



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado
Licenciatura en Psicología
Modalidad: monografía.

Mujeres, derechos y beneficios en el parto humanizado.

Estudiante: Nazarena Méndez Peña

C.I.: 4.954.952-6

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías.

31 de Julio, 2017
Montevideo-Uruguay

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1: Derechos Sexuales y Reproductivos.....	6
Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos y Parto Humanizado a nivel Internacional	6
América Latina, derechos sexuales y reproductivos en relación a la humanización del parto.	9
Capítulo 2: Medicalización de la vida.....	14
Capítulo 3: Modelos de atención al parto	18
Modelo tecnocrático	18
Modelo Holístico	22
Modelo humanista. Parto Humanizado.....	23
Capítulo 4: ¿Qué implica el parto humanizado?.....	28
Las mujeres como protagonistas	28
Relación entre el equipo de salud, la mujer embarazada y su familia.....	34
Apego, primer contacto madre-hijo y lactancia materna.....	37
Reflexión final.....	40
Bibliografía	43

Resumen

La presente monografía tiene como objetivo abordar, desde la perspectiva psicológica, las cuestiones relacionadas al parto humanizado y sus beneficios físicos y psicológicos para todas las mujeres.

Se realiza un recorrido por los derechos sexuales y reproductivos a nivel Internacional y Nacional, analizando los procesos de medicalización de la sociedad y los modelos de atención en salud, estrechamente relacionados con las mujeres embarazadas y sus cuerpos, indispensable para la comprensión de la humanización del parto.

Se destacan los aportes del parto humanizado relacionados con los deseos, subjetividades y necesidades que cada mujer, reconociendo los derechos y el protagonismo en su vida sexual y en su salud reproductiva, al mismo tiempo que se explora las condiciones en las que se posibilita la humanización, considerando el rol de los equipos de salud, de las instituciones y el Estado.

Es menester reflexionar sobre las posibilidades de generar experiencias positivas y sanas durante el parto, ya que impacta directamente en la vida de las mujeres y sus hijos, teniendo en cuenta que somos seres biopsicosociales, esta perspectiva de humanización pone a la mujer como figura central y protagónica.

Introducción

Como estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, y habiendo cursado la optativa de graduación *Violencia Obstétrica* surgieron en mí diferentes interrogantes y cuestionamientos en relación a las vivencias que han tenido que recorrer las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en los centros de salud.

Por este motivo, opté por realizar una monografía como Trabajo Final de Grado, con el objetivo de reflexionar sobre los beneficios que presenta el parto humanizado para las mujeres desde la perspectiva psicológica. Para ello fue indispensable indagar e investigar sobre los saberes internacionales generados en materia de derechos sexuales y reproductivos que se han ido gestando y significando a lo largo de la historia. Punto de partida que será indispensable para analizar la producción de conocimiento relativa al parto humanizado o parto respetado, como una alternativa al modelo médico hegemónico, que busca efectivizar la incorporación e implementación de dichos derechos.

Se intentará dar respuesta en base a bibliografía pertinente al tema, a qué es el parto humanizado, qué propuestas de atención presenta, cómo es la relación médico-paciente desde esta perspectiva, cuáles son los beneficios, cómo el Estado, las instituciones y profesionales de la salud pueden apoyar y respaldar la incorporación de este modelo. Así también, se pretende visualizar cómo algunos países de América Latina, incluyendo Uruguay, integran y reproducen en sus legislaciones (leyes, normas y políticas públicas), los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Se reflexionará sobre los modelos de atención en salud durante los procesos reproductivos, en especial el parto, siendo el modelo humanista central para esta monografía, ya que tiene en cuenta los aspectos biopsicosociales de las mujeres, y proponen una atención integral en la cual se contemplan las particularidades de cada mujer en cuestiones tan significativas y emocionales como los son el embarazo y el parto (Davis-Floyd, 2001).

Se dispondrá para este trabajo de una mirada desde el ámbito de la psicología, fuertemente relacionada con la perspectiva de género y derechos humanos, con los aspectos psíquicos, emocionales y afectivos del embarazo y el parto. Se indagará así sobre la incorporación del parto humanizado en los centros de salud, qué tipos de servicios requiere, qué formas de atención a la hora del trabajo de parto y parto se esperan, qué experiencias y actitudes pretende generar y fomentar en las mujeres y en los profesionales de la salud, investigando y problematizando respecto a dicho tema.

Se analizarán los documentos internacionales generados a partir de la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* de 1994, la *Declaración de Fortaleza* de 1985 realizada por la OMS, la *Declaración de Beijing* a partir de la IV Conferencia Mundial sobre las mujeres realizada en 1995 y por último la *Propuesta de Convención Interamericana de Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos* del año 2010, para desarrollar y dar cuenta de la importancia que tienen los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres, sobre todo en aquellas que transcurren por procesos de embarazo, trabajo de parto y parto -cuyo tema es central en esta tesis- siendo estos derechos esenciales para el bienestar de todos los individuos, en el plano individual, interpersonal, en el desarrollo de la personalidad y en lo social.

Desde este punto de partida se realizará un recorrido teórico para llegar a comprender el “parto humanizado” y los beneficios que supone para la mujer en relación con los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos.

En el capítulo uno se abordará y analizará los derechos sexuales y reproductivos en relación al parto humanizado, a nivel internacional, en base a los congresos y convenciones, a nivel de América Latina se presentará y reflexionará sobre leyes, normativas y organizaciones existentes, teniendo especial significancia aquellas correspondientes a Uruguay.

El capítulo dos constará de la descripción y análisis del proceso de medicalización de la vida y en específicos de los procesos reproductivos de la mujer, visualizando y reflexionando sobre cómo este proceso intervino en la sociedad y en la visión del género femenino, como también la influencia en las formas de atender el parto.

En el capítulo tres se expondrán los modelos de atención descritos por Davis-Floyd, en esencial el modelo humanista, desarrollando la perspectiva del parto humanizado como una alternativa al modelo hegemónico, los beneficios y herramientas que éste tiene para la mujer en relación con los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

En el cuarto capítulo se trabajará en los aspectos positivos y beneficiosos de la atención humanizada durante el parto para la mujer y su bebé, a partir de una revisión bibliográfica de diferentes autores centrados en dicha temática. Se abordará la importancia que tiene el empoderamiento y la toma de decisiones informada en la mujer.

El último capítulo presenta las reflexiones finales realizadas por la autora a partir de la articulación teórica de lo desarrollado en los capítulos precedentes.

Capítulo 1: Derechos Sexuales y Reproductivos

Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos y Parto Humanizado a nivel Internacional

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos y como tales han ido reconociendo internacionalmente. Se han desarrollado diversas declaraciones, conferencias e informes destinados a la protección de dichos derechos, en relación a la orientación sexual, identidad, igualdad, no discriminación, autonomía, reproducción, y con especial atención a los derechos referentes a las mujeres, entre otros. Para esta monografía serán de importancia las conferencias realizadas en torno a la mujer y sus derechos sexuales y reproductivos, para comenzar a reflexionar sobre los paradigmas en relación al parto y su atención.

Según Romero y Muro (2016):

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la comunidad internacional surge como respuesta a movimientos de lucha y reivindicación de dos grupos históricamente discriminados: las mujeres y las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI). La sociedad civil organizada y los distintos movimientos feministas, han colocado en la agenda internacional, desde hace más de tres décadas, la importancia de visibilizar dichos derechos y la relación directa que éstos tienen con el goce y disfrute de otros derechos humanos plasmados en los tratados internacionales y en las constituciones de los Estados (p.274)

Por su parte, la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* (1994) y, la *Declaración de Beijing: IV Conferencia Mundial sobre las mujeres* (1995), son fundamentales para pensar los primeros aspectos y expresiones en relación a la salud sexual y reproductiva de los individuos, ya que planteaban “(...) el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos” (OMS, 1994, p.37). Además, se pretende con estas conferencias que los Estados partes, garanticen el acceso y la calidad de los servicios que los centros de salud públicos y privados deben prestar a todas las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital.

La IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo:

(...) colocó el derecho universal a la salud reproductiva por encima de cualquier meta demográfica, y esto representó un giro cualitativo y una promesa para las mujeres: importarían como seres humanos, ya no sólo sus úteros y ovarios o la

regulación de su capacidad de procreación. La salud reproductiva nació con un enfoque de género, pues reconoció que fortalecer la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, respetar sus decisiones en materia reproductiva y fomentar la equidad entre ellas y los varones en materia educativa, laboral y política eran fundamentales para hacer realidad los derechos reproductivos (Espinosa y Paz, 2004, p. 129-130).

Luego de esta conferencia muchos Estados fueron desarrollando en sus legislaciones, leyes, normativas y programas dirigidos a la salud sexual y reproductiva, desde una nueva visión basada en el reconocimiento de derechos.

En 1995, en “La Declaración de Beijing” se define la salud reproductiva como:

(...) un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (...) el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. (Naciones Unidas, 1995, p. 37).

El reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos son fundamentales para la vida de las mujeres, y se encuentra relacionado con los modelos de atención destinados a la sexualidad y la reproducción. El parto humanizado en este sentido, presenta un enfoque que favorece el protagonismo, apropiación del cuerpo, empoderamiento y toma de decisiones informadas durante el embarazo, trabajo de parto y parto en la mujer.

En términos generales, el parto y nacimiento humanizado puede entenderse como el respeto hacia la madre, hijo/hija, padre y familia en los procesos del embarazo, parto y nacimiento, considerando el tiempo, el ritmo, la fisiología y emociones de cada madre para hacer del momento del alumbramiento un evento placentero, cargado de amor y en compañía de quien la madre decida, ya sea el parto por vía vaginal (espontáneo) o cesárea (Defensoría del pueblo, 2012, p.7).

En la *Declaración de Fortaleza* (1985) sobre “Tecnología apropiada para el parto” se reflexiona sobre:

(...) la importancia de la mujer como sujeto activo y decisor en la planificación, control, evaluación y realización del parto, el nacimiento y el puerperio y, además, se exhorta a los

Estados a redefinir sus instituciones de atención en todo el proceso de concepción, gestación y alumbramiento, para garantizar que dichas tecnologías, en su uso adecuado y oportuno, beneficien el parto con o sin riesgos (Defensoría del pueblo, 2012, p.19).

En este sentido se destaca el papel que tienen los Estados en el reconocimiento y cumplimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, siendo estos quienes deben garantizar mediante normas y leyes que todas las mujeres puedan acceder a instituciones de salud en las que sus derechos sean respetados, reivindicando el rol protagónico y su autonomía, posibilitando que vivan las experiencias de embarazo, trabajo de parto y parto de forma positiva y sana (Defensoría del pueblo, 2012).

En la *Conferencia Internacional para la Humanización del Parto*, llevado a cabo del 2 al 4 de noviembre del 2000 en Brasil, se define el concepto de humanización y se reflexiona sobre la importancia que representa para la sociedad. Éste está relacionado con el apoyo y compasión que debe existir entre las personas, necesarias para el desarrollo de las sociedades y una vida plena. Una dimensión a humanizar es el trabajo de parto, parto y el nacimiento, visualizándose éste como uno de los procesos sustanciales en la vida de las mujeres y sus hijos, mereciendo un interés específico que responda a las necesidades de humanización y respetado (Declaración de Ceará sobre la Humanización del Parto, 2000).

Luego de este congreso se conformó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento, “(...) un conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer” (RELACAHUPAN- Uruguay, 2006-2007).

Según la RELACAHUPAN:

El movimiento de humanización del embarazo, el parto y el nacimiento se inscribe en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en la reivindicación de los mismos (...) contribuyendo a que reflexionemos sobre diversos procedimientos y prácticas en obstetricia, que se habían instalado casi como algo necesario (Relacahupan Uruguay, 2006-2007).

En reflexión a las conferencias antes mencionadas se podría decir que fueron los primeros intentos destinados a la incorporación y reconocimiento por parte de los Estados de que los derechos sexuales y reproductivos, fuertemente articulados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres fueran visualizados y problematizados. Se resalta la importancia del reconocimiento de estos derechos ya que son fundamentales para la vida de las mujeres, su salud y bienestar tanto físico como psicológico. Implicaron así avances en materia de derechos generando a lo largo de la historia que

aspectos de la sexualidad y la reproducción fueran tomando importancia e incorporándose en las agendas políticas de los Estados partes adheridos, reconociendo así su universalidad, independencia e interrelación con otros derechos. En las conferencias destinadas a la humanización del parto, se produjeron saberes y propuestas fundamentales que están estrictamente relacionados no solo con el Estado, sino con las instituciones de salud y sus profesionales.

América Latina, derechos sexuales y reproductivos en relación a la humanización del parto.

La Declaración de Ceará sobre la Humanización del Parto, propició la creación de la RELACAHUPAN “(...) con el objetivo de promover iniciativas de formación, capacitación, concientización y creación de centros públicos y privados en Latinoamérica” (FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2011, p.20). Pero además promovió que algunos Estados se preguntaran y problematizaran en relación a las formas de parir y nacer, visualizaran el parto humanizado como una alternativa al modelo médico hegemónico que según Menéndez (1988) es:

(...) el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (p.151).

A continuación, serán desarrolladas leyes y normativas de algunos países que cuentan en su legislación y asumen como objetivos aspectos relacionados al beneficio de la mujer con respecto a sus derechos sexuales y reproductivos durante el trabajo de parto, parto y puerperio.

Uruguay luego de la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* del 1994 toma una postura centrada en el cambio de paradigmas, lo cual repercute en las políticas destinadas a la salud sexual y reproductiva (López, et al 2009, en Magnone 2010).

En el año 2001 se aprobó la Ley n° 17.386 “Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento”. Esta ley puede tomarse como un intento del Estado en

incluir la perspectiva humanista de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres, en su artículo 1° menciona:

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 (Ley N° 17.386, 2001).

Este artículo se centra en el acompañamiento de la mujer por otra persona a elección, afirmándolo como un derecho fundamental que debe ser posible para todas las mujeres, ya que se debe tener en cuenta las condiciones emocionales y afectivas durante el desarrollo del parto. Tanto en las instituciones públicas como privadas se le debe informar a la mujer al respecto de esta ley. Éste aspecto se retomará y desarrollará en el capítulo cuatro.

Luego de la reforma del sistema de salud en el país y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley N° 18.211, 2007), se promulgó la Ley N° 18.426 “Defensa de la salud sexual y reproductiva”, que en su artículo 2 plantea como uno de los objetivos generales: “asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona” (Ley N° 18.426, 2008).

En el artículo 3, como uno de sus objetivos específicos, en relación a las políticas y programas de salud sexual y reproductiva se apunta a: “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificado”

En Uruguay en el año 2008 se crean las “Normas de atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio”, realizadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) con el objetivo de:

(...) proporcionar las herramientas necesarias a los equipos de salud, buscando la calidad y eficacia basándose en el más alto nivel de evidencias científicas que puedan asegurar que la atención de la mujer en el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio sea eficiente, integral, personalizada y humanizada (MSP, 2008, p.9).

En el año 2014 el MSP en el marco del Programa de Salud Integral de la Mujer, crea el “Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” que complementa y sustituye la guía mencionada anteriormente, “Normas de atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio” en relación con los avances científicos y

nuevas evidencias que generan la necesidad de cambios en la atención, en las prácticas y en los equipos de salud (MSP, 2014).

Estas guías se enmarcan en el cambio del modelo de atención propuesto por la Reforma de la Salud, la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, la humanización del proceso del nacimiento, el empoderamiento de las mujeres y su autonomía y la atención integral de la salud (MSP, 2014, p.12).

En Argentina en el año 2004 se creó la “Ley sobre Parto Humanizado”. Esta ley evidencia los derechos que posee la mujer, como también de los padres y los niños/as recién nacidos/as; además establece prestaciones obligatorias para los centros de salud a la hora del embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, relacionadas con la humanización, reconocimiento de derechos, e información durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y puerperio (Ley N° 25.929, 2015).

(...) dicha Ley pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de estas prácticas cuando lo ameriten el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por escrito en caso que se requiera someterla a algún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética (Ley N° 25.929, 2015).

Esta ley podría resultar importante y evidenciar avances en el campo de la humanización del parto en relación con el Estado y la sociedad. Podría ser tomada como ejemplo por otros países en sus legislaciones, ya que implica un reconocimiento significativo de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. “(...) debemos construir: sociedades lo suficientemente maduras como para reconocer y respetar la capacidad de decisión de cada mujer sobre su propia vida y por tanto sobre su cuerpo” (Magnone, Labastide y Gainza, 2013, p.194).

En México existen la Norma Oficial Mexicana “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio” (1993) que busca generar cambios y mejoras en la atención materno-infantil centrados en favorecer el parto normal, la calidad y calidez.

Basándose en la evidencia científica la RELACAHUPAN de Uruguay analiza y problematiza determinadas prácticas correspondientes al modelo médico hegemónico aplicadas en la atención a la mujer embarazada y sus procesos, en defensa de sus

derechos y desde la perspectiva de humanización, plantean que: “No se trata de cuestionar los métodos obstétricos, sino el criterio con que se manejan (...) No se trata de ignorar la tecnología, sino de ubicarla en su lugar y medida, que deben ser sólo los imprescindibles” (RELACAHUPAN- Uruguay, 2006-2007).

Esta organización apela a que la ciudadanía y en especial la de género femenino, debe estar plenamente informada, sobre el parto y sus procesos, para poder estar en condiciones de elegir por ellas mismas lo que le resulte más conveniente en relación con sus creencias, expectativas, miedos, emociones, familia, entre otros. A su vez el personal de salud debe estar informado y formado en dar servicios adecuados en relación a lo antes dicho, concibiendo a la mujer como un ser integral y teniendo en cuenta todos los aspectos que se ponen en marcha a la hora del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. El cuidado médico, biológico no es el único que debe ser tenido en cuenta, sino también los aspectos culturales, emocionales, psicológicos, sexuales, ambientales, personales. Podría entenderse a estas condiciones como una “capacitación ideológica y ética”, y una “adhesión a una ideología humanista y solidaria” (RELACAHUPAN- Uruguay, 2006-2007)

Para Magnone estos aspectos reflejados por los derechos sexuales y reproductivos están relacionados directamente con el ejercicio de la ciudadanía y afirma que:

La efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y la capacidad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo pone en juego la calidad de la ciudadanía. Entiendo que la reflexión sobre este asunto es una instancia válida para dar cuenta de la concepción que la sociedad tiene sobre la sexualidad y la reproducción, pero también sobre la autonomía y libre determinación que las personas y concretamente las mujeres tienen, o deberían tener sobre el propio cuerpo (2010, p. 15).

Por tanto, el ejercicio y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos tiene que ver con la ciudadanía, con el empoderamiento de las mujeres en relación a estos durante el trabajo de parto y parto, lo que les permitirá como seres humanos, la “libertad” de decidir en base a las opciones y posibilidades que se les presenten, en base a sus creencias, pensamientos, personalidad, sentimientos y emociones. Lo que favorece el goce

Reconocer y visualizar a la mujer y su cuerpo, pensar en ellas como sujetos de derechos, como ciudadanas, implica dejar de lado el paradigma dominante en las sociedades, el paradigma patriarcal, que conlleva a la subordinación de las mujeres. Este reconocimiento significa un desafío para los Estados y las sociedades (Magnone,

2011), e implica la identificación de lo femenino y lo masculino como construcciones sociales, cargadas de significados (Scattone, 2010).

Según Scattone (2010) refiriendo a Friedman (2002) la negación de la mujer, de su identidad tiene su base en la exclusión y dominación, relacionadas con los ámbitos políticos y económicos en donde la mujer es pensada como minoría. El autor manifiesta que el ejercicio de la ciudadanía es el camino que posibilita el acceso de oportunidades para las mujeres, pero que presenta dificultades a la hora de llevarse a cabo, debido al dominio del poder patriarcal aun en las sociedades.

En palabras de Jelin (1996) "Tanto la ciudadanía como los derechos están siempre en proceso de construcción y cambio" (p.5), visualizar las luchas de género, recorrer y analizar las diferentes situaciones de discriminación, sometimiento y opresión relacionadas al género femenino a lo largo de la historia, permitirá entender por qué se ha criticado las relaciones de poder existentes y el paradigma vigente, y se ha emprendido en el camino de la concientización, reconocimiento y apropiación de los derechos en el ámbito femenino.

En las diferentes convenciones y conferencias la mayoría de los Estados han ratificado la aceptación de los criterios y propuestas presentadas, esto no supone o garantiza la aplicación e implementación en sus legislaciones de acciones orientadas a cambiar la situación de las mujeres (Jelin, 1996), pero pueden ser consideradas como generadoras de estrategias (Magnone, 2010). La Organización Mundial de la Salud (OMS) no ha dejado de lado este asunto, remarcando la importancia de visualizar las necesidades de atención y de las mujeres referidas a sus procesos reproductivos, y creando documentaciones que prueban científicamente las recomendaciones que allí se plantean, lo que ha servido para le perspectiva de derechos, en lo referente a la sexualidad y la reproducción, a los partos humanizados y respetados (Hernández y Echeverría, 2016).

Capítulo 2: Medicalización de la vida

A partir de la Revolución Industrial que tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XVIII, los avances tecnológicos de la medicina, implicaron para la sociedad, la economía y la política grandes cambios, entre ellos la medicalización de la vida. Dicho proceso presentó avances científicos que permitieron bajar las tasas de mortalidad, posibilitaron nuevas formas de nacer, como también presentaron e introdujeron otros aspectos como puede ser las excesivas intervenciones rutinarias en el proceso de parto, dejando de lado muchas veces los aspectos individuales y subjetivos de los individuos.

Durante la Sociedad Industrial el Estado buscaba cuerpos que rindieran y produjeran sin que enfermaran, esto hizo que la medicina cobrara protagonismo, actuando sobre los cuerpos (Cannellotto y Luchtenberg, 2008) En este sentido, los posteriores procesos de medicalización e institucionalización surgieron como una forma de poder cumplir con estas funciones del Estado en relación a los individuos. Al respecto, Menéndez (2004) afirma que: “Estas funciones operarían construyendo un sujeto pasivo, burocratizado, “paciente”, que reproduce criterios médicos más allá de su eficiencia terapéutica, a partir de una relación de subordinación con la autoridad médica” (Citado en Cannellotto y Luchtenberg, 2008, p.21).

(...) los primeros objetos de saber y los primeros objetivos de control de la biopolítica (...) que, en la segunda mitad del siglo XVIII, estaban, como es notorio, en conexión con todo un conjunto de problemas económicos y políticos (...) Objetos de saber y objetivos de control de la biopolítica eran pues, en general, los problemas de la natalidad, de la mortalidad, de la longevidad. Por lo menos en esta época, con las primeras demografías, se pone en funcionamiento la medición estadística de todos estos fenómenos (Foucault, 2012, p.196).

En este contexto se buscaba un cambio demográfico, una baja tasa de mortalidad, desarrollándose así las instituciones sanitarias en búsqueda de un mayor control social. “El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo” (Foucault, 1977, p.5). La medicina y los médicos establecen los criterios de salud/enfermedad para los cuerpos/vida, generando que la sociedad y sus individuos fueran considerando los conocimientos producidos como verdades absolutas, produciendo a su vez una dependencia (Rodríguez, 2008).

Menéndez (2005) presenta la biomedicina considerándola como hegemónica, debido a que sus saberes son jerárquicos en relación a otros saberes, ésta se fue desarrollando a partir de la Primera Revolución Industrial frente a los progresos científicos y técnicos, y que a su vez se relaciona con los aspectos políticos y económicos de la sociedad. Las características de este modelo médico que busca, controlar, curar/ prevenir, normalizar son "(...) su biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática" (p.12).

Se podría afirmar que los avances tecnológicos generaron que ciertas prácticas médicas se fueran insertando e influenciando en las sociedades. La medicina incluyó la alta tecnología en sus prácticas y saberes, produciendo que los usuarios de la salud fueran concebidos como "máquinas", desvalorando los sentimientos, personalidades, contextos sociales, entre otros aspectos que atraviesan a las personas (Magnone, 2010). A su vez convirtiéndose en una ciencia que no toma al ser humano en su conjunto, sino que solo visualiza el cuerpo y las enfermedades, olvidando la integralidad de los individuos, como seres biopsicosociales (Rodríguez, 2008). "Según esta manera de pensar, existen límites nítidos entre salud y enfermedad, siendo la enfermedad desorden e invasión, algo anómalo que hay que combatir, en virtud de una concepción idealizada de salud, que no sólo es normativa, sino también inexistente" (Rodríguez, 2008, p. 71).

Camacaro (2009) plantea dos circunstancias históricas que impactaron en los procesos reproductivos de las mujeres:

la primera fue cuando la atención médico-obstétrica trastocó los protagonismos, pasando de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud, la otra y concomitante, fue cuando se trasladan los partos del hogar a los hospitales, concibiendo éstos como el espacio que certifica seguridad para las madres y los/as recién nacidos/as, éstas ocurrencias fueron posibilitadas gracias a la indiscutible verdad de la ciencia y el saber médico. (p.148)

Se trasladan e institucionalizan los procesos reproductivos de las mujeres, los profesionales asumen un rol protagónico, desplazando de esta forma el protagonismo de la mujer, dejándolas en el lugar de pacientes, a la espera de sus mandatos. Quien atiende el embarazo, parto y puerperio deja de ser alguien conocido, familiar y de confianza para la mujer, ocupado ese lugar entonces por el médico obstetra (hombre) quien atenderá y dará las indicaciones y soluciones, dejando de lado el rol que cumplían, las comadronas, doulas o parteras, quedando estas subordinadas a su poder. Los hospitales pasan a ser el lugar apropiado para que los procesos de embarazo, parto y

puerperio, antes considerados normales, naturales y privados sean atendidos desde la perspectiva de salud-enfermedad, medicalizados y públicos (Silin, 2010)

La medicalización de la sociedad según Orueta et al (2011) es:

(...) el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas
(...) La medicalización es un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitado por una situación en la que la sociedad va perdiendo toda capacidad de resolución y su nivel de tolerancia (p.150).

En este sentido la medicalización y a su vez la posterior institucionalización del parto, se podrían considerar como procesos que se fueron fundando en base a intereses políticos, económicos y médicos, lo que generó beneficios en determinadas áreas, pero desventajas en otras. La medicalización atiende las "desviaciones" de los fenómenos de la vida de los sujetos, visualizados como enfermedades. Desde esta perspectiva, en cada etapa de la vida puede ser una situación a tratar, a curar, a corregir, el parto y nacimiento son un ejemplo (Rodríguez,2008). Estos procesos de medicalización y enfermedad son productos de construcciones sociales (Quadrelli, 2015).

Considerar un aspecto de una vida humana como una "enfermedad" puede generar beneficios: (...) proporcionar coherencia a los síntomas de los pacientes y validación y legitimación de sus problemas (...) una explicación para aquello que a alguien lo hace sufrir. Pero aún desde el punto de vista individual puede también tener muchos perjuicios: el estado adquiere "poder" sobre el cuerpo del "enfermo" y puede obligarlo a aceptar ciertas conductas (...) Alguien adquiere una etiqueta, ya no es una persona (Quadrelli, 2015, p.3).

Como beneficio para la salud reproductiva y en la búsqueda de una baja en la tasa de mortalidad materna, la medicalización implicó reducciones en esta área, gracias a las técnicas y procedimientos derivados de los avances científicos. A mitad del siglo XIX la utilización de la anestesia y el control de infecciones fueron prácticas que marcaron la historia de la medicina. Los cambios que se efectuaron a partir de descubrimientos científicos se relacionaron con la importancia de la higiene al atender los partos, lo que disminuía las muertes causantes por infecciones, se reconoció el bacilo causante de la fiebre puerperal y la anestesia por su parte, comenzó a ser aplicada para disminuir el dolor en los partos. Otro conocimiento importante fue el descubrimiento de los latidos fetales y su monitorización (Álvarez et al, 2007-2008).

En el siglo XX la utilización de fórceps y las cesáreas para ayudar a sacar a los bebés durante el parto cuando se presentaban complicaciones, fueron algunos de los sucesos

relevantes de la medicina y el parto en esta época. “Eduardo Porro realizó la primera cesárea - hace unos cien años-, con las medidas adecuadas de asepsia y antisepsia (...)” (Álvarez et al, 2007-2008, p.4). Las técnicas relacionadas con la frecuencia fetal y las ecografías también fueron conocimientos innovadores que redujeron la mortalidad materna (Álvarez et al, 2007-2008).

Suponer que la utilización de estos avances, técnicas y tecnologías siempre implican mayor seguridad durante el nacimiento y parto, tiene como consecuencia pensar a la mujer como enferma, sin tener en cuenta las particularidades de cada situación, o los procesos que se desarrollan de forma “normal”, considerados de bajo riesgo. De esta forma, se realizan de forma rutinaria y generalizada intervenciones y tratamientos medicalizadores. La medicina y el médico determinan los tiempos, ritmos y modalidades, quitándole el rol protagónico a la mujer (Camacaro, 2000). Esto tiene efectos sobre los aspectos psicológicos y emocionales de las mujeres, al ser desde el punto de partida consideradas como enfermas, evaluadas y etiquetadas como pacientes de bajo o alto riesgo (Camacaro, 2009). Subordinadas mediante relaciones de poder, en donde el accionar del médico es legitimado por el saber científico de la medicina.

Capítulo 3: Modelos de atención al parto

Para comprender la idea y propuesta que presenta el parto humanizado para las mujeres desde la perspectiva de género, de derechos y de humanización, es necesario visualizar algunos aspectos esenciales que los modelos de atención en salud reflejan. Los derechos sexuales y reproductivos están fuertemente relacionados con la salud sexual y reproductiva, en lo que refiere a esto se visualizará cómo estos modelos afectan en las experiencias de las mujeres.

Davis-Floyd (2001) permite visualizar tres modelos de cuidados sanitarios fundados en la relación que existe o no en la concepción de mente y cuerpo.

El modelo tecnocrático subraya la separación entre mente y cuerpo y ve el cuerpo como una máquina; el modelo humanista subraya la conexión entre mente y cuerpo y define el cuerpo como un organismo; el modelo holístico insiste en la unidad de cuerpo, mente y espíritu y define el cuerpo como un campo de energía (...) (Davis-Floyd, 2001, p.1).

Modelo tecnocrático

Para Davis Floyd (2001):

El principal valor que sustenta el paradigma tecnocrático de la medicina es la separación (...) la tecnomedicina divide continuamente al individuo en las partes que lo componen, el proceso de reproducción en los elementos que lo constituyen, y separa la experiencia de dar a luz del flujo de la vida. Pero antes que nada separa al cuerpo humano de la mente humana (...) el hospital se convirtió en la fábrica, el cuerpo de la madre en la máquina, y el bebé en el producto (...) A la obstetricia se le exigió por tanto que desarrollara herramientas y tecnologías para tratar y mejorar el proceso inherentemente defectuoso del parto (...) (p.2-3).

Dentro de los tres paradigmas planteados por esta autora, el tecnocrático podría pensarse como el hegemónico (Montes, 2007), este modelo fue implantándose a partir de la institucionalización de los procesos reproductivos y de los avances tecnológicos que derivaban en nuevas formas de intervenir. Los países que cuentan con tecnologías sanitarias se han apropiado del modelo tecnocrático, produciendo por un lado salvaguardar la vida de muchas mujeres y sus bebés, dando respuesta y tratamientos a complicaciones durante el parto. Por otro lado, el uso indiscriminado de estas

tecnologías provocó el intervencionismo rutinario, asistiendo de igual manera embarazos de alto o bajo riesgo (Hernández y Echeverría, 2016).

El modelo tecnocrático implicaría que el cuerpo de la mujer sea metaforizado como una máquina, un objeto, que posee defectos, que se puede “corregir” y “arreglar” y que necesita de un experto que actúe desde la tecnología, aplicando diagnósticos y tratamientos estandarizados, dejando de lado generalmente las particularidades y deseos que presenta cada situación y cada mujer. El experto será la autoridad, quien posee el saber, y las usuarias deben acatar y confiar en sus procedimientos. Este paradigma es una ideología dominante dentro de las sociedades (Davis Floyd, 2001).

Medicalización e intervención son aspectos relacionados con las tecnologías aplicadas en el parto, sin embargo, aunque estos aspectos no deberían implicar un trato deshumanizado en la asistencia (Goberna et al, 2008) el paradigma tecnocrático y su separación mente-cuerpo deja de lado los aspectos biopsicosociales de los sujetos (Davis Floyd, 2001) y se toma en cuenta solo el componente fisiológico, los aspectos físicos de la embarazada. (Hernández y Echeverría, 2016).

Durante la modernidad los avances y saberes desarrollados en relación a la asistencia al parto y sus complicaciones se fueron fundando en la sociedad. Según Rodríguez (2008) en referencia a Foucault, la medicina y sus conocimientos son apreciados como “Un saber al servicio del poder, un poder que se vale de saberes concebidos como verdaderos e incuestionables” (p.72). La medicina y las instituciones fundadas y establecidas como los proveedores de la veracidad, de la salud, en la sociedad y por la sociedad, fueron constituyendo una dependencia y a la vez una seguridad (Goberna et al, 2008).

En un estudio cualitativo realizado por Goberna et al (2008) sobre la perspectiva de las mujeres en relación al uso de la tecnología durante la atención al parto, se concluyó en base a los relatos, opiniones y experiencias de 26 mujeres que el uso de las tecnologías proporciona seguridad y protección, ya que, por ejemplo, las ecografías o la monitorización proporcionan medios para establecer la salud del o la bebé.

la mayoría de mujeres no se sienten seguras confiando sólo en su propia capacidad de autopercepción de los movimientos fetales y necesitan la ecografía para verificar el bienestar fetal (...) En el caso de la monitorización continua fetal (CTG), las mujeres temen que sus hijos sufran durante el parto y ello no se detecte; por eso, aceptan abnegadamente la molestia que supone la CTG continua durante el proceso de dilatación (Goberna et al, 2008).

El modelo tecnocrático, relacionado con el enfoque de riesgo, se centra en la posibilidad de que existan futuras complicaciones durante el parto, que puedan llegar a causar patologías, es por ello que este modelo abala que se intervenga y medicalice para evitar la aparición de estos factores, resguardándose en la “seguridad” que provee la medicina preventiva, el actuar rutinariamente. De esta forma no se le permite gozar a la mujer de sus derechos sexuales y reproductivos, de su capacidad para comprender su propio cuerpo. Se le confía a la medicina y las tecnologías el saber relacionados al cuerpo y la reproducción. (Camacaro, 2009, Magnone, 2010).

Mirada crítica al modelo tecnocrático.

Arnau et al (2012) plantea:

Desde finales del siglo XIX la ciencia biomédica ha ido elaborando modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que paulatinamente se han ido implantando en la atención sanitaria. Este contexto explica cómo el proceso del parto comienza a ser atendido en los hospitales cuyo perfil estructural estaba configurado por discursos médicos en los que se representa a la gestante como una mujer enferma que necesita de asistencia médica. Es la etapa en la que se inicia la medicalización del parto. Progresivamente se impone un dominio absoluto del proceso por parte del aparato médico con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo. El poder y la autoridad de los médicos legitiman con sus discursos esa práctica y subordinan la maternidad al modelo biomédico (p.227)

Se podría considerar que el modelo tecnocrático presenta una carencia en relación con el reconocimiento de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos que poseen los individuos, en especial aquellas mujeres que transcurren los procesos de trabajo de parto y parto en las instituciones sanitarias (Magnone, 2010), ya que como mencionamos el modelo se caracteriza por la separación de mente y cuerpo, dejando de lado los aspectos emocionales y psicológicos que se despliegan de los aspectos físicos (Davis-Floyd, 2001).

Teniendo en cuenta la hegemonía de este modelo, a decir de Camacaro (2009):

La perspectiva de género nos permitió acercarnos a la realidad de esa vivencia desde una postura que parte de preguntarse por qué la mujer no es una sujeta activa de esos procesos, sino que su autonomía ha sido secuestrada por la práctica médica (p.151).

Según Magnone (2010) la teoría feminista permitió visualizar “la gran brecha que existe entre el reconocimiento formal de derechos y el ejercicio real de los mismos, especialmente en el colectivo de las mujeres” (p.13). En este sentido el modelo tecnocrático deja de lado los fenómenos relacionados a los sentimientos, el contexto

socio-cultural, las subjetividades y personalidades de las mujeres, cuyos cuerpos son percibidos como máquinas que llevan a cabo los procesos reproductivos. Tampoco se tienen en cuenta las opiniones o perspectivas que derivan de la mujer, ya que las prácticas rutinarias y el saber científico que las sustenta, al pensar de los médicos, proporciona la base para su acción.

Ya en la década de los 80:

(...) la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el nacimiento porque su medicalización no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas (Arnau et al, 2012, p. 227).

Uno de los objetivos planteado por la OMS entonces es lograr partos y nacimientos satisfactorios, gratificantes, con la menor intervención posible e instintivar la participación activa de las mujeres, el respeto por las mismas, sus opiniones y decisiones, el derecho a la información adecuada, al acompañamiento, apoyo emocional, entre otros, que se traduce en experiencias positivas y seguras durante el parto (OMS, 1985, 1996).

Por su parte Magnone, Labastide y Gainza (2013) desarrollan una mirada crítica al modelo hegemónico de atención y reflexionan:

Cuidando sólo el derecho a la asistencia, sin tener en cuenta los derechos sexuales ni los derechos reproductivos, se exige de las mujeres que cedan sus cuerpos, que callen sus opiniones, que repriman sus sonidos y que se adapten dócilmente a un sistema que "sabr  cuidar por ellas" (p.191).

Según Alonso y Gerard (2009):

Con el afán de mejorar la seguridad del parto y el nacimiento, la ciencia ha desarrollado nuevas tecnologías que se han implementado en el ritual contemporáneo del parto. Éstas incluyen el uso de ultrasonido como herramienta de monitoreo, la inducción y manejo del parto con oxitocina sintética intravenosa, la ruptura artificial de membranas, el monitoreo fetal, la episiotomía, la posición de litotomía, el corte de cordón, la anestesia y analgesia y la cesárea. Si bien estas tecnologías y ritos son apropiados en algunos casos, volviéndose fundamentales para mejorar los resultados del parto y reducir muertes maternas y neonatales, su uso indiscriminado y generalizado aumenta los riesgos del parto e impacta de manera negativa en esa experiencia para la madre y el bebé (...). Por lo tanto, se concluye que aunque las intervenciones médicas del parto son apropiadas en algunos casos particulares, su aplicación generalizada sin valorar el caso individual de la madre y el bebé no sólo es inapropiado, sino peligroso (p. 96-97).

Bajo estos criterios es necesario visualizar y generar cambios que busquen y reproduzcan como ya fue mencionado, partos satisfactorios, positivos y sanos para las mujeres, teniendo como objetivo empoderarlas y que sean ellas las protagonistas de sus propios procesos, partiendo desde el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y no solamente teniendo en cuenta la salud sexual y reproductiva, medicalizando procesos y situaciones cuando las situaciones lo ameriten, sino atendiendo las particularidades de cada caso de manera integral. Es menester en este sentido dejar de lado la relación médico-enfermedad y pasar a una relación médico-usuaria/paciente, basada en la igualdad y el respeto, en la ambos interactúen con un objetivo común (Ruiz, 2006). El modelo humanista contempla estos aspectos, que se desarrollarán más adelante.

Modelo Holístico

Según Davis- Floyd "(...) el modelo holístico abarca la más amplia variedad de enfoques, que van desde la terapia tradicional hasta las modalidades curativas tradiciones como la medicina china pasada por varios métodos que afectan directamente la energía personal" (2001, p.22).

Este modelo pretende incluir, integrar y conectar la mente de los seres humanos, con su cuerpo y además con su espíritu, sus emociones. Ve al cuerpo como un sistema de energías.

(...) <<La medicina de la energía>> reconoce las posibilidades que la salud de un individuo pueda verse afectada por tales sutilezas como las alteraciones de ira o de hostilidad o los campos electromagnéticos producidos por centrales eléctricas y microondas, que presuponen una realidad no física (Davis- Floyd, 2001, p.24).

Mente, cuerpo y espíritu visto como unidad, integración, favorece que la asistencia durante el trabajo de parto y parto esté centrada y enfocada en las mujeres, teniendo en cuenta los aspectos físicos, los componentes psicológicos, el espíritu y las energías que fluyen durante dichos procesos. Las complicaciones o enfermedades que puedan surgir van a estar relacionadas con las manifestaciones y desequilibrios de la unidad "cuerpomenteespiritu", por ello es indispensable contextualizar y saber cómo y por qué experiencias está transcurriendo la mujer. (Davis-Floyd, 2001).

Esta autora asume que:

(... el proceso de quedarse embarazada y parir, pueden complicarse por cansancio, depresión, estrés emocional, la pérdida de un ser querido, toxinas en el aire y en el agua, las diferentes formas de estrés de la vida tecnocrática (...) un embarazo y parto sanos, pueden hacerse más fáciles de múltiples maneras, desde el diálogo al análisis de los sueños, o el baile, desde el masaje al ejercicio y a la comida (...) (Davis-Floyd, 2001, p.25-26).

Otros puntos centrales de este paradigma es la relación del médico con la “usuaria” la cual debe ser respetuosa y teniendo en cuentas las cualidades del ser humano y sus sentimientos y emociones. Se utilizan para el diagnóstico la intuición, el conocimiento proveniente de lo interior del propio médico y de la mujer/usuario, y de las herramientas que aporta el modelo tecnocrático, que siempre están al servicio si la situación lo requiere. El médico no es el único capaz de “curar” sino que cada sujeto debe ejercer los autocuidados necesarios para mantenerse sanos y ser los responsables de su bienestar y estilo de vida, y los médicos estimularan estas acciones (Davis-Floyd,2001).

Modelo humanista. Parto Humanizado

El modelo humanista según Davis- Floyd (2001) surgió a partir de los excesos del modelo tecnocrático, y se presentó como una alternativa que pretende reformar algunos aspectos de este modelo hegemónico, humanizándolos y estableciendo y teniendo en cuenta la relación y conexión existente entre mente y cuerpo.

El humanismo en el parto permite la posibilidad que las emociones de la mujer que da a luz puedan afectar al progreso del trabajo de parto y tratar con más eficacia los problemas que pueden surgir durante esta fase mediante el apoyo emocional que mediante la intervención tecnológica (Davis-Floyd, 2001, p.12).

El objetivo de este modelo es generar experiencias saludables y positivas durante el embarazo y parto, respetando los derechos y el rol protagónico de la mujer, combinando el humanismo con la tecnología. Es necesario en este sentido poner el centro de atención en la parturienta, generando ambientes de seguridad y confianza en donde se favorezca el trabajo de parto y parto (Davis-Floyd, 2001, Magnone, 2010). Las mujeres para este paradigma según Davis-Floyd (2001) no son apreciadas como pacientes, el cuerpo es considerado como un organismo y no como una máquina, lo que significa el reconocimiento de los aspectos biopsicosociales de los individuos frente a la atención sanitaria. En este sentido, resalta el poder de la relación y conexión entre los médicos y la mujer embarazada, lo que le permite a los profesionales obtener información subjetiva

a partir de la escucha de la parturienta y combinara con la información científica, teniendo en cuenta los sentimientos y emociones que se ponen en juego.

Otro punto relevante de este paradigma alternativo propuesto por esta autora es la importancia que posee la información que proporciona el médico, no solo del diagnóstico sino de los riesgos y beneficios que se tienen como consecuencia de cada tratamiento a seguir, es en ese momento cuando la mujer decide acceder o no a dichos procedimientos volviéndose responsable activa, en este sentido la responsabilidad siempre va a estar en ambos integrantes de la relación (Davis-Floyd, 2001, Magnone, 2010).

Se podría decir que el parto humanizado intenta dar cuenta y dar respuesta a las emociones y sentimientos de las mujeres que están atravesando procesos sumamente significativos, tanto física como psicológicamente. Los profesionales deberán poder identificar síntomas relacionados con ambos aspectos (físicos y psíquicos), para asistir el parto adecuadamente. La relación entre médico y usuaria por lo tanto se vuelve más estrecha y conectada, ya que deberán saber lo que siente la embarazada, brindarles información, ambiente seguro, de confianza y respeto (Magnone, 2010).

Para La Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) (2003):

La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad y, sobre todo, es un requisito para un parto saludable (...) La humanización del parto y el nacimiento es un movimiento mundial que poco a poco va creciendo y obteniendo el reconocimiento de cada vez más personas en el mundo y, lentamente, va ganando espacio entre los organismos estatales y multilaterales relacionados con la salud y la infancia.

Las recomendaciones de la OMS en 1985 distinguen el papel protagónico de la mujer y su autonomía en relación a los procesos reproductivos, estableciendo la necesidad de que los Estados y los centros de atención en salud tengan en cuenta estos aspectos esenciales y modifiquen las formas de cuidado, buscando favorecer las experiencias de las mujeres (Fundación Juan Vives Suriá, 2012, RELACAHUPAN, 2003). Para ello es necesario que el Estado, las instituciones y profesionales de la salud adheridos a esta postura, visualicen críticamente la forma de atender los procesos reproductivos, desarrollando y favoreciendo una mirada humanizada e integradora. “El hablar de humanización lleva consigo la particularidad de que los seres humanos son únicos e irrepetibles y, por lo tanto, se deben tener en cuenta las individualidades para la atención

(...)” (Coral, 2008, p. 48). El parto humanizado posee herramientas e incentiva posturas y modelos para mejorar las formas de parir y nacer basadas en el respeto y debe ser relevante para todos los países y sus sociedades, ya que está relacionado con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Alfonso y Gerard, 2001).

Es posible encontrar además de la concepción del parto humanizado o humanismo en parto y nacimiento, posturas como las del parto natural, o parto respetado que tienen en común el reconocimiento de los derechos de las mujeres a ser las protagonistas de estas etapas, teniendo una visión integral de sus situaciones, en donde se contemplan de igual forma los procesos físicos y psíquicos de las embarazadas, en su contexto cultural, social y económico

Si bien puede llegar a confundirse el parto humanizado con la idea del parto por vía vaginal, esta concepción va más allá, ya que el principal objetivo se centra en la mujer como partícipe principal de sus procesos, siendo ésta quién tome las decisiones sobre su cuerpo y no sean impuestas por quienes proveen la atención, pero a su vez no deja de lado el modelo tecnocrático. Por tanto, esta propuesta puede implicar el parto que se resuelve de manera “natural”, que presenta complicaciones y necesita de intervenciones, o aquel que se debe realizar por cesárea. “Aun si éste requiere de intervenciones o cirugía abdominal, debe realizarse con respeto a los principios del parto humanizado” (Alfonso y Gerard, 2001, p.98).

En cambio, el parto natural:

Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2011, p.6).

En este sentido, difiere del parto humanizado, que si puede requerir de intervenciones si la situación o la mujer embarazada lo demanda, respetando su elección e informando al respecto de cada acción, con el consentimiento previo.

En palabras de Magnone (2010) la humanización:

(...) pone el centro de atención en la mujer parturienta y no en el personal de la salud (parteras/os, médicas/os, enfermeras/os y asistentes) pero a su vez reivindica el papel fundamental de estos equipos a la hora de restablecer los lazos de la mujer embarazada con su propia vivencia y fuerza interna. Para que esto sea posible se debe brindar información y alternativas prácticas para que las mujeres puedan vivenciar el parto como un hecho transformador, con confianza, fuerza y alegría. Una mujer embarazada que se

siente apoyada, contenida, respetada y capacitada para tomar la mejor decisión para ella y su hijo/a muy probablemente obtendrá una experiencia de parto satisfactoria. En este enfoque se respetan las opciones de las mujeres en cuanto a dónde tener a sus bebés, pues el humanismo es compatible con el parto en hospitales, en casas de parto y en el domicilio de las mismas (p.34).

Es necesario contar con profesionales que estén formados para atender, ayudar y apoyar a la mujer adecuadamente durante estas etapas, donde se favorezca los aspectos fisiológicos, se respeten los tiempos de cada mujer embarazada, teniendo en cuenta los deseos, los sentimientos, sus miedos y expectativas, aspectos familiares, económicos, sociales, psíquicos, entre otros. Se deberá garantizar que el transcurso del embarazo, trabajo de parto y parto se dé de la mejor forma posible, evitando la aparición de futuras complicaciones, abusos de poder, situaciones violentas y eventos traumáticos para la mujer. En este sentido, es esencial la capacidad de escucha de los profesionales y la necesidad de que las mujeres sean reconocidas como sujetos capaces y autónomas (Magnone, 2010, Biurrun- Garrido y Goberna, 2013).

En síntesis, Arnau et al (2012) tomando a Iglesias Casás (2009) y a Lais y Giberti (2006) plantean dos aspectos fundamentales del parto humanizado:

El primero, respecto a la convicción que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad la mujer, sus familiares y el recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que, aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos (p.232).

La relación que se establezca entre los equipos de salud, la mujer embarazada y su familia desde la perspectiva humanizada del parto es un aspecto relevante ya que posibilita que el apoyo que se brinde reduzca la necesidad de intervenciones y las prácticas de rutinas son sustituidas por las demandas particulares que cada mujer presenta (Magnone, 2010, Arnau et al, 2012, Biurrun-Garrido y Goberna, 2013). Al mismo tiempo como se mencionó anteriormente durante los procesos reproductivos la relación, la información otorgada, el respeto a los derechos, el trato digno dirigido hacia las embarazadas, sus familias y los recién nacidos en su trayecto por los centros de salud empodera y responsabiliza a las mujeres, produciendo, además, ventajas

significativas durante el parto, en la reducción del tiempo y en la posible aparición de complicaciones para la madre o el bebé. (Alfonso y Gerard, 2001, Gil, 2001).

Este modelo, por lo tanto, busca cambiar la perspectiva del modelo tecnocrático, que según Davis Floyd es el modelo hegemónico en la actualidad, esta “nueva” perspectiva se está incorporando en las legislaciones y en los sistemas de salud, devolviéndole el saber a las mujeres para dejar el rol de pacientes, pasivas que acatan las órdenes del médico que las atiende basándose en saberes científicos, producidos la mayoría de las veces por máquinas. Se reconoce el saber y la capacidad que poseen las mujeres embarazadas sobre sus propios cuerpos. Además, esta perspectiva humanista, distingue el protagonismo del padre y del recién nacido, que de igual forma contarán con el apoyo de profesionales capacitados. La humanización favorecerá el buen desarrollo y desenlace del parto y el vínculo con su hijo/a, por su parte en el padre también posibilitará una relación afectiva estrecha desde el inicio, sobre todas las cosas garantizará el reconocimiento y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos (Gil, 2001).

Capítulo 4: ¿Qué implica el parto humanizado?

Las mujeres como protagonistas

Según Rocha (2015) parafraseando a Souza, Gaíva y Modes (2011):

el concepto de humanización o atención humanizada envuelve un conjunto de prácticas, actitudes y conocimientos, que apuntan a la promoción del parto y el nacimiento saludable y la prevención de la morbilidad materna y perinatal. Incluye el puerperio procurando que el equipo de salud realice procedimientos beneficiosos para la mujer y su hijo, evitando intervenciones innecesarias y preservando su privacidad y autonomía (p.18)

El modelo humanista y la perspectiva del parto humanizado plantean volver a darle a la mujer el rol protagónico durante sus procesos sexuales y reproductivos, rol que, en el modelo médico tecnocrático, como ya mencionamos anteriormente, fue depositado en los profesionales (poseedores del saber científico) que atendían dichos procesos, generando una "(...) dependencia de la medicina que incapacita a las personas para cuidarse a sí mismas" (Orueta et al, 2011, p.151).

La humanización propone que cuando se esté frente a una mujer embarazada se debe reconocer y respetar sus derechos sexuales y reproductivos, considerándola como un ser "biopsicosocial", teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos, fisiológicos, como también psicológicos, sociales, económicos y culturales (Davis-Floyd, 2001). Esto demandará una atención integral de dichos aspectos, lo que se traduce en una mayor comprensión de la situación por la que se encuentra transitando la mujer, posibilitando una asistencia adecuada a sus necesidades.

Según Alfonso y Gerard (2001) en relación al reconocimiento del protagonismo afirman que:

La observación empírica sugiere que esto aumenta en la madre su autoestima y confianza en sí misma, así como en su habilidad para dar a luz, cuidar y lactar a su bebé; en éste aumenta su habilidad para lactar y desarrollarse emocionalmente, además de mejorar su psicomotricidad y capacidad para crear vínculos con su familia; finalmente, el padre que forma parte activa del nacimiento de su bebé tiene mayores posibilidades de construir un vínculo emocional con su hijo o hija y de valorar a su pareja como ser humano (p.98).

En este sentido, no solo la mujer es protagonista, sino también su pareja y el recién nacido, cuando dichos protagonistas transcurren por las experiencias del embarazo, trabajo de parto y parto desde la seguridad, confianza, información y autonomía, se estará contribuyendo a un desenlace sano y positivo, y por ende los vínculos afectivos

con el o la bebé se ven favorecidos. La pareja, padre o acompañante, pueden actuar como apoyos para la mujer, y a la vez ser partícipes activos de dicha situación (Defensoría del pueblo, 2012).

Pero ¿qué se espera al reconocer el papel protagónico de la mujer? Y ¿qué se necesita para lograrlo?

Autonomía

Reconocer los derechos y el protagonismo de las mujeres tiene como escenario central su subjetividades, procesos, experiencias, sentimientos y opiniones. Favorecer y respetar su autonomía, es un aspecto que será logrado si el Estado, las instituciones sanitarias y los profesionales, al reconocer estos aspectos y la vulnerabilidad existente en estas situaciones, le brinda información clara y adecuada, despacha dudas, temores y pone sobre la mesa todas las alternativas posibles a la hora del trabajo de parto y parto, de esta forma las mujeres van a poder sentirse saludables a la vez que respetadas y capacitadas para realizar elecciones en base a sus deseos y las posibilidades existentes (Magnone, 2010).

La autonomía va estar relacionada y atravesada por lo individual y lo colectivo, “(...) siempre tiene un punto de heteronomía, siempre estamos en parte condicionados por los demás y por el contexto social y cultural, pero a pesar de ello nos reconocemos como libres y autónomos; ello es lo que nos confiere dignidad” (Goberna, 2012). Autonomía, dignificación y respeto son características entonces que potencia la perspectiva de parto humanizado, a pesar de que las decisiones estén basadas fuertemente en lo generacional, cultural y social.

En este sentido Ocampo-Martínez (2002) plantea que: “(...) la dignidad humana no radica solamente en el hecho de existir, sino esencialmente, en vivir de acuerdo a las metas, motivaciones, expectativas y valores que cada paciente considera fundamentales para sí mismo” (p.58).

El rol de la mujer es el de protagonista, pero ¿cuál es el rol del profesional para la perspectiva de parto humanizado?

Según Muñoz, Kaempfer, Castro y Valenzuela (2001) en el transcurso del trabajo de parto y parto:

El rol del profesional de salud durante este proceso debe ser ayudar sin interferir ni desplazar, guiar sin invadir; se requiere rescatar la autonomía de las personas

en esta experiencia y, realizar un trabajo asociado, no confrontacional, con un objetivo común: un parto humanizado, un nacimiento feliz (p.6).

Se espera que los profesionales además de atender los aspectos técnicos y fisiológicos, puedan formarse y actuar como acompañantes desde la comprensión, empatía y cuidados (Goberna, 2012). Tener en cuenta la afectividad y las emociones de la mujer, ser conscientes de los cambios que surgen tanto física como psíquicamente y que éstos aspectos interactúen y se influyan mutuamente. (Pérez y Márquez, 2004).

Deseos y necesidades

Las necesidades y deseos de cada mujer, son fundamentales a la hora de planificar y asistir el parto de acuerdo con las expectativas y opiniones que ellas poseen, estas van a ser particulares y relacionadas a su perspectiva e idea del embarazo y de la maternidad. El parto humanizado pone a disposición de la embarazada la planificación y elección del lugar, ya sea en su hogar, en hospitales o maternidades y tipo de parto que desea tener, ya sea vaginal en posición vertical u horizontal, en el agua, en cuclillas, parada, sentada o por cesárea, como también la posibilidad de libertad de movimiento durante el trabajo de parto.

Según la RELAPAHUPAN-Uruguay:

Toda mujer tiene el derecho (y yo diría además el deber) de informarse de las diferentes posibilidades que tiene de traer a sus hij@s al mundo, de lo que supone cada una de ellas, teniendo en cuenta sus propias necesidades y las del bebé; escogiendo la que crea más adecuada a sus expectativas y deseos (2006-2007).

Las expectativas, los temores y miedos referentes a la situación de embarazo y parto son aspectos que influyen en las decisiones de las mujeres, el miedo a sentir dolor durante el trabajo de parto y parto es común entre las embarazadas, al igual que el temor a que algo ocurra mal o que el bebé no nazca “sano” o el miedo a la separación. Ser informadas por los equipos de salud al respecto, despejando dudas y temores, enfatizando las cualidades que su cuerpo posee tanto física como mentalmente, presentándole alternativas, ambiente cálido y seguridad puede ser conveniente para superar dichas situaciones (RELAPAHUPAN-Uruguay, 2006-2007).

En relación a las necesidades de alimentación e hidratación durante el parto, la OMS (1996) plantea que ambos aspectos son importantes debido a la energía que demanda dicho proceso para las mujeres, restringir que la mujer coma o beba durante el parto puede influir en el bienestar materno y fetal, al igual que la medicalización intravenosa

que cumple esta función. Es por ello que, si no hay una razón justificada, se debe permitir que la mujer se hidrate e ingiera lo que desee.

En el documento presentado por Arranque parejo de la vida y Population Council en el Diálogo de expertos en Salud Materna y Perinatal en 2005, se afirma que:

(...) existen algunas áreas de la salud materna en donde la participación de la mujer no siempre es factible (como la atención obstétrica de emergencia), existen otras en donde su papel puede y debe ser crítico para asegurar que reciba la atención de la más alta calidad, basada en sus necesidades y preferencias (p.77).

En este sentido el documento propone la opción de un Plan de nacimiento que consiste en un escrito que contenga las preferencias de la mujer durante el trabajo de parto y parto, lo que posibilitará experiencias satisfactorias, en donde la toma de decisiones informada y el empoderamiento de la mujer es fundamental (Arranque parejo de la vida y Population Council, 2005).

La madre, entonces, en dominio de su propio cuerpo y de la información que posee respecto a su gravidez, tiene la prioridad de elegir dónde, cómo y con quién alumbrar, en vinculación y respeto con el padre y con la familia que le acompañan en su proceso. No sentirse y no permitir ser juzgada, maltratada, intervenida, menospreciada y discriminada, le permite apoderarse y tener una postura emancipada para evitar los traumas tanto de ella como del o la bebé que viene en camino, y en esa asociación con el padre y la familia, respetar y garantizar los derechos en el marco de la dignidad de todos y todas (Defensoría del pueblo, 2012, 45-46)

Aspectos psicológicos y emocionales

Los componentes psicoemocionales de la mujer durante el embarazo y parto pueden impactar en su capacidad para afrontar dichas situaciones y en el bienestar del feto. “(...) los rasgos de la personalidad, el grado de autoestima y de confianza en sí misma que se tenga puede influir tanto de manera negativa como positiva” (Sastre, 2014/2015, p.6). Las ansiedades, miedos relacionados con el dolor, con el momento del parto, la separación y el estrés, son factores a tener en cuenta, ejemplo:

El parto prematuro y el bajo peso al nacer son los efectos que más a menudo se contemplan como consecuencia del estrés materno. Cuando éste acontece durante el primer trimestre aumenta el riesgo de alteraciones congénitas o de tener un aborto espontáneo (Sastre, 2014/2015, p.8).

Según Muñoz et al (2001) “Las ansiedades básicas de la situación del parto que es la reactivación de la angustia del nacimiento son: De pérdida, de vaciamiento, de

castración, de castigo por la sexualidad y de confrontación con un desconocido: El hijo” (p.141).

En este sentido, Sastre (2014/2015) plantea que la prevención e información de estos aspectos beneficia la vivencia de embarazo y parto en las mujeres, así mismo ayuda a que se presenten vínculos más estrechos entre los profesionales y las usuarias embarazadas. Además, plantea que para evitar la aparición de la depresión o ansiedad durante o después del parto, la psicoprofilaxis obstétrica resulta eficiente.

Para Solis y Morales (2012) la psicoprofilaxis obstétrica es:

(...) mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, como fue al principio. Con el tiempo se ha ido transformando en una profilaxis global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo a la gestación, del parto y del puerperio, por consiguiente significando los mismos beneficios tanto para el feto como para el recién nacido (p.48).

Consiste en brindar técnicas, ejercicios e información para favorecer la experiencia y la capacidad de la mujer durante el embarazo y parto, ayudando a eliminar factores riesgosos para ella y su bebé, además también se produce una disminución en la utilización de partos instrumentados y medicalizados (Solis y Morales, 2012). Si bien esta propuesta centra el protagonismo en el profesional (quien sabe y decide) más que en la mujer (quien ayuda y comprende), puede ser el inicio de una estrategia que proponga una atención integral de los procesos reproductivos.

Dentro de los cambios a nivel psíquico se debe tener en cuenta las regresiones que efectúa la mujer embarazada hacia fases del desarrollo psicosexual previas, las identificaciones con su bebé y con su propia madre. Cómo transcurre y supera la mujer dichos procesos internos impactara directamente en la experiencia de embarazo y en la relación con el recién nacido (Pérez y Márquez, 2004) Se puede decir que hay alegría y felicidad, pero también cambios psíquicos que generan retos importantes para la mujer, cambios a nivel emocional y en el estilo de vida.

Durante el trabajo de parto se produce una disociación entre cuerpo y mente involuntaria “(...) el cuerpo “en estado de parto” aparece disociado del “yo” de la mujer (...) Durante las contracciones el protagonismo es para el “cuerpo de parto”, pero entre las mismas, la mujer recupera la unicidad cuerpo/mente y debe objetivar las sensaciones (Goberna, 2012). Frente a este suceso los profesionales pueden asistir y ayudar a la mujer no solo físicamente, sino aportándole confianza en sí misma, traduciendo en palabras lo que está sucediendo, informando, fomentando la relajación, la concentración y evitando las experiencias negativas (Goberna, 2008).

Por ende, se puede afirmar que las emociones de la mujer, la compañía con la que cuenta, la relación que se establece con el equipo de salud, sumado a la actitud que éstos despliegan, tiene grandes influencias durante el parto. A través del reconocimiento de derechos, de la capacidad de la mujer de comprender su propio cuerpo y manejar la situación, reconociendo además la importancia del acompañante y la seguridad que aporta, las experiencias y transursos a través de dichos procesos será de forma positiva, y las expectativas de lograr un parto “sano” serán mayores (RELAPAHUPAN-Uruguay, 2006-2007, Defensoría del pueblo, 2012).

Leboyer (ginecoobstetra francés y uno de los pioneros en la humanización del nacimiento y de la psicología perinatal) hace gran énfasis en las consecuencias emocionales para las y los bebés desde el mismo momento en que se nace. De hecho, el autor, de acuerdo con el resultado de sus estudios, hace referencia que los bebés nacidos en condiciones menos violentas son más felices durante el desarrollo de su vida, a diferencia de aquellos que nacen en situaciones traumáticas tanto físicas como emocionales; estas criaturas pueden experimentar a lo largo de su vida inseguridad, infelicidad, ira u hostilidad (Laboyer, 1975 en Defensoría del pueblo, 2012, p. 16).

Acompañante durante el parto

El acompañamiento y apoyo durante el trabajo de parto y parto resulta beneficioso para la parturienta que se encuentra un momento trascendental de su vida, cargado de vulnerabilidad. Contar con un individuo que la parturienta escoja, ya sea su pareja, un familiar, un profesional adecuado o quién ella se sienta cómoda, es menester para la perspectiva de parto humanizado y la vivencia positiva del parto. Las instituciones y los profesionales deberán asesorarse al respecto, informar a la mujer y aplicarlo en sus centros.

En una investigación realizada por Cantero, Fiuri, Furfaro, Jankovic, Llompart y San Martín en el año 2010 a 390 mujeres embarazadas, a través de un estudio observacional y transversal, se obtuvo como uno de los resultados que la mayoría de las participantes, el 82,8 % deseaba estar acompañada durante el trabajo de parto y parto, debido a los beneficios que produce.

También las investigaciones en las que se basa la OMS sobre este tema, aprueban que el apoyo continuo favorece en el transcurso del parto, logrando que sean más cortos y que necesiten de menos intervención técnica y médica (OMS, 1996).

Las parteras, enfermeras y quizás también los médicos obstetras pueden ofrecer y realizar apoyos emocionales que la ayuden a sobrellevar las ansiedades y el estrés que proviene del parto. La OMS caracteriza al acompañamiento como un:

(...) apoyo emocional a base de elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico a base de masajes en la espalda de la mujer y tomar de sus manos, explicaciones acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amigable (p.22-23).

Ofrecer a la mujer el apoyo que necesita, en un lugar adecuado con privacidad y teniendo equipos de salud competentes que actúen desde el respeto durante todo momento, son aspectos que deben replantearse para ser logrados, ya que como la OMS (1996) afirma:

(...) implica que el personal sanitario que atiende el parto debe trabajar a escala mucho menor (...) las grandes unidades que atienden 50 a 60 partos al día, necesitarían reestructurar sus servicios para poder atender las necesidades específicas de las mujeres. Los sanitarios tendrían que reorganizar sus programas de trabajo a fin de satisfacer las necesidades de las mujeres de una continuidad en la atención y el apoyo. Esto también tiene implicaciones de coste y por eso llega a ser una cuestión política. Tanto los países en vías de desarrollo como los desarrollados necesitan ocuparse y resolver estas cuestiones según sus propias formas específicas (p.23-24).

El o la acompañante, en especial si es una matrona o partera podrá ayudar a la mujer con sus miedos, expectativas y a enfrentar el temor al dolor y el dolor propiamente dicho causado por el parto, alentarla a que busque comodidad en la postura, permitiendo que se mueva libremente en el espacio, escuche música, o reciba masajes, ofreciéndole la posibilidad de una ducha, realizando ejercicios de relajación y concentración, alentando en todo momento a que las mujeres puedan escoger en relación con sus necesidades y deseos.

Relación entre el equipo de salud, la mujer embarazada y su familia

"Curar algunas veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre"

Dr. Edward Trudeau

Para lograr el desarrollo de una relación positiva entre los profesionales que asisten, la mujer embarazada y su familia, es necesario desarrollar estrategias en la formación académica de dichos profesionales, para que valoren y promuevan este aspecto en base a la ética, la moral y el respeto.

Esta relación debe tener el objetivo de generar una experiencia favorable y saludable del parto. Implica por parte de los profesionales y de quienes asisten a la mujer, una actitud de escucha, una perspectiva integral de la situación, un aporte de información adecuada y actualizada, respuestas frente a inquietudes, mitos y miedos en relación al

embarazo, parto y maternidad, comprender la situación de la mujer a partir de diálogos en los cuales se intercambie información tanto objetiva como subjetiva de su estado físico y psicoemocional (Pérez y Márquez, 2004).

A lo largo de esta monografía se ha planteado y destacado que el profesional no debe solo guiarse por los aspectos físicos y la prevención de patologías, sino que debe ocuparse de acompañar a la mujer y su familia, brindarle seguridad, confianza y calidez, ello será logrado a partir de una actitud empática que se relaciona con el reconocimiento de la vulnerabilidad de la mujer frente a la vivencia de procesos trascendentes y movilizados como lo son el dar a luz.

Una relación que no se base en el poder, en jerarquías, ya que todos los involucrados son poseedores de saber, porque no solo el profesional es quien posee los conocimientos científicos que dan respuestas a los procesos reproductivos, sino que la mujer tiene sus propios conocimientos sobre lo que está sucediendo en su cuerpo (Pérez y Márquez, 2004).

Para Davis-Floyd (2001) “El humanismo requiere tratar a la paciente de una manera conectada y relacional tal como a todo ser humano le gustaría que lo trataran: con consideración, amabilidad y respeto” (p.14). Según esta autora la relación que se establece va a impactar directamente en el desarrollo del parto, en los tratamientos o procesos destinados a la curación que se efectúen.

Los equipos de salud integrados por diferentes profesionales que asistirán a las mujeres embarazadas deben ser responsables y estar capacitados para adoptar diferentes modalidades de acción de acuerdo a cada usuaria, distinguiendo las particularidades de cada caso que se articulan con diversos factores que ya se han mencionado (Ruíz, 2006). Al respecto de la relación equipos de salud-usuarias Ocampo-Martínez (2002) establece que en este vínculo también es fundamental la presencia de la familia, amigos y su entorno, debido a que influyen en la relación directa o indirectamente.

Ruíz (2006) establece un tipo de relación médico-paciente para la sociedad actual basada en el principio de participación, participación que es referida a ambos actores que en conjunto toman responsabilidades y decisiones. Para la mujer esto significa un aumento en las obligaciones y al mismo tiempo un mayor reconocimiento de derechos, participación activa y satisfacción de necesidades.

Los aspectos éticos y morales son fundamentales para pensar este punto, ya que es menester contar con profesionales que no perjudiquen en ningún sentido la salud de las

mujeres embarazadas o en procesos de parto. Al respecto Ocampos-Martínez (2002) comprende a la:

no maleficencia como un valor, ha ampliado su contenido al plantearse que el daño no sólo puede ser corporal. Un médico daña moral y psicológicamente cuando no respeta su libertad de pensamiento, de creencia religiosa, de elección y decisión o la cosmovisión propia de la cultura a la que pertenece (p. 58).

La investigación denominada “Información recibida por las usuarias en el transcurso del trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en octubre de 2005”, realizada en el Área de Maternidad a partir de entrevistas estructuradas a 110 usuarias y a partir de la información proveniente de las historias clínicas, obtuvo como dato pertinente para esta monografía que el 98 % de las usuarias recibió información sobre la posición que podía adoptar durante el período expulsivo, el 78,5 % refería a la posición de litotomía (acostada boca arriba), el 19,5 % sentada y al 6,4 % no se le informó. Al respecto los autores concluyen que:

Con esto se vio que no se está trabajando en profundidad el tema de la humanización, ya que en todo el transcurso del trabajo de parto y parto se debería dejar que la usuaria adopte la posición que mejor le resulte, y no la que mejor le parezca al profesional como ocurre en la mayoría de los casos (Aguiar, Curbelo, Guzmán, Pirez y Rodríguez, 2005, p.38).

Sobre la información recibida en relación al derecho a estar acompañada durante el transcurso del trabajo de parto y parto, el 52,7% dijo no estar informadas, mientras que el 47,3 % sí. En cuanto a los emisores de la información que recibieron, la mayoría 66,4% fue para las parteras, 38,2 % médicos, 17,3 % para las enfermeras, 13,6 % estudiantes, 12,7% Aux. de enfermería y 4,5% ninguno (Aguiar et al, 2005).

Por ende, la relación que se establece entre todos los participantes es fundamental para el logro de experiencias positivas y sanas durante el parto. Se necesita contar con instituciones y equipos de salud que afirmen los derechos esenciales de las mujeres embarazadas pudiéndolos ejercer dignamente, mediante relaciones horizontales, no basadas en el poder, en donde reine el intercambio de información, subjetividades, el respeto y el reconocimiento de autonomía, en ambientes cálidos de seguridad y confianza, pero también que cuenten con la infraestructura necesaria que aporten la posibilidad de escoger diferentes modalidades de dar a luz.

Apego, primer contacto madre-hijo y lactancia materna

“El cuerpo de la madre es el hábitat del recién nacido”

Nils Bergman

Inmediatamente después de que las mujeres dan a luz a sus hijos/hijas, el recién nacido debe ser colocado sobre el torso desnudo de la madre, para que mantengan un contacto piel con piel (Herrera, 2014)

La relevancia de este procedimiento ha sido confirmada por diversas investigaciones científicas destinadas a analizar las conductas. Primeramente, se investigaron animales, evaluando qué sucedía cuando se separaba a una madre de su bebé corderito inmediatamente luego de haber nacido, el resultado era que ésta no lo reconocía como tal posteriormente al ser de vuelta con la misma. Luego se realizaron investigaciones con seres humanos, algunas de ellas llevadas a cabo por Klaus y Keenel a fines de los sesenta. Los resultados concluyeron en el reconocimiento de que inmediatamente después de que una madre da a luz, hay una necesidad de establecer contacto piel con piel, que favorecerá el apego inmediato. Descubrieron además la existencia de un período sensitivo en el cual transcurren las interacciones entre ambos, y que posibilita el apego y la lactancia (Herrera, 2013, Pinto, 2007).

La perspectiva de parto humanizado propone fomentar esta situación y no impedir este primer contacto madre-hijo, realizando los exámenes de salud pertinentes al niño luego de este contacto. Además, es menester generar conciencia en los profesionales de la relevancia que implica el apego precoz o apego inmediato, y que sepan transmitírselo a los padres durante el embarazo, al igual que la lactancia (Herrera, 2013, Pinto, 2007).

Durante el período sensitivo, todos los sentidos estarán en juego. Según Pinto (2007):

Durante esta interacción ocurren muchos fenómenos interesantes: La madre toca al R.N. y lo mira "ojo a ojo". El niño responde concentrando la mirada en su madre. La madre le habla suavemente con voz de tonalidad alta. El RN responde con algunos movimientos tenues de cara y manos y luego llora. El llanto erecta los pezones maternos y estimula a las hormonas prolactina y ocitocina. Se produce una sincronía entre el lenguaje materno, cadencioso y los movimientos del niño. La madre lleva al RN al pezón y éste lo frota hasta que emerge la primera gota de calostro, plena de linfocitos T y B y macrófagos, que entrega al niño la clave de los anticuerpos para defenderse de la flora bacteriana de la piel materna (p.191).

Este encuentro y vínculo que se establece entre madre e hijo posibilita el reconocimiento mutuo, los favorece física y psicológicamente a ambos, y da comienzo al

establecimiento de la lactancia materna que posee grandes beneficios. En ambos, padres e hijo/a, suceden cambios frente a esta nueva situación a la que van a ir adaptándose. Contener, informar y ayudar si la situación lo requiere a la madre y al padre durante este proceso es un aspecto fundamental que deben cumplir los equipos de salud, resaltar la importancia del período sensitivo, el apego, la lactancia y preparar a lo largo del embarazo a ambos progenitores para la llegada de ese momento. A su vez el recién nacido está preparado naturalmente para afrontar estas situaciones (Pinto, 2007, Lucchini, Márquez y Uribe, 2012)

Según Bowlby (1954) es “(...) esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante de la madre (o de quien con carácter permanente la sustituya) en los que ambos encuentran satisfacción y goce” (p.13). Para este autor la privación del contacto con la madre y de los cuidados maternales impacta negativamente en el desarrollo psíquico del niño.

Para Winnicot (1981) existe una identificación de la madre con su hijo/a que le permite saber qué necesidades tiene y ofrecerle un ambiente sostenedor, favorable para su desarrollo a partir de cuidados suficientemente buenos. En este sentido el apego asegurará el desarrollo y supervivencia del recién nacido.

Gracias al contacto piel a piel se produce el amamantamiento, es por tanto que la OMS (1996) promueve este contacto inmediato y la lactancia. Numerosas investigaciones han concluido que si la lactancia se lleva a cabo durante seis meses proporciona un mejor estado de salud psíquica y física para el niño/niña y su madre “(...) con menor incidencia de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cánceres y enfermedades autoinmunitarias en general” (Pinto, 2007, p.97), disminuye la morbi-mortalidad en ambos.

El calostro materno se produce durante aproximadamente tres a cuatro días después del parto y contiene gran cantidad de nutrientes necesarios y beneficiosos para el recién nacido, tanto metabólica como afectivamente. Además, es sabido que la lactancia satisface emocionalmente a la madre lo cual sirve para evitar la depresión postparto y ayuda a establecer un vínculo entre ambos (Armijoz, 2015).

Aun cuando el recién nacido es prematuro es favorable el contacto piel con piel y el establecimiento del vínculo temprano, es por este motivo que es favorable la no separación física inmediata. A esta práctica se le puede llamar también método canguro o método madre canguro. Según Conde-Agudelo, Diaz-Rossello y Belizan (2008) esta metodología consiste en utilizar a las madres como:

(...) incubadoras y como fuente principal de alimento y estimulación para los neonatos de bajo peso al nacer hasta que alcanzan la maduración suficiente para enfrentar la vida extrauterina en condiciones similares a las de aquéllos nacidos a término. El método se aplica únicamente después de la estabilización del neonato de bajo peso al nacer (...) (p.2).

A modo de reflexión, el contacto piel con piel de la madre con el recién nacido, el apego y lactancia materna son sumamente favorables para madre e hijo, tanto a nivel físico como psicológico. En ese primer contacto se comenzará un vínculo entre ambos que será fundamental para la estructura psíquica del niño/niña. Es menester que los equipos de salud lleven a cabo esta práctica de manera consciente e informada, favoreciendo el vínculo y proporcionando ayuda si la situación lo requiere. Estos son aspectos que hacen una práctica humanizadora, centrada en los beneficios psicoemocionales y físicos de madre e hijo.

Reflexión final

En la presente monografía realizada como trabajo final de grado para obtener el título de la Licenciatura en Psicología y a partir de lo desarrollado en los capítulos precedentes he reflexionado sobre cuestiones relacionadas a las mujeres y al parto humanizado, los derechos sexuales y reproductivos y la salud reproductiva. En este sentido creo fundamental los aportes de la psicología ya que enfatiza los aspectos subjetivos y emocionales referentes a todas las mujeres durante los procesos de embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

Reflexionar a partir de una mirada crítica los diversos textos y autores utilizados en esta monografía, me permitió analizar las diferentes formas en la que los derechos sexuales y reproductivos se han ido conformando a lo largo de la historia en contextos determinados, visualizando el lugar que la mujer ocupa en las sociedades y cómo el Estado y las instituciones de salud garantizan y “otorgan” dichos derechos.

Los avances científicos, la medicalización e institucionalización de la vida y del embarazo, parto y puerperio, han generado que cuestiones como la subjetividad, personalidad, necesidades emocionales, contextos socioeconómicos o deseos referentes a cada mujer durante esta etapa sean apartados y desvisualizados. Se consideran fundamentalmente los aspectos y síntomas físicos desde la perspectiva de salud-enfermedad. El cuerpo es tomado como un objeto, como una máquina que necesita de un otro, un profesional que solucione o prevenga futuros inconvenientes, enfermedades y patologías, de esta manera se despojó a la mujer de su lugar protagónico y desvalorizó los aspectos psicológicos y emocionales, los conocimientos e intuiciones de su propio cuerpo.

Pienso que el aporte del paradigma tecnocrático desarrollado por Davis-Floyd, caracterizado por el patriarcado, la tecnomedicina, medicalización e intervencionismo sobre los procesos sexuales y reproductivos ocasionó que no solo los profesionales y las máquinas se apropiaran del lugar protagónico y del saber, sino que generó que la mujer cediera ese lugar en la búsqueda de salud y seguridad, salud que dicho modelo de atención propone y garantiza. Es necesario destacar que el saber científico, el Estado, lo político y económico están estrechamente relacionados con la medicina y la salud. Transitar los modelos de atención al parto y comprender cómo ciertos paradigmas se han constituido como imperantes dentro de las sociedades en base a lo político y económico es una tarea ardua y necesaria para entender cómo estos modelos continúan vigentes en la actualidad en diversos países.

Como una alternativa al modelo tecnocrático diversos autores aportan una perspectiva humanizadora del parto, lo que me permitió cuestionar sobre el modelo de atención en salud fuertemente patriarcal vigente hasta hoy en día en muchas partes de Latino América y en Uruguay, sobre las prácticas que se realizan, el rol de los equipos de salud y fundamentalmente el de las mujeres. Si bien existen leyes y normas que abalan la humanización aún se requieren grandes cambios que favorezcan el empoderamiento de las mujeres.

El aporte del modelo humanista es menester para las mujeres, la necesidad indiscutible de centrar el parto en las parturientas, tener una visión biopsicosocial e integral, teniendo en cuenta los contextos determinados y variados que cada una presenta, las necesidades, deseos y opiniones favorece que como mujeres experimentemos y vivencemos el proceso de dar a luz de forma digna, positiva y saludablemente.

Creo fundamental tener en cuenta los deseos de cada mujer durante el parto y no los deseos o comodidades de los médicos o del personal que atiende, respetando así sus opiniones y derechos. Es indispensable brindar un ambiente cálido e íntimo si el parto se realiza en instituciones de salud o en maternidades, recibiendo apoyo emocional, estando acompañada por quien ella prefiera, con profesionales que otorguen sostén, seguridad y confianza, durante todo el proceso e incluso cuando el bebé nace.

La relación que se establezca con los equipos de salud desde las primeras consultas para confirmar el embarazo van a incidir positiva o negativamente en las experiencias que las mujeres vivencien. Opino en este sentido, que contar con profesionales capacitados, empáticos, preocupados y conscientes por los derechos y el protagonismo de la mujer, que informen constantemente sobre todo lo que va a aconteciendo, y que generen un espacio en donde la mujer pueda expresarse libremente va a favorecer psicológica, física} y emocionalmente el desarrollo del embarazo, trabajo de parto, parto y posparto.

Por ende, el papel del Estado es primordial en la constitución y promulgación de leyes y normas referidas a la humanización y respeto en la atención al parto dentro de las instituciones de salud, garantizando que en ellas sean aplicadas, así como también la formación profesional que todos los integrantes de los equipos de salud que interactúan con mujeres embarazadas deberían tener fomentando un cambio de actitud frente a la mujer que está dando a luz.

Considero que todas las mujeres debemos saber y obtener información actualizada sobre el embarazo, incluso desde antes que este ocurra, desde la infancia, no solo de los componentes físicos sino también de los psíquicos y emocionales, de todo lo que implica el proceso de dar a luz. Creo necesario poder evacuar dudas y miedos con todos los integrantes del equipo de salud que asuman una actitud disponible, amigable y comprensiva y de esa forma contar con instrumentos y conocimientos que nos empoderen, nos ayude a confiar en nosotras mismas y que nos garantice la capacidad de decidir en base a nuestras propias creencias y expectativas, teniendo en cuenta el momento vulnerable que supone. Decidir cómo, cuándo y dónde dar a luz lo reconozco como un acto digno, valioso y necesario.

Bibliografía

- Aguiar, R., Curbelo, K., Guzmán, A., Pirez, A., y Rodríguez, A. (2005). Información recibida por las usuarias en el transcurso del trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en Octubre de 2005. (Trabajo final de investigación). Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2430/1/FE-0189TG.pdf>
- Alonso, C y Gerard, T. (2001). El Parto Humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil. En Freyermuth, G y Sesia, P. (Ed.), *La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. (95-101). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Álvarez, E., Bonilla, Y., León, M., Martínez, B., Meneses, Z., Párraga, J y Suárez, M. (2007-2008). Comisión de apuntes de obstetricia. Licenciatura en Medicina. Universidad de Murcia. Recuperado de: <http://www.eduval.es/Medicina/OBSTETRICIA.pdf>
- Armijoz, R. E. (2015). Aplicación del apego precoz y aprovechamiento del calostro materno en los recién nacidos de las madres atendidas en el hospital básico Yantzaza, durante el año 2014. (Trabajo final). Carrera de Enfermería, Universidad nacional de Loja. Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9135/1/RUth%20Elizabeth%20Armijos%20Espinoza.pdf>
- Arranque Parejo en la Vida y Population Council. (2005). Calidad de la atención a la salud materna. En Freyermuth, G y Sesia, P. (Ed.), *La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. (75-81). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Arnau, J., Martínez, Ma., Nicolás, Ma., Bas, E., Morales, R y Álvarez, R. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*. 7 (2), 225-147.
- Biurrun- Garrido, A y Goberna, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*. 14 (2), 62-66.

- Bowlby, J. (1954). Los cuidados maternos y la salud mental, OMS, Washington.
Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/41545.pdf>
- Camacaro, M. (2000). *La experiencia del parto: proceso de la mujer o acto médico*. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo, Unidad de Investigación y Estudios de Género «Bellacarla Jirón Camacaro».
- Camacaro, M (2009). "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14 (32), 147-162.
- Cannellotto, A y Luchtenberg, E. (2008). *Medicalización y Sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Argentina: Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR).
- Cantero, A., Fiuri, L., Furfaro, K., Jankovic, M., Llompart, V y San Martín, M. (2010). Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Revista del hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 29 (3): 108-112.
- Conde-Agudelo A., Diaz-Rossello J.L, y Belizan J.M. (2008). Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Jose_Luis_Diaz-Rossello2/publication/267822556_Metodo_madre_canguro_para_reducir_la_morbimortalidad_en_neonatos_con_bajo_peso_al_nacer/links/54d0fa460cf20323c21a2017/Metodo-madre-canguro-para-reducir-la-morbimortalidad-en-neonatos-con-bajo-peso-al-nacer.pdf
- Coral, R. (2008). Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*. 11 (1), 47-56. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262008000100007
- Davis Floyd, R. (2001). Los paradigmas Tecnocrático, Humanista y Holístico del parto, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 75 (1), 5-23.
- Declaración de Ceará en torno a la Humanización (2000). Recuperado 17 de mayo de 2017 a partir de: <http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A1N18.htm>
- Defensoría del Pueblo. (2012). *El parto y nacimiento humanizado como derecho humano: un desafío para la transformación social*. Caracas – Venezuela. Recuperado de: <http://es.calameo.com/read/003854301f9e98cc11dac>

- Espinosa, G y Paz, L. (2004). La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. *Sociológica*. 19 (54), 125-153. Universidad Autónoma Metropolitana. Distrito Federal: México. Recuperado de: <http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/359/335>
- FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2011). *Iniciativa Parto Normal*. Documento de consenso. Barcelona: Federación Asociaciones de Matronas.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*. 11 (1).
- Foucault, M. (2012). *Genealogía del racismo*. La Plata: Altamira.
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). *La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Gil, A. (2001). Humanización del parto y nacimiento. En Freyermuth, G y Sesia, P. (Ed.), *La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. (95-101). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Goberna, J., Palacio, A., Banús, Ma. R., Linares, S y Salas, D. (2008). Tecnología y Humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 9 (1): 5-10.
- Goberna, J. (2012). Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE. Revista de Enfermería*. 6 (1), 71-78.
- Herrera, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de Enfermería*. 22 (1-2), 79-82. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017
- Hernández, J y Echeverría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático”. *Revista Internacional de Sociología*, 74 (1), 1-13.

- Jelin, E. (1996). Las mujeres y la cultura ciudadana en América Latina. UBA – CONICET. Buenos Aires: Argentina. Recuperado de: http://www.equidad.org.mx/images/stories/documentos/ciudadania_AL.pdf
- Ley N° 17.386. Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento, Montevideo, Uruguay, 23 de agosto de 2001. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9904818.htm>
- Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay, 13 de diciembre del 2007. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9365835.htm>
- Ley N° 18.335. Ley sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, Montevideo, Uruguay, 15 de agosto de 2008. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3312980.htm>
- Ley N° 18.426. Ley sobre salud sexual y reproductiva, Montevideo, Uruguay, 10 de diciembre de 2008. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2601728.htm>
- Ley N° 25.929. Ley sobre Parto Humanizado, Buenos Aires, Argentina, 25 de agosto de 2004. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf
- Lucchini, C., Márquez, F y Uribe, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre”. *Index de Enfermería*. 21 (4), 209-213. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007
- Magnone, N. (2010) Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización. Montevideo: Memoria para optar el título de Magister en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República [Tesis no publicada].
- Magnone, N., Gainza, P y Labastie, M. (2013). La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. ULÚA. Revista de Historia, Sociedad y Cultura. 22, 175-196.
- Menéndez E. L. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>

- Menendez, E. L. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002
- Montes, M.^a J. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis doctoral, Univesitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- MSP. (2008) Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Normas de la Atención a la Mujer en Proceso de Parto y Puerperio, Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-proceso-parto-puerperio.pdf>
- MSP. (2014) Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Manual para la Atención a la Mujer en el Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
- Muñoz, C., Kaempfer, A.M., Castro, R., y Valenzuela, S. (2001). Nacer en el siglo XXI: de vuelta a lo Humano. Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Naciones Unidas. (1995). Declaración de Beijing. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Recuperado 12 de junio de 2017, a partir de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Ocampo-Martínez, J. (2002). La bioética y la relación médico paciente. *Cirugía y Cirujanos*. 70 (1): 55-59.
- OMS. (1994). *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Nueva York: Naciones Unidas.
- OMS. (1996). Cuidados en el parto normal. Una guía práctica. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
- OMS (1985) Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985.
- Orueta, R., Santos, C., Gonzále, E., Fagundo, E., Alejandre, G., Carmona de la Morena, J., Rodríguez, J., Campo del Campo, J., Díez, M., Vallés, N. y Butrón, T. (2011).

- Medicalización de la vida (I)*. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161.
- Perez, L y Márquez, M. (2004). La atención a la salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología de la Salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 22, 61-75.
- Pinto, L. (2001). Relación madre-hijo inicial: apego ¿ficción o realidad? En Freyermuth, G y Sesia, P. (Ed.), *La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. (189-193). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría*. 78 (1), 96-102.
- Quadrelli, S. (1015). La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera. *Revista americana de medicina respiratoria*. 15 (1), 2-10.
- RELACAHUPAN- Uruguay. (2006-2007). Parto Humanizado: Recopilación de folletos y artículos sobre el tema. Materiales de apoyo para talleres de capacitación.
- Rocha, M. (2015). Humanización del embarazo, parto y nacimiento. Un asunto de derechos humanos. (Trabajo final de grado). Facultad de Psicología, Uruguay.
- Romero, C y Muro, A. (2015). Derechos Sexuales y Reproductivos. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*. 273-288. Recuperado de: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/viewFile/2827/1523>
- Rodríguez, S. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. 2 (2), 71-85.
- Ruíz, J.R. (2006). La relación médico-paciente: ¿una necesidad olvidada? *Revista Ginecología y Obstetricia de México*. 74 (8): 429-434.
- Sastre, I. (2014-2015). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. (Trabajo final de grado). Facultad de Enfermería, España.
- Scattone, V. (2010). Educación, Género y Ciudadanía. Trabajo presentado en el Congreso Internacional: "Las políticas de equidad de género en prospectiva: nuevos escenarios, actores y articulaciones". Área Género, Sociedad y Políticas-FLACSO- Argentina. Noviembre, 2010. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de:

http://www.prigepp.org/congreso/documentos/ponencias/1_Veronica_Scattone.pdf

Silin, J. (2010) De mujeres, matronas, doulas y partos. En II Congreso sobre Historia de las Mujeres. La Plata, Argentina. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4095877>

Solís, H y Morales, S. (2012). Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Revista Horizonte Médico*. 12 (2): 49-52.

Vargas, V. (2002). Los feminismos latinoamericanos en su tránsito al nuevo milenio. (Una lectura político personal). En: Daniel Mato (coord.): Estudios y Otras Prácticas Intelectuales Latinoamericanas en Cultura y Poder. Caracas: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y CEAP, FACES, Universidad Central de Venezuela. 307-316.

Winnicott, D. W. (1981). El proceso de maduración del niño: (estudios para una teoría del desarrollo emocional). Barcelona: Laia.