madre, ya que son quienes le pueden proporcionar seguridad y protección, al conocerla más directamente. En este sentido, también se podría decir que contienen a la mujer de parto.
- El *nivel 3* serían el resto de las personas presentes en el parto, es decir, los profesionales sanitarios. Estos deberían ser quienes cuiden de los otros grupos: acompañantes y madre.



Figura 2.1. Representación de los posibles niveles del *microsistema* del bebé.

Por todo ello, a continuación, se comenzará por analizar más en detalle el papel tan central que tiene la mujer de parto, para continuar analizando el papel de los acompañantes (siguiente nivel de importancia, en función de las variables psicológicas), para finalmente analizar el rol de los profesionales (quienes también pueden tener un gran impacto en el estado psicológico de los allí presentes, y por lo tanto del bebé, aunque desde un nivel más alejado).

2.2.1. La madre como primer entorno de desarrollo

La parturienta se puede ver afectada por muy diversas variables, como se irá analizando a lo largo del presente manual, que tienen que ver tanto con ella misma y las interacciones con las personas presentes en el momento del parto como con influencias externas que, de alguna manera, le pueden llegar. Respecto a las personas que estén allí presentes, estas suelen ser las que ella misma ha elegido, junto con los profesionales sanitarios, pero sin olvidar que también puede ser cualquiera con quien se vea obligada a interactuar: desde un celador (que le habla mientras está ajustando la camilla), pasando por la persona de admisión del hospital (que le pide los datos al llegar), hasta su propia madre (si la pareja la pone al teléfono para que hablen).

Respecto a este último ejemplo (cuando la interacción llega por parte de alguien que no está físicamente presente), hay que señalar que, en la teoría propuesta, inicialmente se planteaba que las relaciones en el *microsistema* debían darse cara a cara (Bronfenbrenner, 1979). Autores posteriores, como Navarro y Tudge (2022), hablan de la necesidad de incorporar a todo aquel que interactúe con el individuo, aunque sea de manera virtual. El presente manual se centrará en las personas que tienen mayor probabilidad de afectar, los acompañantes elegidos y los profesionales sanitarios, que sí proporcionan ese contacto directo cara a cara.

Dado que en el capítulo 4 se analizarán en detalle las diversas variables que pueden afectar al estado psicológico de la mujer de parto, en este epígrafe solo se mencionan algunas de ellas, a modo de ejemplo. En este sentido, se ha observado que deben tenerse en cuenta aspectos como:

- *La necesidad de intimidad*: el poder estar sola o acompañada de la persona elegida, no sentirse observada, que nadie entre y salga sin previo aviso de la habitación, entre otros aspectos.
- *La necesidad de que no se active su neocórtex*: que no le hagan preguntas que la obliguen a tener que pensar, que la iluminación de la habitación sea tenue, que haya silencio, etc.
- *La necesidad de poder moverse y expresarse sin cohibición*: poder ducharse, moverse con libertad, expresarse con la voz, por ejemplo.

Como se acaba de mencionar, estas variables y otras más serán presentadas en el capítulo 4, mientras que en el capítulo 3 se analizará cuál es la relación entre estas y el proceso cerebral que está en juego. Como avance de todo ello, hay que señalar que dicho proceso tiene que ver con la necesidad de activar el sistema límbico, encargado de producir las neurohormonas necesarias para que el parto avance y concluya de manera fisiológica, así como para encontrarse en el estado óptimo a la hora de ese primer contacto entre la madre y el recién nacido.

2.2.2. Los acompañantes por elección de la mujer

Como se planteó previamente, en el momento del parto nos encontramos con un matiz que es necesario tener en cuenta, ya que no se produce en ningún otro momento evolutivo: la vulnerabilidad de la madre que contiene al bebé. En este sentido, si la parturienta debe ser considerada como un nivel diferente (por la relación estrecha y única con el bebé), como ya se ha mencionado, también se deben entender a los acompañantes por elección suya como otro contexto especial, por el impacto emocional que tiene su apoyo. De este modo, la mujer protege a su bebé del impacto del exterior (madre como filtro para el recién nacido), y es protegida a su vez por quienes ella elija (acompañantes como filtro para ella). Las personas de elección en principio serán con quienes tenga un vínculo y la conozcan como para ir viendo qué necesita (son quienes saben si a la mujer de parto le sienta mejor que le hablen de una manera o de otra, o que le den la información con más o menos detalles, por poner solo un par de ejemplos). De esta manera, estarán realizando una función especializada de protección de la diada.

Respecto a quienes pueden ocupar ese lugar de acompañantes, aquí pueden entrar una gran diversidad de personas, ya que, desde que se abrió el paritorio a otras figuras, es la propia mujer de parto la que, en principio, puede decidir con quién quiere estar. Hay que señalar que dicha posibilidad apareció como recomendación por primera vez por parte de la OMS (2014, *Recommendations for Augmentation of Labour*), aunque esta misma organización varios años después señaló que un tercio de los países africanos, y tres cuartos de los del Mediterráneo oriental, no tienen políticas nacionales o guías que recomienden dicho acompañamiento (2020, *Companion of Choice During Labour and Childbirth for Improved Quality of Care*). Bohren *et al.* (2017, 2019 y 2023) plantean que incluso se podría concluir que, desde el contexto hospitalario, se desatiende esta necesidad.

Volviendo a quién ocupa dicho rol, puede ser desde la propia madre de la parturienta hasta una amiga o una hermana, aunque esto no sea lo más frecuente. Principalmente, la pareja suele ser la primera opción y, de unos años para acá, la figura de la doula está adquiriendo mayor presencia.

Sobre la pareja, como *microsistema* que puede influir en la diada, es importante tener información de cómo se ve de cara a abordar el acompañamiento del parto y qué necesita saber o entrenar para poder hacerlo en condiciones óptimas. Este puede resultar un sostén importante o, al contrario, convertirse en un obstáculo, en función de su propio estado psicológico. En este sentido, se debe analizar si realmente es un factor de prevención (ayudando a favorecer las mejores condiciones psicológicas posibles de la madre) o de riesgo (dificultándolo), y es necesario abordarlo lo antes posible o ver qué hacer con ello, si el parto ya está sucediendo (aspectos que se ampliarán en los capítulos 5 y 6, respectivamente). Su papel puede que sea secundario, en comparación al de la mujer de parto, pero por supuesto puede tener un gran impacto.

Respecto a la figura de la doula, aunque este término ha tardado bastante en ser recogido por el DRAE (con bastante controversia al respecto, además), y a falta de tener un reconocimiento legal, la realidad es que está en auge el contratar sus servicios para el acompañamiento del parto (Berghella *et al.*, 2008; Hodnett *et al.*, 2007). Según Ruiz-Berdún (2022), se han convertido en las sustitutas de esas mujeres del círculo de confianza de la madre que han existido a lo largo de la historia (como se vio en el capítulo anterior) o en el equivalente a las ayudantes de las matronas (que también han existido mientras que estas profesionales siguieron acompañando el parto en los domicilios particulares).

Las primeras referencias a esta figura aparecen a partir del siglo xx, popularizándose gracias al libro *Mothering the Mother: How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier and Healthier Birth* (“Maternando a la madre: Cómo una doula puede ayudarte a tener un parto más breve, sencillo y sano”), de Klaus, Kennell y Klaus (Ruiz-Berdún, 2022). Estos autores (neonatólogo, pediatra y psicoterapeuta, respectivamente) definen el papel de la doula como alguien con experiencia en partos que proporciona apoyo emocional y físico, y da información antes, durante el parto o en el posparto. En los estudios realizados, evaluando alrededor de mil quinientas mujeres en diferentes países, encontraron (Klaus, Kennell y Klaus, 1993):

- Una reducción significativa del tiempo que dura el parto.
- Un menor número de cesáreas (con una reducción del 50 %).
- Una reducción de la necesidad de medicación para el dolor.
- Una mayor confianza y sensación de poder soportar el parto.
- Una mayor implicación con el recién nacido justo inmediatamente después del nacimiento, menor depresión posparto y mayor probabilidad de éxito en la lactancia.

En 2015, el Consejo General de Enfermería en España publicó el “Informe sobre competencias de matronas y tareas que realizan las doulas”, también conocido como “Informe doulas”, que señala la posibilidad de esta figura de caer en el

intrusismo. Actualmente, dicho informe no está disponible (ha sido retirado de la página oficial del Consejo General de Enfermería), pero sí ha quedado la respuesta de diversos colectivos, como El Parto es Nuestro o DonaLlum. Estos han criticado aspectos como la metodología utilizada (ya que se basó, principalmente, en una revisión de contenidos de internet, pero sin realizar entrevistas a doulas o a mujeres que hubieran contratado sus servicios) o que se minimiza el papel de la mujer para tomar sus propias decisiones (como quién quiere que la acompañe). Concluye que no se puede decir que sea la doula quien priva al padre de su derecho de asistir al parto, si es el protocolo del hospital el que restringe el número de acompañantes a uno solo (El Parto es Nuestro y DonaLlum, 2015).

En cualquier caso, como recoge Ruiz-Berdún (2022), junto con el hecho de que se debe respetar que la mujer sea la que decida por quién quiere ser acompañada en uno de los momentos más importantes de su vida, quizá la realidad de que esta figura haya proliferado en los últimos años tenga que ver con que las funciones de acompañamiento emocional no estén dándose adecuadamente por parte de los familiares o profesionales sanitarios. Este es un aspecto muy relevante sobre el que reflexionar, a la luz de lo que se irá viendo en los siguientes capítulos acerca de la importancia de las variables psicológicas de la parturienta.

2.2.3. Los profesionales en el parto

Los profesionales presentes en el momento del parto son el siguiente grupo de personas con un impacto relevante en lo que pueda ocurrir, teniendo en cuenta las variables psicológicas. Las interacciones que establezcan podrán ser directamente sobre el recién nacido, en caso de separación de la madre, o a través del filtro de esta o de los acompañantes. En cualquiera de las opciones mencionadas, siempre podrán sucederse repercusiones en la vivencia de la parturienta y, por lo tanto, del bebé, que deben ser tenidas en cuenta.

Dentro de este *microsistema* se puede incluir una gran variedad de profesionales, desde matronas hasta ginecólogos, pediatras neonatales, estudiantes en prácticas, etc. En este sentido, todas las personas allí presentes deberían tener conocimientos sobre psicología del parto. Como plantean Olza y colaboradoras (2021), urge formar en habilidades de entrevista, de observación y de escucha que permitan acompañar también en lo emocional, así como la realización de trabajo personal, ya que el autoconocimiento favorece la mejora en los vínculos y dinámicas que se establecen en los equipos de trabajo. Por otro lado, la formación en esta área suele estar centrada de manera exclusiva en aquello que tiene que ver con la atención física, y se olvidan estos otros aspectos.

Todo lo mencionado anteriormente no se desarrollará en este apartado, ya que se verá en detalle en próximos capítulos, tanto el cómo abordarlo de manera

preventiva (capítulo 5) como aspectos para tener en cuenta a la hora de cuidar el estado psicológico de los profesionales, así como qué puede ocurrir cuando esto no sucede (capítulo 10).

2.3. Mesosistema: las relaciones entre microsistemas

Siguiendo a Bronfenbrenner (1979), el *mesosistema* se define como:

El conjunto de relaciones entre dos o más entornos, en los que la persona en desarrollo participa de una manera activa [...] [Teniendo en cuenta que] muchas de las hipótesis que se deriven serán análogas a los prototipos que ya formulamos para el microsistema. La diferencia reside en la naturaleza de las interconexiones (*ibid.*, 233).

Es decir, el *mesosistema* centraría su foco en las relaciones que se establecen entre dos o más de los entornos inmediatos de la persona en desarrollo, siendo una especie de sistema de *microsistemas*. Estas interconexiones que pueden darse en este nivel pueden consistir en (Bronfenbrenner, 1979):

- La *participación en entornos múltiples*: el individuo en desarrollo está interactuando con diferentes *microsistemas* a la vez (por ejemplo, si una niña lleva a jugar a su casa a un compañero de clase).
- La *vinculación indirecta*: cuando hay un tercero que funciona como vínculo intermediario entre las personas de los dos entornos inmediatos (una especie de red de segundo orden entre los entornos).
- La *comunicación entre entornos*: mensajes que se transmiten de un entorno a otro con la intención de proporcionar información específica (por ejemplo, la reunión de una madre con la profesora para ver qué tal va su hija).
- El *conocimiento entre entornos*: información o experiencia que existe en un entorno con respecto al otro, ya sea por comunicación directa o por fuentes externas (como la obtenida a través de la lectura de un libro donde se habla sobre ese *microsistema* en concreto).

El ejemplo típico, cuando hablamos de un niño o niña en edad escolar, serían las relaciones que se establecen entre sus padres y el profesorado del centro educativo, ya que estos son sus dos *microsistemas* más relevantes. En este sentido, es importante analizar si dichas relaciones suponen un intercambio de información fluido o todo lo contrario, así como conocer las creencias previas que tiene un sistema del otro (por ejemplo, qué han oído decir antes sobre ese colegio), por citar algún ejemplo.

En el caso de la atención al parto, en este nivel estarían las relaciones que se establecen entre todas las personas mencionadas anteriormente, que forman parte del *microsistema*: las interconexiones entre los diferentes profesionales que se encuentran ahí trabajando, entre los profesionales y los acompañantes, entre los propios acompañantes, junto con las relaciones entre la madre y cada uno de los mencionados. Estas interacciones, incluso aunque no ocurran en presencia de la parturienta, también pueden afectarla, como se verá a continuación. Siguiendo el planteamiento de Fernández y Olza (2020), en relación con los roles de las personas que acompañan a una embarazada (totalmente extrapolables para el momento del parto), debería cuidarse que:

Los objetivos de las dos partes deben ser compatibles y no contrarios, basándose en una relación de confianza mutua para que cada encuentro sea vivido de forma beneficiosa (Fernández y Olza, 2020: 29).

A continuación, se analizan las relaciones que se pueden estar poniendo en marcha, así como sus posibles consecuencias.

2.3.1. Las relaciones entre la madre y el resto de las personas

Cuando hablamos del *microsistema* materno, mencionamos la importancia de cómo el estado emocional de la parturienta depende en gran medida del apoyo que reciba del entorno inmediato, es decir, de los acompañantes y los profesionales. Respecto a la relación establecida entre ella y su pareja, es preciso ahondar en:

[Su] historia de pareja y lo que la define, explorar posibles episodios de violencia vividos en presente o en pasado, dentro o fuera de la actual relación afectiva, teniendo presente que el embarazo incrementa el riesgo de sufrir violencia de género. Debemos explorar las dinámicas familiares, la historia de apego de cada progenitor en sus propias familias de origen y los estresores que puedan sumarse a la crisis evolutiva del nacimiento de cada hijo (Olza *et al.*, 2021: 28).

De este modo, antes del parto, es necesario obtener información sobre cuál es la relación entre ellos, de modo que esto no se convierta en un factor sorpresa en el momento cumbre. Como se ha visto, la pareja debe ser un sostén protector, pero es necesario asegurarse de ello. Este aspecto se desarrollará en el capítulo 5.

Incluso en el caso en el que la mujer de parto y su pareja tengan una relación adecuada, debe recordarse lo peculiar que es este momento y entender que se pueden activar aspectos muy diversos. Como se verá en el capítulo 4, la prioridad

debe estar siempre en identificar qué necesita la parturienta, aunque puedan darse situaciones en las que sea lo contrario a lo que desea la pareja. Como plantea Odent (2011), puede ocurrir que ella prefiera estar sola, bromeando incluso con que él en ocasiones ha sentido que su función como obstetra era la de entretener a un padre nervioso, para que no interfiriera en el proceso. Sin tener que llegar a ese extremo, sí que es necesario identificar cómo está afectando su presencia a la madre, así como qué puede aportar para ser realmente un factor de protección. Este aspecto se analizará en detalle en el capítulo 6.

Respecto a la relación de la mujer de parto con los profesionales que la asisten, probablemente de esto sea de lo que más ejemplos pueden encontrarse en el presente manual. En los últimos años, se ha insistido mucho en cómo el trato médico puede afectar el desarrollo del parto, por lo que es lo más estudiado en este nivel. Por señalar alguna situación, antes de entrar en el tema con mayor profundidad en los siguientes capítulos, puede darse una relación por *conocimiento entre entornos*. Es cuando una mujer ha estudiado las estadísticas de las intervenciones médicas del hospital al que quiere acudir, y se ha generado una imagen respecto a ese contexto, como si el número de cesáreas supera el de las recomendaciones oficiales, por ejemplo. Así, en este sentido, toda la información previa que la embarazada tenga, respecto a dónde ha decidido dar a luz, afectará a su relación con las personas que allí trabajan: si ha oído hablar bien de dicho recurso, podrá mostrar confianza hacia ellos; y, al contrario, si ha escuchado comentarios negativos, esto igualmente la afectará. Esta sería una posibilidad de las muchas que pueden darse y que deben ser tenidas en cuenta, por el impacto que pueden tener.

2.3.2. Ginecólogos, matronas y el resto de los profesionales: un equipo

Fernández y Olza (2020) plantean que:

La labor del personal sanitario no puede ser solitaria, como mínimo está la paciente a la que se acompaña y se asiste, pero en paralelo están las demás profesionales que se precisan para la labor clínica (*ibid.*, 39).

Como reflejan estas palabras, es importante también poner el foco en la relación entre las profesionales, ya que estas no trabajan de manera aislada. En este sentido, las propuestas de intervención que se llevan a cabo han demostrado una mejor adherencia terapéutica, así como mayor efectividad de los tratamientos (Fernández y Olza, 2020).

Por ello, la evolución de un parto también dependerá de la relación entre las personas que lo atienden: desde cómo se comunican entre ellas (¿hay un intercambio fluido de información?, ¿existe una relación de confianza en el trabajo de la otra persona?) hasta qué creencias previas existen (¿se considera más importante

el trabajo de unos que de otros?, ¿se da algún tipo de antagonismo?). Todas estas variables afectarán al *clima emocional* que se esté viviendo, e influyen, por lo tanto, en el de la madre e, indirectamente, en el bebé que está por nacer o acaba de hacerlo (de esto también se hablará en el capítulo 10).

2.3.3. La colaboración entre los profesionales y los acompañantes por elección de la madre

Al igual que las relaciones entre los diferentes profesionales pueden afectar a la evolución del parto, también puede ocurrir con las que se establecen entre estos y las personas elegidas para acompañar a la mujer. Como se ha mencionado previamente, esto puede tener un impacto directo sobre ella, aunque no haya sido en su presencia. Un ejemplo de situación en este nivel podría ser cuando un ginecólogo mantiene una conversación con la pareja, fuera de la sala de partos, y aunque la madre no lo haya presenciado, la comunicación no verbal de ambos le transmite que ha sido una situación tensa. Esta información sobre las relaciones establecidas puede estar más relacionada con esa comunicación no verbal que con lo que se dice explícitamente. Siguiendo con el ejemplo planteado, en el caso de que la pareja de la madre y el ginecólogo hubieran discutido, el enfado de ambos podría estar afectándola con sus gestos, aunque no volvieran a intercambiar ni una palabra en presencia de ella.

Este nivel, teniendo en cuenta el impacto de las relaciones que se establezcan, ha sido muy poco estudiado hasta el momento. Por ello es tan necesario poner este foco en la interacción entre las personas presentes, ya que puede tener mucho impacto en la evolución del proceso (igualmente se hablará de ello en el capítulo 10).

Por último, hay que mencionar que, al igual que se vio en el caso de las relaciones entre la mujer de parto y los profesionales, aquí también pueden analizarse diversos tipos de influencia. Un ejemplo de *conocimiento entre entornos* sería cuando la pareja ha leído libros, consultado foros, etc., sobre el contexto al que van a acudir; seguramente, se ha visto influido por ello, y se ha establecido así ya algún tipo de relación entre *microsistemas*. Es importante que se tenga en cuenta también cómo puede afectar esta variable; es decir, si la imagen previa que se ha generado es positiva o no.

2.4. Exosistema: los sistemas que influyen indirectamente

Siguiendo a Bronfenbrenner (1979), el nivel del *exosistema* hace referencia a:

Uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan, o se ven afectados, por lo que ocurre en ese entorno (*ibid.*, 261).