



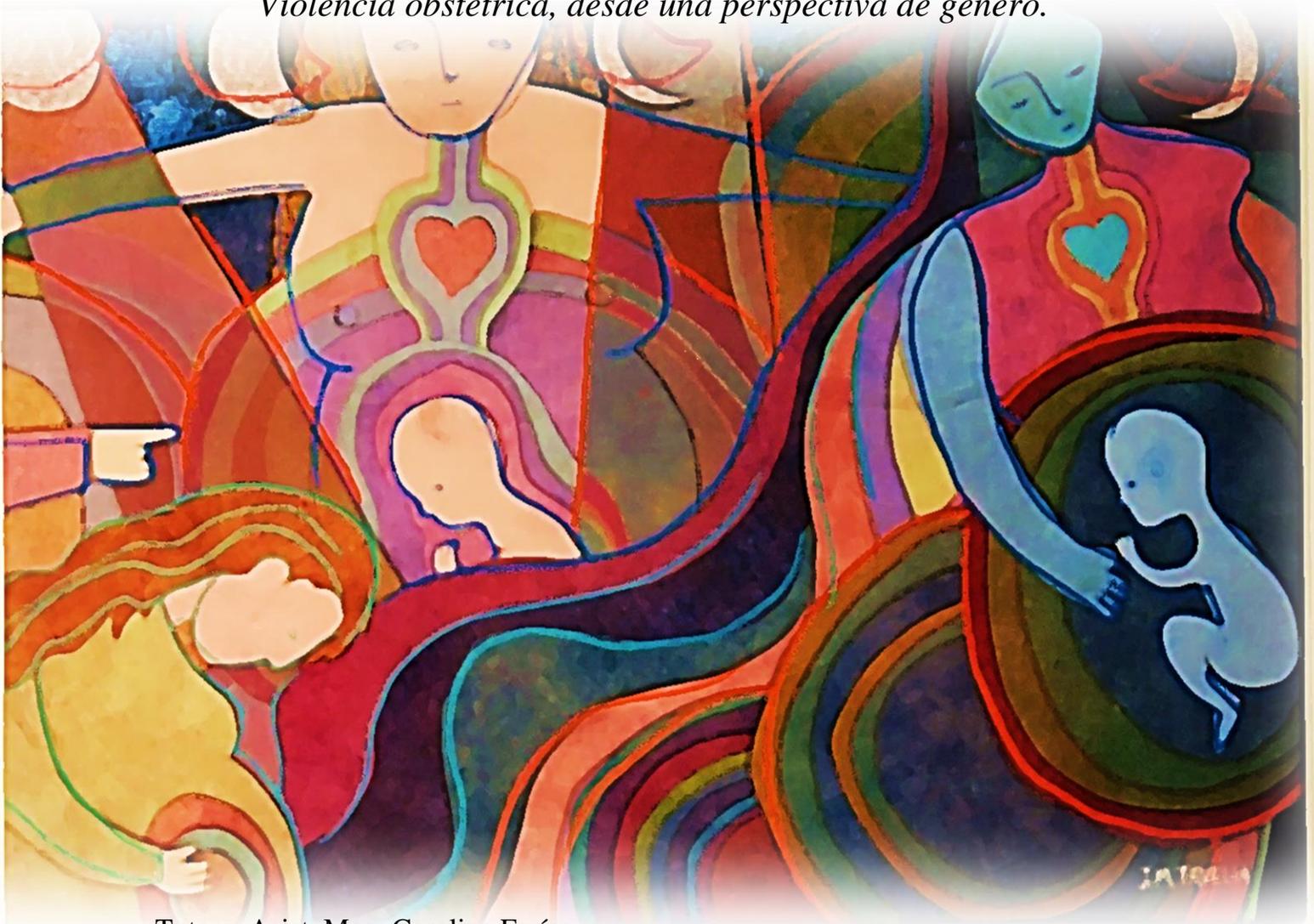
UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

Violencia obstétrica, desde una perspectiva de género.



Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías.

Instituto de Psicología de la Salud

Fiorella Pereira C.I.: 4.608.633-5

Montevideo, 30 de julio de 2017.

Índice

Introducción.....	3
Capítulo 1: Medicalización de la experiencia del parto desde la perspectiva de género.....	4
1.1 Genero.....	4
1.2 Medicalización.....	7
Capítulo 2: Violencia.....	13
2.1 Violencia hacia la mujer.....	14
Capítulo 3: Violencia obstétrica.....	16
3.1 Contexto normativo regional sobre violencia obstétrica.....	19
Capítulo 4: Análisis del relato de embarazo y parto de Nuria.....	22
Conclusiones.....	41
Referencias bibliográficas.....	44
Anexos.....	50

Introducción

Esta monografía fue elaborada como trabajo final para la obtención del título de Licenciada en Psicología de la Facultad de Psicología de la Udelar. En ella se procura trabajar sobre el fenómeno de la violencia obstétrica como un problema de violencia hacia la mujer en el ámbito reproductivo, desde una perspectiva de género.

Metodológicamente se optó por trabajar el tema a partir del relato de la vivencia de una mujer durante sus embarazos, cesáreas y parto, a modo de favorecer una mayor comprensión de dicha problemática, a la vez que se establecerán articulaciones teóricas con diversos autores que trabajan la temática. Cabe aclarar que no se pretenderá realizar un análisis sobre la adecuación o no de diversas prácticas médicas, sino de problematizar la temática de la violencia obstétrica a partir de un relato, poniendo especial relevancia sobre sus diversas manifestaciones en dichas experiencias.

Para el desarrollo del presente trabajo se ha dividido el material en cuatro secciones.

En la primera se profundiza sobre el proceso de medicalización del parto desde una perspectiva de género.

En la segunda parte del trabajo, se abordará el fenómeno de la violencia seguido de la violencia hacia la mujer como constitutiva de la violencia obstétrica.

En la tercera se afrontará el fenómeno de la violencia obstétrica, siendo necesario remitir a una breve contextualización socio-histórica con la finalidad de dar cuenta sobre su surgimiento y las condiciones que la sustentan. Se conceptualizará dicho flagelo y expondrá el marco normativo internacional que reconoce este tipo de violencia y la penaliza.

En el capítulo 4 se desarrollará el análisis del relato de los embarazos, cesáreas y parto de Nuria, articulando con ciertos aspectos teóricos desarrollados en los capítulos precedentes.

Para finalizar, se presentarán las reflexiones finales por parte de la autora del trabajo.

Capítulo 1: Medicalización del parto desde la perspectiva de género

En este capítulo se abordará la medicalización del parto desde una perspectiva de género. Ésta última resulta indispensable para erradicar la discriminación y corregir las desigualdades de género, ya que posibilita diferenciar el surgimiento cultural de numerosas problemáticas producidas en las relaciones interpersonales y proponer opciones para su resolución (Lamas, 1995).

1.1. Género y maternidad

En los años setenta, se promovió la utilización de la categoría género por parte del feminismo académico (Lamas, 1986 citada en Lamas, 1999). La promoción de esta categoría tenía como finalidad, distinguir entre las construcciones sociales y culturales con respecto a las de la biología, como forma de entender mejor la realidad social. Su objetivo político pretendía destacar y dejar en claro que ciertas características que solían atribuirse a las mujeres, eran adquiridas mediante el proceso de socialización, refutando la idea de que sean condiciones biológicas explicadas por su sexo. El Sexo alude a la diferencia biológica mientras que el género incorpora la totalidad de los procesos sociales y culturales propios de la discriminación entre lo femenino y lo masculino (Lamas, 1999).

Las mismas construcciones culturales son las que han cosificado la desigualdad del varón y la mujer, asignando ciertas características y mandatos para uno u otro, que no únicamente postula la inferioridad de la mujer con respecto al varón sino que regula las relaciones entre ambos, determinando lo que se considera como feminidad o masculinidad.

Por tanto, podemos definir género como:

(...) conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino) (Lamas, 2000, pp.2).

Esta conceptualización no refiere a las diferencias sexuales biológicas sino a las construcciones de carácter cultural sobre el varón y mujer que establecen que es lo propio para cada uno. Construcciones que se traducen en posiciones y estereotipos desiguales adjudicados por parte de la sociedad a varones y mujeres, generando efectos en la subjetividad. En este sentido, las mujeres se encuentran en un lugar de subalterna con respecto al varón, legitimado en relaciones de poder socialmente establecidas. Siendo precisamente estas mujeres y varones quienes reproducen el sistema de relaciones de género y lo que es esperado para cada uno de ellos.

El género produce un imaginario social con una eficacia simbólica contundente y, al dar lugar a concepciones sociales y culturales sobre la masculinidad y feminidad, es usado para justificar la discriminación por sexo (sexismo) y por prácticas sexuales (homofobia). Al sostenimiento del orden simbólico contribuyen hombres y mujeres, reproduciéndose y reproduciéndolo (Lamas, 2000, pp.4)

La perspectiva de género por su parte, tiene como propósito erradicar las diferencias de índole sexual, rechazando toda base natural de estas. Esta perspectiva entiende que las relaciones entre hombres y mujeres se encuentra signada por roles distintivos adjudicados por la propia sociedad a cada sexo. En el entendido de esta ideología, la masculinidad y la feminidad están determinadas por la cultura y no por la biología. En síntesis, esta perspectiva se encargar de distinguir entre diferencias sexuales y roles establecidos por la sociedad a cada sexo respectivamente, haciendo un análisis de los dispositivos de poder implicados en tales acciones (Debeljuh y Estol, 2013).

El género como categoría de análisis, permite conocer complejos procesos sociales para explicar cómo se estructuran y expresan los ámbitos de lo femenino y lo masculino y cuáles son los símbolos y características que los definen y representan como construcciones culturales opuestas y simétricas (Queszada, 1996, p.21).

La función tradicional asociada a las mujeres ha sido la maternidad. La misma ha sido designada a lo femenino, tras discursos y representaciones llegando prácticamente a constituirse como la identidad de la mujer, estableciéndose una relación causa efecto (ser mujer es igual a ser madre).

En caso de no escoger la maternidad son calificadas de forma negativa por ello, a través de la elaboración de múltiples discursos se trata de explicar la razón por la que rehúsa de esa posición social que debe ser tomada por toda mujer heterosexual que desea estar en pareja y ser reconocida socialmente (Woollet, 1991 citado en Quintal, s.f).

La maternidad es una construcción cultural que como tal, lleva consigo implícita una serie de tareas y responsabilidades relacionadas a los cuidados y sentimientos propios de la maternidad que suelen naturalizarse en las mujeres llegando incluso a originar una discriminación genérica. En el caso de la mujer que es madre y realiza los cuidados pertinentes, no estaría haciendo más de lo que le corresponde, cumplir con los mandatos sociales que le son impuestos a través del estereotipo de género femenino. Para los hombres resulta completamente opuesto, culturalmente no tienen un requerimiento que los obligue a tener sentimientos maternales (paternales?), en caso de poseerlos son considerados por la cultura como un plus, valor adicional. De modo que, es posible aseverar que la maternidad se encuentra relacionada a lo femenino, al cuidado y al sacrificio (Moncó, 2009).

La maternidad históricamente ha estado asociada a la fecundación, fertilidad, en clara similitud con las propiedades de la tierra. Así mismo se le vincula con la protección, afecto, conservación, cuidado, incondicionalidad, sacrificio, al orden biológico, natural, instintual. Por otra parte la relación con lo genérico ubica lo maternal con el eterno femenino, con lo inmutable, universal y a la vez con lo enigmático, misterioso (Arvelo, 2004, pp. 93).

Esta mujer idealizada, deja a un lado su propia persona por el deber de velar siempre por los demás, focalizando casi toda su atención en ello. Por tanto, desde ésta concepción, la mujer no tiene posibilidad de una identidad que escape a la función materna. La madre es concebida como la única responsable de sus hijos, encargándose de tiempo completo a su cuidado físico, psíquico y a su educación. Su accionar es reducido al hogar, otorgándole poder únicamente en lo privado. La madre deja de lado su vida, desempeñando roles en pos de los demás.

Se piensa que la mujer recibe valor por medio de la maternidad, viéndose beneficiada por la misma, de este modo percibirían la adquisición de un estatus social y su realización

personal. Por tanto, las mujeres se encuentra arraigadas a la convicción de que para lograr una realización personal debe cumplir con la necesidad de ser madres. Esta convicción que es compartida socialmente y que consta del entendimiento de que el papel ideal y función más anhelada de toda mujer es la maternidad, aún se mantiene vigente gracias a un largo proceso de naturalización y mitificación de la función materna.

(...) el embarazo coloca a la mujer, por procesos identificatorios y proyectivos, en una vivencia regresiva signada por la posibilidad de asumirse omnipotente, plena. La valoración sociohistórica de la procreación le hace difícil a la mujer renunciar a aquello que le permite, de alguna manera, compensar las faltas que la misma sociedad le ha atribuido (Arvelo, 2004, pp. 96).

La función materna y sus consecuentes cualidades consideradas como naturales no resultan ser más que el fruto de un constructo cultural que delinea una serie de valores que obran de forma autónoma.

1.2. Medicalización

Un acontecimiento central de la modernidad, fue la medicalización de la sociedad, proceso en el cual la medicina se propaga en la sociedad, comenzando a intervenir en espacios y aspectos ajenos, no explorados anteriormente (Magnone, 2010). Aspectos tales como:

(...) la concepción, el embarazo, el nacimiento, el crecimiento, el climaterio, la vejez y la propia muerte. Con ello es posible codificarlos en términos de riesgo y salud/enfermedad generando una intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud (Magnone, 2010, pp.17).

A partir de ese momento, la salud adquirió gran importancia en la sociedad, ya que el estado se propone preservar y promover la fuerza productiva, de la fuerza laboral. Para ello, los individuos de la población deben mantenerse sanos, siendo precisamente el estado encargado de garantizar la salud. Conquistando el control del cuerpo, la salud y enfermedad (Foucault, 1996). En lo que respecta al cuerpo, este era considerado un bien de gran valor y todos los sujetos, sanos o enfermos, de igual forma eran objeto de la medicina, en caso de los sujetos sanos se debía prevenir la enfermedad y preservar la salud. (Barrán, 1995)

La definición más aceptada sobre medicalización establece que se debe a un proceso creciente en que la medicina, a partir de la modernidad, ha transformado situaciones que han sido tradicionalmente normales en cuadros patológicos y pretende resolver por medio de la medicina, situaciones sociales, profesionales o de relaciones interpersonales (Orueta, 2011; Ceballos, 2010). En este sentido, la medicalización refiere a un proceso de carácter social, siendo la transformación de la medicina una estrategia biopolítica que proporciona una tecnología específica para el control del cuerpo social (La Valle, 2014; Germain, 2007).

En síntesis, podría afirmarse que la medicalización opera catalogando cierto problema no médico en términos propiamente médicos, empleando algún tipo de tratamiento a través de una intervención médica homogénea que no toma en consideración aspectos individuales de cada sujeto.

A causa del crecimiento desmesurado de la medicalización se dificulta una visibilidad precisa de sus alcances y desarrollos, clasificando ciertas situaciones como médicas sin necesidad de serlo, creando nuevas enfermedades o realizando intervenciones desmedidas sobre problemáticas que si resultan médicas pero que aun así, no justificaría dicho accionar (Natella, 2008). “En sus distintas versiones, esta expansión va desde la construcción de nuevas enfermedades hasta alcanzar los procesos comunes de la vida, fenómeno conocido como medicalización de la vida cotidiana” (Natella, 2008). Dicho de otro modo, refiere a:

(...) convivir con conceptos médicos, dirigir y arreglar la vida cotidiana de acuerdo a lo que indica el saber médico del momento, diseñar la existencia misma del ser humano de acuerdo a un plan basado en preceptos médicos con la esperanza de obtener a cambio una larga vida o una vida sin dolor ni sufrimiento (Aguilar, 2015, pp. 262).

Del mismo modo, las mujeres y sus cuerpos pasaron a ser centro del proceso de medicalización, considerando a sus cuerpos como el medio propicio para ejercer control social (Natella, 2008). La medicalización del cuerpo y capacidad reproductiva de la mujer se explica por la baja tasa de natalidad y la concepción patológica y defectuosa que la ginecología ha establecido sobre estos, trayendo consigo el control social de la mujer, ya

que con el objetivo de una buena culminación del embarazo y parto se da lugar a la actividad normativa y controladora propia de la medicalización (García y Díaz, 2010). “Las mujeres fueron disciplinadas por el poder/saber médico para creer que su cuerpo es una máquina imperfecta y que solo éste podrá liberarlas de la imperfección” (Foucault, 1991, citado en Farías, 2014, pp. 27). Por ello, las mujeres desde el inicio de su gestación deben utilizar los servicios médicos, cuyos discursos y prácticas se imponen socialmente y construirán el eje alrededor del cual giran la casi totalidad de sus experiencias a lo largo del proceso procreativo (García y Díaz, 2010).

Los partos dejaron de acontecer en el domicilio, atendidos por parteras y comenzaron a ser institucionalizados en servicios de salud (Hutter, 2010: Farías, 2014).

Este cambio en la asistencia al parto, por parte de la medicina occidental resulta medianamente reciente, ya que en el pasado el parto no suponía radicalmente un evento patológico sino que se correspondía con un evento natural y propio de mujeres, siendo tradicionalmente asistido por parteras. Luego, en el siglo XVIII las prácticas dominantes de las parteras son puestas en cuestión desde el poder político, intelectual y religioso. Se negaba sus conocimientos y experiencias, siendo desplazadas y remplazadas por cirujanos comadrones (Argüello y Mateo, 2014). “Esta transición, de la partería femenina no profesionalizada a la obstetricia primordialmente masculina, es un proceso inconcluso y complejo vigente aún en nuestros días” (Argüello y Mateo, 2014, pp. 14).

A lo largo de la historia se han difundido numerosos discursos que reflejan esta desacreditación a la partería tradicional. Uno de estos planteaba que las parteras aun luego de recibir capacitación para eludir y evitar prácticas riesgosas o contaminantes, carecían de formación médica académica. También se instauró otro discurso el cual expresaba que estas parteras eran consideradas incapaces para adquirir los conocimientos imprescindibles. Por más que hayan recibido formación, aun así carecen de conocimientos necesarios para brindar atención a los problemas que ponen en peligro la vida de la embarazada (UNFPA, 2002: Argüello y Mateo, 2014).

Las mujeres pasan a ser consideradas objetos, adjudicando al poder de la medicina el derecho de establecer quiénes son las mujeres, y cuál es el trato que deben recibir su cuerpo y sus vidas. De modo que, el modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana, se sustenta en una ideología que determina a partir de significados patriarcales, procesos tales como el embarazo, parto y puerperio (Camacaro, 2009). “En las sociedades donde los valores patriarcales imperan, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para el mantenimiento de las mujeres en una posición subordinada.” (Bellón, 2015, pp.95)

Por medio de la atención hospitalaria del parto se ejerce un dominio total del proceso de parto a manos del aparato médico, expropiando el control de la mujer sobre su propio cuerpo (Arnau, Martínez, Nicolás, Bas, Morales y Álvarez, 2012). Es así que, la maternidad pasa a ser dominada por medio de la institucionalización con el propósito de tener bajo el dominio e influjo del poder hegemónico (masculino) a la mujer y su capacidad reproductiva.

(...) mientras la medicina trata de establecer su práctica bajo el influjo de la teoría científica, pretendidamente neutral y basada en la evidencia, está altamente condicionada por aspectos sociales como el género, la posición económica y los valores e ideologías de sus profesionales. (Bellón, 2015, pp.97)

Los hospitales han aplicado los valores de la obstetricia, trayendo consigo la tecnologización y la medicalización a modo de reducir tanto, sus posibles riesgos durante el parto como el tiempo de duración del mismo (Bellón, 2015).

El sexismo de las sociedades patriarcales que sugiere que los cuerpos de las mujeres pueden ser tratados sin consideraciones en favor de un parto rápido y aséptico, puede ser leído como una de las creencias culturales machistas que impregnan la práctica (...) (Bellón, 2015, pp.107).

De esta forma, en los procesos de embarazo y parto prima la utilización de alta tecnología que empleada de forma rutinaria arroja como resultado un control creciente por parte de la profesión médica. En este sentido, se superponen los criterios científicos a las vivencias y opiniones de las embarazadas, desvalorizando sus percepciones y orientando a su

invisibilización (García y Díaz, 2010). Dicha tecnificación rutinaria oficia como un dispositivo simbólico de dominación masculina sobre el cuerpo y procesos fisiológicos propios de las mujeres. A su vez, se expresa una clara jerarquía de saberes donde los conocimientos de los médicos tienen un posicionamiento ventajoso frente a los de la parturienta. Excluyendo a la participación de la madre de toda acontecimiento que involucre su propio cuerpo.

Respondiendo a esta lógica, el control ejercido sobre las mujeres y sus procesos biológicos genera en algunas de ellas, sentimientos de explotación al percibir que no se les brinda la oportunidad de optar, al menos, por las condiciones del parto. Las mismas son impuestas por los procedimientos, tratamientos de rutinas y políticas del hospital (Blázquez, 2005 citado en Bellón, 2015). “Las condiciones actuales de atención al parto profundizan el proceso de pérdida de control de las mujeres en sus procesos de parto y favorecen la apropiación, por parte de las instituciones, de la potencia de parir del género humano” (Magnone, 2013, pp.86).

Estos cambios han repercutido ampliamente en la manera en que las mujeres atraviesan y sienten el embarazo y parto. Las mismas han sido tratadas como objetos dentro de la atención obstétrica, dejando de lado la concepción de sujetos de derechos.

Al concebir el proceso del parto como una enfermedad, la madre es considerada como el medio para obtener con éxito el producto del proceso de nacimiento por lo que se oculta e incluso niega información, dejando a las parturientas excluidas de la toma de decisiones. Las mismas son simplemente habilitadas a acompañar el proceso, sin formar parte de él. Restringiendo cualquier posibilidad de autonomía (Illich, 1975).

Conforme a este orden de ideas, Magnone, Gainza y Labastie (2013) plantean:

El proceso de medicalización del embarazo, el parto y el puerperio significan una vulneración de la autonomía que afecta a toda la comunidad. Recuperar el derecho a decidir autónomamente es una conquista emancipatoria que implica afirmar la autonomía de las mujeres como seres sexuales y como ciudadanas,

promover la apropiación de su capacidad reproductiva habilitando condiciones para escogerla y vivenciarla libremente (pp. 194-195).

La atención médica regida un sin fin de intervenciones que medicaliza el proceso de parto genera un aumento, sin razón, del número de cesáreas y partos traumáticos, productos de inducciones, extracciones instrumentales y episiotomías. Además, muchas veces conduce a una atención médica especializada para el bebé que implica su admisión a unidades neonatales que cuentan con alta tecnología y médicos capacitados para brindar ese tipo de atención, pero aun así no se perciben mejoras en cuanto a la mortalidad pero sí un deterioro en la morbilidad materno-infantil. Suponiendo un alto riesgo tanto para las mujeres como para sus bebés (El parto es nuestro, s.f.). La aplicación de estos procedimientos y/o tratamientos son una clara expresión de la medicalización de los procesos reproductivos y del parto. “Esta concatenación de eventos medicalizados y patologizados, asegura la eficacia del trabajo profesional y un ‘guardarse las espaldas’ frente a cualquier emergencia ocasional, todo ello, por encima de la salud reproductiva y psicológica de las mujeres” (Camacaro, 2009, pp.158). En este sentido la atención al parto es caracterizada por intervenciones desmedidas y una manipulación excesiva del cuerpo de las mujeres (García y Díaz, 2010).

La figura del médico es asumida y tomada como autoridad, ya que él es quien toma las determinaciones sobre los procedimientos a seguir respaldados en el saber y poder médico hegemónico, quitándole a la mujer el control de su propio cuerpo. “Dispuestos en una situación de dolor el saber sobre el mismo otorga un lugar de asimetría. Por lo tanto, el paciente queda ubicado en relación al propio desconocimiento de su cuerpo, queda en suma, entregado al médico” (Rodríguez, 1993 citado en Farías, 2014, pp. 28).

Se podría decir entonces, que la medicalización del parto es la resultante de las desigualdades entre mujeres y profesionales de la salud durante el proceso de parto, donde este último ocupa una posición de supremacía concedida por el usufructo de conocimiento científico.

Capítulo 2: Violencia

Tomando en consideración los aportes de Villanueva, et al. (2010) se establece que la violencia constituye el eje fundante y principal de los conceptos fuertemente interrelacionados de violencia de género, violencia contra la mujer y violencia obstétrica, por lo que resulta idóneo iniciar por su conceptualización.

La terminología “violencia” proviene del latín vis, esto significa fuerza y hace alusión a las restricciones que se le presentan a un individuo como al empleo de la superioridad física sobre el otro. La violencia es un fenómeno con múltiples oscilaciones ya que padece la influencia de épocas, sitios, circunstancias y realidades ampliamente diversas. La violencia existe y es perpetuada desde los orígenes del hombre (Casique y Ferreira, 2006).

En este sentido, La Organización Mundial de la Salud (2002) define a la violencia como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de provocar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia, por quien comete el acto puede ser autoinfligida, interpersonal o colectiva; y por su naturaleza puede ser física, sexual, psíquica, incluyendo las privaciones o el descuido. (Villanueva, et al. pp.10)

Tras esta definición se podría entender el uso de la violencia como un acto en el que una persona de forma voluntaria o deliberada aplica o refiere particularmente a la fuerza física para provocar un daño y/o perjudicar a otra persona. Sin embargo, la violencia es un concepto mucho más complejo que el mayormente expresado por medio de las múltiples definiciones que la vinculan meramente a la fuerza física. Esta refiere a: “cualquier acto de comisión u omisión y cualquier condición que resulte de dichos actos, que prive a los sujetos de igualdad de derechos y libertades e interfiera con su máximo desarrollo y libertad de elegir” (Zuñiga, 2004 citado en Espín, Valladares, Abad, Presno y Gener, 2008).

Abandonando la concepción de violencia perpetuada excesivamente atreves de la fuerza física, Rodríguez y Córdova (2008) plantean que dicha problemática refiere a todo acto o

transmisión de significados con la finalidad de dañar la integridad física o moral de los sujetos.

A su vez, puede ser entendida también como el modo de interacción humana que se expresa por medio de conductas o situaciones que se realizan con intencionalidad, provocando o amenazando con producir un daño o sometimiento tanto físico como psicológico severo a otra persona o una colectividad (Blanco, 2001).

La violencia se ha extendido y complejizado con el paso del tiempo abandonando la condición de enfermedad y llegando a convertirse en un problema de gran impacto en la salud pública. Por parte de la 49a Asamblea Mundial de la Salud (1996), se asume la importancia de considerar el flagelo de la violencia, desde sus diversas modalidades, como un problema de salud pública, solicitando a los estados partícipes, tomar medidas para su abordaje por parte de los sistemas y servicios de salud en cuanto a los tratamientos médicos para las lesiones producto de la violencia física, priorizando las manifestaciones crónicas de enfermedad relacionadas con ella, sus efectos en la salud emocional, sexual y reproductiva (De León, Fernández, López, Duarte y Restrepo, 2006).

La violencia, desde una perspectiva biológica no constituye una enfermedad, sin embargo desde un enfoque social, en función de los grandes daños que ocasiona, se conforma en un problema fundamental de salud y un factor de riesgo psicosocial, con diversas consecuencias a nivel social, psicológico y biológico (Espín, Valladares, Abad, Presno y Gener, 2008).

2.1. Violencia hacia la mujer

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer define la violencia contra la mujer en su artículo 1º como:

(...) todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para a mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación

arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU, 1993, Art.1).

Este tipo de violencia opera como mecanismo de control que sustenta la autoridad de los varones y oficia como el medio para condenar a la mujer por incumplir, contrariar normas sociales o por el simple hecho de desafiar a los varones. De este modo, la violencia contra la mujer permite mantener su opresión y subordinación con respecto al varón. Estos actos no van únicamente en contra de la integridad física o psíquica de las mujeres sino que también de su libertad.

Siguiendo esta línea, la violencia contra la mujer es parte de la organización social de género y el medio principal de regulación de las relaciones sociales. Es un modo material de control social y de la represión desempeñada a través de un proceso ideológico de domesticación de las mujeres. Refiere inexorablemente al encuentro de diversos modos de dominación social que constituyen la vulneración de este colectivo (Saffioti, 1994 citado en de Azevedo, 2017).

Este tipo de violencia es una expresión de la violencia de género legitimada en una cultura patriarcal, suponiendo una posición de desventaja de la mujer respecto al hombre, naturalizando ciertas prácticas que perpetúan dicha desigualdad. La misma presenta modos particulares de legitimación sustentándose en la condición de mujer, las cuales son conceptualizadas y catalogadas como inferiores a los varones y objetos de su propiedad, debiéndoles respeto y obediencia. Por ello, los ataques y maltratos a las mujeres se consideran castigos merecidos y hasta preventivos (De Miguel, 2008).

La misma puede ser pensada como universal y específica, ya que ninguna sociedad del mundo escapa de ella y es ejercida generalmente por hombres sobre el sexo femenino. Se desempeña de diversos modos, suponiendo siempre la violación a los derechos humanos con más alcance siendo también la más frecuente y naturalizada. En tanto, la violencia contra las mujeres es la resultante de las desigualdades entre varones y mujeres y desequilibrio estructural de poder, gestando la vulneración e invisibilidad de derechos fundamentales de las mujeres.

Capítulo 3: Violencia obstétrica

La categoría de Violencia Obstétrica es relativamente reciente, pero las prácticas y actos violentos que la constituyen se remontan a los comienzos de la institucionalización del embarazo y parto. Remite a un modo de interacción entre médicos y embarazadas que se ha convertido en un problema de carácter universal.

Las actuales conceptualizaciones de este fenómeno lo encuadran dentro de la violencia hacia la mujer, perpetuándola por medio de un conjunto de prácticas que las humillan, intimidan y oprimen. Las mismas son desarrolladas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, siendo más aguda en proceso de embarazo, parto y puerperio (Arguedas, 2014).

La Organización de las Naciones Unidas junto a la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética (2013) la definen como:

El tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto (pp.47).

La misma se constituye como un modo de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Siendo algunos de ellos: el derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva (Grupo de información en Reproducción Elegida, 2015citado en Villanueva, et al. 2006).

En este contexto, no se considera a la madre como ciudadana plena en derechos, limitando y prohibiendo su participación como sujeto activo en los procesos de su propio cuerpo. Propiciándose relaciones asimétricas médico-paciente, donde la mujer embarazada se le adjudica una posición de sumisión total, tratada como un mero cuerpo despersonalizado.

Esta modalidad de violencia que es ejercida durante la atención al embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud, tanto públicos como privados, es la resultante de

numerosos factores en donde confluye la violencia institucional y la violencia de género (Villanueva, et al., 2006). “Tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente” (Magnone, 2010, pp. 92).

Este tipo de violencia denominada institucional es perpetuada en el marco de la atención obstétrica por medio de actitudes de discriminación, maltrato psicológico, físico y abandono por parte de los profesionales de salud hacia las mujeres (Tinoco, 2016).

La violencia obstétrica, como manifestación de la violencia de género, es una expresión de las relaciones de poder desiguales que se establecen entre los profesionales de la salud (representantes de lo masculino) y las mujeres embarazadas (representantes de lo femenino), dicha desigualdad se debe al respaldo que tienen los profesionales de la salud por parte de las instituciones públicas y privadas, siendo quienes toman las decisiones sobre los procedimientos a desempeñar en el cuerpo de las mujeres, eludiendo sus necesidades (Soto, 2016). Por lo que, el cuerpo de la mujer pasa a ser un mero objeto de intervención por parte de los médicos, sin respetar su autonomía.

Esta posición de inferioridad se reproduce en varios ámbitos pero particularmente en el ámbito médico-obstétrico donde se puede evidenciar el sometimiento de las mujeres frente a los médicos, quienes desempeñan un actuar protagónico que se visualiza en la toma de decisiones y valoración de la opinión de la mujer.

Desde un contexto global, se aprecia un aumento significativo de la violencia obstétrica y las características que la conforman. Dentro de esta problemática se definen dos modos de clasificarla: violencia obstétrica física y violencia obstétrica psíquica. Estas derivaciones de la Violencia obstétrica se encuentran conectadas entre sí y pueden efectuarse conjuntamente en simultaneidad.

En lo que refiere a la violencia obstétrica en sus diversas dimensiones es pertinente exponer la perspectiva y desarrollo de Medina (2008) citada por Magnone (2010) quien advierte que la violencia obstétrica despliega este doble rol de acción que define del siguiente modo:

(...) la violencia obstétrica física como la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Mientras que la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales (p.94).

Como se mencionó anteriormente, las prácticas y actos constitutivos de la Violencia Obstétrica se remontan a la institucionalización del parto. La misma era justificada a través de discursos médicos que planteaban la protección a casos patológicos pero en verdad, la institucionalización médica fue impuesta de igual modo a todas las parturientas, sin eventos patológicos de por medio (Arguedas, 2015).

El traslado del parto al hospital, desarrollado en el capítulo de medicalización, supone la patologización de dicho proceso, adjudicando la totalidad de sus intervenciones a los médicos, quienes frente a cualquier parto (aun de bajo riesgo) ejercen varios controles y tratamientos rutinarios que pueden ocasionar efectos negativos. Gestando una naturalización del proceso parto como patológico tanto para el profesional como para la mujer embarazada, desprendiendo la violencia obstétrica.

Dicha institucionalización supone una negación del beneficio de prácticas y saberes tradicionales relativos al parto, situando a los profesionales de la salud como los únicos autorizados a intervenir en el cuerpo de las mujeres. La asimetría médico-paciente, entonces, se arraiga en las prácticas sociales (Belli, 2009). Esto representa desventajas para la mujer, quien posee un mayor conocimiento del proceso por el que está atravesando pero aun así sus saberes son ignorados por los profesionales de la salud.

De este modo, se instaura la perspectiva de una mujer empobrecida en cuanto a una insuficiencia de conocimientos y habilidades propias para afrontar el proceso de parto. De este modo, se promueve un estado de incertidumbre y miedo por parte de la mujer,

naturalizando y aceptando casi que cualquier condición y procedimiento deliberado por el personal sanitario. Obedeciendo y respondiendo muchas veces a los intereses de las instituciones, los cuales son asumidos como propios, sin posibilidad remota de revelarse ante tal realidad. Ponderando un desarrollo favorable del trabajo de parto y el bienestar del feto.

El profesional de la salud cuenta con una disposición absoluta del ritmo del proceso de embarazo y parto, siendo cada vez más inflexible con respecto a las necesidades de dichas mujeres y sus fetos. Desplegando una subordinación, sometimiento de la mujer. Estas acciones dan cuenta de roles asignados y asumidos culturalmente.

Tras la instauración del hospital como el sitio apto para el proceso obstétrico, se encuentran intereses sublimados por el poder de la ciencia dan origen a una conciencia colectiva que considera como natural que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad. Tal consolidación, del hospital como lugar idóneo para la atención obstétrica, no deja de ser una mentira que se ha transformado en una verdad social. Producto de una enajenación colectiva (Camacaro, 2009) “La medicina institucional asume una posición privilegiada como campo de la ciencia encargado de definir cuándo comienza la enfermedad” (Bellón, 2015, pp.99)

En este sentido, el parto es "concebido como un evento generalmente patológico que restringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozarlo plena y autónomamente, configurado de esta manera una de las formas de violencia estructural de género.”(Magnone, 2010) Siendo esta, la Violencia obstétrica.

3.1. Contexto normativo regional sobre violencia obstétrica

El tema de la violencia obstétrica se ha ido propagando paulatinamente por todo el mundo y ha ido adquiriendo una creciente complejidad, lo cual ha venido exigiendo una normativización que posibilite generar ciertas garantías que resguarden el bienestar de las mujeres embarazadas en el contexto de la obstetricia.

Tras los esfuerzos por erradicar la violencia obstétrica y estigmatización de género, las leyes han alcanzado la visibilidad de tales fenómenos relegados a lo largo de la historia. Creando normativas para su abordaje y prevención.

En Argentina, en el año 2004, se sanciona la Ley 25.929, con el nombre de Ley de Parto Humanizado, constituyéndose como el primer avance significativo en cuanto a la problemática de Violencia obstétrica dentro de un marco jurídico aunque sin emitir una definición de la misma (Belli, 2013, pp.4).

Esta Ley, en su artículo 2, postula una serie de derechos que las mujeres poseen durante su embarazo, parto y postparto, tales como el requisito de ser informada para poder elegir libremente, el trato respetuoso y personalizado, la no patologización del evento, el respeto a sus tiempos biológicos y psicológicos, entre otros (Bielli, 2013).

En el año 2007, Venezuela fue el primer país en conceptualizar la Violencia obstétrica y reconocerla como delito.

La misma es definida como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Ley Venezuela, 2006, pp.30)

El artículo 51 de la Ley Orgánica de Venezuela sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, plantea:

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. Alterar el proceso natural

del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Belli, 2013, pp.5)

Posteriormente en el año 2009, Argentina sancionó y promulgó la Ley 26.485, denominada Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en el ámbito que desarrollen sus relaciones interpersonales, que define la violencia obstétrica del siguiente modo:

"Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales de conformidad con la ley 25.929" (Belli, 2013, pp.5-6).

En 2014, el Senado de México, reconociendo la importancia de acabar con la violencia obstétrica y aprobó modificar la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, con el objetivo de brindar un respaldo a las trabajadoras y favorecer el amparo de la mujer en la atención médica, durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. Estas acciones permiten "castigar la violencia obstétrica al tipificar como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio" (Al Adib, Ibáñez, Casado y Santos, 2017, párr. 17).

Las presentes leyes vigentes sobre la problemática de violencia obstétrica, detallan una serie de acciones que determinan la patologización y medicalización del cuerpo de la mujer embarazada y sus procesos reproductivos, atentando contra su dignidad y autonomía.

Capítulo 4: Análisis del relato de embarazos y parto de Nuria

En este capítulo se comenzara por presentar el relato de Nuria sobre las experiencias de parto y embarazo, continuando con su análisis basado en ciertas problemáticas que predominan en el texto, a partir de la selección de extractos significativos del mismo. Los ejes temáticos que se abordarán son: 1. Paternalismo médico. 2. Información para decidir (consentimiento informado). 3. Mal-trato. 4. Intervencionismo médico.

El relato de parto al que se remite fue extraído de la página web de la asociación española “El Parto es Nuestro” encargada desde hace más de una década a contribuir positivamente en las condiciones de atención al embarazo, parto y puerperio. Dicha Organización, cuenta en su página web de una sección de relatos de nacimiento, en donde las mujeres (y algunos hombres) pueden enviar los relatos de nacimientos de sus hijos, siendo éstos de acceso público.

Este relato arroja la experiencia de embarazo y parto de la tercera hija de Nuria, Clara. Nuria es originaria de la ciudad Valladolid, España. El nacimiento de su hija Clara se llevó adelante por parto vaginal después de dos cesáreas (PVD2C) y tuvo lugar en el hospital de Cruces ubicado en Baracaldo, en el año 2010, es decir, que Nuria tuvo que recurrir al denominado “turismo obstétrico” para el nacimiento de su tercer hija.

En el primer parto, de su hijo Mateo (5) se practicó una cesárea por sufrimiento fetal y en su segundo parto, de su hija Aurora (3) también se realizó una cesárea pero en esta oportunidad con la indicación de “cesárea por cesárea previa”. Tras estas dos experiencias sumamente traumáticas para Nuria, determinadas por una gran cantidad de maltratos e intervenciones innecesarias por parte del personal sanitario; en su tercer embarazo emprende su lucha para dar a luz a Clara por vía vaginal, encontrándose con muchos impedimentos especialmente en su ciudad de residencia pero aun así, luego de una larga y devastaste pelea, felizmente lo consigue en un hospital público de otra ciudad.

Paternalismo médico

La relación entre el médico y el paciente se ha visto atravesada y hasta incluso determinada por el paternalismo médico, fundamentalmente en lo que refiere a la atención de los procesos reproductivos de las mujeres. Dentro de esta relación, por parte del mismo profesional, se ha priorizado su percepción, siendo justamente quienes deben de tomar absolutamente todas las decisiones que conciernen al paciente. De este modo ignoran e incluso rechazan la participación del paciente quien debe asumir una postura de sometimiento, despojándolos de su protagonismo el cual es asumido por los propios profesionales de la salud.

(...) la practica medica tradicional presupone una relación médico-paciente en la que la dinámica del proceso se centra en el facultativo, quien por demás posee los conocimiento, los medios y la fuerza legal para hacer lo que sea necesario para mejorar el estado de salud del individuo (Cañete, Guilhem y Brito, 2013, pp.3).

En este contexto se explicita una relación de carácter asimétrica entre el médico y el paciente. Esta asimetría se encuentra sustentada en la concepción que se tiene del paciente, quien a causa de su enfermedad (?) y carencia de información resulta completamente vulnerable con respecto al profesional de la salud, que debe de ayudarlo y buscar posibles soluciones para su padecimiento. La postura paternalista que asume la propia medicina pone acento en el medico, considerando al paciente como un elemento pasivo y por tanto, no participativo (Cañete, Guilhem y Brito, 2013).

Ayer visita del tercer trimestre al gine de SS. Abre la cartilla de embarazada y empieza a completar el informe para paritorios (monitores).
"- Cesárea y cesárea, así que cesárea seguro (se dirige a la enfermera) a ésta la enviamos a monitores antes (semana 37), porque como es cesárea sí o sí, hay que programársela antes".
Imaginaros mi cara, en menos de 1 minuto en la consulta, la señora ginecóloga ya ha utilizado la palabra cesárea en 4 ocasiones. (A partir de este punto voy a sustituir la palabrita por una C....)

En este extracto del relato de Nuria sobre lo sucedido durante la atención ginecológica correspondiente al tercer trimestre, se puede detectar claramente una postura absolutamente

paternalista por parte del profesional, quien toma la decisión de una cesárea de forma individual y arbitraria en función de su criterio profesional, decisión que es transmitida de forma autoritaria ignorando las percepciones y deseos de la madre. Por tanto, no se reconoce el derecho de autonomía de la paciente a decidir y opinar en base a sus creencias. El papel del médico debe limitarse a informar sobre las posibles opciones y consecuencias negativas para su salud y la de su bebé, sin imponer, obligar ni persuadir a la madre para la toma de una decisión.

Por parte de Ministerio de Salud Pública (2008) se establece que el ambiente adecuado donde se lleve adelante el seguimiento de la mujer embarazada, debe de facilitar información, promover discusiones y atender a las dudas de la mujer con la finalidad de empoderarla en la toma de decisiones que respectan al cuidado de su salud y la de su embarazo.

En este caso no solo se toma una decisión de modo radical sino que se le omite absolutamente cualquier información que explique o justifique la pertinencia de dicha intervención como tampoco sus posibles los riesgos.

En este punto no se le da posibilidad a Nuria de aceptar o rechazar dicha intervención asumiendo los posibles riesgos, interfiriendo y obstaculizando su libertad, a modo de garantizar y preservar su bienestar (?) y el del bebé. Por lo que Nuria resulta víctima de violencia ejercida por el profesional de la salud quien se respalda en un discurso que justifica cualquier acción y decisión precisamente por la preocupación del bienestar de su salud y de su hijo. Por parte de este tipo de profesionales que asumen una postura paternalista no consideran a los pacientes como sujetos de derechos.

Esta violencia ejercida en el ámbito de la obstetricia, es un modo de violencia de género que evidencia las desigualdades entre hombres y mujeres en las relaciones de saber/poder y que regula el conjunto de las prácticas particulares en los procesos reproductivos de las mujeres. La vulnerabilidad de las embarazadas, parece complejizarse por su condición de mujeres (Amorós, 1990 citado en Belli, 2013).

Durante la atención obstétrica los saberes de Nuria son descartado por el medico quien prioriza los conocimientos científicos que el posee, los cuales se consideran superiores a los de esta mujer (Bellón, 2015), instaurando una relación de poder desigual en la que ella se ve desfavorecida (Arguedas, 2014). Obstaculizando toda posibilidad de establecer un dialogo y comunicación médico-paciente en la que se pueda intercambiar información y dudas relevante para la toma de decisiones.

Esto se manifiesta del siguiente modo:

-“Cumpló todos sus criterios de selección, para una prueba de parto: 2 cesáreas transversales, pelvis adecuada, ninguna otra cicatriz uterina, buena recuperación posparto.....Mire, yo entiendo que sus protocolos (tono conciliador)"-“¿Qué va a saber usted? Usted no sabe lo que es.....”

La figura del médico se presenta como la máxima autoridad, autosuficiente por sus conocimientos científicos, siendo el único que sabe con precisión qué es lo más adecuado para el paciente, sometiéndolo pasivamente y aminorando sus competencias y autonomía al hecho de consentir las decisiones del profesional.

Tomando en consideración los aportes de Camacaro (2009) este intento de imposición de la cesárea como la única opción posible para dar a luz podría ser interpretada como un mecanismo de defensa y garantía frente a una eventual emergencia en un parto vaginal, tras haber tenido sus otros hijos por cesárea.

Aunque resulta importante destacar que según el protocolo de Parto vaginal después de cesárea de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2010) establece que se debe recomendar el intento de parto vaginal después de una o más cesáreas a mujeres que cumplan con ciertos criterios establecidos, ya que se ha comprobado que el parto por cesárea luego de otro en las mismas condiciones aumenta los riesgos de rotura uterina, morbilidad y mortalidad materna con respecto al parto vaginal, incluso en mujeres con dos cesáreas previas.

Según la Guía en Salud Sexual y Reproductiva (2014) los principales criterios de elegibilidad establecidos son:

- Gestación única en presentación cefálica • Peso fetal estimado inferior a 4.000g. • Cicatriz uterina previa segmentaria transversa • Pelvis viable • Ausencia de otras cicatrices uterinas o de antecedentes de rotura uterina • Consentimiento de la gestante • Disponibilidad de asistencia obstétrica continúa. • Posibilidad de realizar anestesia y cesárea de urgencia (pp.92).

Estos criterios no fueron ni siquiera contemplados al momento de la decisión de la ginecóloga ya que se basó simplemente en los antecedentes de cesáreas.

- ¿Querrás ligadura no?
- No
- (Ojiplática) Hombre, en la segunda C.... lo recomendamos, en la tercera casi obligamos
- No a mí... Gracias

Tras el cuestionamiento del médico a la madre sobre una ligadura, se visualiza una persuasión por parte del profesional, quien al preguntar explícita que su respuesta debería de coincidir con su percepción, siendo esta la realización efectiva de la ligadura. Pero frente a la respuesta negativa y no esperada que emite Nuria se hace evidente un conflicto entre las preferencias y manifestaciones de uno y de otro, momento en el cual el médico expresa que en su caso prácticamente se obliga a los pacientes al sometimiento de la voluntad del médico, siendo en este caso una ligadura, rechazando un proceso de toma de decisiones conjunto y negando la capacidad de esta paciente para oponerse a esa intervención planteada.

Generalmente se aplican ciertas prácticas sobre las pacientes sin siquiera realizarles la consulta pertinente y brindarles al menos alguna información sobre las contradicciones de las mismas. Con ello, se invalida cualquier posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva (INSGENAR, 2003 citado en Belli, 2013).

“Frasas como ‘firma acá’, ‘te tengo que ligar las trompas’, ‘te tengo que hacer cesárea’, son un ejemplo habitual de este tipo de prácticas.” (INSGENAR, 2003 citado en Belli, 2013, pp. 32)

Se manifiesta un claro ejercicio de poder por parte del profesional de la salud sobre la paciente a modo de adoctrinamiento y dominio de sus comportamientos y cuerpo. Ejercicio de poder que caracteriza el paternalismo. Este ejercicio de poder durante la atención obstétrica se encuentra sustentado y legitimado por una cultura patriarcal que se interesa en mantener la subordinación y condición de inferioridad de la mujer con respecto al varón, en

este caso de las mujeres embarazadas con respecto a los médicos, mayoritariamente varones, perpetuando su supremacía (Magnone, 2010).

El paternalismo médico favorece dinámicas inequitativas de género e imposibilita la utilización de oportunidades para que las mujeres reciban atención de calidad (Pérez, 2004).

[...] las mujeres se encuentran “jaloneadas” -casi literalmente-, entre dos figuras autoritarias y simbólicamente masculinas: el médico y el marido. Tal como ocurre al interior de la vida sexual de la pareja, en que el rango de decisión de la mujer es reducido y está interferido por las relaciones de poder; en nuestra cultura, la construcción de “lo femenino” no ha favorecido la autonomía y el control de las mujeres sobre su cuerpo (Brenes, et al., 1998 citado en Pérez, 2004, pp. 87).

Además en este caso, los actos paternalistas por parte del ginecólogo pueden pensarse como un modo de considerar a esta mujer incapaz de llevar adelante un parto, por lo que no se toma en consideración su voluntad, poniéndola en un lugar similar a la de un niño o un incapaz.

- "No hombre, no. Usted no sabe lo que está pidiendo. (Aquí está papá, regañando a la nena) ¿Acaso es consciente de los riesgos que tiene un parto en su caso?"

- "Pues sí. Estoy informada de los riesgos. He leído varios estudios científicos, las recomendaciones de la SEGO y la OMS y las estadísticas hablan de un 1.2% en los estu....."

- "Usted no tiene ni idea,... si me permite.

Aquí también se explicita una actitud paternalista por parte del profesional sanitario quien prioriza su perspectiva y conocimientos, a la espera de que su paciente acate inactivamente cualquier acción médica, en lugar de favorecer una decisión autónoma. Minusvalorando los saberes, opiniones y decisiones voluntarias e informadas de Nuria, quien pareciera ser tratada como un ser ignorante que emite opiniones irracionales, por no coincidir y refutar la perspectiva del ginecólogo, coartando su libertad para opinar y decidir sobre el trato que debe recibir su cuerpo.

Los siguientes extractos del relato de Nuria refieren a la segunda cita de atención obstétrica en el hospital de Cruces (hospital al que recurrió en busca de una mejor atención) con el motivo de monitorización y valoración por parte de la ginecóloga, correspondiente a la

semana cuarenta de gestación. En la misma es posible detectar un panorama absolutamente diferente al paternalista presente en la médica de su hospital de referencia.

“-¿Así que vienes a parir?”

“-Yo quiero intentarlo...cuanto tiempo me dejáis? (yo también se ser directa) ”

“- Aquí hasta la 42 es normal, luego inducimos con propess”

- No quiero parecer desconsiderada, pero las inducciones me dan miedo, no me gusta mucho la idea.

Algo ha notado en mi cara y decide que va a hablar directamente con el equipo de Cruces para confirmar los datos.

- (...) Nada de inducción, si llego a las 42 sin síntomas visibles de parto cesárea programada, Bishop favorable intentamos algún método como Hamilton o rotura de bolsa. Nos vemos el lunes (semana 41) para monitores.

Intento entender cómo es posible que de repente, entre en una consulta, sin tener que medir las palabras. Sin tener que mentir (aunque sea por omisión). Sintiendo que se me escucha y no se me cuestiona/ amenaza.

La actuación de la profesional se basó en el establecimiento y desempeño de una buena comunicación con la paciente, favoreciendo un ambiente de seguridad y confianza en el que es posible intercambiar una mayor cantidad de información para la toma de decisiones, respetando la autonomía de Nuria. De modo tal que el encuentro clínico se convierte en un compromiso de respeto tanto para la profesional como para el paciente. Brindándole una atención de calidad, donde el acento principal es puesto en la participación de la paciente.

Información para decidir

En este apartado, nos basaremos en el consentimiento informado como norma medica que consta de una decisión racional y voluntaria por parte del paciente sobre procedimientos y tratamientos médicos de forma informada. Esta información debe ser proporcionada por el medico quien tiene que expresar y manifestar de forma clara, empleando un lenguaje comprensible para el paciente, cuales son los beneficios y riesgos de las acciones médicas, procedimientos y tratamientos propuestos con el cometido de obtener un consentimiento por parte del usuario para su realización o no. (Gonzales, Rodríguez y Berro, 2005)

Por parte de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (2006) se define el consentimiento informado como:

El consentimiento informado es el que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda acerca de: a) La estimación del diagnóstico, b) El objeto, método, duración probable y ventajas que puedan esperarse del tratamiento que se propone, c) Otras formas de tratamiento, incluidas las que sean menos intrusivas, los posibles dolores o incomodidades, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto. (Terán, Castellanos, González Blanco, & Ramos, 2011:17)

El consentimiento informado permite exterminar la atención médica de tipo paternalista priorizando la autonomía y poder de decisión de los pacientes en lo que concierne a su salud.

El mismo, resulta una herramienta de gran valor en la relación médico-paciente, constituyéndose como un derecho fundamental del paciente y una obligación de los médicos (Zayas, 2013).

En lo que refiere a la atención obstétrica que recibe Nuria, en reiteradas oportunidades se ignora este derecho de la paciente, como se identifica en el siguiente fragmento de su relato:

"- Niña en cefálica, aunque eso nos da lo mismo para C.... Te mandamos tan pronto a monitores, porque con 2 C..., no podemos dejarte para mucho. Te programarán antes de que salgas de cuentas. No podemos dejar que empiecen las contracciones. Ya sabes... por los riesgos que corres..." (Silencio a la espera de mi contestación) "Bueno.... pues aquí tienes el consentimiento de la C..., me imagino que ya sabes lo que es. Al fin y al cabo es la tercera C..., ya habrás firmado 2 antes."
-Es cierto, la primera C... fue urgente...Bueno chica, eso es todo, espero que tengas una C... estupenda y una recuperación mejor"
-Gracias"

Este segmento del relato hace referencia a la exclusión de normas del consentimiento informado al no tomar en cuenta una decisión libre e informada, respetando la autonomía de Nuria y violando su derecho de recibir información clara sobre el cometido de las acciones médicas, riesgos y beneficios, limitándola al simple hecho de consentir la decisión del médico a través de la firma de un formulario. Aquí se evidencia que aun en la actualidad, las prácticas médicas ignoran la autonomía de los pacientes. Aun cuando la ley 18.335 (Uruguay, Poder Legislativo, 2010), de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud, en su Artículo 17, plantea con respecto al consentimiento informado, que todo

procedimiento de atención a la salud se tiene que concretar conjuntamente entre el paciente y el profesional de la salud. Para que el paciente tome una decisión es necesario que reciba información basta, pertinente y de forma comprensible para él.

Durante este tipo de atención no se reconoce por parte del médico, la dignidad del otro, considerando a Nuria como un sujeto pasivo, carente de voluntad propia y poder de decisión en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva.

El ginecólogo al momento de informarle a Nuria, en lugar de proponerle que se le programara una cesárea, le omite toda información sobre dicho procedimiento e intervención afirmando que ella ya la debe poseer debido a sus experiencias previas de partos por cesárea, ignorando posibles cambios y particularidades singulares de cada proceso de embarazo y parto. Y menos aún, le presenta los riesgos que también conlleva una cesárea de repetición sobre la posibilidad de un parto vaginal.

El médico no presenta interés por el derecho y necesidad de información de Nuria, ya que en cada una de sus experiencias es pertinente revelar y compartir la información necesaria de modo indiscriminado.

Al suprimirse la norma básica y fundamental del consentimiento informado, como lo es la información, invalida completamente una relación y proceso comunicativo entre el médico y el paciente que permitiría manifestar abiertamente la voluntad del paciente y llevar adelante un trabajo conjunto que culmina en una decisión informada.

La elección informada no debe limitarse a obtener el consentimiento de las usuarias, pues implica que tanto proveedores como usuarias tienen acceso a buena información y abren espacios para discutir problemas, necesidades y alternativas, lo que permite tomar juntos decisiones efectivas y apropiadas (Pérez, 2004, pp. 108).

Esto se constituye en un hecho de violencia obstétrica debido a la toma de decisiones por parte del profesional sobre la salud sexual y reproductiva de Nuria pasando por encima su voluntad y derecho a la información.

La información insuficiente, poco clara o falta de veracidad puede ser considerado como una de las formas de ejercicio de la violencia obstétrica, ya que al colocar a la mujer como objeto de la intervención y no como sujeto de derechos, se desconoce su capacidad para la toma de decisiones, proceso para el cual se requiere –entre otros aspectos- de disponer de información de calidad, suficiente, precisa y oportuna (Farías, 2014, pp.59).

Finalmente, el médico otorga el formulario de consentimiento informado asumiendo que Nuria debe consentir cualquier decisión que él tome.

El consentimiento informado bajo estas condiciones previamente planteadas, se reduce a la entrega de un documento que debe ser firmado como formalismo a modo de protección del profesional de la salud, quien pretende exonerar la responsabilidad de sus decisiones y acciones. Ya que al firmarse dicho consentimiento se da por entendido que a Nuria se le ha otorgado la información suficiente que la hace consciente de los riesgos y consecuencias inherentes a la intervención de la cesárea.

Lo mismo ocurre en la siguiente situación planteada en el relato, donde el consentimiento informado oficia simplemente como una garantía para el profesional frente a cualquier complicación:

-“En ese caso, si se emperrea, nos tendrá que firmar un documento responsabilizándose de lo que pueda ocurrir (¡¡¡¡pero si lo firmé el viernes!!!!).

Ello resulta una concepción errónea del consentimiento informado por parte del médico, ya que este no exime de una mala praxis, ni obliga a ejercer una medicina defensiva, es una herramienta para salvaguardar exclusivamente la autonomía de los pacientes al brindarle información minuciosa del procedimiento y los riesgos a los que será expuesto (Zayas, 2013).

Hasta aquí, parecería que el consentimiento informado refiere más a las perspectivas y preferencias de los profesionales, que a las decisiones de los pacientes, ya que la transmisión de información y el respeto por las decisiones del paciente resulta sumamente complejo.

Para no alargar (aún más), al cabo de un rato me llaman de nuevo a consulta, donde una ginecóloga (que no el jefe de servicio) reconoce mi derecho a

negarme a la cesárea, bajo mi responsabilidad. Me hace firmar consentimiento informado de pvdc en el que añade a bolígrafo una serie de datos complementarios y la renuncia a cesárea programada. Todo ello, a la espera de estudio por parte del equipo médico de mi hospital y visto bueno del jefe de servicio.

En lo que refiere a este fragmento, es preciso destacar que finalmente fue posible respetar la autonomía del paciente, siendo quien debe de tomar, en última instancia, las decisiones referentes a su salud sexual y reproductiva. Favoreciendo una decisión libre e informada en función de sus intereses y preferencias luego de una apropiada transmisión de información por parte del profesional de la salud, respecto a los posibles tratamientos, riesgos y beneficios. Siendo entonces, Nuria quien consentirá o rechazara el tratamiento sugerido, sin la imposición de concordar con el criterio médico. “(...), la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y (...) el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente” (Colegio americano de médicos, 1984 citado en Cañete, Guilhem y Brito, 2013, pp.123) Dando paso al abandono de una relación determinada por la desigualdad y subordinación.

Mal-trato

En este apartado al plantear un análisis del “mal-trato” en la atención obstétrica del embarazo y parto, nos referimos puntualmente a un trato deshumanizado como se plantea en la siguiente definición de violencia obstétrica:

Toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (Medina, 2001, pp.3)

La Ley 25.929 de la legislación Argentina sobre el parto humanizado, conceptualiza la Violencia Obstétrica como la desplegada por parte del personal de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, manifestándose en un trato deshumanizado, un exceso de medicalización y patologización de los procesos naturales. De acuerdo con el Decreto Reglamentario de la ley, el trato deshumanizado refiere específicamente al trato

cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante en el ámbito de la atención al embarazo, parto y puerperio y además en la atención al aborto natural o inducido, por parte del personal de salud a la mujer o al bebé (Galimberti, 2015).

Dentro de la atención obstétrica, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres se encuentra inserto dentro gran espectro el cual contempla desde correctivos, burlas, sarcasmos, insultos, amenazas, humillaciones, empleo de información tergiversada hasta el rechazo de tratamientos (Villanueva, 2010).

Una gran cantidad de mujeres durante la atención obstétrica reciben un trato y atención irrespetuosa transgrediendo el derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Se consideran tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos (físicos o mentales), cualquier tipo de degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales. La situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es en el momento del parto. Estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes del tipo “Si te gustó aguantátela (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por haber sentido placer al momento del acto sexual)” (INSGENAR, 2003 citado en Belli, 2013).

En el caso de Nuria, estos maltratos resultan frecuentes durante las consultas obstétricas. Uno de ellos es ilustrado en el siguiente fragmento:

Diez minutos después, hace su aparición el Sr. Todo Poderoso Ginecólogo. En realidad, lo primero que "se manifiesta" es su voz desde la sala contigua:
"-a ver..., donde esta esa mamá que quiere parir después de 2 cesáreas"
-(voz anónima)" en monitores.
Ahora sí, hace su aparición. Mira intermitente a dcha. e izq., intentando decantarse por una de las dos gordas que allí estamos. La matrona entra nerviosa y comienza a quitarme las correas. Mientras, con una "dulce" sonrisa levanto mi dedo cual colegiala sabihoncilla.
-"Así que esta, es la suicida".

Este resulta un claro ejemplo de malos tratos, ya que al comienzo de la consulta se manifiesta una falta de respeto a la paciente. El profesional de la salud no la llama si quiera

por su nombre, emitiendo desde ese momento, comentarios negativos con la intención de juzgar y menospreciar las intenciones y decisiones de Nuria. Cerrando la posibilidad de un espacio para intercambiar información y responder a inquietudes de la paciente, complejizando aún más la situación. Ello refleja una posición del médico que no permite un cuestionamiento a sus conocimientos y quehacer profesional, anulando toda actitud crítica del paciente quien debe adoptar una conducta de obediencia y cooperación frente a la figura de poder, erradicando cualquier posibilidad de participación.

Por medio de ese comentario ofensivo e irrespetuoso (*la suicida*), se incrimina a la madre de querer atentar contra su propia vida por el simple capricho de parir por vía vaginal, desacreditando absolutamente sus saberes, conocimientos y capacidad de participar en los procesos de toma de decisión. De cierta manera es posible entender este comentario como un medio para atemorizar a dicha madre, para no llevar adelante su voluntad. Reforzando una supremacía del conocimiento médico con el consecuente sometimiento y desvalorización de los saberes no científicos de la mujer-madre.

Lo mismo acontece en el siguiente relato:

-Mira a mí me da mucha pena los niños que van por la calle en silla de ruedas y con la cabeza para atrás. En su mayoría son accidentes de parto (blablabla...) Yo tengo un caso cercano, (blablabla...). Yo no entiendo como es posible que haya madres que no sean capaces de dar importancia a la salud de sus hijos, simplemente por la ilusión de parir..."

Se evidencia que durante la atención obstétrica suele predominar tales conductas por parte del personal médico con la intencionalidad de forzar la voluntad de la mujer y llevar adelante su propósito, acudiendo a una manipulación de la mujer infiriendo culpabilidad en ella frente a una posible complicación o desenlace fatal por medio de maltrato psicológico, humillación y agresión verbal.

(...) las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos. El disentimiento de las instrucciones médicas provoca una reacción en el personal de salud que puede llegar a ser terminante, con miras a reprimir cualquier intento de lo que, desde su punto de vista, puede ser considerado una insubordinación. Un corolario de esta doctrina es eximir de toda responsabilidad a los médicos y culpar a las propias mujeres, por los problemas y las dificultades que puedan presentarse durante el

parto: “¡Si no pujas tu hijo va a nacer tonto!” (Castro, 2003 citado en Villanueva, 2010, párr. 7).

Tras estos comentario del médico se refleja una falta de intencionalidad de su parte para establecer una comunicación con Nuria sobre la intervención que ella pretende se le realice, acudiendo a una vía más rápida, como lo es ese tipo de comentarios, a modo de ejercer control sobre la paciente para que se someta y obedezca a sus intenciones ajustando sus decisiones en función de estas, sin necesidad de justificarlas. De lo contrario, Nuria es catalogada como irresponsable ya que tras su determinación, podría provocar un “riesgo en el parto”.

Este tipo de tratos ejercidos por el profesional de la salud, en la atención obstétrica de mujeres, es un mecanismo para mantener una relación de tipo jerárquica entre estos, que reproduce la desigualdad de género. Estos maltratos ejercidos en el ámbito de la obstetricia tienen un papel predominante en el mantenimiento de ciertas mujeres en relaciones de dominio y subordinación.

Intervencionismo médico

El intervencionismo se caracteriza precisamente por la realización de prácticas rutinarias que resultan innecesarias y desafortunadas. Estas suelen aplicarse sobre el paciente sin informar previamente las causas y sin solicitar consentimiento, tras el presupuesto de concebir que si es propuesto por el profesional significa un beneficio para la paciente.

En el caso de la atención obstétrica, refiere a la realización y aplicación indebida de prácticas e intervenciones tecnológicas sobre el cuerpo de la mujer, durante el embarazo y parto de alto o bajo riesgo.

Tras la institucionalización del parto se ha incrementado asiduamente un gran número de controles y prácticas ejercidas metódicamente para evaluar el estado de salud de la madre y él bebe, adquiriendo un carácter rutinario. Muchos de estas prácticas y procedimientos carecen de justificación científica pero aun así, son perpetuadas por seguridad y tranquilidad del propio equipo profesional (Magnone, 2014).

En los últimos años se ha acelerado el crecimiento en el desarrollo y uso de un sin fin de prácticas originadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso de parto, con el supuesto objetivo de mejorar el desenlace para las madres y sus bebés (OMS, 1996). Dicho aumento en las intervenciones del parto tuvo lugar tras la aseveración equívoca situada en el saber-hacer de los obstetras. La misma planteaba que un nacimiento debe ser considerado normal retrospectivamente. Por lo tanto, el cuidado de un parto normal se debería asemejar al de un parto de riesgo (OMS, 1996: Magnone, 2014).

Este sin fin de intervenciones rutinarias ejercidas por los médicos sobre la mujer y su hijo/a, imponen la reducción de tiempo del proceso de parto, atentando contra la naturalidad de tales procesos (Bellon, 2015).

Esto se explica a través de la concepción de parto como proceso estereotipado, con un patrón de tiempo que va en contra de las singularidades de cada proceso (Magnone, 2013). “(...) estos procedimientos son rituales que tienen la función de hacer creer a las mujeres que sus cuerpos son defectuosos y que necesitan de la intervención y alta tecnología para parir” (Davis Floyd, 2004 citado en Magnone, 2010, pp.26).

De modo tal que, los médicos han adquirido todo el protagonismo en los procesos de embarazo y, parto, reduciendo el rol activo de las mujeres a simples acompañantes de dichos procesos, justificando este intervencionismo exacerbado.

El uso de una o más de estas prácticas catalogadas como perjudiciales, innecesarias, infructuosas y/o sin evidencia científica que las justifiquen, también es un elemento constitutivo de la violencia obstétrica. Según la OMS, dichas prácticas remiten al:

(...) uso de la posición supina o de litotomía en el parto, infusión rutina examen rectal, la administración de oxitócica sin precisa, alentador tirón largo, amniotomía temprana, maniobra de Kristeller, tacto vaginal repetitiva, la restricción de líquidos y alimentos, episiotomía y pinzamiento temprano del cordón (OMS, 1996 citada en Queiroz, Martins y Costa, 2016, pp.4).

Dentro del relato de Nuria se encuentran presentes ciertas prácticas rutinarias, como se evidencia en el siguiente fragmento:

-“Mira, en la actualidad hemos conseguido una tasa de morbimortalidad en cesáreas estupenda. En MI SERVICIO si tengo que recriminar a alguno de MIS ginecólogos, no será nunca por hacer una cesárea. (¡Qué sorpresa!. Lo dice el que ha prohibido aceptar planes de parto y le sale urticaria con la expresión partos de baja intervención).

En este caso, la cesárea se presenta como una de los procedimientos realizados de modo sistemático e innecesario, sin contemplar los aspectos individuales de cada mujer. Considerándola parte pasiva y no participativa del proceso de parto, anulando la actuación de su fisiología.

La cesárea es asiduamente empleada como medio para garantizar la vida de la mujer y su bebe, evitando la aparición de cualquier tipo de problema. Aunque ciertamente su aplicación masiva no tiene una justificación valida, ya que no representa beneficios reales para ninguno de los dos. “Hay una creciente preocupación porque en muchos casos la cesárea se realiza demasiado precozmente, sin explorar intervenciones menos cruentas que podrían permitir un parto vaginal” (OMS, 2015, pp.33).

La misma debería de realizarse de forma irrefutable bajo los siguientes motivos: “prolapso de cordón, placenta previa (auténtica), desprendimiento prematuro de placenta, presentación del feto de frente u hombros, cardiopatía materna” (Odent, 2006 citado en Farías, 2014, pp.7). Aunque por parte de un gran número de instituciones, se suele aplicar en presencia de cesárea previa, embarazo múltiple, desproporción céfalo-pélvica, presentación de nalgas y en caso de no progresión de parto. Las mismas deben ser cuidadosamente evaluadas, considerando sus riesgos y beneficios (Odent, 2006: Farías, 2014).

Tras el relato, se podría interpretar que el planteo de esta práctica por parte del médico a Nuria, se encuentra regido por la medicina defensiva. La cual se emplea a modo de protección del profesional ante un posible reclamo del paciente. Aunque la misma significa un modo no ético del ejercicio profesional, al momento en que el paciente deja de ser el centro del acto médico, viéndose remplazado por la figura del médico. A su vez, desde la

perspectiva de la salud pública, tampoco resulta ético debido al incremento significativo en los costos del sistema de salud, sin una razón válida ni beneficios para los pacientes. (Rodríguez, 2006 citado en Farías, 2014). “Los médicos/as tratan de hacer la mayor cantidad de pruebas objetivas y dejar constancia de ellas, por las dudas si en el futuro se abre una demanda sobre su práctica médica.” (Magnone, 2014, párr. 21). Cuando el ejercicio profesional se encuentra sustentado por la defensa, las decisiones de estos no se basan en sus experiencias y tampoco en evidencia científica, sino que persiguen su propia garantía. (Rodríguez, 2016 citado en Magnone, 2014).

De este modo se restringe la oportunidad de un parto vaginal, aun cuando hay evidencia científica que comprueba sus beneficios, incluso ante dos cesáreas previas, siendo estos: una disminución en los riesgos de rotura uterina, morbilidad y mortalidad materna (SEGO, 2010).

El artículo 51 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” de Venezuela, establece que el practicar parto por cesárea, cuando están dadas las circunstancias para el parto natural, sin el consentimiento de la mujer, es considerado un hecho constitutivo de violencia obstétrica (Belli, 2013).

Tras esta intervención indiscriminada la mujer es despojada del control de su propio cuerpo y proceso de parto, pasando al dominio del obstetra.

[Intercambio con la matrona del hospital de Cruces]

- “Entiendo que esto es un hospital y que en mi caso hay protocolos obligatorios (mejor empezar pareciendo una mujer razonable, ya tendremos tiempo de conocernos), pero me gustaría que fuera lo más natural posible”.
- “¿Lo más fisiológico posible? (me gusta la aclaración, siento que hemos conectado) de acuerdo.”

La vía es obligatoria (estreptococo positivo) pero promete salinizarla en cuanto pase la primera dosis de antibiótico. También lo es los monitores, pero a cambio solo habrá tactos cada 2 horas.

A partir de este extracto del relato de Nuria nos detendremos en el procedimiento denominado monitorización fetal, por su carácter obligatorio y rutinario, que concierne el

asegurar el bienestar del feto por medio de la utilización de un monitor que controla y registrar la frecuencia cardíaca fetal.

Tras estos dichos se podría entender que se refiere a una monitorización electrónica fetal continua que comprende desde el comienzo del parto hasta su finalización. Dicha práctica se corresponde con partos de riesgo, como el de Nuria, aunque suele ser aplicada rutinariamente en partos normales. “La monitorización fetal electrónica solo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal y en los partos inducidos” (OMS, 1985, citado en Cóppola, 2015, pp.12).

El monitoreo electrónico continuo dispone de muchísima aceptación por parte de los equipos de salud y de las mujeres embarazadas. El equipo de salud tiene la convicción de que es el método más propicio para la valoración fetal y que resultaría más útil frente a posibles complicaciones médicas legales. Las embarazadas creen de forma errónea, que el empleo de tecnología más sofisticada genera resultados neonatales favorables (Ministerio de Salud Argentina, 2010).

El incremento de la tecnología (ecografías, monitoreo electrónico, anestesia peridural, etc.) ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales (Ministerio de Salud Argentina, 2010, pp.15).

A partir de evidencia científica se ha demostrado que en partos normales, de bajo riesgo, la monitorización fetal debe ser empleada de forma ocasional, ya que se acrecienta la tasa de cesárea y la cantidad de intervenciones, sin generar efectos favorables tanto para la madre como para el feto. Por tanto, frente a partos normales, se debe utilizar la auscultación intermitente.

Según la OMS la auscultación intermitente puede ser empleada por medio de un estetoscopio de Pinard o con un aparato doppler manual. En caso del estetoscopio, los latidos del feto pueden ser escuchados con la mujer de espaldas, de un lado e inclusive de pie o sentada. El doppler en variadas posturas. La auscultación debe ser ejecutada en un intervalo de 15 a 30 minutos durante la fase de dilatación y en la expulsiva, luego de cada

contracción. Esta tecnología resulta adecuada, por su costo, simplicidad y libertad de movimientos que otorga a la mujer (OMS, s.f citado en El Parto es Nuestro, s.f).

La posibilidad de adoptar diferentes posturas durante el periodo de dilatación y expulsivo se ha asociado con una mejor tolerancia al dolor, una menor utilización de anestesia epidural, una reducción del periodo de dilatación y expulsivo, y una disminución de registros patológicos (Jiménez y Pérez, 2008, pp. 7).

La monitorización fetal electrónica impuesta como una obligatoriedad por la institución en la que se desarrolló el parto de Nuria puede ser empleado sistemáticamente para asegurar la serenidad del personal de salud, controlado de forma permanente el bienestar fetal a fin de prever la aparición de una posible anomalía durante el proceso.

Podría concluir que esta práctica suele realizarse en partos normales de forma sumamente innecesaria, sin una justificación clínica válida. Ignorando los efectos adversos que esta suele generar, como la cascada de intervenciones e incremento de la tasa de cesárea. Por lo que resulta de gran importancia que las instituciones como Cruces, restrinja estrictamente su uso a casos indicados que debido a su elevado riesgo la requieren, como es el caso de Nuria, en el que este tipo de monitorización resultó pertinente.

Para finalizar, se considera necesario destacar que la gran mayoría de prácticas desafortunadas y violentas antes analizadas en los diferentes apartados, tienen un fuerte predominio durante la atención al embarazo, a diferencia del transcurso del parto en el que se destaca el bajo número, ajustándose a una posible necesidad en caso de anomalía. Predominando el respeto por la participación de la paciente, sus decisiones, deseos y el carácter fisiológico del proceso de parto. Favoreciendo un clima adecuado, de confianza y privacidad. Brindándose una experiencia sumamente grata para Nuria, determinada por condiciones respetuosas que ponen acento en el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Conclusiones

Como hemos visto, la violencia obstétrica es una problemática de género en sí misma, como manifestación de las relaciones de poder, responsables de la subordinación de la mujer frente al varón. La misma se produce y reproduce permanentemente a través de prácticas médicas que la naturalizan, siendo difícil su detección.

Tomando en consideración, los cambios que se han presentado en el modo en que las mujeres vivencian el embarazo y parto, determinado por el corrimiento del parto, el cual era llevado adelante en el ámbito del hogar y asistido por parteras, pasando a la potestad de los profesionales de la salud, en instituciones médicas como si se tratase de situaciones patológicas. Trayendo consigo, el máximo dominio y control del cuerpo y capacidad reproductiva de la mujer perpetuado por medio del poder-saber médico que expropia su protagonismo, sin conocimiento de la marca psicoafectiva que todo esto deja en cada mujer.

En tanto, este modelo de atención obstétrica se encuentra dirigido a la prevención de cualquier anormalidad o complicación con un gran acento en prácticas que no tendrían una justificación real, afectando el curso natural del proceso de parto.

Dichos cambios se encuentran sustentados en discursos patriarcales para los cuales, toda mujer es subordinada a los preceptos de la medicina (Magnone, 2010).

A partir de ese momento, sus necesidades, perspectivas, sentimientos y deseos comienzan a ser comúnmente ignorados y excluidos, neutralizando la singularidad propia de cada mujer. La misma es relegada al lugar de receptora y depositaria del deseo del otro, admitiendo inactivamente que la “acuesten”, abriendo camino a que otros dispongan de su cuerpo (Foucault, 1994).

La Violencia obstétrica se corresponde con una problemática, que si bien ha presentado un progreso en los últimos años con respecto a los avances jurídicos de varios países, que la

reconocen y tipifican como delito, pese a esto aún no se ha logrado progresos significativos en su eliminación de modo que, se requiere un cambio a nivel social que posibilite transitar el embarazo y parto bajo las condiciones deseadas y más respetadas para cada mujer, debiéndose empleando una mirada integral (física y mental) de cada una de ellas. Siendo necesario, devolver el protagonismo de la mujer por medio de la indagación de las particularidades subjetivas desplegadas durante estos procesos.

A su vez, se torna sumamente necesario que los profesionales de la salud evalúen críticamente su quehacer junto a las situaciones y circunstancias que han remplazado la atención obstétrica tradicional, como herramienta clave para recuperar la noción de acontecimiento fisiológico e individual, para el que se debe reconocer la capacidad del cuerpo de la embarazada y garantizar la satisfacción de sus expectativas, preservando su bienestar y el del bebe.

La atención obstétrica, se suele encontrar atravesada por ciertas conductas violentas que atentan contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, algunas de ellas expresadas a lo largo del trabajo, fundamentalmente en el análisis del relato. Estas podrían ser, paternalismo médico, malos-tratos, prácticas rutinarias y no-información. Por tanto, dentro de este tipo de atención se despliegan prácticas hegemónicas desde las cuales ignoran las potencialidades y necesidades de las mujeres, primando los conocimientos, saberes y opiniones de los profesionales de salud. Generando la urgencia de miradas renovadoras sobre la presente realidad.

Para esto se considera importante privilegiar el establecimiento de una buena comunicación médico-paciente que anule la asimetría del poder médico. Favoreciendo un clima de confianza en el que es posible trabajar conjuntamente en el intercambio de la mayor cantidad de conocimientos e información posible, permitiendo a la mujer evacuar dudas y al médico escuchar sus necesidades y deseo, para la satisfacción de sus expectativas. De este modo se reivindica la autonomía y participación activa de la mujer con respecto a la

toma de decisiones referente a su salud sexual y reproductiva. Transformando el encuentro clínico en un compromiso de respeto para el paciente y el profesional de la salud. “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” (Magnone, 2010, pp.29).

Con la adquisición de estos conocimientos brindados por los profesionales de la salud la mujer puede obtener la confianza suficiente para controlar su cuerpo al momento del parto.

De este modo es posible:

Lograr un proceso que permita a la embarazada y su familia conocer en forma integral los temas anatómicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y físicos del embarazo. Facilitar una mejor preparación física y psíquica para su desempeño durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención del futuro hijo. Brindarles el soporte emocional necesario para que estos períodos sean transcurridos sin temor y en forma feliz. (Martínez, 2005, pp.11)

Por otro lado, también es posible detectar por medio de este trabajo, que las políticas y protocolos internos de cada institución hospitalaria generalmente no se basan en la evidencia científica sino en el convenir de la misma y su personal sanitario, garantizando su seguridad y tranquilidad frente a una eventual anormalidad, arrojando como resultado una tecnificación exacerbada. Pudiéndose entender como una falta de capacitación profesional que permita la renuncia a su omnipotencia y la consecuente adopción de nuevas prácticas con validez científica que sincronicen la atención con las necesidades y derechos sexuales y reproductivos de la madre.

Se podría decir entonces, que por parte del personal sanitario no se debe priorizar únicamente el resultado perinatal, sino que debe poner especial acento en los aspectos emocionales de las mujeres, que forman parte de los procesos de embarazo y parto, muchas veces ignorados, como también en el protagonismo de las mujeres, su capacidad de decisión y el empoderamiento de su cuerpo. Aunque sin descuidar los aspectos físicos. De este modo la experiencia de parto adquiere potencialmente, una significación positiva para cada una de las mujeres que lo transitan.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, B. (2015). Medicalización de la vida. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 30(3), 262-267.
- Andrade, A., Vasconcelos, A., y Rejane, M. (2008). Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿Norma, deseo o realidad?. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 185-191.
- Araújo, A. (2005). Complementariedad varón y mujer. *Persona y Bioética*, enero-junio, 78-85.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos de intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. Vol. 11(1), pp.145-169. Costa Rica.
- Argüello, H., y Mateo, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*, 12(2), 13-29.
- Arnau, J., Martínez, M., Nicolás, M., Bas, E., Morales, R., Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, Mayo-Agosto, 225-247.
- Arvelo, L. (2004). Maternidad, paternidad y género. *Otras Miradas*, diciembre, 92-98.
- Barrán, J. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*. Tomo 3. La invención del cuerpo. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Blanco, A. (2001). Los cimientos de la violencia. *Mente y Cerebro*, (10) 9-15.

- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 4, 1 (7): 25-34.
- Bellón, S. (2015) La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, Universidad de Granada, 7(18), 93-111.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona, España: Paidós Studio.
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...Improntas de la praxis obstétrica. *Revista venezolana de estudio de la mujer-Caracas*, (32), 147-162.
- Cañete, R., Guilhem, D., y Brito, K. (2013). Paternalismo médico. *Revista Médica Electrónica*, 35(2), 144-152.
- Casique, L., y Ferreira, A. (2006) Violencia contra mujeres: reflexiones teóricas. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(6).
- Ceballos, G. (2010). Cuidados prenatales y violencia domestica durante el embarazo en la ciudad de Tijuana, B. C. (Tesis de grado) Recuperado de <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2010/10/TESIS-Ceballos-%C3%81lvarez-Guadalupe-Isabel.pdf>
- De Azevedo, A. (2017). Posições subjetivas em face da violência: traços constitutivos de memória em testemunhos de mulheres. *Fórum Lingüístico*, 14(1), 1808-1822. doi:10.5007/1984-8412.2017v14n1p1808
- Della Ventura, A. (2016). *Género, Identidad y Performatividad en Judith Butler*. (Trabajo Final de Grado) Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2642/Genero%2C%20identidad%20Y%20performatividad%20EN%20Judith%20Butler.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- De Miguel, A. La violencia contra las mujeres. Tres momentos en la construcción del marco feminista de interpretación. ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política N. ° 38, enero-junio, 2008, 129-137
- Del Valle, R. (2014). Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias. Parte I. *Rev. Hosp. Ital*, 34(2), 67-72.
- Debeljuh, P. (2013). *Varón + Mujer = Complementariedad*. Buenos Aires, Argentina: LID Editorial Empresarial.
- Díaz, J. (2008). El sufrimiento medicalizado. *Cultura de los cuidados*, (23), 50-6.
- Espín, J. Valladares, A. Abad, J., Presno, C. & Gener, N. (2008). La violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4)
- Faneite, J., Feo A., y Toro, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev. Obstet. Ginecol*, 72(1), 4-12
- Farías, C. (2014). Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de:
www.colibri.udelar.edu.uy/browse?type=author&order=ASC&rpp=20&value=Farías%2C+Carolina
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. 1ª. Edición. Caronte Ensayos. Ed. Altamira, España.
- García, D., y Díaz, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 330-336.
- Illich, I. (1975). *Nemesis medica. La Expropiación de la Salud*. Berral Editores. Madrid, España.

- Lamas, M (1995). La Perspectiva de Género. Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, 8, 14-26.
- Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población*, julio-septiembre, 147-178.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>> ISSN 1405-7778
- Ley N° 18.335. (2010). “Pacientes y usuarios de los servicios de salud”. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010>
- Magnone, N. (2010.). Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización. Tesis de maestría. Universidad de la Republica (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología.
- Magnone, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273229906007>>
- Magnone, N., Gainza, P., y Labastie, M. (2013). La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. *Revista Ulúa*, (22), 175-196.
- Martínez, I. (2005). Preparación Integral para la Maternidad: Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente. Argentina
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Guías en salud sexual y reproductiva. Dirección General de la Salud División de Planificación Estratégica de Salud Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva Programa de Salud Integral de la Mujer.

Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3nEmbarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>

- Al Adib, M., Ibáñez, M, I., Casado, M., y Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal De Costa Rica*, (1), 104.
- Moncó, B. (2009). Maternidad ritualizada: Un análisis desde la antropología de género. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, Septiembre-Diciembre, 357-384.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Recuperado de http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado de [en:http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E., Alejandre, G, Carmona, J., Rodríguez, J., 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.
- Quezada, N. (1996). Mito y Género en la sociedad mexicana. *Revista Estudios de Cultura Nahuatl*, (26), 21-40.
- Rodríguez, F., y Córdova, L. (2009). Violencia en la pareja: manifestaciones concretas y factores asociados. *Espacio Abierto*, Abril-Junio, 323-338.
- Tinoco, S. (2016). Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 2148-54.

Soto, L. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana De Anestesiología*, 39(Supp 1), S55-S60.

Villanueva, L. (2016). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco obstetra. *Revista CONAMED*, 15(3).

De León, C., Fernández, P., López, B., Duarte, M., Restrepo, A (2006) Informe Nacional Sobre Violencia y Salud. Recuperado de [https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III\(2\).pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(2).pdf)

Anexos

Relato N°79 del embarazo y parto de Nuria en el Hospital de Cruces, Barakaldo, 2010.

Extraído de la página web de la asociación española “El parto es Nuestro”.

SOBRE: PARTO VAGINAL (PV)

PV DESPUÉS DE CESÁREA (PVDC)

PV DESPUÉS DE 2 O MÁS CESÁREAS (PVDNC)

CATEGORÍA: EMBARAZO

PARTO

NOMBRE PADRES: NURIA

NOMBRE BEBÉ: CLARA

LUGAR DE PARTO: HOSPITAL DE CRUCES, BARAKALDO.

LUGAR: BARAKALDO

AÑO: 2010

Diario de un PVD2C

Día 23/07/2010

Hay ocasiones que me gustaría tener horchata en vez de sangre. Ayer visita del tercer trimestre al gine de SS. Abre la cartilla de embarazada y empieza a completar el informe para paritorios (monitores). -"Cesárea y cesárea, así que cesárea seguro (se dirige a la enfermera) a ésta la enviamos a monitores antes (semana 37), porque como es cesárea sí o sí, hay que programársela antes". Imaginaros mi cara, en menos de 1 minuto en la consulta, la señora ginecóloga ya ha utilizado la palabra cesárea en 4 ocasiones. (A partir de este punto voy a sustituir la palabrita por una C....)

- "¿Querrás ligadura no? - "No"

-(Ojiplática) "Hombre, en la segunda C... lo recomendamos, en la tercera casi obligamos"

- "No a mí".... "Gracias"

- "Imagino que conocerás los riesgos" - "Sí.....gracias"

- "¿Qué tal el embarazo?" - "Bien" - "¿Has cogido mucho peso?" - "300gr" - "Pero chica, ¿y eso?" - "Ya ves.... Vomito mucho en mis embarazos" - "¡¡¡¡¡Pero te alimentas bien y eso, porque tus niños son grandes!!!!!" "Los niños nacen con buen peso. Si yo engordo 300gr en 8 meses de embarazo, imagine mi alimentación." - "Pues tus analíticas y tu tensión son estupendas, cuando salgas del hospital vas a parecer una sílfide (risitas). Veo que la glucosa te dio 145 ¿no te mandamos la curva larga?" - "No quise hacérmela"

Levanta la cabeza, y en ese momento (ya era hora) se da cuenta de que algo no va del todo bien. Me sonrío y me dice que pase detrás de la cortina para tomar la muestra del estreptococo, pesarme (¿para que me ha preguntado antes?) y hacer una eco. Mientras me la hace me comenta que todo está bien, líquido y placenta correcta, cordón y cicatriz perfecto. - "Niña en cefálica, aunque eso nos da lo mismo para C.... Te mandamos tan pronto a monitores, porque con 2 C...., no podemos dejarte para mucho. Te programarán antes de que salgas de cuentas. No podemos dejar que empiecen las contracciones. Ya sabes... por los riesgos que corres...." (Silencio a la espera de mi contestación) "Bueno.... pues aquí tienes el consentimiento de la C..., me imagino que ya sabes lo que es. Al fin y al cabo es la tercera C..., ya habrás firmado 2 antes." - "No, solo 1" "Es cierto, la primera C... fue urgente... Bueno chica, eso es todo, espero que tengas una C... estupenda y una recuperación mejor" - "Gracias"

Resumen; aprox. 6 ó 7 min. de conversación en las que ha utilizado 11 veces la palabra cesárea. En ningún momento se ha presentado. Me ha tratado como a una colegui más de su cuchipandi y me ha informado igual que yo a mis tortugas. Salí de la consulta con unas ganas terribles de matar al primer individuo que me dirigiera la palabra.

Resultado: un día de perros. Esta mañana había perdido 200 de los 300 gr. que tan arduamente había logrado conseguir. Monitores el viernes, en la semana 36+6 y por lo tanto comienza el enfrentamiento directo con el sistema.

Día 30/07/2010 (semana 36+5)

Hoy tocaban monitores. Os juro que he tratado de ser buena, pero ya advertí que soy una bocazas.

Era la primera, una matrona muy amable me ha dirigido a una sala con 4 camas. Poco a poco han ido llegando otras embarazadas. "Curiosamente" todas tenían que programar cesárea (nalgas, cesárea anterior y CIR...). Tras verificar el control, la matrona me informa que la niña esta bien, muy reactiva y que mi tensión es perfecta. Al cabo de unos 15 min. me pasan a consulta. Una jovencísima rubia me espera sentada tras la mesa. Por supuesto ni se presenta, ni lleva ningún tipo de identificación, ¡¡¡¡faltaría más!!!!

"-Buenos días" -"Buenos días. Como sabrá, después de 2 cesáreas, tenemos que programar una tercera cesárea (para que andar con rodeos...)."

-(Cara de sorpresa) "Pues no...., nadie me había dicho nada. ¿Y eso, porque....? (juajujua)"

-(Flipa la rubia) "¡¡¡¡¡¡¡¡por que tienes 2 cesáreas previas y no se permite parto!!!!!!!"

LO SÉ, HABÍA DICHO QUE IBA A SER UNA NIÑA BUENA....PERO NO PUEDE EVITARLO!!!!!!!!!!!!.

Ese aire de superioridad, y sobretodo, que es cierto...., que durante los controles prenatales nadie me ha hablado de cesárea programada, hasta el viernes pasado. 8 meses de embarazo y nadie me ha informado, otra cosa es, que yo no lo supiese (porque me he molestado en averiguarlo).

"-¿¿¿¿No permiten intentar parto por protocolo del Hospital???? (mantengo cara de tonta)"

"-Por nuestro protocolo y el de la SEGO, Sociedad española de ginecología y obstetricia...(toma ya, que lista que soy)"

-(Ahora la que flipo, soy yo) "Disculpa, pero estas equivocada. Según el protocolo de Junio de 2002, la SEGO recomienda trabajo de parto a aquellas mujeres que tengan 1 ó 2 cesáreas, por la menor tasa de morbimortalidad para la madre y el feto, blablabla..." (Chúpate esa..., qué orgullosa esta la Nuri de sus investigaciones). -"Es que nosotros no seguimos ese protocolo, sino el anterior y utilizamos nuestras propias estadísticas (y va, y se queda tan ancha)"

- "¿Qué estadísticas podéis tener, si nunca habéis permitido trabajo de parto, a las mujeres con 2 cesáreas previas?" -"Mira, lo que no se, es porque tengo yo, que discutir esto contigo. Mi obligación es programarte cesárea lo quieras o no."

- "Pues, porque la madre soy yo, si fueras tú, no estaría aquí (...perdiendo el tiempo). En cualquier caso, ¿cuándo la programaríais?" -"El jueves, 5 Agosto" (muy ufana, la pobrecilla cree que me ha convencido).

- "¡¡¡¡Si sería prematura (37+4).No, imposible!!!! Tal vez más adelante (conciliadora)." -"Es el 5 de Agosto sí o sí, es cesárea o nada."

-(Ya me has tocado las narices) "Pues va a ser que no y me haces el favor y me pones por escrito en mi historial tus recomendaciones y las razones por las que me niegas la atención, si no vengo a la cesárea." -(La pobre rubia se ha puesto verde)" Mira, esto es mejor que lo hables con el jefe de servicio"

- "Me parece perfecto...., gracias (que mis padres no han criado una maleducada)"

Para no alargar (aun más), al cabo de un rato me llaman de nuevo a consulta, donde una ginecóloga (que no el jefe de servicio) reconoce mi derecho a negarme a la cesárea, bajo mi responsabilidad. Me hace firmar consentimiento informado de pvdc en el que añade a bolígrafo una serie de datos complementarios y la renuncia a cesárea programada. Todo ello, a la espera de estudio por parte del equipo médico de mi hospital y visto bueno del jefe de servicio.

La he pedido que respondieran a mi petición con la mayor celeridad, para poder en caso contrario, encontrar otro hospital donde respetaran las recomendaciones de la SEGO y los deseos de la madre. La dra. me ha indicado, que en caso de no aceptar mi intento de trabajo de parto, tendrían que facilitarme ellos, otro hospital donde sí lo aceptaran. Algo que yo desconocía. Ya tenía decidido ir a Cruces, en Bilbao. En cualquier caso, me han mandado volver el martes, imagino para responderme y al menos darme los resultados de la analítica.

Lo más gracioso de todo, es que cuando volví a entrar en la consulta, había 2 ginecólogas, 3 matronas, mi marido y yo. Aquello parecía el camarote de los hnos. Marx. Mi chico ha sugerido, que podría ser para tener testigos. Patricia cree, que la rubia estuvo preguntando quien conocía las nuevas recomendaciones de la SEGO, que ella no había tenido tiempo esta semana para leérselo. Pero yo creo que tenían ganas de conocer a una de las famosas LOCAS DEL PVD2C.

Lo mejor de todo es que me he quedado como un reloj (que dice mi madre), hasta he podido desayunar sin vomitarlo. A este paso hasta recupero los 500gr que he perdido la semana pasada. Ya os contare el martes.

Día 03/08/2010 (semana 37+2)

Hoy, al entrar por la puerta de paritorios, he creído oír un: DONGGGGGG, (altavoces) comienza el tercer asalto. En el rincón de la derecha, con vestido turquesa "La loca del pvd2c"

De nuevo la misma matrona amable y la misma sala de monitores, pero esta vez soy la última. Sinceramente me ha extrañado, creí entender, que esta cita era para hablar con un ginecólogo (el jefe de servicio, en concreto). Mi chico se queda en la puerta, no puede pasar. Los monitores se alargan (50 min.). Llega una chica desde urgencias (37 semanas y muchos mareos) que rompe la monotonía y aprovecho la ocasión para preguntar. Mira el registro y comenta que la niña esta dormidita. -"Gírate un poco a ver si se despierta". Uyyyyyy, esto comienza a olerme a chamusquina. Diez minutos después, hace su aparición

el Sr. Todo Poderoso Ginecólogo. En realidad, lo primero que "se manifiesta" es su voz desde la sala contigua: -"a ver....., donde esta esa mamá que quiere parir después de 2 cesáreas" -(voz anónima)" en monitores."

Ahora sí, hace su aparición. Mira intermitente a dcha. e izq., intentando decantarse por una de las dos gordas que allí estamos. La matrona entra nerviosa y comienza a quitarme las correas. Mientras, con una "dulce" sonrisa levanto mi dedo cual colegiala sabihoncilla.

- "Así que esta, es la suicida" - "Hombre. Hoy en día es difícil criar 3 hijos, pero ¿tanto como suicida.....?"

-(Ignora mi ingenioso comentario)"¿Qué quiere, dejar 1 huérfano en este mundo?" - "Bueno, en el peor de los casos dejaría 2 huérfanos, aunque lo ideal sería al menos, dejar 3."

Durante esta conversación, digna de cualquier monólogo de Gila, han entrado 2 ginecólogas más, que al rodear mi cama han cortado la retirada a la matrona (pobrecilla). Me incorporo en la cama, intentando bajarme el vestido que se arruga bajo mi pecho.

- "No hombre, no. Usted no sabe lo que está pidiendo. (Aquí está papá, regañando a la nena)¿Acaso es consciente de los riesgos que tiene un parto en su caso?"

- "Pues sí. Estoy informada de los riesgos. He leído varios estudios científicos, las recomendaciones de la SEGO y la OMS y las estadísticas hablan de un 1.2% en los estu....." - "Usted no tiene ni idea,... si me permite. (Vaya, se acabo el buen rollito) Eso en caso de 1 cesárea previa, pero en su caso, si no me equivoco, estamos hablando de un riesgo de 9 o 10% de rotura uterina"

- "Pues me temo que sí se equivoca. Si ese fuera el riesgo real de un pvd2c no lo habría recomendado la SEGO. (Holaaaaa..... ¿pero te crees que soy tonta?). Cumpló todos sus criterios de selección, para una prueba de parto: 2 cesáreas transversales, pelvis adecuada, ninguna otra cicatriz uterina, buena recuperación posparto.....Mire, yo entiendo que sus

protocolos (tono conciliador)" -"¿Qué va a saber usted? Usted no sabe lo que es.....(Os omito el resto del comentario. No os preocupéis, no os perdéis nada. Podríamos incluirlo todo, en el epígrafe de: "miedos y horrores obstétricos". Que nunca tendrían un final lo suficientemente impactante, si no terminara con el consabido "MUERTE FETAL"). ...por todo esto, yo le recomiendo una cesárea (volviendo al tono, mira que majo soy, que me preocupo por vuestra salud)."

- " Es su opinión, y como tal la valoro. Usted no ha sufrido 2 cesáreas, yo si y con mi experiencia considero que lo mejor para mi es un pv"

- "En ese caso, si se emperrea, nos tendrá que firmar un documento responsabilizándose de lo que pueda ocurrir (¡¡¡¡pero si lo firmé el viernes!!!!). El jefe de servicio estudiará su caso, aunque ya le adelanto que nadie va a estar dispuesto"

- "Estoy interesada en saber si me derivarían a otro hospital en caso de no aceptar la prueba de parto" - "(Irónico y autosuficiente) Si me dice un solo hospital público que lo acepte....."

- "Hombre por decirle, le puedo decir 5 (en realidad solo tengo 4, pero 5 suena mas contundente). El hospital de Cruces, Sta. Caterina...." - "El de Cruces, es posible..." - "Posible, no. Seguro (toma ya autosuficiencia)"

Resumen: el Sr. jefe de servicio vuelve de vacaciones el viernes y el lunes tengo cita con él. Total, para decirme que nanai de la china. Al menos, alargó 1 semana más y es posible que sea el propio hospital el que me derive a Cruces (eso está por verse).

P.D.: Por cierto, Dios existe y tiene un peculiar sentido del humor. Las que conocéis a las "locas del pvd2c", sabéis que ayer hizo 1 mes del nacimiento de Martín. Su madre era la primera de nosotras en salir de cuentas y vivimos en la misma ciudad. Cuando terminada la conversación, le pregunte el nombre al ginecólogo, resultó ser su gine privado (el mismo que la dijo que 1 contracción y su útero se rompería, su hijo moriría y todo sería un Cristo).

- "Dr. M....., si me permite. Una paciente suya hasta hace 2 meses, que estaba en mi misma situación, me ha pedido que en caso de coincidir con usted le informara, para su

tranquilidad, que parió a su hijo de 3,700kg, en un estupendo parto de 6 horas, sin ninguna complicación y con una recuperación maravillosa. Que pase un buen día..." (OHHHHHHH SÍ, DIOS EXISTE Y YO ME HE QUEDADO COMO ÍDEM.....)

Semana 38+1

Ha llegado la hora. Estoy en la puerta del hospital y llego tarde a mi cita. Corro bamboleando mi descomunal barriga y despertando miradas de ansiedad por el camino. No puedo evitar sonreír y ese gesto me obliga a relajarme, por primera vez en días.

De nuevo, frente a la misma puerta, pero esta vez no esta la matrona simpática (qué lástima). Hoy no hay monitores. -"Cuando hable con el dr. ya veremos...(suena a amenaza)." Parece que en esta ocasión, me he merecido el derecho a ser recibida en un despacho y no "asaltada" en la cama de monitores.

Llamo a mi chico, hoy necesito a alguien "de los míos". Me llaman al despacho en el mismo instante en el que aparece por el pasillo (respiro aliviada). Estoy cara a cara con el jefe de servicio y me doy cuenta de que este individuo va a decidir por mí, dónde nacerá mi hija, pero no cómo (y eso termina de relajarme).

Inmediatamente noto dos diferencias con las anteriores consultas. La primera de todas, su abierta mirada hostil/ despreciativa, que se transforma inmediatamente cuando entra mi marido. Hasta ahora, las miradas iban del asombro, a la lástima paternalista pasando, por qué no decirlo, por la rabia contenida.

En segundo lugar, estamos los tres solos. Está claro el mensaje, éste no necesita testigos.

Comienza sentando las bases de una buena amistad.

-"En MI SERVICIO tengo dicho que, más vale una cesárea de más que un niño de menos. La SEGO no tiene protocolos, hace mucho tiempo sacaron un documento en el que hablaban de la posibilidad de PVD2C. Sólo porque un par de ginecólogos de Cruces, dijeron que ellos sí que podían, blablabla....."

-”El documento al que hace referencia, indica claramente que hay una menor tasa de morbimortalidad materna y fetal, intentando trabajo de parto...” Desvía la mirada hacia mi marido. (No, no, no, Nuria!!!. Estás muy equivocada si creías que esta era una charla. Las pausas no son para que tú participes. Son sólo pausas dramáticas o en su defecto, simple necesidad de tomar aire. Tú, guapita de cara, has venido aquí a escuchar una clase magistral del SEÑOR JEFE DE SERVICIO. Es mejor que te vayas enterando).

-” En MI SERVICIO, programamos cesárea por el alto riesgo de ruptura uterina. Esta rotura implica muerte fetal, porque durante el tiempo que tardemos en sacarlo, ese feto está en hipoxia. Pero también puede provocar muerte materna (ahora sí me mira)”. Soy yo....., o todo esto ya me lo han dicho!!!. Creo que se ahorrarían un montón de trabajo si me lo grabaran en un CD. Me informa/amenaza de que no podría usar epidural, y que es obligado el alivio de expulsivo incluso con una sola cesárea. Estaba empezando a echar de menos al dr. M.... y sus frases jocosas, cuando sin ningún pudor me espeta...

-”En cualquier caso, teniendo ya cicatrices uterinas, no entiendo ese empeño de tener también una, en el perineo...” (Que alguien me explique como se puede luchar contra esto. Un profesional que no concibe una parto sin episiotomía!!!!)

La sonrisa que dirige a mi marido, me da pie a intentarlo de nuevo (cabezota que es una).

- “Pretendo parir, no añadir una cicatriz a mi cuerpo. En cualquier caso la evidencia científica, los estudios más recientes...” (Vuelve la burra al trigo..... Mira que te lo he dicho....., que tú no tienes nada que decir).

-”Mira, en la actualidad hemos conseguido una tasa de morbimortalidad en cesáreas estupenda. En MI SERVICIO si tengo que recriminar a alguno de MIS ginecólogos, no será nunca por hacer una cesárea. (¡Qué sorpresa!. Lo dice el que ha prohibido aceptar planes de parto y le sale urticaria con la expresión partos de baja intervención). Mira a mí me da mucha pena los niños que van por la calle en silla de ruedas y con la cabeza para atrás. En su mayoría son accidentes de parto (blablabla...) Yo tengo un caso cercano, (blablabla...).

Yo no entiendo como es posible que haya madres que no sean capaces de dar importancia a la salud de sus hijos, simplemente por la ilusión de parir....”

HASTA AQUÍ HE LLEGADO, NO SOPORTO MÁS. La palabra parir suena desagradable, sucia.....(Mi profesora de yoga estará orgullosa de mí. Me digo: “Nuria, respira 1,2,3,4 expira contando hasta 8, relaja la mandíbula y sonríe).

-”Entiendo que no pretende decirme que soy una loca, o una mala madre...”

-”Nada más lejos de mis intenciones.... Por favor,..... no me malinterprete...” (sonríe a mi marido y a mí con cara compungida)

Me doy cuenta inmediatamente (qué toooooonta!!!!), durante todo su monólogo ha esperado en vano mi reacción. Por eso ha pasado al plano emocional, al ataque directo. Ahora hablamos de sentimientos y yo he entrado al trapo.

De repente, alguien habla a mi lado.

-”¿Que pasaría si esperamos a la semana 40 para hacer cesárea?” (ALERTA ROJA, TENEMOS QUE SALIR DE AQUÍ INMEDIATAMENTE)

-”Nada, como si quiere esperar a ponerse de parto (ahora soy yo y no nosotros). Cuando entre por urgencias se le hará una cesárea. Porque eso sí te lo aseguro, NADIE DE MI SERVICIO QUERRÁ CARGAR CON LOS RIESGOS (no se si se refiere a los riesgos de rotura uterina o a los de enfrentarse con él). Claro que si vienes con la cabeza fuera, tendríamos que atenderte, pero sería una lástima tener que utilizar fórceps, con lo lesivos que son. (Me mira directamente, no es una amenaza, es una certeza absoluta, no me cabe la menor duda)”.

Ha llegado el momento de la retirada, honrosa o no. Tengo que ponerme a salvo. Agradezco su tiempo y le informo que sopesare mis opciones (como si me hubiese dado alguna!!!!). Antes de dejarme marchar, comparte conmigo de nuevo su experiencia. No tengo ninguna oportunidad, el feto se encuentra muy alto, las contracciones BH no son efectivas porque se

lo impide mi cicatriz. Esto impide que borre cuello y por ende que dilate. Todo esto lo asegura, simplemente mirándome a la cara. Ni una palabra de derivarme a otro hospital. He comprendido a la primera, que para eso soy una chica lista. No habrá documento por escrito negando un pvd2c, ni derivación oficial. Simplemente esperaran. Cuando me ponga de parto, si paso por allí, me rajarán el vientre o en su defecto el periné y se aseguraran de que me arrepienta de ser una chica mala.

Ya me da lo mismo, solo quiero salir de allí. Necesito respirar, necesito pensar en otra cosa, necesito hacer algo.... Pero no hay pausa. Pasamos dos, tres puertas y llega la pregunta.

- “¿Qué vas a hacer?” (segunda persona del singular)

- “Obviamente, pedir tarjeta de desplazada e ir a Cruces.”

- “Vale, pero que conste que yo estoy de acuerdo con ÉL. No en las formas (al menos se ha dado cuenta) pero todos dicen lo mismo. Ellos son los profesionales, ¿están todos equivocados?”. Aquí comienza la segunda charla (esta sí) del día. Mucho mas larga, mucho más intensa y mucho más dolorosa.

Es duro darse cuenta de que nuestros compañeros también dudan. Me he pasado tres años informándome, trabajando mis miedos, tratando de entender mis sentimientos. Él, como muchos hombres y mujeres entienden la cesárea como otra forma de nacer. ¿Que lo mismo da, por “arriba” que por “abajo”?.

¿Y ahora qué hago yo?, ya es un poco tarde para descambiarlo. Al menos, sé que estará a mi lado. Sé, que le tiene más miedo a mis secuelas psicológicas, que a la rotura uterina (o eso espero). No puedo obligarlo a cambiar su forma de pensar, aunque mira que lo he intentado. Así que aquí estoy chicas, tengo espaldas suficientes para cargar con mis miedos y los suyos. (Agradecería que nadie más pretenda que descargar me los suyos). Ahora comienza la cuenta atrás y rezar, para que después de todo este periplo no me pongan más trabas.

Semana 39+1

El combate me había dejado exhausta, más dañada de lo que yo creía. Pero el martes mi hijo Mateo (5) me abrazó y me dio un beso -"Guárdalo, es para que recuerdes que te quiero muchísimo. Por si se me olvida decírtelo alguna vez". Luego se acercó Aurora (3) -"Yo también te quiero mutisssimo, mamina". Y ya ves..., se acabaron todos los males.

Así que el miércoles por la mañana, cogí mi barriga, mi coche sin radio y un mapa sacado de Google. Los primeros 200 km los dediqué a escribir (mentalmente) la carta de "agradecimiento" al jefe de servicio. La quiero enviar al periódico cuando nazca Clara (ya dije, que mis padres no criaron una maleducada). Los primeros intentos eran, por decirlo suavemente, impublicables. Poco a poco fui limando el estilo, hasta dejarlo bastante pulido. Abiertamente irónico, pero suficientemente educado. Los 120 km restantes los dediqué a no perderme.

Unas semanas antes, anticipándome a la respuesta de mi hospital, había lanzado un SOS en la lista apoyocesareas. Una hora después, tenía varias respuestas y la dirección de mi ÁNGEL (a eso le llamo yo eficacia). Solo era burocracia, contar una mentirijilla. -"Había ido a vivir a casa de una amiga, las últimas semanas de embarazo". Mi meta era conseguir tarjeta de "desterrada", que me diera derecho a parir en el hospital de Cruces (tasa de cesáreas del 10,5%). Todo fue demasiado fácil (la falta de costumbre). Salimos del centro de salud (mi ángel y yo) y me sentí de algodón. -"Un paso más", Raquel me miró y me di cuenta de que ella entendía lo importante que era para mí ese paso. Tenía cita con la matrona, para el lunes. BIENNNNNNN iba a conseguir llegar a la semana 39, quién nos lo iba a decir!!!!!!

Los primeros 200 km del camino de vuelta, los gasté en un interminable monólogo con mi niña. Estaba tan exultante que no podía parar de hablar. Los últimos km, los "sufrí en silencio". Casi 700km en un solo día, habían sido demasiado para mis posaderas (no había contado yo, con este tipo de inconveniente)...

Había aprendido la lección, el lunes me busqué copiloto, un coche con radio y una pomada hemorroidal. Mi hermana y yo, y casi 700 km (ida y vuelta) de cháchara interminable: niños, partos, médicos, familia.....al final, nos sobró la radio.

Llegamos al centro de salud. Allí estaba yo muerta de miedo, asida al historial médico de mis anteriores embarazos (lo solicité en la semana 20, por si se complicaban las cosas), con la cartilla de embarazada y los resultados del triple Screening (lo único que tenía de este embarazo). Todo ello dentro de un sobre, junto con una lista interminable de preguntas. La pobre matrona que se ha levantado hoy pensando que era un lunes más, no sabe muy bien la que le viene encima.

Me llaman.

-”¿Es la primera consulta aquí?”

-“sí, soy desplazada. Estoy de 39 semanas y me dijeron el miércoles que tenía que venir por el exudado”.

Me pide la cartilla y comienza a ojearla. Le cambia la cara (yo muerta).

-”Pero, ¿tú te has hecho seguimiento del embarazo? (yo azul). ¿Cuándo ha sido la última vez que has ido a la matrona?”

-” (No entiendo el giro que toma la conversación) Claro. La última visita fue en la semana 37 (prefiero pasar por alto la charla/monólogo)”

-”Entonces, ¿Por qué tienes la cartilla sin completar?”

-” (respiro aliviada) Mira, en — la matrona es una enfermera que pesa y toma la tensión (me mira ligeramente ofendida). El seguimiento lo alternan con el ginecólogo, que es quien da los resultados de las analíticas y que está demasiado ocupado para molestarse en rellenar cartillas. Como mucho pone una C, de correcto (mi hermana se retuerce ligeramente y analizo si he resultado “demasiado sincera”). Todos los resultados y comentarios están en

mi historial del hospital (haciendo compañía a los consentimientos informados de pvd2c y no-cesárea programada)”

-” (me mira alucinando) ¿Puedes conseguir una copia, aunque sea de la coagulación?. ¿Sabes tu grupo sanguíneo? (alarmada). El informe de las ecos, ¿tampoco lo tienes? Pero, pero, pero...(aayyyyyy, que se me atasca la mujer)”

- “Preferiría no tener que pisar mi hospital de nuevo, pero puedo intentar conseguir una copia (ahora sí, me mira con suspicacia). He solicitado tarjeta de desplazada porque con mi historial obstétrico me habían programado cesárea para el 5 de Agosto y no me permitían seguir con el embarazo (ya está, ya lo he soltado)”

- “¿Tu historial.....?”

- “Tengo 2 cesáreas (hasta aquí has llegado M)”

- “AAAAHHHHHHH.... y te programan cesárea en la 37 por.....?”

- “por...las... cesáreas....”

- “AAAAHHHHHHH..... y por eso, te la sacan prematura?”

- “(Me entran ganas de saltar por encima de la mesa y darla un beso de tornillo) sí”

- “AAAAHHHHH... y por eso, no han rellenado tu cartilla de embarazada?”

- “No, eso es simple vaguería (miro de reojo a mi hermana y lamento profundamente que mi chico no haya podido oírlo)”

Después de pesarme, tomarme la tensión y diversas pruebas, trata de completar lo que puede de mi historial. Creo que le da vergüenza que aparezca por el hospital simplemente con la prueba del estreptococo, y una cartilla en la que solo aparece mi peso y tensión durante el embarazo y el comentario de mi matrona diciendo que soy una obesa, con un abuelo diabético y 2 cesáreas previas. Por si acaso, deja claro en el ordenador, que he tenido

el seguimiento rutinario en mi ciudad de origen. Me da cita para monitores el lunes (qué irresponsable, mira que permitir que una mujer con 2 cesáreas ande por ahí suelta, hasta la semana 40), tras lo que me valorara el gine. No os llevéis a engaño, no me ha asegurado nada. Todo va a depender de la valoración. Puede que la semana que viene me manden de nuevo a monitores, puede que prefieran que me vean en Cruces, puede que me programen cesárea (o lo intenten). En cualquier caso mi parto será de riesgo y dependerá del equipo que me atienda, que sea más o menos respetado. Me ha dejado claro que lo más probable es que no quieran dejarme hasta la semana 42 (mis embarazos son prolongados y ese punto me preocupa mucho). Pero ¿sabéis lo mejor de todo?. Soy una mujer embarazada con 2 cesáreas previas y NO PASA NADA. No voy a explotar en cualquier momento, no soy una suicida que arriesga la salud neurológica de mi hija, por un “capricho”. Resulta que soy una mujer adulta, con capacidad de decisión sobre mi cuerpo y (ojo al dato) a la que se tiene en cuenta.

Semana 40+1

El sábado cerré tras de mi familia, la puerta de casa. Allí han quedado una cuna vestida, la ropita llena de lazos ordenada en sus cajones y unos suelos relucientes. Todo vacío y cerrado y a la espera de nuestra vuelta con Clara en mis brazos.

No ha sido fácil decidir qué meter en el maletero. Ropa para una semana para dos niños, un padre y una embarazada (incluida toda la parafernalia playera), bolsa para el hospital, ropa para recién nacido, pañales, grupo 0. Documentación, historial clínico, cartilla, pequeña biblioteca de consulta, hasta la pelota de pilates (debidamente desinflada). Con el maletero a reventar, comenzamos nuestras vacaciones/exilio camino de Santander (una hora de Cruces).

El domingo comenzó mi plan de acoso y derribo de este embarazo. (Semana 40) He hablado seriamente con Clara. Ella que nazca cuando quiera, pero yo voy a coger esa lista que guardé hace tiempo. Esa que titule “ponerse de parto” y voy ha empezar punto por punto. Empezamos por caminar (dos horas), subir escaleras (de las rocas a la playa y

viceversa, una y otra vez), gambas (papa no tenía ganas de ir a comprarlas, pero le convencí), chocolate (con churros), aceite de ricino (asqueroso...), sexo.....eso no. Reconozco que no me veo yo en la tesitura..... Después de todo el ajetreo, consigo acostarme a las 2 de la mañana feliz como una lombriz, ¡¡¡¡he tenido 4 contracciones!!!!

Llega el lunes, los niños se quedan con los abuelos. Monitorización y valoración del gine. Es la primera vez que mi chico me acompaña al nuevo centro de salud. Hay dos gines (hombre y mujer). Entramos y según me siento me preguntan a bocajarro

-” La segunda cesárea ¿por qué fue...?” (ala, no me dejan ni respirar)

-” Por cesárea anterior”

-(La chica me mira) ” Sí, pero ¿por qué?”

-”Por protocolo”

-”Sí, pero ¿por qué?”

-”Por protocolo....., por cesárea anterior” (La pobre mira a su compañero, piensa que se ha perdido algo).

-”Sí, hay protocolos así de modernos....(mira por cuánto me ha caído bien este gine) ¿Alguna complicación en los postoperatorios?”

-”Ninguna”

-”¿Así que vienes a parir?”

-”Yo quiero intentarlo....cuanto tiempo me dejáis (yo también se ser directa)”

-”Aquí hasta la 42 es normal, luego inducimos con propess” No quiero parecer desconsiderada, pero las inducciones me dan miedo, no me gusta mucho la idea. Algo ha notado en mi cara y decide que va a hablar directamente con el equipo de Cruces para confirmar los datos.

-” Tengo aquí una pareja, 2 cesáreas previas: sufrimiento fetal y electiva por cesárea anterior. Tercer embarazo, 40 semanas hoy, monitor y eco perfectas. Nada, que han oído que en Cruces “les sacamos” todos por abajo y se han venido.(...) Vale, cuánto esperamos (...) O sea que de eso nada (...) Si tiene cuello favorable, sino.... hasta 41+4 (...) Bueno quien dice 41+4, dice 41+5 ó 41+6 o ya puestos 42 ¿no? (...) Vale, gracias“. Nada de inducción, si llego a las 42 sin síntomas visibles de parto cesárea programada, Bishop favorable intentamos algún método como Hamilton o rotura de bolsa. Nos vemos el lunes (semana 41) para monitores. Ese es el resumen del gine.

Mi resumen; OLEOLEOLEOLE, 15 DÍAS MAS DE TRANQUILIDAD!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

(¿Sabéis si hay alguna oenege que permita adoptar ginecólogos? porque a éste, me lo pido yo.)

Salgo de consulta, no puedo levantar los ojos del suelo, creo que voy a caer redonda. Mi chico me pregunta qué me pasa varias veces. Cojo el móvil y llamo a Raquel (mi ángel), su voz suena al otro lado y no puedo contestar. El muro se ha roto, las lágrimas no paran y yo solo puedo repetir una y otra vez que me dan 2 semanas más. ¿Como pueden 14 días significar tanto? Oigo su emoción y su alegría.

Intento entender cómo es posible que de repente, entre en una consulta, sin tener que medir las palabras. Sin tener que mentir (aunque sea por omisión). Sintiendo que se me escucha y no se me cuestiona/ amenaza. Me giro y veo los ojos del padre de mis hijos. En toda la consulta no ha oído estadísticas, historias de terror, no me han llamado suicida, ni loca, ni mala madre... No le pregunto solo espero....

P.D. Aún no me he puesto de parto (estamos a miércoles), aunque no cejo en mi empeño. Estoy un poco más relajada y creo que eso va a ser de gran ayuda. Eso y vuestra energía.

Semana 41+1

El sábado se llevaron a mis niños de vuelta a Valladolid. Mateo me ha dicho un millón de veces que me quiere y que me va a echar de menos.

-”No nos podemos ir, que no ha nacido la hermanita. Sal Clara, que te estamos esperando”.

En el momento que arranca el coche me mira y odio con todo mi corazón al sistema, al dr. M, al jefe de servicio y a mí misma por no ser una chica buena y aceptar de buen grado otra cesárea. Por primera vez me pregunto qué derecho tengo yo, a mover a toda mi familia, por un capricho.

El jueves había empezado a echar el tapón (después de una caminata de 9 km o echaba el tapón o echaba a la niña directamente). Solo lo sabe Patricia, otra “loca del pvd2c” pucelana (tengo miedo de que sean imaginaciones mías). Tengo contracciones esporádicas. El domingo, mi chico planifica un montón de actividades para mantenerme ocupada. Comida familiar, cine y paseo por la ciudad. Según avanza el día las contracciones van aumentando en número e intensidad. Llega el lunes y me encuentra despierta en el salón impaciente (ésto ha comenzado, estoy segura). Salimos para Bilbao para monitores, y yo con contracciones cada 10 min durante 2 horas (feliz como una lombriz). Le voy cantando las contracciones a mi chico como el locutor del partido Malta-España (otra y otra y otra....). Mi chico (verde) pregunta si vamos al hospital (como si fuera tan fácil).

-”No hombre, hay que esperar a tenerlas cada 5 durante 2 horas”.

Llegamos al centro de salud, y (oh sorpresa!!!) gráfica plana, como la meseta castellana. La matrona es directa, el viernes tengo que volver a monitores y si no me he puesto de parto, el sábado cesárea. No tengo tanto tiempo, mi chico ha agotado los días y el miércoles tiene que volver a trabajar. Clara tiene que nacer como muy tarde el martes. La residente me explora (80% cuello borrado y 2 cm) nunca antes he llegado tan lejos pero estoy descorazonada, lo suficiente para aceptar un Hamilton.

No quiero volver a Santander, así que decidimos conocer el hospital y los alrededores. Comemos en un bar cercano y al terminar, la camarera me dice:

-”Ya te queda poco no?”

-”Una semana fuera de cuentas”

-(mira sorprendida) “¡Vamos como quien dice, lo puedes tener ahora mismo!” (PAM respiro, sonrió)

-”Sí, como quien dice” (oleoleole han vuelto!!!!)

No digo nada. Quiero dormir un poco y me tumbo en el coche. En un momento dado pienso, que estaría mejor paseando (qué mejor sitio para hacerlo que un centro comercial). ¡¡Nos vamos al IKEA!!!

Sección de sillones (contracción) “pues si que es cómodo“. Caminamos hasta la sección de despachos (contracción) “esta silla no se regula en altura“. Cocinas (contracción) mientras me agarro a la encimera “no me parece muy sólida” “(mi chico me mira alucinado) ¡pero si son, como 10 cm de madera maciza!” Algo se empieza a oler, cuando me mira controlando el reloj del tfno. Así que, calculo que en una hora tengo que pasar 12 contracciones y dejo de mirar el reloj, para pasar a contar contracciones. Necesito ir al baño cada 30 min y aprovecho para pasar 2 contracciones “en la intimidad“. Caen las primeras 12 contracciones, miro el reloj, una hora exacta. (Ay madre esto ya no hay quien lo pare).

-” Ejem..., cariño, tengo contracciones cada 5 min”

-”Ya me he dado cuenta..., yo y medio IKEA (vaya y yo que creía que estaba siendo discreta). ¿Nos vamos al hospital?”

-”Nooooo, esto acaba de empezar, dentro de 1 ó 2 horas, si sigue así...”

Seguimos caminando y aprovechando cualquier superficie para descansar. Según pasa el tiempo las caras son un poema, me miran y miran a Carlos (éste, no se ha dado cuenta que

la pobre está de parto). Llegamos a la sección de alfombras, contracción nº 24, 2 horas exactas. (Pumba, esta es de las gordas) no hay nadie a mi alrededor, respiro y me pongo de cuclillas detrás de una torre de alfombras. Carlos está en otra sección, me permito gruñir un poquito.

“...Pues sí, creo que la prefiero verde, pero no voy a comprar algo para luego tirarlo porque esté bien de precio” Un chico aparece por mi izquierda hablando por teléfono. Me rodea como si fuera una alfombra más y se dirige a las que están detrás de mí. Me incorporo con total naturalidad, arreglo una arruga del vestido y comienzo a caminar. (Es una suerte que los hombres no puedan hacer dos cosas al mismo tiempo).

Me doy 6 contracciones más de margen y aviso al papi. (Para mí que los de seguridad, ya cruzaban apuestas de en qué dpto nacería la niña). ¡¡¡¡¡Hora de ir al hospital!!!!. Damos un paseo en coche por Baracaldo y aprovecho para mandar sms a las chicas. Las imagino pasando la información a las listas de apoyocesáreas y EPEN. No puedo evitar pensar que a estas horas, las primeras en enterarse serán las chicas del otro lado del charco y me alegro. Estoy tranquila, serena, esto es lo que yo he deseado desde hace más de 3 años.

Llegamos al hospital, cada pocos pasos llega una contracción que alivio balanceándome de izquierda a derecha. De repente oigo a mi lado : tuuuu tu, tuturuuuuu tu..... Jajajaja no puedo parar de reír (y eso que duele), mi chico ha encontrado la similitud entre una preñada con contracciones y un paso de semana santa. Nunca más podre ir a una procesión, sin acordarme de aquella escena.

Entro en consulta y la gine me confirma lo que yo y todo IKEA ya sabíamos, ESTOY DE PARTO. Sabe quien soy (mi caso no es muy habitual) y me recuerda que tengo muchas posibilidades de acabar en cesárea. Ya no me importa, por primera vez oigo la palabra y no me da miedo, el camino que he recorrido ha merecido la pena. Llegados a este punto, pase lo que pase hemos salido ganando. Sonrió de oreja a oreja mientras rechazo la epidural, ahora solo queda disfrutar del momento. ESTOY DE PARTO, ESTOY DE PARTO, ESTOY DE PARTO.....

El Parto

30/08/10 22:30h (cuello borrado y 3cm) fase activa de parto.

Allí estaba, de pie en un pasillo aguardando a un celador, y esperando que regrese mi chico de dar mis datos. En menos de un minuto me han desvestido y ahora luzco un modelito primavera-verano, en tono azul cielo, con profundo escote en la espalda, bata a juego y calzas en los pies.

Llegamos a paritorio. La matrona (Amaya) me explica que por ahora estaré allí, si algo se complica o si el parto se estanca, pasaríamos a quirófano. Podría haberme sonado a amenaza pero estoy tan feliz, que levito sobre el suelo. Pregunto por una matrona, a la que han hablado de mí. “Hola, ¿eres Nuria verdad?” (Está entrando por la puerta, resulta que se ha corrido la voz, hay una loca del pvd2c en el hospital). Se sienta a mi lado y me da un informe completo de la situación. La guardia está muy tranquila (BIEN), el equipo de gines es bastante favorable (BIEN) y la matrona que me ha tocado, es una enamorada de los partos naturales.

-“Confía plenamente en ella” (BIEN, todo parece ir de cara). Charlamos unos minutos mientras mi chico sale a llamar a la familia y a las chicas (Patricia y Raquel). Por lo que supe al día siguiente, los nervios le jugaron una mala pasada (eso, o el pobre se creía que un parto es como en las pelis) y las contó que estaba en completa (que más quisiera yo!!!!). Vuelve Amaya, se sienta a mi lado y me pregunta como quiero parir.

-“Entiendo que esto es un hospital y que en mi caso hay protocolos obligatorios (mejor empezar pareciendo una mujer razonable, ya tendremos tiempo de conocernos), pero me gustaría que fuera lo más natural posible”.

-“¿Lo más fisiológico posible? (me gusta la aclaración, siento que hemos conectado) de acuerdo.”

La vía es obligatoria (estreptococo positivo) pero promete salinizarla en cuanto pase la

primera dosis de antibiótico. También lo es los monitores, pero a cambio solo habrá tactos cada 2 horas. Me trae una pelota de pilates y me dice que me mueva, que no me preocupe por los cables. Sale de la habitación bajando la intensidad de la luz (no me lo puedo creer, todo parece ir viento en popa). Carlos está conmigo, pendiente de todos y cada uno de mis deseos, no habla, no me toca, está sentado en una esquina de la habitación. Su presencia me da tranquilidad, él tiene esa cualidad, darme seguridad sin invadir mi espacio, sin agobiarme. Le pido la música. Las últimas semanas he estado escuchando el disco de Rosa Zaragoza y música que utilizaba en yoga, para relajarme. Tengo en mi cabeza todos los partos que he leído, todos los libros e informes que he estudiado en estos 3 años. Me siento plétórica de fuerzas y confianza. Me siento preparada. Las contracciones llegan y se van (no han parado en ningún momento). No hay dolor, muevo constantemente las caderas, paseo, tarareo la música. Recuerdo en algún momento acercarme y sonreír a mi chico y sentir que por primera vez desde hace semanas, estamos conectados.

Casi de forma inmediata las contracciones se intensifican, comienzo a gemir abriendo mucho la boca, me siento en la pelota y pido a mi chico que me sujete porque, nada más terminar la contracción, me entra un sopor incontrolable. Se me cierran los ojos y caigo hacia delante apoyándome en la cama. Hay un reloj grande en la pared pero ya no se leerlo. De repente, noto como alguien me toca la mano, es Amaya y con ella esta la gine y una auxiliar. Me tumbo en la cama para un tacto. La médico pide a la auxiliar que traiga algo (no la he entendido, pero no me gusta), la oigo pero no la escucho. Oigo la palabra bolsa. Miro a Amaya sin comprender muy bien que es lo que ocurre. -“¿Perdona...?” -“Voy a romperte la bolsa, porque como te mueves tanto, no podemos registrar bien la intensidad de la contracción”

-“NO., no..., esto, preferiría que no...(¿Por qué necesitaba yo que no me rompieran bolsa? recuerda, recuerda) ” -“Pero ¿por qué?, si no pasa nada. En tu caso lo que más me preocupa es la intensidad de las contracciones. Es importantísimo, que tengamos controlado una posible rotura uterina (demasiada chachara para mi)”

-“Yo me quedo quietita. Te prometo que no me muevo de la cama (me da rabia, no consigo encontrar las palabras, me siento como una niña llorona)” Consigo negociar una hora. Vuelvo la cara y veo a mi matrona seria, apartada de la gine y mirando a la nada (su lenguaje corporal me deja muy claro que no está de acuerdo con ella).

-“¿De cuantos cm está? (logra preguntar a la doctora antes de que esta, salga por la puerta)”

-“De 5”

-“MUY BIEN NURIA, (le ha salido del alma) eso está muy bien (no se si se refiere a la dilatación, o a la negativa anterior). Tú sigue moviéndote y no te preocupes”.

12:00h (dilatación 5 cm)

Intento mantenerme lo más quieta posible, sentada en la cama. Intento recordar posturas para favorecer el descenso en esta posición (de algo tiene que servir mi “máster en obstetricia”). Ya no me quedo adormilada entre contracciones, y me giro constantemente para controlar los monitores y el reloj.

Al cabo de dos horas aparece Amaya golpeando suavemente la puerta. Me hace el tacto de rigor y me confirma algo que yo ya sospechaba, sigo de 5 cm. Uno de mis miedos era este, que se parase el parto. Carlos le dice que no me he movido de la cama y que estoy muy preocupada con el monitor.

-“Tienes que levantarte, lo estabas haciendo muy bien. Olvídate del monitor. Si hace falta vengo yo a colocártelo cada vez. (Me mira a los ojos) Estas de 5 holgadas según mis dedos, puede que casi de 6”. La he entendido perfectamente, si durante dos horas no ven ninguna evolución es probable que les entre el miedo. Bajo de la cama y comienzo a moverme tímidamente. Encargo al papa que vigile constantemente el monitor. Respiro profundamente y comienzo a hablar con Clara. La animo con cada dolor (hace ya tiempo que las contracciones son dolorosas, aunque bastante llevaderas ahora que puedo moverme). Hago esfuerzos por concentrarme, consigo aliviar la intensidad estirándome todo lo que puedo, alzando los brazos por encima de la cabeza y separando los dedos como

si fuesen rayos. Incluso poniéndome de puntillas. Gimo y gruño de nuevo concentrada en mi parto. Noto que de vez en cuando entra alguien, no me molesto en averiguar quien es. Hablan con mi chico para no molestarme. En algún momento Amaya me recoloca el monitor (estoy en el suelo, de rodillas sobre la almohada, apoyando la cabeza en la cama) y me murmura palabras de ánimo. Han pasado 2 horas más y las noticias no son buenas, sigo estancada en 5 cm. Amaya parece sorprendida, -“todo está tremendamente favorable, pero parece que no termina de arrancar por alguna razón. (Yo tengo claro cual es la razón, una gine que anda rondando la puerta de paritorio)”. Nos quedamos mirando, se lo que está pensando (son 4 horas sin ningún cambio), me propone un masaje en el cuello del útero para segregar prostaglandinas y yo acepto. Lo hace con una inmensa suavidad, como los dos tactos anteriores. Trata de animarme diciéndome que no me preocupe, que estas cosas pasan, que pronto se va a desbloquear la situación (claro, ¡dentro no se va a quedar! Lo que temo es que se desbloquee por la vía rápida).

Sale por la puerta y recibo la primera descarga. Es como si una barra de acero atravesase mi cuerpo. Me ha pillado desprevenida, no he notado ni como se acercaba. Trato de luchar por salir a flote, por respirar. Me encojo sobre mi misma, tensando todos y cada una de las fibras de mi cuerpo. Chillo de dolor, parece que no va a acabar nunca. Abro los ojos y de repente estoy en otro hospital 5 años atrás. Enganchada a un gotero de oxitocina que “echa humo”, atada a una cama mientras muerdo la almohada y rezo con los labios resecaos “vaapasarvaapasarvaapasarvaapasar...” Con una matrona que intenta romperme la bolsa por 3ª vez para darse cuenta que no hay nada que romper. Con un tacto detrás de otro para decirme “2cm, 2 cm, 2 cm...”. Con un monitor fetal que dice que mi hijo está peor que yo. Y yo pensando que me da lo mismo lo que hagan conmigo, que yo solo quiero morirme, solo quiero que me maten de una vez.

Parpadeo para darme cuenta que estoy entrando en pánico. Intento incorporarme, sólo para sentir de nuevo, como me contraigo hasta quedar reducida a la nada. Trato de relajarme, - “no luches contra la ola, dejarte llevar...(una mierda, tú solo huye). NO PUEDO, NO PUEDO MÁS, OTRA NO POR FAVOR, POR FAVOR, POR FAVOR....(ya esta, estoy

oficialmente histérica)” Carlos se acerca a la cama, me sujeta la mano -“Claro que puedes. Llevas 3 años luchando por esto, has peleado con ginecólogos, jefes de servicio, conmigo. Has llegado hasta aquí y vas a conseguirlo. No puedes rendirte.” Se lo mucho que significan estas palabras, él está conmigo, pero en contra de sus propias convicciones. Aun así, está dándome ánimos, pero el pánico inunda todos y cada uno de los recovecos de mi mente. Vuelvo a intentar ponerme de pie, se que soportaría mejor las contracciones de pie, intento mantener la compostura. Un nuevo golpe devastador (Dios mío no puedo), imposible cambiar de postura. Intentamos pasarlas de una en una, sin pensar en la próxima. Se que este dolor no es efectivo, de forma instintiva comprendo que contraerme de esta manera no va a permitir que dilate. Pero no puedo hacer otra cosa (tal vez si...). Pido a Carlos que llame a la matrona.

-“Amaya, estoy completamente bloqueada, tengo unas contracciones horribles. Como siga así no voy a aguantar (voy a quirófano y me la saco yo solita).” me mira con seriedad - “¿que quieres que te diga?” -“Hazme un tacto, si no ves cambio, llama al anestesista”. La decisión está tomada.

31/08/10 04:30h (dilatación 5 cm)

Entra el anestesista. Carlos ha salido para hablar con mis padres que acaban de llegar desde Valladolid. Amaya está tratando de ayudarme a encajar las contracciones. El doctor no parece muy contento y me pregunta molesto porque no la he querido hace 6 horas. Mi matrona entra al quite por mí, -“Porque no la necesitaba, la necesita ahora. Si tuviéramos bañeras...”.

La epidural implica suero y las 4 horas de parón, rotura de bolsa. Esta vez no hay nada que negociar, asumo que no queda otra. Aprovechan para conectarme el cable que mide la intensidad de la contracción (la gine se ha salido con la suya) y aunque la matrona quiere evitar la monitorización interna “donde hay patrón no manda marinero”. Estamos solas y me recuerda que la epidural no tiene porque ser una mala decisión en mi caso. Me explica el funcionamiento de la analgesia. -“Hay que mantenerse tumbada durante 20 min. para

que el líquido se reparta. Pasados esos minutos iniciales puedes moverte, incluso ponerte de pie (no es la walking, querían implantarla pero la famosa crisis mandó a la mierda el proyecto). La gravedad hace que el líquido baje y con el líquido el efecto de la analgesia. Te deja las piernas muertas y el vientre completamente despierto. Por eso, puedes moverte pero no mantener la postura mucho tiempo”. Me da como margen 30-45 min. Nos quedamos de nuevo a solas mi chico y yo. -“Lo siento Clara, mami te ha fallado...”. No se porque, necesito verbalizarlo y en ese momento comprendo que somos un equipo. Clara ha tenido que notar mi desconcierto, pero sobre todo mi pánico y me da mucha pena.

Entra una auxiliar con una bolsa que pretende conectar a la vía. No me da tiempo a reaccionar. -“¿Qué haces (Os juro que Amaya se ha materializado de la nada)?” La mujer con el susto aun en el cuerpo, le dice que mi amiga la gine, le ha dicho que me enchufen oxitocina. -“Dentro de media hora tengo que hacerla el tacto, no te preocupes que ya se lo pongo yo” -“Pero es que...” -“Para que te vas a molestar mujer. Y tú (me mira) ya sabes lo que tienes que hacer (darte el premio al mejor ángel de la guarda y ponerme a dilatar como una posesa)”. No necesito más indicaciones, ha llegado la hora de echar el resto. Me levanto con miedo, apoyándome en Carlos. Apenas noto las piernas (ni que fuera Rambo) pero me sostienen. Comienzo moviendo las caderas, con cada contracción que leo en el monitor. Animo a Clara (muy bien campeona, así se hace pequeñaja, una menos para salir, venga que falta poco, vamos chicarrona del norte). Voy ganando confianza y comienzo a pasear. Con tanto cable y tubito saliendo de mi cuerpo, el recorrido turístico es muy limitado. Afortunadamente no me han conectado todavía a la bomba de la analgesia.

Voy derrochando fluidos allá donde voy, lo que es un auténtico riesgo (un parto no es el momento mas adecuado para practicar patinaje artístico). Tras un par de resbalones, decido dejar la caminata y volver a los movimientos de caderas. Me estrujo el cerebro recordando todo aquello que he leído que puede favorecer el encajamiento o la dilatación. Lo intento todo, incluso pruebo liquido amniótico. Ha pasado casi una hora y mis piernas dejan de responderme y comienzo a notar las contracciones. Amaya aprovecha ese momento para entrar por la puerta (a eso llamo yo sincronización). Consigo a duras penas sentarme en la

cama, me incorporo para sentarme mejor y veo sangre en las sabanas. Una brillante mancha de un rojo intenso. Se me ilumina la cara y miro a Amaya que responde a mi gesto –“Si, es una buena señal (De nuevo un tacto, contengo la respiración...) Enhorabuena, estas de 9 cm. Ahora quiero que te tumbes y me avises cuando notes presión”.

6:15h (dilatación 9cm)

No podría cambiar de posición aunque quisiera. Estoy tumbada sobre el costado izquierdo, el lado derecho se ha despertado. Con cada contracción, aparece un dolor agudísimo que solo consigue aliviarme Carlos clavando sus puños en el glúteo con todas sus fuerzas. Pero es que tenéis que ver a mi chico, 2 m y 100 k de peso (ya sabéis, ande o no ande...). Empiezo a valorar en su justa medida a las valientes que paren en casa o sin epidural.

Miro el reloj, se acerca el cambio de turno (Clarita, acelera que se nos va Amaya). Las piernas y la zona del perineo la tengo completamente insensible. No voy a notar cuando pujar, ni siquiera cuando avisar a la matrona. No han pasado muchas contracciones y la curiosidad me puede. Bajo la mano e introduzco mis dedos en la vagina, para chocar de forma inmediata con algo duro (mi niña ya está aquí). -“¡Carlos..., llama a la matrona!”. Amaya se asoma y confirma sin ningún tacto que ha llegado el momento. Estoy en completa.

6:45h (dilatación 10cm)

Entre dos, comienzan a quitar, subir, sacar y meter cosas hasta convertir mi cama en un mega súper potro de película. Me dan a elegir postura. Siempre me había imaginado pariendo a cuatro patas, pero a estas alturas ni me lo planteo. El lado derecho intocable y el izquierdo insensible. Así que pido que me incorporen un poco y coloco mi pie derecho sobre el estribo. Voy a parir semi-recostada sobre el lado izquierdo. Claro que si mi postura os parece graciosa, tenéis que ver a mi chico. El pobre estira todo lo que puede el brazo entre el monitor fetal y el pie del suero, intentando al mismo tiempo no arrancar ningún cable. A todo esto, Amaya le manda agachar la cabeza para poder leer el monitor fetal

(parece un contorsionista). Mira alternativamente mi cara y la pared del cabecero (ya sabía yo, que esto de la sangre, no era lo suyo). –“¿Te molesta la sangre? (pregunta la auxiliar)” – “no, como no la veo!”

Tengo permiso de la matrona para pujar cuando tenga ganas. Pero es que no tengo ganas, solo ciática. Empiezo a pujar. La matrona se da cuenta que no noto nada y me indica cuando tengo una contracción. Todo es demasiado rápido. En cierto momento tengo la necesidad de tocarme, como para asegurarme de que esto va en serio. Ya está, un grito impone el silencio en la sala.

Son las 7:20h, el tiempo se ha parado, todo ha desaparecido a mí alrededor. Cubierta de una mezcla de sangre y grasa, respira por primera vez mi hija, apoyada sobre mi vientre. Lloro a pleno pulmón, mientras la abrazo sorprendida. –“Bienvenida Clara. No llores princesa, que soy mamá. Que bien lo has hecho campeona.” Me angustia oír la llorar de esa manera y la pongo al pecho, nerviosa. Clara hociquea, mientras respira ruidosa. Tiene los ojos completamente abiertos y me mira con la misma curiosidad que yo a ella. Comienza a mamar de inmediato, mientras, no paro de reír, hablarla y acariciar su cuerpecillo resbaloso. Intento encontrar parecidos. ¡Es tan chiquitita, en comparación con sus hermanos!. No puedo dejar de mirarla, solo para mirar al orgulloso papá. Es increíble, aun somos una, pero ya somos dos (magia). El cordón deja de latir y soy yo la que corta el último lazo físico que nos une. Todo es luminoso, estoy exultante, radiante, henchida de amor, ESTOY FELIZ.

Mientras me suturan un ridículo desgarró, hablo con mi hija de todas vosotras. De todas las mujeres que me han acompañado en la espera, de los mensajes, de las velas que esta noche se han encendido en todo el mundo por nosotras (¡¡¡Las lágrimas que derramé leyendo vuestros mensajes!!!). Amaya me mira sorprendida, la explico que Clara es una niña muy especial. Tan especial, que tiene “madrinas” repartidas por todo el mundo. Unas mujeres maravillosas que solo quieren que todos los niños nazcan rodeados del amor y respeto que merecemos.

Nos dejan a solas durante una hora, las luces tenues, Carlos sentado a mi lado y yo sentada

con las piernas cruzadas mientras Clara mama. No recuerdo nada en concreto, solo que me siento como una pila duracell. No entiendo que es lo que hago allí sentada. Quiero salir, quiero irme a mi casa y me siento con fuerzas para irme andando si hace falta. (¡Ya está, esto es todo, pues si esto es parir, está chupado!) Me siento tan bien, que no hago más que repetírselo a Carlos constantemente. Amaya viene a despedirse, la pido que se acerque y con el brazo libre la abrazo y comienzo a llorar. –“Gracias, no lo habríamos logrado sin ti”.

Nos llevan a planta, en el pasillo están esperando mis padres, que me saludan como si fuese una heroína (ya me hubiera gustado a mi verme sin la epi). Más tarde me he enterado, que mi padre dice que nunca me había visto tan feliz como después de parir.

Toda la planta sabe que la loca del pvd2c lo ha conseguido. La pobre está tan emocionada que quería salir de paritorio andando. Lo que nos faltaba que vengan de Valladolid a parir (con la publicidad que les he hecho, seguro que este año aumentan las tasas de partos jejejejeje).

NURIA MARTÍNEZ