

La función del dolor en el parto





Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía.

La función del dolor en el parto.

Estudiante: Florencia Ibaldi Suhr

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Montevideo, Julio 2017.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 1 |
| Capítulo I. Aspectos históricos y concepciones del dolor | 3 |
| 1.1 Aspectos filosóficos y antropológicos del dolor | 3 |
| 1.2 Definiciones y clasificaciones del dolor | 5 |
| 1.3 Psicología del dolor y el sufrimiento | 8 |
| Capítulo II: ¿El parto duele o se sufre? Entendiendo la fisiología del parto | 10 |
| 2.1 ¿Cronicidad simbólica sobre el dolor en el parto? Algunos aspectos místicos y religiosos en relación a las Mujeres | 10 |
| 2.2 - Factores que contribuyen al dolor en el parto a nivel fisiológico..... | 14 |
| 2.3 - Parto orgásmico, una forma distinta de parir..... | 18 |
| Capítulo III: Conocer el miedo para controlar el dolor | 22 |
| 3.1. Aspectos obstaculizadores | 22 |
| 3.1.1 El miedo | 22 |
| 3.1.2 La Tocofofia..... | 23 |
| 3.1.3 Prácticas rutinarias e invasivas..... | 24 |
| 3.2 Aspectos facilitadores | 27 |
| 3.2.1 Sobre la información: Clases de parto. | 27 |
| 3.2.2 Psicoprofilaxis obstétrica. | 28 |
| 3.2.3 Acompañamiento institucional | 30 |
| 3.2.4 Acompañamiento emocional. ¿La pareja o las Doulas? | 32 |
| Reflexiones finales: | 35 |
| Referencias Bibliográficas | 37 |

Introducción

La presente monografía tiene como fin desarrollar y explorar la noción del dolor, especialmente en situación de parto; la misma fue realizada en el marco de la obtención para el título de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

Uno de los aspectos que motivaron la elección del tema, fue mi participación en el proyecto “Cesárea y profesionales de la salud”; asignatura que transcurrió durante el año 2016. En ésta tuve la posibilidad de realizar entrevistas a parteras y hacer un recorrido histórico y bibliográfico sobre el proceso en sí mismo de la cesárea.

La preocupación que denotan algunas investigaciones sobre el considerable aumento del índice de cesárea, en todas partes del mundo, conduce a pensar sobre los distintos agentes que se ven involucrados en el proceso de embarazo, sobre todo en los tres momentos finales, en los cuales se centra el interés de la monografía: trabajo de parto, parto/cesárea y puerperio.

El otro aspecto que motiva es de índole personal y está dado en mi experiencia de ser mujer, ello ha generado variadas preguntas ante la posibilidad de ser madre en un futuro. Hasta el momento, mi visión al respecto estaba condicionado por un imaginario que tiene como protagonistas al dolor y al sufrimiento, contradiciéndose con una percepción de un acto mágico y maravilloso.

La sensación de dolor parece ser el protagonista a evitar y ello es lo que se ha venido buscando con las nuevas tecnologías y analgesias.

Actualmente mi perspectiva personal ha cambiado de forma significativa. Analizar el aspecto del dolor desde la psicología me resulta interesante y productivo para reflexionar acerca del mismo durante el parto. Es importante enfatizar en aspectos vivenciales en un momento de vulnerabilidad para la parturienta pero también para sus acompañantes, sean familiares o amigos, porque los miedos y ansiedades de todos los involucrados cumplen un papel importante en el proceso de parir.

La relevancia disciplinar está dada en el abordaje del dolor psíquico, al encontrarse en estrecha relación con el rol del psicólogo, o por lo pronto, con su capacidad para pensar y distinguir entre lo biológico y lo psíquico, sin desconocer la importancia de ambos aspectos. El estudio del dolor desde la biología o la medicina, nos invita a pensar sobre aspectos que dejan algunas grietas y abre la mirada para que otras disciplinas puedan cuestionarse sobre un tema que no se acaba con una especialidad. Cuestiones que dejan entrever que el dolor

no es una mera sensación de alerta y que hace falta algo más para poder trabajarlo, en este caso, detenerse a considerar la historia personal de cada mujer tanto como los aspectos culturales que hacen al entramado del ser humano.

En este sentido y para una mejor aproximación al tema, hemos estructurado la monografía en tres capítulos. En el primero se desarrollan las concepciones y aspectos vinculados al dolor, se expone la fisiología del mismo, su clasificación y las diferentes perspectivas que trabajan el dolor en la experiencia humana (filosófica, médica, orgánica y psicológica). Se visualizan las clasificaciones para dar cauce a una mirada integral, poniendo énfasis en el dolor psíquico y diferenciándolo del sufrimiento.

En el segundo capítulo se da cuenta del dolor en tanto función y se vincula con la experiencia del parto. En dicha instancia se expone la fisiología del parto, las actuales condiciones dadas para llevar a cabo el trabajo de parto, el parto en sí mismo y el puerperio.

Lo elaborado se sustenta en información aportada por profesionales médicos obstetras, parteras, psicólogas que trabajan en dicha temática y en investigaciones realizadas por distintos autores, que dan cuenta de un aspecto crucial del momento del parto en relación al miedo y las tensiones que provocan un aumento de la sensación dolorosa y algunas veces hasta ocasionar sufrimiento.

En el tercer y último capítulo se hace referencia a los aspectos que obstaculizan el buen desarrollo de un trabajo de parto y parto. Al mismo tiempo se destacan algunos de los aspectos considerados facilitadores, es decir prácticas que colaboran a reducir la tensión, el miedo y el dolor en dicho momento.

Para finalizar, se elabora un apartado de reflexiones finales en el que se articula lo propuesto a lo largo del trabajo con los posibles aportes desde la psicología.

Capítulo I. Aspectos históricos y concepciones del dolor

*Si nuestra existencia no tiene por fin inmediato el dolor, puede afirmarse que no tiene ninguna razón de ser en el mundo.
Arthur Schopenhauer*

1.1 Aspectos filosóficos y antropológicos del dolor

¿Quién no ha pasado alguna vez por una experiencia dolorosa? ¿Quién no ha escuchado alguna vez sobre el dolor? ¿Quién no se ha preguntado sobre su capacidad de soportarlo? Dolor físico, dolor psíquico, dolor agudo, dolor crónico, cualquiera sea su forma de expresión, si hay algo que la humanidad tiene en común, es que en algún momento cada persona vivenciará alguna situación dolorosa; más allá de que se desarrolle una menor o mayor tolerancia al mismo, no estamos exentos a sentirlo. En cada experiencia se encuentran distintas formas de experimentarlo (enfermedades, síntomas físicos o psíquicos), en la que es traumática no podrá borrarse tan fácil del cuerpo, o para quienes creen que exista, del alma.

El dolor tiene un componente social histórico innegable puesto que no en todos los tiempos duele lo mismo. Con el surgimiento de las tecnologías, que colaboran al desarrollo y estudio de analgesias y/o fármacos proveyendo alivio o cura de distintas enfermedades, hemos cambiado también nuestra percepción social sobre lo que duele o no. Muchas veces el problema se encuentra en no utilizar esos avances a nuestro favor, en pro de la salud tanto física como psíquica, decidiendo transitar por la experiencia dolorosa en su magnitud sin “intermediarios”, lo cual termina siendo, en última instancia, una decisión individual: ¿Qué estoy dispuesto a sufrir? ¿Conozco el propio límite?

Durante el siglo XX surgió en Francia una corriente llamada “dolorismo”, que tuvo por fin el rescate de la sabiduría del dolor. Paula Arizmendi Mar (2015) doctora en filosofía, logra un recorrido sobre una pedagogía del dolor que profundiza lo relevante sobre dicha vivencia. Tal corriente considera al dolor

como un medio de autodescubrimiento, como un camino para entender las verdades más fundamentales en relación con uno mismo. La experiencia dolorosa es, así, la posibilidad de purificación y liberación del individuo de las ataduras terrestres, así como el método para acrecentar la compasión hacia los demás y la lucidez hacia uno mismo (...) Ni la alegría, ni la reflexión, ni el placer: el dolor es aquello que nos llevará a la más honda pureza de nuestra humanidad, aquello que nos muestre más primordialmente la condición humana. Al ser el dolor una sensación tan sobrecogedora, de la cual no

podemos escapar (como sí lo hacemos con otras percepciones o emociones), él será entonces nuestra única posibilidad de llegar al fundamento del ser, a la casa en la que habita la realidad última de nuestro mundo y de nosotros mismos (Arizmendi, 2015:155).

La autora resume en su cita una mirada sobre el dolor que da cuenta de la profundidad y esencialidad del mismo. Al parecer no existe otro sentimiento tan profundo como el dolor, nos acerca al reconocimiento sobre aspectos que pertenecen a uno mismo y a un otro, incluso, llega a considerar el axioma cartesiano de Descartes, "*pienso luego existo*" para transformarlo en "*siento dolor, luego existo*".

El filósofo austriaco Iván Illich (1926-2002) destacado por la autora (Arizmendi, 2015) sostiene que existe una pérdida sobre la sabiduría del dolor en los tiempos modernos, entiende que se ha perdido una identificación del sujeto con su dolor, su enfermedad y su muerte. De alguna forma son aspectos donde la ciencia no tiene lugar, en el sentido de que la razón en sí misma no alcanza para comprenderlo sino se vincula con las emociones; por lo tanto

ya no existe una sabiduría en nuestra noción del dolor, o si acaso es un mero remanente que no encuentra sentido más allá de la medicina. (...) Los dolores desde la perspectiva técnica, se observan ahora de forma objetiva y transparente: solo son estímulos nerviosos frente a los cuales el cerebro reacciona creando una reacción que desagrada y oprime. Ese es a juicio de Illich, el dolor medicalizado, el que suprime toda enseñanza posible de análisis social y cultural del enfermo (Arizmendi, 2015:157).

En tal sentido se desprende en la cita una postura relevante para el objetivo del trabajo, al reflexionar que el dolor efectivamente tiene una función: la identitaria para el sujeto.

Luego de una mirada filosófica, nos serviremos de una interpretación antropológica del dolor, sin perder de vista aspectos subjetivos que impactan en la percepción de la dolencia en la historia de las personas. Es necesario contextualizar históricamente las distintas concepciones porque lo socio-cultural influye en la producción de subjetividades. Haciendo referencia a la obra de David Le Breton (1999) un antropólogo francés que desarrolla las distintas concepciones y miradas sobre el dolor a lo largo de la historia, se entiende que desde Aristóteles hasta Descartes, la primer mirada sobre el dolor fue considerada como una emoción mecánica neuronal, producto de un conjunto de fibras nerviosas, que llevan determinada información al cerebro, éste a su vez, procesa los estímulos para dar lugar a la sensación de malestar. Para dicho autor, el dolor adquiere otra mirada a partir de los estudios de histeria de Freud y Breuer, dejando entrever que existen otros factores producidos en la historia del individuo que configuran cada dolor en particular. Los mismos tienen relación con el descubrimiento del inconsciente que da lugar a una dimensión afectiva y emocional del dolor (Le Breton, 1999).

Siguiendo los desarrollos del autor, podemos aseverar que no en todos los tiempos duele lo mismo o de la misma manera.

Para Le Breton (1999) es necesario

abordar el dolor desde un punto de vista antropológico, así como analizar la relación del hombre con su dolor, mientras nos preguntamos de qué modo la trama social y cultural que lo impregna influye en las conductas y los valores. Pero sin olvidar por ello que si el hombre es una consecuencia de estas condiciones sociales y culturales, también es el infatigable creador de significados con los cuales vive. Ninguna fórmula definitiva podría abarcar la relación íntima del hombre con su dolor, puesto que de hecho todo dolor remite a un sufrimiento, y por tanto, a un significado y a una intensidad propia del individuo en su singularidad (Le Breton 1999: 21).

El significado que cada persona le da al dolor no depende únicamente del imaginario social sino de los componentes dinámicos de la personalidad que son únicos y por ellos singulares, ello es el resultado de la relación de elementos conscientes e inconscientes de cada experiencia dolorosa.

1.2 Definiciones y clasificaciones del dolor

Desde hace mucho tiempo, distintas disciplinas y autores han reflexionado acerca del dolor: filósofos de la antigüedad y contemporáneos, la medicina, la psicología, entre otras; develan que las dolencias tienen ciertas características y se diferencia de lo que conocemos como sufrimiento. Para reflexionar acerca del dolor, entendemos que es necesario primero señalar sus clasificaciones y definiciones.

Desde la Real Academia Española (DRAE)¹ se conceptualiza al dolor como: “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”. Una definición sencilla, que nos remite a pensar sobre cuáles pueden ser esas causas internas o externas y preguntarnos además, si la acepción “una parte del cuerpo” responde al estado físico del dolor.

Tanto a nivel nacional como mundial, existen asociaciones encargadas de investigar acerca de los factores, tratamientos y componentes del dolor. Es el caso de la Asociación Uruguaya para el Estudio del Dolor (AUED) que con fines similares a la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), proponen un abordaje multidisciplinar para acrecentar los conocimientos en relación. De esta manera se define al dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular² real o potencial, o descrita en términos de tal daño” (IASP, 2012).

¹ Diccionario de la Real Academia española <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=doler>

² El término tisular, refiere a los tejidos.

Ibarra (2006) propone una definición un poco más abarcativa, incluso haciendo referencia a las emociones que debemos tener cuenta para pensar, definir y clasificar el dolor. Para el autor el dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma (Ibarra, 2006:66).

Sobre la clasificación del dolor podemos decir que hay muchas por los distintos criterios que se usan, tales como la duración, patogenia, localización, intensidad, entre otros. En este trabajo nos interesa la clasificación según la duración, en tal sentido, Pueblas (2005) se refiere al dolor agudo cuando es “limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas” (Pueblas, 2005:33). A diferencia del dolor crónico que es: “ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer” (Pueblas, 2005:33). En esta última definición aparece el componente psicológico (desarrollado en el siguiente subcapítulo) que no es contemplado en el dolor agudo.

Para avanzar aún más en las concepciones del dolor, debemos considerar los aspectos culturales y sociales que son tan importantes como los físicos y orgánicos para lograr un entendimiento profundo sobre el mismo, es decir, que no basta una parte o considerar sólo un aspecto para entenderlo, por eso el doctor en psiquiatría Reinaldo Busto Rodríguez (2000) expresa que:

La anatomía o fisiología no son suficientes para explicar las diferencias o variaciones culturales, sociales, personales o de circunstancias que afectan a un individuo con ocasión de un acontecimiento doloroso. Y ello es porque la actitud frente al dolor no es una cosa meramente mecánica o fisiológica sino que está mediatizada por la cultura, las variaciones personales y la significación subjetiva atribuida a su presencia. El dolor es el producto de un contexto, es la expresión de una educación social (Busto, 2000:107).

El dolor se presenta, paradójicamente como una necesidad y al mismo tiempo como la necesidad misma de quitarlo o de sanarlo, esto es, de una inexorable exigencia de acabar rápido con dicha sensación. Es por ello que muchas veces se busca la ayuda de los médicos, psicólogos y de terapias medicinales, que propicien una vía de sanación.

Se destaca que el dolor presenta una relación íntima con el individuo y que está cargado de significados, en un momento particular de su existencia y anclado en un entramado cultural del cual forma parte. En ese contexto, dicho significados, además de construirse se van a reproducir.

El universo simbólico que constituye cada cultura está formado, entre otros, por un lenguaje corporal, perteneciente al estudio de la kinesiología³. Sin desviarse del foco del dolor en relación a la cultura, es pertinente mencionar este aspecto vinculado al cuerpo, ya que en los apartados referidos al parto se lo tiene en cuenta como un vehículo para dar a luz. Le Breton (1999) plantea que al ser humano, el dolor:

Lo absorbe en su halo o lo devora como una fiera agazapada en su interior, pero dejándolo impotente para hablar de esa intimidad atormentadora. (...) Ante su amenaza, el rompimiento de la unidad de la existencia provoca la fragmentación del lenguaje. Suscita el grito, la queja, el gemido, los lloros o el silencio, es decir, fallos en la palabra y el pensamiento; quiebra la voz y la vuelve desconocida. Lleva al rostro una tonalidad amarga, crispada. Mímicas específicas, y socialmente identificables, crispaciones, ejemplifican el ir y venir del dolor intenso y la cerrazón al mundo (Le Breton, 1999:43).

Parece que si las palabras no pueden decirse, no pueden ser comunicadas, no pueden ser expresadas, el encargado de hacerlo será el cuerpo. En este sentido el dolor parece suscitar una suerte de incomunicación verbal, se da la aparición del silencio que también forma parte del lenguaje. Es el no decir que a su vez expresa todo.

En el libro *Políticas del dolor. La subjetividad comprometida*, Ana Hounie (2014) considera que el silencio presenta uno de los aspectos más contundentes de la experiencia dolorosa: aquel que lo vincula con la amenaza del silencio del lenguaje, de su retirada, de su agonía. Continúa en su análisis otro de los aspectos claves para uno de los cometidos del trabajo, cuando la misma autora reflexiona que el dolor pone en juego al prójimo. Aclara, que se refiere al prójimo y no al “analista, clínico, psicólogo, médico u otros tantos nombres posibles del otro para así rescatar en él su función en tanto presencia” (Hounie, 2014:174).

Hay que darle lugar al lenguaje corporal, hay que tratar de entender o simbolizar lo que no se puede decir, de alguna forma darle un sentido al dolor, para ello se necesita: un cuerpo una psiquis y un otro. El planteo de Hounie (2014) nos permite preguntarnos ¿De qué se trata el dolor psíquico? ¿Sólo los dolores físicos importan? ¿Qué sucede con aquellos dolores incommunicables?

En el siguiente apartado, tendremos en cuenta el dolor a nivel psíquico, ya que en psicología el dolor generalmente nos ayuda a reconocer un problema, podría decirse que es nuestro punto de partida para pensar en relación a posibles formas de intervención.

³ estudio del movimiento natural del cuerpo humano y del tratamiento de sus posibles afecciones

1.3 Psicología del dolor y el sufrimiento

Parte de la experiencia del dolor psíquico tiene que ver con la dificultad de ser detectado, inclusive para la propia persona que lo padece.

Freud en su obra *Duelo y Melancolía* (1917) realiza una explicación en relación a las pérdidas y sobre lo que sucede a nivel psíquico en relación a estas. Este apartado trabaja el concepto de dolor vinculado a los procesos de duelos. También hace referencia a los llamados duelos patológicos que son los estados melancólicos donde la persona queda anclada en ese dolor que suscita y si bien no es cometido de este trabajo profundizar en el estado de la melancolía, sí nos serviremos de la explicación sobre la pérdida y el duelo, que serán de utilidad para los apartados sobre el parto, en tanto el nacimiento de un hijo, en cierta medida, también puede constituir una pérdida para la mujer.

Freud no define directamente el dolor psíquico, pero a través de su concepción de duelo nos acercaremos a él. Para el autor “el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc” (Freud, 1917:241). Además, explica:

El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior (en todo lo que no recuerde al muerto) la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor (en remplazo, se diría del llorado), el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. Fácilmente se comprende que esta inhibición y este agotamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses. (Freud, 1917: 242).

Freud da cuenta del gran gasto psíquico que implica un proceso de duelo, cuando se está frente a una pérdida, en la misma situación nos encontramos frente a un dolor psíquico, que no tiene que ver con un proceso de duelo pero que sí necesita ser simbolizado para no darle lugar al sufrimiento psíquico, en tanto dolor y sufrimiento son entendidos de manera distinta. Alejandro Ávila (2011) doctor en filosofía y psicoterapeuta español, define en su artículo *Dolor y sufrimiento psíquicos*, estos dos conceptos. Así considera que el dolor psíquico o dolor mental

aparece cuando se produce una herida narcisista, percibida como daño al Self una experiencia en la que se mezcla lo psíquico y lo somático, cercana al miedo, y a la muerte; este Dolor Mental provoca que la persona busque ayuda, aunque no pueda reconocerlo, porque la sensación de daño es profunda, es una herida del self (no un “sentimiento doloroso” del Yo). Muchos autores coinciden en subrayar el carácter de estado emocional difuso de sobrecogimiento, malestar y displacer, de límites borrosos entre lo psicológico y lo biológico (Ávila, 2011:130)

Por el contrario, el sufrimiento psíquico tiene que ver con algo que se encuentra afuera, en

tanto

deriva de las perturbaciones de la relación del sujeto con el objeto (...) y se expresa como ansiedad por la pérdida de la gratificación del objeto (interpersonal, internalizado) o como consecuencia de la influencia ambiental (interpersonal). La cuestión del origen de la ansiedad pasa entonces a ser de la máxima relevancia, ya que no tiene las mismas implicaciones que la persona reaccione con ansiedad ante la imposibilidad de satisfacer sus impulsos, o que la ansiedad provenga del ambiente y el sujeto se haga persona como resonancia de la adaptación a la ansiedad percibida en los vínculos y que los otros le depositan. La persona que sufre nos transmite su experiencia, percibimos la resonancia de los estados dolorosos que atraviesa. Percibimos que “vive” su sufrimiento (Ávila, 2011: 130)

Ávila, cuando define el sufrimiento menciona la ansiedad, y la ansiedad es provocada por un agente externo que amenaza y que nos pone en alerta frente a la posible pérdida o peligro, muchas veces este estado trae consigo una sensación de miedo. El dolor en cambio no es una sensación sufrida. De León (2014) sostiene que los rasgos de personalidad en una persona se encuentran en relación directa con las estrategias de afrontamiento frente a una situación dolorosa, cada persona tiene sus mecanismos para afrontarla y le demandará cierto esfuerzo tanto a nivel físico como psíquico. El dolor es potencial de transformación para la persona que atraviesa cualquier situación dolorosa y esta suerte afecta a la identidad de quien la padezca. En cada uno rige una manera distinta de afrontar el dolor y de ello depende la historia de vida. El dolor opera sin ninguna lógica y sin razón específica, a pesar de cualquier intento de definición y entendimiento es necesario tener presente la diferencia con el sufrimiento. Así consideraremos esta diferencia en el siguiente capítulo, donde observaremos que el dolor de parto tiene una función y no así el sufrimiento que muchas veces tiene lugar por factores ajenos a la persona.

Capítulo II: ¿El parto duele o se sufre? Entendiendo la fisiología del parto

Para cambiar el mundo es preciso cambiar la forma de nacer.
Michel Odent

2.1 ¿Cronicidad simbólica sobre el dolor en el parto? Algunos aspectos místicos y religiosos en relación a las Mujeres

¿Por qué hablamos de la cronicidad simbólica del dolor femenino? Lo hacemos para entender algo más sobre los aspectos culturales y religiosos que determinan la femineidad, que en general están asociadas a prácticas o quehaceres dolorosos y de sufrimiento.

A lo largo de la historia, el cuerpo de la mujer, su sexualidad, inclusive sus prácticas sanadoras han sido mal vistas y condenadas. Por ejemplo, lo sucedido con la caza de brujas durante el siglo XIV al XVII, organizado por las clases dominantes de la época en las que se veía envuelto el Estado y la Iglesia, tuvo lugar la tortura y la muerte a mujeres catalogadas como “brujas” por

un sinfín de delitos, desde la subversión política y la herejía religiosa hasta la inmoralidad y la blasfemia. Pero existen tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la historia de la persecución de las brujas en todo el Norte de Europa. Ante todo, se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Lisa y llanamente, sobre ellas pesaba la de poseer una sexualidad femenina. En segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas. La tercera acusación, finalmente, era que tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar (Ehrenreich & English, 1981:10)

En estos “poderes mágicos” capaces de curar o aliviar el dolor, se encuentran representadas a las parteras. Las mujeres de la época empleaban unos preparados de hierbas, capaces de aliviar los dolores de parto. Apostaban a sus métodos curativos por una confianza en sus sentidos que eran transmitidos generacionalmente, contradiciendo la lógica católica donde todo se le debe al gran Dios, el creador de la Naturaleza. Se dice sobre estas mujeres que

No tenían una actitud religiosa pasiva, sino activamente indagadora. Confiaban en su propia capacidad para encontrar formas de actuar sobre las enfermedades, los embarazos y los partos, ya fuera mediante medicamentos o con prácticas mágicas. (...) La bruja encarnaba, por tanto, una triple amenaza para la Iglesia: era mujer y no se avergonzaba de serlo; aparentemente formaba parte de un movimiento clandestino organizado de mujeres campesinas; y finalmente era una sanadora cuya práctica estaba basada en estudios empíricos. Frente al fatalismo represivo del cristianismo, la bruja ofrecía la esperanza de un cambio en este mundo. (Ehrenreich & English 1981:15-16)

Vale aclarar para no prestar a la confusión, que los aspectos religiosos que nombramos están vistos sin ánimos de emitir juicios de valor al respecto o subyugados en opinión alguna, sin embargo deben ser considerados porque al igual que los aspectos políticos, son expresiones de normas en una cultura determinada. Además esto conforma una parte de la historia, que debe ser tomada en cuenta, porque no solamente somos producto de ella sino que algunas prácticas se siguen reproduciendo hasta nuestros días, quizás en la actualidad adopta distintas formas, pero el hecho es que a nivel mundial se sigue matando y torturando a mujeres por el hecho de serlo.

Es relevante para la cultura occidental los símbolos presentados en la Biblia, en ella aparece un mandato, específico para el cometido de este trabajo, en el que se prescribe sobre el dolor en el parto. En el mito se narra que cuando Eva decide probar el fruto prohibido recibe una sentencia de Dios que promulga: *“Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor parirás a tus hijos.”*⁴

Cabe destacar que además de constituir al dolor en el parto, el término “multiplicar”, hace referencia al incremento de un dolor que, se deduce de la sentencia, carecía de semejante intensidad. Al multiplicarlo, da cuenta de un aumento, entonces podríamos preguntarnos qué tan doloroso hubo de ser el parto antes de la injuria de Eva, tal vez nulo o muy leve.

Estas historias bíblicas se van transfiriendo a lo largo de los años, generaciones tras generaciones, configurando las subjetividades posteriores en relación al sufrimiento y dolor común en todas, como es en este caso, al momento de dar a luz.

Estas interpretaciones pueden corresponderse con las palabras de Miraglia y Orlandini (1992) quienes expresan en el libro *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*:

El miedo de la mujer ante el parto es de naturaleza mágica (...); es el fruto de una impregnación del ánimo por mitos y tabúes, impregnación mantenida por una tradición escrita y oral (...). Abandonada a sí misma es decir, abandonada a sus inquietudes y a las de su ambiente, la mujer se entrega a temores mágicos, si bien no siempre. A veces reacciona y domina el miedo (p.284).

Otro aporte que se corresponde, tiene que ver con la “eficacia simbólica” desarrollada por Lévi-Strauss. Brevemente, se trata de la cura chamánica a través del canto y la palabra en la tribu Kuna ubicado en Panamá. A través de una concepción particular del cuerpo, la aplicación del chamán, permite la eficacia que libera a la persona de su enfermedad y en el caso de los partos complicados, libera el canal para que el niño/a nazca. Para Lévi-Strauss (1987)

⁴ La Biblia. Libro del Génesis. Capítulo 3. Versículo 16.

Constituye una medicación puramente psicológica, puesto que el shamán no toca el cuerpo de la enferma y no le administra remedio; pero, al mismo tiempo, pone en discusión en forma directa y explícita el estado patológico y su localización: diríamos gustosos que el canto constituye una manipulación psicológica del órgano enfermo, y que de esta manipulación se espera la cura (Levi-Strauss, 1987:216).

La cura chamánica, tiene relación con hacer pensable una situación afectiva, donde se ven involucrados los dolores que el cuerpo se niega a tolerar. En tal sentido, para Levi-Strauss que la mitología del chamán no se corresponde con una realidad objetiva no tiene importancia ya que

la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Lo que no acepta son dolores incoherentes y arbitrarios que, ellos sí, constituyen un elemento extraño a su sistema, pero que gracias al mito el shamán va a colocar de nuevo en un conjunto donde todo tiene sustentación. (...) El shamán proporciona a la enferma un lenguaje en el cual se pueden expresar inmediatamente estados informados e informables de otro modo. Y es el paso a esta expresión verbal (...) lo que provoca el desbloqueo del proceso fisiológico, es decir la reorganización, en un sentido favorable, de la secuencia cuyo desarrollo sufre la enferma. A este respecto, la cura shamanística está a medio camino entre nuestra medicina orgánica y las terapéuticas psicológicas como el psicoanálisis (Levi-Strauss, 1987: 221)

De alguna forma, Levi-Strauss ve asociada la cura chamánica con la cura psicoanalítica, en el sentido de que las dos tratan de llevar a la conciencia, conflictos que han estado inconscientes producto de la represión. Así como el chamán, el psicoterapeuta puede ofrecer un espacio, para simbolizar y darle sentido a la aficción. Le Breton (1999) también hace referencia al concepto de eficacia simbólica planteado por Levi-Strauss, cuando habla sobre las dimensiones simbólicas del dolor relacionado al efecto placebo. El autor tiene en cuenta en su análisis a la aficción tanto física como psíquica al entender que

La eficacia simbólica puesta en práctica (...) recuerda el carácter múltiple de un dolor que aqueja al hombre en su totalidad, y no sólo a su organismo. Además, dicha eficacia moviliza el vínculo social en lo que se refiere a poner remedio o alivio al sufrimiento. La acción terapéutica, según las modalidades en que se presente y el contenido que se ofrece al paciente, actúa en el plano orgánico, sin duda, pero también en la pregnancia social, cultural, individual o situacional que tiene la percepción del dolor (Le Breton 1999:82).

Lo expuesto, nos ayuda a pensar sobre todos los fantasmas que rodean la escena del parto, donde se conjuga la vida y la muerte, el dolor y el sufrimiento.

En tal sentido el dolor parece ocupar buena parte de lo femenino. No solamente se lo puede asociar al parto sino que también se lo puede constatar en el ciclo menstrual, en algunos

controles médicos (muchas veces necesarios para la prevención de enfermedades), en operaciones quirúrgicas para embellecer el cuerpo en función de una estética femenina particular, que para cada cultura y contexto varía en su forma; en la depilación, que pone como obviedad la molestia de la naturalidad del vello femenino, en la mayoría de las partes de su cuerpo, debiendo ser arrancado, rasurado o eliminado para “mantener la higiene” y así mantener los atributos de la estética femenina, donde “la belleza duele”.

Cabe destacar, que no todas las mujeres sienten dolor sobre estas prácticas ni les resultan penosas, allí radica la subjetividad de cada una y las distintas percepciones sobre el dolor.

Dentro de estas cuestiones que se desdibujan de la naturaleza humana para la mujer, se encuentra la sexualidad, que ocupa el centro de este trabajo, entendiendo al parto como perteneciente y relativo a la misma. Reflexionar acerca de las nociones que confluyen en la eventualidad de parir, también nos hace pensar sobre el hecho que trae consigo, esto es, la maternidad. En el libro *Ser Mujer. La formación de la identidad femenina* (Casanova, Ortega, López, & Vazquez, 1989) se establecen algunas consideraciones respecto a la maternidad y la virginidad. En tanto, la virginidad es considerada como

un mito absurdo contra la naturaleza, poco real en términos de vida y de relación humana. Biológicamente no tiene significado alguno, espiritualmente representa un valor mítico (...) La santidad más absoluta estriba en la maternidad virgen. La Virgen se convierte en el modelo de las mujeres. Escogida por Dios, madre de su hijo, dispuesta a todo sacrificio, mártir del dolor. (...) Las funciones que lleva una mujer son las básicas de una sociedad que crece en necesidades y en egoísmos. Dentro de esto, está situada la maternidad, con el hecho real que responsabiliza a la mujer no sólo de la gestación sino también del intenso cuidado del crecimiento y formación de sus hijos (Casanova, López, Ortega & Vázquez, 1989:14-15)

Así como nos referíamos a los quehaceres femeninos, asumidos como ideales para el ser mujer, también está ligado el de maternidad, en el que se asocia el binomio: mujer-madre. El estado de embarazo y la proximidad a la maternidad está dada por grandes cambios psicológicos, sociales, biológicos y físicos. No es cometido de este trabajo, ahondar en la maternidad, pero sí vale referenciarla porque el hecho de ser madre, constituye un requisito social y casi natural por el cual su vida tiene sentido, ya que “la maternidad es como la mujer cumple íntegramente su destino fisiológico; esa es su vocación “natural” puesto que todo su organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie” (De Beauvoir, 1981:464).

De alguna forma lo que De Beauvoir plantea, tiene que ver con el destino de la mujer. Sobre todo en algunas culturas donde la maternidad o el matrimonio no son una opción para ella, de hecho se asume como una “función natural” y en esta suerte se sobrevalúa el ser una “buena madre”. Entonces, ¿qué lugar hay para el dolor de una mujer en trabajo de parto y parto cuando en realidad nació para ello?

En palabras de Consuelo Ruiz, “si parir hubiera sido, como respirar, común a los dos sexos, la Humanidad se hubiera preocupado de investigar las causas de ese incongruente dolor” (Ruiz, S/F:18). Consuelo, entiende al parto como un proceso fisiológico más y el dolor se lo atribuye a ciertos factores que a continuación expondremos, si observamos la fisiología del parto y algunos detalles que intervienen tanto a nivel hormonal como muscular durante el mismo, entenderemos algo más sobre la función del dolor, partiendo de la base que el parto es como cualquier otra función fisiológica que en condiciones saludables: no duele.

2.2 - Factores que contribuyen al dolor en el parto a nivel fisiológico

Un apartado específico sobre la fisiología, permitirá entender algo más sobre la noción de dolor en el trabajo de parto y parto, así dar cuenta de cómo afectan los factores externos en dicho momento, entendiendo factores externos como todo aquello que rodea a la parturienta, ya sean individuos (técnicos, acompañantes) como tecnologías o medicaciones.

En el artículo *Análisis y evaluación de la efectividad de la analgesia epidural y su relación con el parto eutócico o distócico* (Sánchez-Migallon, Sánchez, Raynard, Miranda & Borrás, 2016) se estudia la relación de los cuatro estadios o períodos que comprende el nacimiento: el primer período es el de dilatación, el segundo es el expulsivo, el tercero está dado por el alumbramiento y el cuarto por el postalumbramiento y/o puerperio. Lo importante es que cada estadio configura un momento distinto para la mujer, debiendo prestar especial atención a las necesidades pertinentes en cada uno; además el dolor varía en cada fase, en su intensidad y región.

En dicho texto se estudia la relación de la epidural al llamado parto distócico que se define por su dificultad (comprendido por diferentes motivos), frente a uno eutócico que se correlaciona con un parto natural. Sobre la distocia, se habla de dos tipos distintos: las dinámicas y las mecánicas.

Quando hablamos de distocia dinámica nos referimos a aquella activada uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de presentación. (...) La otra posibilidad de distocia es la mecánica, bien por alteraciones del canal óseo (alteraciones pélvicas en su tamaño, forma o inclinación que pueden provocar una detención en la presentación), bien por alteración del canal blando, en cérvix, vagina, vulva, o periné, (...) o por distocia del objeto de parto, ya sea por presentación anormal (nalgas), situación anormal, deflexión de la cabeza fetal o anomalías en la posición del feto (Sánchez-Migallon, Sánchez, Raynard, Miranda & Borrás 2016: 6).

Si bien nos ocuparemos de la analgesia propiamente dicha en el tercer capítulo, lo que aquí

importa son los conceptos: eutócicos y distócicos de dolor en el parto. En dicha investigación, se concluye que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la efectividad de la analgesia epidural, en el parto eutócico frente al distócico. Esta diferenciación dada por términos médicos, nos acerca a reflexionar por qué un parto puede volverse distócico, es decir, complicado y con intervenciones médicas (más allá de los casos en que sea menester una intervención).

Una posible explicación se encuentra relacionada a lo que muchos autores plantean en la égida de un parto sin violencia, respetado, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Por tal motivo, se tiene en cuenta todo lo que rodea a una mujer en el trabajo de parto y parto en el ámbito hospitalario. Si recreáramos la escena de todo el personal médico que entra y sale para llevar a cabo los controles necesarios y de protocolo, se hablaría de la presencia de al menos tres o cuatro personas distintas como son el ginecólogo, las parteras, las distintas/os enfermeras/os que entran y salen continuamente, más todo el arsenal y dispositivos de artefactos que se encuentran alrededor; todo lo cual contribuye o determina en cada psiquis y en cada historia personal, fantasmas y tensiones que puede repercutir sobre un momento que en realidad expresa una máxima de intimidad.

Por ejemplo, sobre este arsenal de dispositivos, se encuentra el monitoreo del latido del bebé. Se ha investigado como relata Michel Odent (2006), un médico obstetra francés, en su libro *El bebé es un mamífero* que la monitorización contribuye por sobre todo a efectos de un parto instrumentalizado innecesario, y lo piensa como uno de los factores consecuentes sobre el aumento de cesáreas, de manera que la intimidad se hace inminente para transitar el trabajo de parto y parto.

En el ánimo de entender la diferencia entre los animales mamíferos que dan a luz a sus crías sin intervención médica y la forma en que la mujer da a luz, es que Odent (2006) realiza una explicación a nivel cerebral. Entiende que una mujer en trabajo de parto, está utilizando la parte más primitiva de su cerebro que es la misma que funciona en cualquier animal mamífero, es decir que está primando la zona más profunda donde se encuentra la hipófisis y el hipotálamo, glándulas que se encargan de segregar las hormonas necesarias como la oxitocina, relaxina, prolactina, endorfinas, la adrenalina que no es exclusiva pero sí aparece ante la posibilidad de un peligro, todas con el cometido de generar un buen funcionamiento del trabajo de parto y parto.

En tal sentido, cuando surgen “perturbaciones ambientales, que generan inhibiciones -durante el parto o durante cualquier episodio de la vida sexual- estas inhibiciones siempre se originan en el *cerebro nuevo*, (...) cerebro racional. Se trata del nuevo córtex, el *neocórtex*” (Odent, 2006:21).

De este modo se desprende la importancia de no estimular el neocórtex de una mujer en

trabajo de parto y para ello considera **cuatro aspectos** que son propios de los seres humanos y algunos compartidos con los mamíferos, pero que a diferencia nuestro, ellos saben manejar muy bien. Odent (2006) habla del **lenguaje racional**, propio de los seres humanos, entendiendo que la comunicación verbal es procesada justamente por la zona del neocórtex. El segundo estímulo, es **la luz**; Odent lo expone con un ejemplo muy sencillo, comprende que si queremos dormir, tenemos que reducir la actividad del intelecto y para ello normalmente cerramos las persianas y apagamos las luces. La perspectiva fisiológica sugiere que una luz tamizada debería a priori facilitar los procesos fisiológicos (Odent, 2006). El tercer aspecto tiene que ver con la intimidad y la sensación de **sentirse o estar siendo observada**. Un aspecto estudiado científicamente, donde se ha concluido que los animales al no tener tan desarrollada la zona del neocórtex han generado una estrategia para preservar la intimidad;

en las especies activas durante la noche, como los ratones, los nacimientos se suelen dar durante el día, mientras que sucede lo contrario en las especies con actividad diurna como los caballos. (...) Por lo que se refiere a nuestros primos cercanos los chimpancés, las hembras se separan del grupo. Si una de las necesidades básicas de la mujer que da a luz es no sentirse observada (...) implica también que hay que desconfiar de cualquier instrumento que pueda ser percibido como una manera de observar, tanto si se trata de una cámara fotográfica como de un aparato de monitorización fetal (Odent, 2006:23).

El cuarto aspecto tiene que ver con **cualquier situación que genere adrenalina**. La adrenalina tiene la cualidad de estimular el neocórtex e inhibir el proceso de parto. Cuando se presiente un peligro, los mamíferos tienden a estar atentos y en estado de alerta. Esto supone que una mujer en trabajo de parto necesita sentirse segura.

Si consideramos estos aspectos y volviéramos a pensar en la escena de hospital descrita anteriormente, con todo el arsenal de instrumentos y personal que se encuentran asistiendo el parto, decantaría por sí sola la imposibilidad de encontrar dentro del espacio hospitalario las condiciones necesarias para un buen desarrollo de parto. De todas formas, parecen ser condiciones sin mayores dificultades para ser modificadas, las cuales no necesitan grandes inversiones, sino más bien enfocar la mirada hacia la embarazada, aunque ello sí pueda costar una gran inversión.

Casilda Rodrigáñez es una escritora española que trabaja sobre los aspectos mencionados y además hace referencia a algunas investigaciones pertinentes para el cometido del trabajo. Así pues, en su texto *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina* (2007), explica que se ha estudiado el sistema neuromuscular del útero, el cual consta de tres capas de fibras musculares: las longitudinales, las circulares y las intermedias. Las intermedias, son haces apretados que rodean en forma de ochos y espirales los vasos sanguíneos que suministran el oxígeno a las células y son un dispositivo

previsto para acompañar el intenso trabajo de los músculos uterinos durante el parto. Los haces circulares son escasos en la parte superior de la bolsa uterina y se van haciendo más seguidos hacia la parte inferior para terminar formando los compactos haces circulares del cérvix (Rodrigáñez, 2007).

Dick-Read (1890- 1959) fue un obstetra británico destacado por sus aportes obstétricos frente al dolor en el parto. En tal sentido, comprende que “los músculos longitudinales y circulares forman un par que debe funcionar de manera sincronizada: cuando unos están contraídos los otros se distienden y viceversa” (Read en Rodrigáñez, 2007:17). Pone como ejemplo los músculos del brazo, para notar que así funciona la dinámica de otros músculos del cuerpo sin generar dolor, excepto los casos de lesión.

De esta manera, el autor habla de que los haces longitudinales se encuentran inervados al sistema nervioso parasimpático mientras los circulares al simpático. Cabe destacar que el sistema nervioso parasimpático actúa para la relajación en tanto el simpático funciona en estado de estrés y alerta. Esto último es relevante en cuanto Read concluye que:

el cérvix no “dilata” cuando la mujer está en ese estado, con el sistema nervioso simpático activado (la fisiología de parto, establecida a lo largo de la evolución, prevé la detención de un proceso de parto si aparece un riesgo para la hembra; por eso el cérvix, como dice Leboyer, no afloja la garra si está en estado de estrés); de manera que las fibras circulares, en lugar de funcionar acompasadamente en armonía con el movimiento de los longitudinales, ofrecen un movimiento espasmódico; unos espasmos que producen dolor del calambre, pero que no se reconocen como tales sino como si fueran contracciones normales de parto (Read en Rodrigáñez, 2007:18)

En relación a las llamadas contracciones, cabe destacar el cometido de los receptores de oxitocina (la hormona vinculada “al amor”) que actúa en el tejido muscular, los que denota una diferencia sustancial con el ejemplo de los músculos del brazo, en tanto aquí, o mejor dicho en los músculos del útero aparece la sexualidad y por consiguiente una forma de funcionar algo distinta a la del ejemplo. A Read le faltó considerar el parto como un acto sexual, al concluir que:

el miedo no permite la relajación de los haces circulares del útero; porque el miedo es incompatible con cualquier acto sexual; toda la sexualidad por definición es la extrema relajación, la activación total del tono vagal, la confianza en el entorno, el switch off del simpático y de la intervención del neocórtex, etc., lo opuesto al estado neuro-endocrino-muscular de un cuerpo que tiene miedo (Rodrigáñez, 2007:24).

Sustancialmente esto último tiene relación con lo que plantea Michel Odent en sus libros referidos al nacimiento. Es necesario tener en cuenta estos aspectos básicos, para que se lleve a cabo de la mejor forma posible el trabajo de parto y parto que no sólo repercutirán en el físico de la mujer sino en su estado anímico, en su psiquis y será determinante para el momento del postparto. De alguna forma, el parto es el punto límite entre la vida intrauterina

y la vida exterior constituida por el nacimiento; aunque parezca algo tan lógico, parece que no lo es a la hora de considerar la importancia de tal hecho con las condiciones y los sucesos que se proponen desde el ámbito hospitalario.

Una de las formas de intervenir el parto, es administrando a la mujer oxitocina sintética por vía venosa, esta contribuye a un fuerte desajuste del proceso, en tanto, llega al útero de manera violenta por así decirlo, en vez de hacerlo de forma fluida como lo hace cuando es de forma natural, generada por el hipotálamo, donde todo es regulado por el propio cuerpo. Por eso “es muy frecuente que un parto inducido acabe en cesárea. La fisiología natural del parto supone el estado de relajación de la mujer, el sistema nervioso simpático desactivado y la producción natural de oxitocina” (Rodrigáñez, 2007:19).

Considerando que el trabajo de parto culmine por vía vaginal, con escasa intervención médica o en su defecto se realice una operación cesárea, sería pertinente pensar que entre todas las formas posibles de nacer, el dolor no se suprime, sin embargo lo que sí varía y depende de las circunstancias dadas es el sufrimiento. Si tenemos en cuenta que el dolor o la sensación que causa cada contracción, vale aclarar que no son todas las mujeres la que vivencian las contracciones como dolorosas, entonces si cada contracción acerca a la mujer a la llegada de su hijo/a podría sostenerse que ese dolor o sensación tiene un cometido, un fin específico. Y el sufrimiento tiene lugar en las condiciones y el tiempo de espera sobre un trabajo de parto que por ejemplo termine en cesárea o que dure demasiado por consecuencia de factores externos, como los que hemos mencionados.

Posiblemente el error de la sensación dolorosa sobre la contracción uterina, estriba en confundirla con lo que en realidad es un calambre muscular.

Se estima que un parto vaginal puede transcurrir de forma placentera si se logran, al menos mínimas condiciones que debieran darse para que esto suceda y si la mujer logra relajarse para tal acontecimiento. En tal sentido existen profesionales, como parteras y obstetras que dan cuenta y hablan del parto orgásmico que será desarrollado en el siguiente subcapítulo.

2.3 - Parto orgásmico, una forma distinta de parir

Los aspectos desarrollados anteriormente, son todo lo opuesto a lo que sucede al denominado “parto orgásmico” el cual tiene como protagonista al placer. Si somos capaces de entender todo el desarrollo de un embarazo como parte de la sexualidad femenina, tiene sentido pensar que hay lugar para el placer, de hecho en la fisiología hemos visto que actúan algunas hormonas que también se ven involucradas en el acto sexual así como los factores de intimidad y seguridad para llevar adelante dicho acto. Algunos autores destacados

anteriormente dan cuenta a través del relato de las propias mujeres, que parir les ha significado una experiencia por demás placentera, sin embargo la bibliografía al respecto es escasa.

Consideremos una definición de sexualidad para entender aún más las causas de un parto placentero. En el libro *Salud y diversidad sexual. Guía para los profesionales de la Salud* se define **sexualidad** como:

una dimensión constitutiva e inherente al ser humano, estando presente desde el nacimiento (o incluso desde la vida intrauterina) hasta la muerte. Las personas se construyen como sujetos sexuales a lo largo de sus trayectorias vitales, aprendiendo a vivir, sentir y ejercer su sexualidad desde los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización. A lo largo del ciclo vital, la sexualidad presenta manifestaciones, intereses, expresiones, sentimientos y características diferentes. Las mismas son un producto socio histórico y no refieren exclusivamente a la biología (Ramos, Forrisi & Gelpi 2015:17)

Esta definición considera aspectos relacionados al ambiente donde se desarrolla el ciclo vital de la persona. No es igual el parto en el medio rural que en la ciudad, así como tampoco es lo mismo el parto de siglos anteriores con respecto a nuestro siglo. Sobre el parto orgásmico cabe preguntarse, ¿En qué condiciones estas mujeres dieron a luz? o sencillamente ¿Cómo lo hicieron? Sería obvio pensar que cualquier mujer querría tener a su hijo/a bajo estas condiciones, moderado por el placer y alejado del miedo, cualquiera sea el lugar donde lo tenga.

Podría hallarse una explicación fisiológica sobre el útero que es igual a la que ya dimos, solo que el foco está puesto en la relajación del mismo. Casilda Rodrigáñez (2007) explica que el tejido muscular del útero es elástico, fuerte y al mismo tiempo flexible.

elástico para albergar a la criatura según va creciendo, fuerte para apretar las fibras musculares del cuello y aguantar 10 ó 12 kilos de peso contra la fuerza de la gravedad, y flexible para la total relajación, distensión y apertura de la salida. Y todo esto con un dispositivo de cierre y apertura en el que participa un sistema neuroendocrino y neuromuscular, el cual a su vez depende de la sexualidad de la mujer (Rodrigáñez, 2007: 15-16).

Además sostiene que el tipo de mecanismo que lubrica la vagina para el coito, es el mismo que produce el reflejo de eyección de la leche, así como el reflejo de los músculos uterinos para el proceso de parto. “Por eso se dice que el amor nos licua; por eso la humedad ha sido símbolo de la sexualidad y la sequedad de la castidad, de la penitencia y de los retiros espirituales en los desiertos” (Rodrigáñez, S/F).

Otro de los aspectos que ya hemos mencionado, tiene que ver con el reflejo condicionado, un reflejo que puede re-educarse por medio de la respiración y relajación. Aquí la psicología

tendría mucho para aportar, en la medida que el parto está asociado a la muerte, quizás no se lo relacione directamente, pero sí hay una suerte de correlación entre parto-enfermedad. El estado enfermo generalmente nos pone de cara a la finitud de la vida, a la pérdida de control, al miedo ingobernable que también aparece en la embarazada. De allí se desprenden los aportes de la psicoprofilaxis que veremos en el siguiente apartado. Retomando con el concepto de reflejo condicionado, hemos de considerar que el cerebro procesa y traduce impulsos nerviosos para una respuesta específica, frente a los estímulos permanentes que recibimos del medio o los que surgen dentro del propio cuerpo. Las que refieren al dolor, en general tiene una respuesta de fuga. Por ejemplo, cuando nos estamos quemando la mano la respuesta cerebral será de huida, lo que evita una quemadura grave. Ruiz (S/F) explica que:

El cerebro ordena respuestas de acuerdo con la información que tiene en cada caso.

Ante el parto, ante los movimientos de la matriz para efectuarlo, la respuesta que va a dar el cerebro estará basada en lo que la mujer sabe acerca del parto. (Ruiz, S/F: 21)

Como hemos observado, las referencias que se tienen sobre el parto, en general están asociadas al dolor y al sufrimiento, lo contrario al acontecer de un parto sin temor o el producido con un placer máximo, como es el parto orgásmico.

El obstetra francés Frederick Leboyer con sus grandes aportes al campo obstétrico en relación al *Nacimiento sin violencia* (2010), pone su mirada no solo en la mujer, sino en el niño/a recién nacido, que llora y grita frente a la desolada sensación de estar en otro ambiente, seco y frío, ya no más humedecido por el líquido amniótico que protege al bebé en el vientre materno. Para Leboyer

el parto es una experiencia en soledad. Eso es lo que las mujeres me han enseñado. Y dicen en soledad, aunque no solitaria. La diferencia es sutil pero muy importante. (...) En soledad significa que confían en sí mismas, que depende de sí misma. Y durante el parto, en el momento en que la mujer inicia el parto, está completamente sola. Y descubre, averigua, su verdadera altura y dimensión (Leboyer, 2010)

Es importante mencionar el parto orgásmico, a pesar de su poco conocimiento, porque nos muestra una forma distinta de dar a luz, que existe y atestiguan algunas mujeres que atravesaron la experiencia. Relacionado al deseo, al placer, por qué no: al amor. Ya sabemos que la oxitocina forma buena parte del desarrollo del trabajo de parto y parto como también en el período de lactancia y es la hormona vinculada al amor. No se quiere decir con esto, sobre las mujeres que hayan atravesado la experiencia de una cesárea o aquellas que sintieron mucho dolor al parir, no sientan amor por sus hijos, lejos de eso, parir orgásmicamente da cuenta de un momento de disfrute y plenitud que depende de cada mujer. Y es lógico pensar que ante dos sensaciones tan distintas, tan opuestas, como el dolor y placer, nadie optaría por la primera.

En el texto *Parto orgásmico: testimonio de una mujer y explicación fisiológica* (Rodríguez, 2009) se menciona un estudio realizado por Odent en su libro *Cuantificación del amor* en la que se refiere al útero y los receptores de oxitocina, al respecto se dice que

La variabilidad de la densidad de los receptores de oxitocina nos remite también a la vida sexual de la mujer antes del parto: en qué medida ha desarrollado o no ha desarrollado sus pulsiones sexuales, en qué medida ha desarrollado o no lo ha hecho los receptores de oxitocina. Y aquí es donde cobran sentido las pulsiones sexuales de la infancia, que claro está no se producen por nada, y mucho menos porque el demonio habite los pequeños cuerpos humanos, sino porque tienen una función fisiológica. El desarrollo corporal humano establecido filogenéticamente, incluye las pulsiones sexuales infantiles para promover la madurez de sus órganos, y en concreto, promover el movimiento de los músculos uterinos en las niñas (Odent, en Rodríguez, 2009:4)

Quizás para darle lugar al parto orgásmico o placentero, es necesario mirar los aspectos vinculados con el ambiente que pueden influenciar en la presencia del miedo y con ello contribuir al aumento doloroso en dicho momento. Para eso nos centraremos en aspectos que obstaculizan el placer en el parto y por el contrario los que facilitan, a merced de una buena experiencia y vivencia de alumbramiento.

Capítulo III: Conocer el miedo para controlar el dolor

El amor está en el aire, pero el aire está altamente contaminado. Amit Abraham

3.1. Aspectos obstaculizadores

En este apartado se desarrollarán tres factores obstaculizadores del disfrute o promotores del dolor en el parto. Uno de los obstaculizadores que se destaca para reflexionar acerca del dolor en el parto, es el **miedo**, como principal factor, que en extremo desencadena una posible **tocofobia**, un terror irracional sobre el embarazo. Además, nos encontramos con lo que llamaremos **prácticas rutinarias e invasivas** como otro de los factores que obstaculiza el desarrollo normal del trabajo de parto y parto.

3.1.1 El miedo

Así como el dolor ¿Quién no ha sentido miedo alguna vez? Sabemos el miedo, su eficaz manera de ponernos en alerta y producir ansiedad, inclusive genera en sus formas patológicas un desconocimiento o desconcierto sobre nuestro propio cuerpo. Consuelo Ruiz (S/F) explica el miedo con un ejemplo bastante ilustrativo: frente a la caída en un río, de dos muchachos en el que uno sabe nadar y el otro no, es probable, que uno se ahogue, por el estado de pánico frente al desconocimiento y el otro utilice sus herramientas para poder flotar, porque conoce qué hacer y cómo respirar para no hundirse. Consuelo sostiene que algo parecido sucede con el parto ya que la desinformación provoca en un mismo acontecimiento (la de caer al agua o parir) situaciones radicalmente distintas.

Una investigación titulada *Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección* (De Molina, Rubio, Roca, Jimenez, De la Flor, & Sirgo, 2015). da cuenta sobre la importancia de considerar el factor de la ansiedad sobre el nacimiento. El objetivo del estudio

fue conocer el nivel de ansiedad y miedos ante el parto de 78 gestantes, en relación al Apgar⁵, peso del neonato, la percepción del dolor de parto y la forma de analizar el mismo y valorar diferentes instrumentos de detección. (...) Los resultados mostraron que un 30%

⁵ La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno

de las mujeres presentaron un nivel de ansiedad alto, aun así, esto no condicionó la forma de analizar el parto y el Apgar al nacer; pero si se relacionó significativamente la ansiedad con mayor miedo al dolor de parto y una peor valoración del tratamiento para su alivio. Una detección adecuada y sistemática de la ansiedad con una Escala Visual Analógica, sencilla y fácil de aplicar, permitiría a matronas y enfermeras identificar a las mujeres susceptibles de cuidados específicos dirigidos a disminuir la ansiedad y el miedo y así mejorar su experiencia ante el parto (De Molina, Rubio, Roca, Jimenez, De la Flor, & Sirgo, 2015:17)

La investigación refleja la importancia de atender estos aspectos, que colaboran al curso normal de un trabajo de parto y parto. Para contemplar estas necesidades, es necesario un acompañamiento, en parte, de los profesionales de la salud. Cuando este miedo se magnifica, cuando se vuelve un terror, inclusive mucho antes del embarazo a término, se puede desarrollar una tocofobia.

3.1.2 La Tocofofia

La Organización Panamericana de la Salud en su escrito *Salud mental perinatal* (2011) destina en su quinto capítulo algunas complicaciones psicológicas y emocionales relacionados con el parto. Brevemente el apartado explica que

La tocofobia fue descrita por Marcé, en Francia, desde 1858. Señaló que en la nulípara podía manifestarse un miedo aterrador al posible dolor durante el parto; en la mujer que ya había tenido partos previos se refería al recuerdo de un parto anterior difícil y traumático (Marcé 1858, en Maldonado-Durán, 2011:92)

Sobre esta cita cabe señalar que desde hace mucho tiempo se reseña sobre esta fobia que resulta poco conocida. Una vez más, subrayar la importancia del embarazo en la vida de las mujeres. Un momento que determina psicológicamente las decisiones respecto a la salud reproductiva, en la medida que un parto resulte en un acontecimiento traumático o placentero. Mujeres que se vieron en la experiencia de parto, es probable que no adviertan tanto temor como las que no atravesaron nunca la experiencia, de hecho

Epidemiológicamente se sabe que el miedo al parto es más prevalente e intenso en las mujeres nulíparas. Según algunas encuestas, 13% de mujeres en una población abierta expresa que tiene tal temor al parto que prefieren no embarazarse. Muchas de las mujeres que presentan tocofobia solicitan a su obstetra que se les realice una operación cesárea. Es útil distinguir entre un miedo "primario" al parto y aquél que es resultado de una experiencia obstétrica previa de índole traumática. A esta última condición puede llamarsele trastorno por estrés postraumático secundario a un parto previo (Maldonado-Durán, 2011:92)

Aquí por ejemplo, la cesárea podría considerarse en última instancia como una posible solución, frente a un monto de miedo incontenible que puede terminar en un episodio de

estrés postraumático, la cual perjudica la simbiosis necesaria entre la madre y el hijo/a durante las primeras horas.

Para entender un poco más sobre la tocofobia, nos serviremos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV) donde se esquematiza el diagnóstico para las fobias específicas. No se encuentra allí esta fobia como tal, porque se la ha reconocido recientemente, sin embargo sí son considerados algunos desórdenes en la etapa de postparto.

Se consideran en los criterios para el diagnóstico de las fobias específicas:

A. Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. (...) **B.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional. (...). **C.** La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. (...). **D.** La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad de malestar. (DSM IV, 2002:501)

Observar que el miedo al parto ha devenido tan intenso, hasta desarrollar una fobia es hacer de ello una situación patológica. Por tal motivo se vuelve importante pensar sobre las prácticas (profesionales, ambientales, estatales) que permean la situación de embarazo y las consideraciones acerca del rol materno, que influye en cada mujer según sus valores y creencias. Si bien cabría preguntarse qué factores contribuyen a tal situación, es importante hacerlo visible, lo que permite estar atentos/as a la detección de este miedo, para brindar sostén, apoyo y acompañamiento.

Por último cabe mencionar conforme a nuestro país, sobre las *Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio* del año 2014 donde no se hace referencia a este aspecto de la tocofobia así como tampoco sucede en los *Objetivos sanitarios nacionales 2020* propuestos por el Ministerio de Salud. Sin embargo, se efectúan algunas consideraciones acerca del “parto humanizado” donde se destacan facilitadores para llevar adelante un trabajo de parto y parto, que de por sí deberían ser respetados y muchas veces, gracias a la vulneración de los derechos que existe, son necesarias guías que recomiendan el respeto para dicho momento, estos facilitadores serán trabajados en el segundo subcapítulo.

3.1.3 Prácticas rutinarias e invasivas

Randi Hutter (2010) en su libro *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*, narra una forma bastante particular de parir llamada “sueño crepuscular”, que comenzó en Alemania

durante el siglo XX y se dio a conocer en Estados Unidos. Se trataba de una nueva forma de dar a luz que prometía la ausencia de dolor y que resultaba de la administración de fármacos para inducir una amnesia. Surgió en un momento de la historia, en que las mujeres comenzaban a dar batalla por sus derechos, entre ellos estaba dar a luz como ellas quisieran. Un grupo de mujeres de clase alta, llegaron a fundar la Asociación Nacional por el Sueño Crepuscular Barbitúrico y durante un tiempo el “sueño crepuscular” fue la forma de parir en la época moderna. Se les administraba un cóctel de sustancias como el éter, opio, cocaína, quinina, óxido nitroso y ergotamina, donde la mayoría de las sustancias no aliviaba el dolor, sino que aceleraba el trabajo de parto para que durara menos horas y así reducir el sufrimiento. Los medios de comunicación comenzaron a publicar y a exponer de forma distorsionada la información sobre este tipo de parto barbitúrico. Lo que no mencionan estos artículos era que a:

las mujeres se las ataba y se les vendaban los ojos mientras se retorció y gritaba durante el parto. Para mantenerlas quietas y para que los médicos pudieran sacar a los niños, las enfermeras les ataban los brazos a los barrotes de la camilla y las piernas a los estribos con correas de cuero. Algunas habitaciones tenían “cunas” acolchadas, camas profundas que impedían a las mujeres caerse al suelo mientras se retorcían de dolor. Tampoco se mencionaba que los fármacos administrados disminuían las contracciones uterinas, causaba alucinaciones y le provocaba dificultades respiratorias al bebé (Hutter, 2010:92).

En este sentido, el parto barbitúrico no era un método donde el dolor se suprimiera sino que por el contrario, lo que lograrían estos fármacos era el olvido del trabajo de parto y de ese momento específicamente. La combinación tóxica de morfina con la escopolamina, era lo que producía la amnesia en la parturienta, sin embargo esta combinación no era un anestésico como lo es hoy la epidural por ejemplo, una diferencia significativa si se entiende que “la anestesia proporciona alivio total del dolor e inconsciencia; la analgesia, solo alivio parcial del dolor. La amnesia quería decir que las mujeres tenían dolor pero se olvidaban de él, lo que nos lleva a preguntarnos: si no conservamos el recuerdo del dolor ¿Existe realmente?” (Hutter, 2010:85).

En tal sentido, esta forma de parir duró algunos años pero su éxito acabó en la medida en que las mujeres se fueron dando cuenta que ese momento no era tan maravilloso como se pintaba en los periódicos. Si se tiene en cuenta que toda experiencia dolorosa deja un recuerdo importante, una huella en la vida de las personas, el atravesar un trabajo de parto y parto teniendo como protagonistas al miedo, la ansiedad, genera inevitablemente un aumento de prácticas médicas que contribuyan a evitar el dolor.

Por ejemplo, en esta suerte de parto institucionalizado e intervenidos que tiene lugar en casi

todo nuestro país (Farías, 2014) encontramos el anestésico epidural como una forma de apaciguar el dolor.

Sarah Buckley (2015) trabaja algunos aspectos vinculados al “parto humanizado” específicamente en relación con la analgesia destinada para dicho momento. Se expusieron los riesgos y preocupaciones para la madre y el bebé en relación a la epidural, basadas en la evidencia científica, al respecto Buckley considera que:

La epidural, como la analgesia destinada aliviar el dolor de parto, tiene sus contraindicaciones ya que interfiere de forma significativa con algunas de las principales hormonas que intervienen en el parto y el nacimiento, lo que podría explicar su efecto negativo en el proceso de parto. (Buckley, 2015)

Otro de los autores en acuerdo es Odent (2006) que a su vez plantea el devenir de una nueva disciplina: “la anestesiología obstétrica”.

A partir de 1980 hubo tal aumento de la demanda que cada vez más anestesistas tuvieron que familiarizarse con la utilización de la epidural durante el parto. De este modo surgió una nueva disciplina médica: la anestesiología obstétrica. La utilización cotidiana de la epidural en ciertas maternidades provocó nuevas situaciones (Odent, 2006:12).

Como señala La Organización Mundial de la Salud (1996), “la analgesia epidural es uno de los ejemplos más llamativos de medicalización del parto normal, transformando un acontecimiento fisiológico en un procedimiento médico” (WHO, 1996:6). Si es una forma de aliviar el dolor, ¿Por qué conforma un posible obstáculo?

Uno de los problemas de los insumos médicos tiene que ver no poder restringir los medicamentos proporcionados (oxitocina, epidural) o la instrumentación e intervencionismos, que muchas veces no son necesarios y por demás invasivos como puede ser: el monitoreo fetal, la ruptura prematura de membranas, la episiotomía⁶, la utilización del fórceps, generando un estado de tensión e incomodidad a la hora de dar a luz. Es decir que una vez intervenido el trabajo de parto, aumenta la posibilidad de mayores intervenciones, al tiempo que obstaculiza el curso normal del proceso, incluso pudiendo terminar en una cesárea.

Montserrat Catlán (2006) en su texto *El placer y el dolor en el parto*, entiende desde su disciplina como ginecóloga, un origen sobre la epidural que tiene que ver con prácticas violentas anteriores al surgimiento de esta analgesia.

En la década de los 80, que fue el tiempo en que se medicalizó el parto en España, con la administración endovenosa de oxitocina y se inmovilizó a las mujeres con la excusa

⁶ Es una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano).

de auscultar bien a los bebés. Se cerró la Escuela Universitaria de Comadronas durante 7 años. La clase médica se había hecho dueña del manejo de los partos. Y así se empezó a sobrevalorar el llamado “parto médico dirigido” como el parto ideal y más seguro. Cuando ahora empezamos hablar de mutilación genital cuando nos referimos a la episiotomía rutinaria, también podemos referirnos a la dirección del parto en aquellos años, como situación de humillación, y de tortura para las mujeres, que al no poderlo soportar gritaban para que se les administrarán drogas (...) para disminuir el dolor, cosa que le llevaba a situaciones verdaderamente denigrantes. Ésta fue la conducta médica generalizada que llevó a las mujeres a aclamar a favor de la anestesia epidural (Catalán, 2006:579).

Podría considerarse que la anestesia en el parto, nace de formas más antiguas y violentas en que la mujer se veía expuesta a esta especie de tortura desde la institución, en el que por ejemplo se las ataba y se les impedía el movimiento necesario para calmar el dolor. Al decir de Magnone (2013)

La percepción sensorial de las mujeres que están en trabajo de parto y sus necesidades de movilidad corporal no son tenidas en cuenta. El poder simbólico del mandato médico es tan fuerte que la mayoría de las mujeres pierden la noción intuitiva sobre qué tipo de posiciones las favorecería en el trabajo de parto y durante el parto (Magnone, 2013:83)

En este sentido cabe preguntarse cuáles son las prácticas que existen hoy y que se han venido registrando para facilitar un momento tan importante.

3.2 Aspectos facilitadores

3.2.1 Sobre la información: Clases de parto.

Uno de los facilitadores considerados es la información. Ya percibimos que una forma de vernos envueltos en el miedo tiene que ver con la desinformación, básicamente con no saber qué nos puede pasar. Entonces, de manera positiva la información puede ser un facilitador que otorgue las herramientas para controlar el dolor, mediante la respiración y técnicas corporales desarrolladas en las clases de parto.

De acuerdo con esto, la información podría considerarse un punto de partida para los siguientes apartados.

Sobre las clases o los cursos de parto, podemos decir que está estrechamente vinculado con lo expuesto en el apartado anterior, ya que tiene que ver con la información. Carolina Farias (2014) en su investigación *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia* entiende que:

los cursos de preparación para el parto tienen como objetivo brindar herramientas a la futura mamá y a su acompañante, para transitar el proceso de embarazo, parto, lactancia y los primeros días del bebé. En nuestro país, se pueden realizar en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud, tanto a nivel mutual como público, o recurrir a organizaciones privadas que brindan opciones más amplias como la incorporación del trabajo corporal durante el embarazo (yoga o pilates para embarazadas, etc). Por lo general lo llevan adelante, parteras, ya que son quienes cuentan con la información idónea para la preparación de un parto, aunque también es frecuente que participen ginecólogos/as, nutricionistas, doulas, psicólogos/as, etc (Farías, 2014:47).

Una de las críticas que puede recibir la información brindada en los cursos, tiene que ver con no hacer referencia al procedimiento de la cesárea, como una posible forma de culminar el proceso. De modo que la intervención quirúrgica, tiene a su merced una serie de pasos que deben darse para llevar a cabo la operación. El desconocimiento genera una carencia a nivel psicológico que perturba el estado emocional de la mujer, seguramente eleve el nivel de ansiedad, con ello favorezca el miedo dando lugar al sufrimiento.

Mussini (2009) sostiene que estas frases son las más representativas en relación a los cursos y que colaboran a la hora de pensar en nuevas propuestas:

Hice el curso, lo pasé bien, pero en el parto me olvidé de todo. Para qué voy hacer el curso si voy directo a cesárea. No sabía pujar, por eso el bebé no bajó. El jadeo solo me calmaba, no sabía qué hacer. No sabía que las contracciones eran tan fuertes, por eso no hice el curso. ¿Para qué voy hacer el curso? Ya me va a salir qué hacer en el parto (Mussini, 2014:102)

Sobre estas frases, también puede verse un desinterés propio de la mujer, que quizás no dimensiona lo que significa poner el cuerpo para el acontecimiento, y que toma real conciencia en el momento que se angustia frente al posible hecho de ser operada o no poder dominar el dolor. Particularmente, el hecho de ser operada tiene significados distintos que están envueltos en la propia historia. Una vez más, la importancia de considerar la subjetividad en la experiencia del embarazo. En este sentido, quizás los cursos no estén contemplando del todo la información pertinente y se vuelvan necesarias nuevas propuestas y profundización sobre algunos aspectos que brinda la psicoprofilaxis.

3.2.2 Psicoprofilaxis obstétrica.

La psicoprofilaxis está basada en la importancia del acompañamiento y sostén psicológico que se vuelven necesarios para la mujer en proceso de embarazo. A grandes rasgos, podría decirse que una de las formas de aliviar el dolor en el parto es la medicalización y la otra es ésta, la preparación natural y activa para el parto. Natural porque no se ingiere nada más que información sobre el evento y activa porque se trata de un trabajo personal, donde la mujer

protagonista intenta controlar la respiración y relajar los músculos. En este sentido la Psicoprofilaxis obstétrica (PPO) se la define como:

La preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal (Morales, Guibovich & Yábar 2014:55)

A modo personal, sobre la cita, es pertinente considerar el término pareja en lugar de “padre”, porque padre refiere a la figura del varón y no tiene en cuenta la posibilidad de que ese acompañante pueda ser una mujer. De todas formas, elijo la cita por su completitud al entender de qué trata la psicoprofilaxis.

Existen distintas escuelas sobre la psicoprofilaxis y en ellas referentes que se han encargado de buscarle alguna explicación al dolor en el parto. Fernando Navas (1960) en su texto *Valoración de resultados del Método Psicoprofiláctico en Obstetricia* considera que los métodos basados en elementos didácticos, fisioterapéuticos y psicoterapéuticos fueron promulgados por Grantly Dick-Read (1933) y Platonov Velvosky (1949). Asimismo Navas sostiene que

Mucho se ha escrito sobre el método psicoprofiláctico y sin embargo todavía no está suficientemente clara su acción. Hay acuerdo unánime en que es muy útil, que da magníficos resultados y que es el avance más grande que la obstetricia ha obtenido en los últimos tiempos (1960: 382)

Consuelo Ruiz (S/F) también nos habla sobre este método, refiriéndose a la desinformación e ignorancia como uno de los problemas mayores respecto al dolor. Ella considera que el parto como cualquier otra función fisiológica no debería doler. El objetivo de la psicoprofilaxis es

destruir el reflejo condicionado negativo por medio del conocimiento exacto de lo que es el parto y de cómo deben comportarse en él. Hay que sustituir el reflejo condicionado, basado en la ignorancia por otro apoyado en el conocimiento de lo que va a pasar y de lo que hay que hacer (Ruiz, S/F: 24).

En tal sentido, es relevante considerar aquellas creencias religiosas de las cuales hacemos referencia en el segundo capítulo, que propician una percepción distorsionada del embarazo producto del imaginario y de los mitos, que hacen a una equívoca referencia a lo que sucede en un trabajo de parto y parto.

Es importante, tener presente que el dolor se encuentra allí y que no es posible eliminarlo en cualquiera de sus intentos, porque la apertura del canal de parto, el ensanchamiento de los

músculos y las caderas genera una presión sobre ellos que ningún método ni entrenamiento logran acabar con ese dolor. En tal sentido, se sustenta la función del dolor en el parto, una función informativa, que establece el curso del trabajo de parto y el propio parto. Lo que sí es controlable es la intensidad del dolor y la forma de percibirlo. Mujeres que están preparadas para ello, saben de alguna manera qué les va a ir ocurriendo. Por lo expuesto, el “método psicoprofiláctico es la preparación intelectual obstétrica, el entrenamiento neuro-muscular, y el control emocional. Enseñar a la mujer qué está sucediendo en ella, qué va a pasar, qué sensaciones va a experimentar y cómo debe comportarse” (Navas, 1960:383). Allí radica la importancia de estos métodos que contribuyen a concientizar sobre ese dolor sin mitigarlo. En sintonía con lo expuesto, donde cada eslabón configura un punto importante en todo el proceso, cabe destacar el desempeño o el acompañamiento brindado desde la institución, mediante el cual se asisten casi la totalidad de los nacimientos en nuestro país (Magnone, 2013)

3.2.3 Acompañamiento institucional

Para pensar el acompañamiento a nivel institucional, nos apoyamos en Michel Odent (2006) que propone mamíferizar el parto. ¿A que se refiere Odent? Justamente, a que debemos eliminar el componente humano y cultural para fijar la atención en las necesidades de la mujer que da a luz.

En tal sentido se vuelve necesario liberarse a cualquier tipo de posición y movimiento que le venga a la parturienta en ese momento, que muchas veces se dificulta por la instrumentalización a las que se ven expuestas, crear un ambiente cálido para la experiencia, como por ejemplo: medir la intensidad de las luces, darse una ducha o sumergirse en agua tibia para parir dentro del agua, que la mujer se encuentre acompañada de quien desea, en suma: fomentar un ambiente de intimidad para un evento que es de orden sexual. Son algunas de las formas de llevar a cabo un parto placentero, o que colaboran a desligarse del miedo y la vergüenza que llevan muchas veces, como hemos visto, a un aumento sensorial de dolor en el parto.

Esta mirada sobre el ambiente y las condiciones dadas, donde la mayoría de las mujeres paren a sus hijos actualmente, en un centro hospitalario, que aloja personas en estado vulnerable la mayoría de las veces por alguna enfermedad; podría considerarse uno de los factores que perturban el trabajo de parto.

Por ello, es imprescindible que la mujer se encuentre relajada y reduzca las funciones cognitivas, como el pensamiento que tiene lugar en la zona del neocórtex de nuestro cerebro, permitiendo que sea la parte más primitiva la que prevalezca. Corresponde pensar, que en

las instituciones nacen personas todos los días y que para el cuerpo técnico esto es “moneda corriente”, sin embargo no lo es para cada mujer que habita una sala, no todas son las que están informadas, no todas estuvieron antes en un sanatorio, no todas saben lo que es una sonda ni saben lo que es someterse a un quirófano. Entonces, desde la institución se pueden generar grandes cambios con pequeños actos. Por ejemplo, preservar la intimidad lo mejor posible, dirigirse hacia a ella por su nombre en vez de nombrarla “madre”, permitir la hidratación frente a tanto gasto de energía entre pujo y pujo, disminuir la luminosidad como plantea Odent (2006), que el personal técnico no sea un permanente desconocido, evitar tactos innecesarios, así como cualquier intervención sin consentimiento brindado por la mujer, pedir permiso y por sobre todo, escuchar las necesidades de cada una. Porque para todas no significa lo mismo el hecho de ser madres, ni estar en un sanatorio, ni tener las herramientas para poder “elevar la voz” o hacer uso de sus derechos en un momento de vulnerabilidad, depende de cada una, de las herramientas que haya adquirido a lo largo de su vida, de la información que tenga al respecto para vivenciar con autonomía ese momento.

Por verse el proceso de embarazo institucionalizado Sadler Michelle (2003) entiende que

El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos. Las etapas del ciclo vital de las mujeres se patologizan, concibiéndose la menstruación, gestación, parto y menopausia como enfermedades que deben ser tratadas y controladas. (Michelle, 2003:2)

¿Habría que controlar los controles brindados por el cuerpo médico? En tal sentido surge la perspectiva del “parto humanizado”. Uno de los focos de esta mirada, esta puesta en la partería como privilegiada para asistir partos normales y recurrir al ginecólogo cuando exista alguna complicación. Natalia Magnone (2010) en su tesis de maestría titulada *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización* entiende que

La partería tiene un gran potencial (devenido de su historia) para trabajar desde la salud y lo fisiológico, para plantear un escenario de contención, de circulación de energía de confianza, de posibilidades de adaptarse a las posiciones que prefieren las mujeres para parir, de incluir opciones naturales para aliviar el dolor (...). Este perfil requiere de un tipo de formación específica que combine los conocimientos de la partería tradicional con los avances de la medicina actual (Magnone, 2010:141)

Cabe destacar de su cita, que la partería puede trabajar “desde la salud” y no desde la patología, si asumimos que el proceso de embarazo no tiene que ver con la enfermedad y fijamos la mirada en su fisiología o naturalidad. La autora, estima que desde la institución podrían darse prácticas que tengan en cuenta “cómo se está sintiendo la mujer, cuál está siendo el rol del acompañante, a qué miedos se enfrenta, qué cosas necesita. Esta función que hoy en día nadie realiza podría ser desarrollada por doulas y parteras” (Magnone, 2010:

126). Por lo tanto, además del acompañamiento institucional es igual de importante el apoyo emocional para que sea otro el que “eleve la voz” en caso de que la mujer lo necesite. Este acompañamiento puede estar dado por la pareja o por una persona preparada para sostener todo el proceso del nacimiento, como hemos mencionado, nos referimos a las parteras o las doulas.

3.2.4 Acompañamiento emocional. ¿La pareja o las Doulas?

La obstetra y psicóloga Amelia Mussini (2009) en su libro *Parto, miedo y dolor* describe en uno de sus apartados una investigación llevada a cabo por ella en ACUNA un Centro de Maternidad y Familia en Argentina, La Plata, durante el año 2001. La investigación titulada *Efectos sobre vivencias de dolor y miedo logrados con apoyo emocional (AE) y estímulo corporal (EC) en el trabajo de parto* da como resultado:

la creación del Score de Medición (con índices cualitativo y cuantitativos) de Miedo y Dolor en el Parto, que es el primero que existe mundialmente (...) En nuestro caso permitió, por primera vez, hacer cálculos numéricos del beneficio del acompañamiento especializado sobre el miedo y el dolor sentidos por las mujeres durante el trabajo de parto (Mussini, 2009:98).

Además de haber creado el instrumento de medición, la relevancia de dicha investigación está dada por concluir que ese apoyo emocional y estímulo corporal durante el trabajo de parto resultan beneficiosos para aumentar la capacidad de dar cauce a la vivencias de dolor y miedo, mayor satisfacción post parto e inicio inmediato del contacto con el recién nacido y la lactancia, incrementando las posibilidades de evolución espontánea del parto y disminuyendo las intervenciones médicas (Mussini, 2009:98)

De alguna forma, el encontrarse informada, acompañada y preparada para el momento del parto pareciera ser una de las vías que contribuyen a despojarse del miedo y aliviar la tensión para que no sean estas, las sensaciones protagonistas de dicho momento. La información también se vuelve relevante para el o la acompañante, elegido por la mujer para sostenerse emocionalmente en el momento del trabajo de parto, parto y puerperio.

A los efectos, podemos hacer referencia a la Ley N° 17386 - “ley de acompañamiento”- donde se decreta que “*Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo 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 emocional*” (Uruguay, Poder Legislativo, 2001, Art.1). Sabemos que el marco legal es importante en la medida en que nos permite hacer uso de nuestros derechos, así como de las

obligaciones competentes. En este sentido, la investigación de Farías (2014) denota algunas dificultades para hacer uso pleno de este derecho, al menos en el caso de las cesáreas. Teniendo en cuenta que

la experiencia de acompañamiento está atravesado por continuas separaciones: la mujer es separada de sus acompañantes desde las revisiones al ingreso, separada nuevamente en el momento de traslado y hasta la aplicación de la anestesia y separada finalmente luego del nacimiento. (...) Al momento de nacer el niño/a, la mujer debe decidir si el acompañante se retira de quirófano con el bebé o si se queda con ella, lo que deja en evidencia la imposibilidad real de ejercer el derecho de estar acompañada (Farías, 2014:102-103)

El acompañamiento entonces, en el ámbito hospitalario, está dado por una persona y solo una, al no contemplar la presencia de otra persona, la mujer debe elegir quien será su acompañante: si será su pareja o en el caso de que tenga la opción una persona formada para el hecho. Lo relevante en este sentido es que los dos fusionados al mismo tiempo pueden ser de gran ayuda. Es probable que la pareja también se encuentre viviendo sensaciones de temor, alegría, momentos de ansiedad y/o nerviosismos, palpitando la situación que anticipa la llegada de su hijo/a, entonces ¿quién se encarga de sostener de manera efectiva el trabajo de parto, el parto y el puerperio?

En este sentido puede resultar importante el aporte de las doulas, que son mujeres con el conocimiento necesario sobre el proceso de embarazo y que están dedicadas al acompañamiento desde el inicio del trabajo de parto hasta las primeras horas del puerperio. Se puede estimar que son de gran ayuda para sostener y traducir (lo que muchas veces la mujer no puede decir) en relación a las necesidades de cada madre.

En la investigación *Aportes de las doulas a la obstetricia moderna* (Valdes & Morlans, 2005) se reconoce los aportes de ellas y los beneficios que su presencia genera en las mujeres. Aquí se las define como a “la mujer que acompaña a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, ofreciéndole apoyo emocional continuo. El contar con esta compañía es una práctica ancestral, que aún persiste en muchas culturas primitivas” (Valdes & Morlands, 2005:108).

En dicha investigación se da cuenta sobre esta presencia y apoyo emocional que colaboran a reducir la incidencia de las cesáreas, la duración del trabajo de parto y a la vez la necesidad de la analgesia o anestesia (Váldez & Morlans, 2005). En el devenir institucional del embarazo, comienzan a perder protagonismo la propia mujer embarazada, las parteras, las doulas que ya no podrán estar porque el acompañante debe ser uno y solamente uno. A menos que la mujer la elija. Ya hemos visto de qué manera influye sobre el umbral de dolor, las sensaciones

de miedo, el efecto del estrés que genera un retardo en el proceso normal del trabajo de parto y parto.

Para finalizar, Laura Gutman (2004) en su libro *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina* dedica un apartado a las doulas resaltando la importancia y cuidado de su trabajo.

Al respecto dice:

Creo que las doulas representa, en su máxima expresión, la cadena de sostenes (...) porque su función es específica y está debidamente capacitada. Por otra parte la mujer que deviene doula frecuentemente lo hace reparando viejas heridas y puerperios traumáticos, de modo tal que cada vez que se asiste a una mujer puérpera, se sana a sí misma por todo el sostén no recibido (Gutman, 2004:120).

La autora, reflexiona sobre una fuerza femenina capaz de apoyar, tranquilizar y por qué no, sanar la relación de ese vínculo temprano en la díada madre-hijo/a que será vital para el posterior desarrollo psíquico de la vida recién nacida. Así que el acompañamiento por parte de la doula tiene doble beneficio según Gutman, a la vez que funciona como sostén con otra mujer logra "sanar" su propio vínculo. ¿Será que los caminos de la maternidad y el vínculo temprano con nuestra madre funcionan y determinan nuestra salud psíquica, emocional y afectiva? ¿Somos conscientes de las vicisitudes sobre este evento que ocurre todos los días y a toda hora en el mundo y que en uno de sus fines se encuentra la reproducción de nuestra propia especie?

Reflexiones finales:

¡Qué desdicha ser mujer! Y, sin embargo, cuando se es mujer, la peor desgracia en el fondo, consiste en no comprender que se es. Søren Kierkegaard

El dolor: uno de los aspectos más difíciles de desarrollar. Un sentimiento definido como una sensación molesta, en general, asociado negativamente a la vida. Solo pocas veces se refiere a él como función o como forma de aprendizaje. En tal sentido, es importante definir o multiplicar espacios y darle lugar a ser expresado, considerado, desprejuiciado. Desde allí la psicología en cualquiera de sus campos tiene mucho para aportar.

Considero que el dolor en nuestra disciplina constituye un punto de partida, una señal sobre un síntoma o una herramienta para pensar sobre posible prácticas e intervenciones. ¿Qué lugar tendría la psicología, la medicina, incluso las distintas religiones, si el dolor no formara parte inherente en nuestra vida? Además de estos dolores vitales, distintos en cada uno/a pero universales ¿Duele ser mujer? ¿Tenemos que pagar algún precio “extra” por el hecho de serlo?

En mi experiencia de ser mujer y permanecer en el mundo como tal, trabajar los aspectos relacionados al parto fue una forma de acercarme a uno de los “posibles dolores” en las mujeres, teniendo en cuenta las diferencias de género que existen ejercidas por un sistema patriarcal, que adopta distintas formas de expresión tanto en la vida social como en la vida más íntima.

Me complace pensar que efectivamente el dolor en el parto tiene una función, además de ser empuje natural para traer vida al mundo, una función de identidad con respecto a una misma, de la que nos debemos re apoderar para ser nosotras las dueñas de nuestros cuerpos, para ser protagonistas en la sala de partos y llevar a cabo un embarazo no de la mejor posible, sino respetado y motivado por el propio deseo. Diría que ser mujer no duele, lo que duele es ser mujer en un sistema patriarcal, en la que crecemos atemorizadas y avergonzadas de nuestra propia sexualidad.

Respetar y mirar los deseos, significa en cierta forma, descentrar la mirada en la comodidad puesta al servicio de los profesionales de la salud para ponerla a la orden del nacimiento, como en este caso. A este respecto, el parto conjuga situaciones significativas para los aportes en psicología perinatal, contribuyendo a la prevención e intervenciones específicas en relación con los aspectos psico afectivos en el transcurso de la concepción, el embarazo, el parto, el postparto y la crianza temprana.

A nivel sanitario se pueden promover espacios para trabajar las emociones sobrevenidas a la maternidad, que no siempre se corresponden a sentimientos de alegría, porque también se encuentran otros que generan miedo y ansiedad, son los menos visibles, sin embargo, son igual de importantes que los dolores físicos en tanto resuenan sobre la relación temprana de la madre e hijo/a. Si pusiéramos atención a la forma en que actualmente venimos al mundo, quizás nos ahorraríamos enfermedades o afecciones surgidas de alejar al recién nacido de su madre, puesto que esta díada madre-hijo/a da forma a nuestra cultura.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson
- Arizmendi, P (2015). Tras la sabiduría perdida del dolor. Estudios 113, vol. XIII, 153 -167.
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. (IASP) (2012). Recuperado de <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>
- Ávila, A. (2011). Dolor y sufrimiento psíquicos. Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia, 5 (1), 129-145.
- Bustos Domínguez, R. (2000). Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. *Acta bioethica*, 6(1), 103-111.
- Catlán, M. (2006). *El placer y el dolor en el parto*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986334>
- Casanova, M., Ortega, L., López, M. & Vazquez, M. (1989). Ser mujer. La formación de la identidad femenina. México. Editorial: Colección Medular.
- De Beauvoir, S. (1981). El segundo sexo. España: Ediciones Aguilar.
- De Molina, I., Rubio, L., Roca, A., Jimenez, M., De la Flor, M. & Sirgo., A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección. *Saúde Mental*, 13, 17-32.
- Díaz, J. (2005). La identidad del dolor: ¿Lesión, congoja, lamento o neuromatriz? *Salud Mental*, Vol. 28, 13-32.
- Ehrenreich, B. & English, D. (1981). Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. España: Editorial La Sal.

- Farías, C. (2014). Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. [Tesis de Maestría, no publicado] Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4473/1/Carolina%20Farias.pdf>
- Fernández, A. (1992). *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Freud, S. (1914-1916). Duelo y Melancolía. Obras completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Editores Amorrortu
- Gutman, L. (2004). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. Buenos Aires: Editorial del nuevo extremo.
- Ibarra, E. (2006). Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 13(2), 65-72. Recuperado en 24 de julio de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es&tlng=es.
- Hounie, A. & Fernández, A. (Comp.). (2014). *Políticas del dolor. La subjetividad comprometida. Un abordaje interdisciplinario de la problemática del dolor*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Universitarias, Unidad de comunicación de la Universidad de la República (UCUR).
- Hutter, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid, España: Editorial Turner.
- García, L. (2010) El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. Recuperado de http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el_miedo_y_dolor_en_el_parto.pdf
- Gómez, M. (1998). Dolor y sufrimiento. El problema del sentido. Rev. Soc. Esp. Dolor 5: 144-158.
- Leboyer, F. (2010). *Nacimiento sin violencia*. Madrid, España: Editorial GAIA.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Paris: Editorial SeixBarral, S.A.

- López, P; Gelpi, G y Forrasi, F. (2015). *Salud y Diversidad Sexual: Guía para profesionales de la salud*. Montevideo: UNFPA.
- Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*. [Tesis de maestría no publicado] Recuperado de http://www.mujerahora.org.uy/sites/default/files/derechos_y_poderes_en_el_parto_magnone.pdf
- Magnone, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5(12), 79-92.
- Maldonado-Durán, J. (2011). *Salud mental perinatal*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/301348260_LA_SALUD_MENTAL_Y_SUS_DIFICULTADES_EN_LA_ETAPA_PERINATAL
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública*. Capítulo: Trabajo de parto y parto. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20y%20PARTO%20MSP%202014_1.pdf
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2016). *Objetivos sanitarios nacionales 2020*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%20MAYO%202016.pdf
- Mussini, A. (2009). *Parto, miedo y dolor. Medir el miedo para dar cauce al dolor*. Buenos Aires, Argentina: Editorial del nuevo Extremo S.A.
- MYSU. (2014). *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2010-2014*, Montevideo, MYSU.
- Navas, F. (1960). Valoración de resultados del Método Psicoprofiláctico en Obstetricia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 11(4), 331-393.
- Odent, M. (2006). *La Cesárea*. Barcelona: Editorial La Liebre de marzo.

- Odent, M (2011). *El bebé es un mamífero*. Buenos Aires: Editorial Madreselva.
- Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37.
- Rodrigáñez, C. (2007). *Pariremos con placer*. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y a energía sexual femenina. Ediciones Crimentales S.L.
- Rodrigáñez, C. (2009). Parto orgásmico: testimonio de una mujer y explicación fisiológica. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/casildarodriganez/parto-orgasmico-testimonio-de-mujer-y-explicacion-fisiologica>
- Ruiz, C. (2012). *Parir sin Miedo. El legado de Consuelo Ruiz Vélez-Frías*. España: Editorial OB STARE.
- Ruiz, C. (S/F). *Cartilla para aprender a dar a luz*. Madrid: Talasa ediciones S.L.
- Sánchez-Migallón, V., Sánchez, M., Raynard, M., Miranda, A. & Borrás, R. (2016). Análisis y evaluación de la efectividad de la analgesia epidural y su relación con el parto eutócico o distócico. *Revista Española de Anestesiología y reanimación*, recuperado de: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S003493561630192X?>
- Sadler, Michelle (2003) "Así me nacieron a mi hija". *Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*, Universidad de Chile.
- Uruguay, Poder Legislativo (2001). Ley Nº 17386, Dispónese 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 emocional. Publicado en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2001. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Ancho r=>
- Valdés, V. & Morlans, X. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 70(2): 108-112.
- World Health Organization (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

