



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PARTERAS**

**Trabajo de parto fisiológico. Una perspectiva científico-cultural en  
Latinoamérica y el rol de la Obstetra Partera como vinculadora.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORA: Br. Carla Lazo

TUTORA: Prof. Agda. Obst. Part. Laura Valli

Montevideo, Julio 2020

# Trabajo de Parto fisiológico

Una perspectiva científico-cultural en Latinoamérica  
y el rol de la Obstetra Partera como vinculadora

Br. CARLA LAZO LARROSA



ALEX GREY 

—Quiero que estés en mi parto, no me dejes.

—Yo no me voy a ningún lado, me quedo contigo.

Un alma comunicándose a través de verdes ojos, inocentes, llenos de miedo. 17 años, sólo 17, ella y él. Todos los rasgos adolescentes se ven desdibujados, no importa la edad, es una mujer en su estado más primitivo, ese estado en el cual no importa la religión, cultura, costumbre, educación, o nivel adquisitivo...

Haciendo caso a su cuerpo, sintiéndolo, dejándose guiar por el instinto, en cuatro apoyos, en dos, caminando, doblándose y estirándose una, dos, tres y sin fin de veces.

Nadie interviene, solo le dejamos ser, si nos necesita, nos va a pedir ayuda.

—¡¡¡AYÚDAME!!!

Presión en la zona lumbar, pizca de alivio en medio de la desesperación.

Contracción tras contracción.

Mi hombro para ella. Tela violeta mojada, empapada en lágrimas, de esta guerrera, campeona.

AMBAR, AMBAR, AMBAR...

Presión en el brazo, mucha, sus delicadas y frágiles manos me apretan.

—¡¡¡AYUDAME!!!!

Me aguanto, ya pasa...

Contracción, contracción, contracción.

Viene, hace su trabajo y se va.

—No la esperes, porque ella va a venir.

Afloja, relaja, deja de lado la tensión, ya viene, cada vez está más cerca.

Contracción, contracción, contracción.

AMBAR, AMBAR, AMBAR...

Suelo, de rodillas, cadera moviéndose de manera tal que forma un ocho, queda menos, bolsa rota, respiración tranquila, ojos cerrados, concentrada.

—Siento ganas de pujar, quiero pujar.

Camilla, periné bombea, coronando la cabeza.

Contracción, contracción, contracción.

Fuerza, fuerza, fuerza, puja, puja, puja, cabeza afuera, angelical rostro, puja, puja, puja, hombros afuera seguido del resto del cuerpo.

Sobre el vientre de ella está AMBAR, AMBAR, AMBAR.

Llanto de la chiquilla recién nacida, de la madre, y mío; la estudiante de partera.

Carla Lazo  
20 mayo 2017

## **Agradecimientos**

Gracias...

A Mariana, mi hermana, quien estuvo desde el comienzo hasta el final, quien fascinada con el contenido de este trabajo me dedicó su tiempo, sus palabras, que gracias a las charlas compartidas, a las lecturas y a las reflexiones este trabajo llegara a convertirse en lo que es hoy. Un inmenso gracias a su invaluable apoyo, acompañamiento y guía no solo en este trabajo, sino en la vida, con quien compartimos una misma pasión con diferentes protagonistas, ella por la Pacha Mama, y yo por las mujeres embarazadas.

A mi mamá que me interpeló en varias ocasiones, permitiendo que reflexionara y retomara con mayor energía y empeño en mis momentos más desanimados, que escuchó animadamente mis charlas y mis descubrimientos, que me vio llorar y reír con este trabajo, y que me dio ante todo la vida, me permitió convertirme en la persona que soy, enseñándome valores y respetando mis pensamientos, compartiendo algunos y otros no tanto, pero que me brindó la oportunidad de lograr transitar mi camino a ser Partera.

A mi hermanita Ana, por acompañarme en este camino llamado vida, desde que fuimos concebidas en el mismo útero a la vez, y por ser mi melli, y demostrarme que a veces dar a los demás puede ser tan gratificante, por enseñarme que la entrega debe ser desinteresada, lo que hago a diario con cada mujer que deposita su confianza en mi atención.

A Marcia, mi mejor amiga, quien me ha acompañado y me ha apoyado en este proceso, en todos los altibajos que he tenido, quien ha sido clave cuando me encontraba perdida y frustrada, que en ocasiones fue mi brújula permitiéndome encontrar mi rumbo en este trabajo, que escuchó mis momentos de tristeza y de alegría y me brindó su incalculable buena vibra, quien con su cariño incondicional escucha siempre mis locuras.

A Macarena por su ayuda en la traducción de inglés, quién siempre pendiente de mi evolución del proceso de la monografía compartimos charlas, conversaciones, risas e intercambio de frustraciones similares del proceso.

A Laura y Karen, mis tutora y co-tutora por aceptar guiarme y acompañarme en la realización de este trabajo, quienes como mujeres y Parteras compartimos momentos no solo en la realización de este trabajo sino en mi formación a ser Partera.

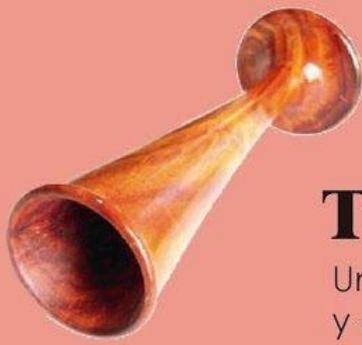
A las amigas que me dejó la Escuela de Parteras, con quienes compartimos relatos, historias, clases, guardias, charlas y almuerzos, quienes se convirtieron en

mi segunda familia cuando estuvimos lejos de nuestras casas en estos años de formación.

Unas eternas gracias también por la enseñanza desinteresada de cada Partera con la que he tenido el placer de compartir guardias, policlínicas, clases (como estudiante y como rol docente) y charlas profundas, esas Parteras que ejercen en diferentes lugares que me han aportado sus enseñanzas, sus aprendizajes, sus lecciones y su tiempo. Me dedicaron no solo aportes desde el punto de vista estrictamente educativo sino que me brindaron cariño, afecto, comprensión y tiempo, escucharon mis temores, y me orientaron para que a través de ellos pudiera superarlos y superarme, para que en el proceso me descubriera y tomara confianza en mí misma, aprendiendo a escuchar mi intuición. Algo que realizan de manera amorosa y desinteresada. Inmensamente agradecida a todas ellas que me permitieron formar mi Ser Partera.

A este trabajo monográfico que me hizo reconectar con la profesión, hizo que brotara a la superficie la formación de una Partera que entregada a su labor, logra enamorarse una vez más de la Partería.

Y gracias al Universo, que no deja cabos sueltos, y que confiar en él me ha dado la certeza que todo ocurre en el momento que tiene que ocurrir, que cada uno tiene sus propios tiempos y aprendizajes, y que todo es perfecto de la manera que es, porque no hay otra forma en la que podría haber sido.

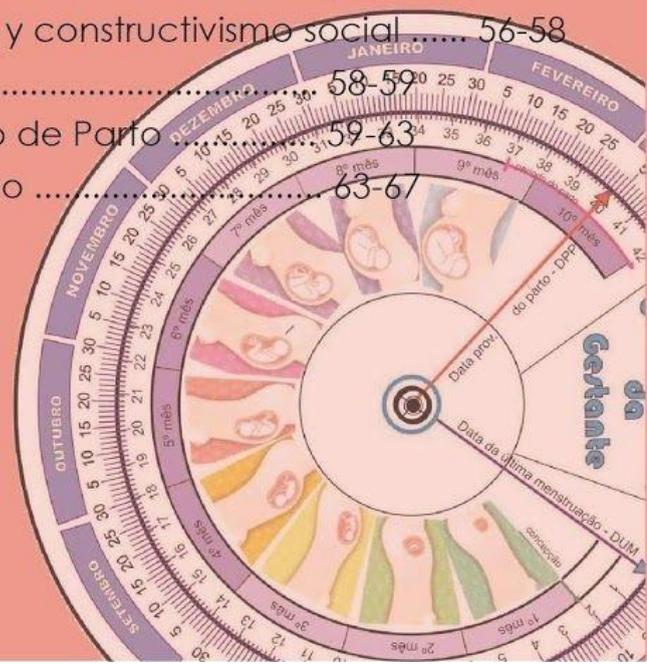


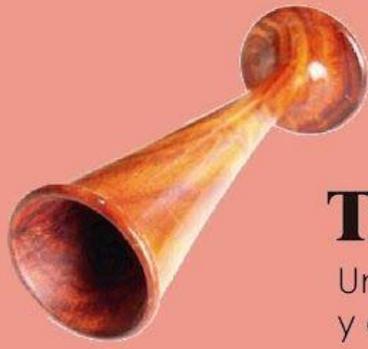
# Trabajo de Parto fisiológico

Una perspectiva científico-cultural en Latinoamérica y el rol de la Obstetra Partera como vinculadora

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>01</b>	Resumen .....	1
	Introducción .....	2
	Objetivos:	
	General .....	3
	Específicos .....	3
	Diseño .....	3-4
<b>02</b>	<b>Capítulo 1</b>	
	Marco Teórico conceptual	
	Trabajo de Parto Fisiológico. Aproximaciones conceptuales científico / clínicas	
	Parte 1 .....	6-22
	Parte 2 .....	22-44
	Parte 3 .....	44-45
	Parte 4 .....	45-47
<b>03</b>	<b>Capítulo 2</b>	
	Trabajo de Parto Fisiológico. Aproximaciones conceptuales histórico / culturales en Latinoamérica .....	49
	Nociones sobre el concepto de cultura .....	49-53
	La cultura latinoamericana del “Nuevo Mundo” .....	53-56
	Multiculturalismo, interculturalidad y constructivismo social .....	56-58
	La cultura del dolor .....	58-59
	Percepción del dolor en el Trabajo de Parto .....	59-63
	Maternidad y percepción del parto .....	63-67





# Trabajo de Parto fisiológico

Una perspectiva científico-cultural en Latinoamérica y el rol de la Obstetra Partera como vinculadora

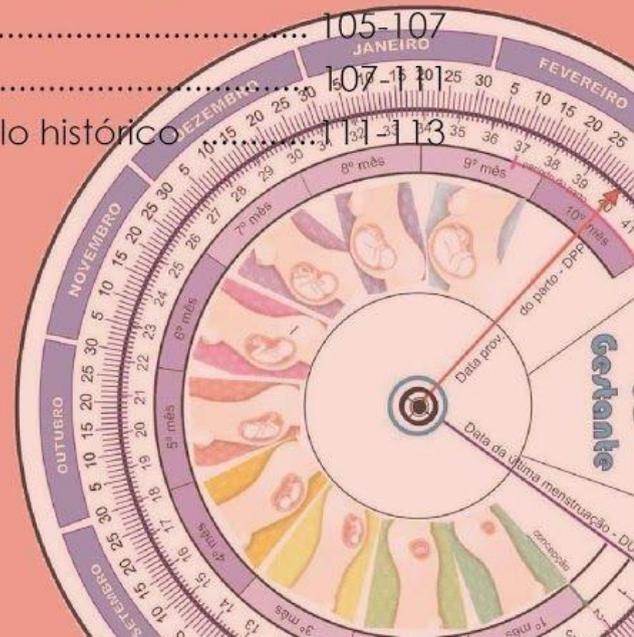
## TABLA DE CONTENIDOS

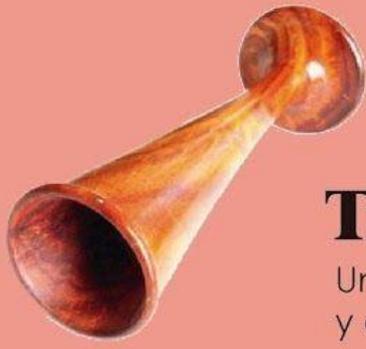
### 03

Aspectos antropológicos de las diferentes regiones Latinoamericanas .....	68-70
Región Macizo plegado del oeste mexicano .....	70-72
Región Cordillera del Caribe jamaiquina .....	72
Región Cordillera de los Andes colombianos .....	72-75
Región Cordillera de los Andes ecuatorianos .....	75-77
Región Cordillera de los Andes bolivianos .....	77-78
Región Cordillera de los Andes chilenos .....	78-81
Región Cordillera de los Andes - grandes llanos amazónicos peruanos.....	81-83
Región grandes llanos boliviano-paraguayo .....	83-84
Región grandes llanos argentinos.....	84-87
Región Macizo brasilero .....	87-90
Parámetros antropológicos de atención y asistencia al embarazo, parto y puerperio .....	90-91
Un modelo de atención .....	92-101

### 04 Capítulo 3

Orígenes de la partería. Un recorrido por la historia .....	103-104
Culturas griega y romana .....	104-105
Registros bíblicos de las comadronas .....	105-107
Edad Media .....	107-111
Consideraciones de la actualidad en base a lo histórico .....	111-113



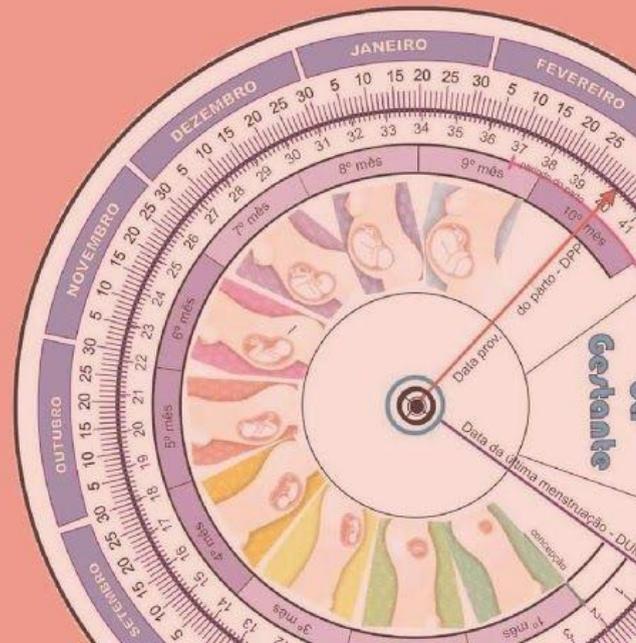


# Trabajo de Parto fisiológico

Una perspectiva científico-cultural en Latinoamérica y el rol de la Obstetra Partera como vinculadora

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>04</b>	Importancia de la partería .....	114-115
	Parteras profesionales y Parteras tradicionales .....	115-119
	Partería tradicional en Latinoamérica .....	119-124
	Dificultades con las que se enfrentan las Parteras tradicionales ...	124-126
	Diferencias y similitudes entre las Parteras tradicionales y las Parteras profesionales .....	126-127
<b>05</b>	Conclusiones finales .....	129-134
	Reflexiones personales .....	135-137
<b>06</b>	Bibliografía .....	138-151



## **Resumen**

El presente trabajo monográfico profundiza en aspectos científicos y culturales que definen el Trabajo de Parto fisiológico, abarcando anatomía, fisiología y las interacciones que éstas disciplinas comprenden dentro de su área de estudio.

En segunda instancia, se realiza una recopilación y lectura de las diversas formas de parir en diferentes culturas de Latinoamérica, —previamente agrupadas en grandes bloques territoriales— reconociendo los aspectos singulares y generales de algunas culturas dentro de esos límites geográficos, haciendo un recorrido histórico en diferentes lugares y compilando datos actualizados de las diversas creencias en torno al parir.

Por último, se revisa el rol de la Partera como profesional idónea para abordar y articular las dimensiones científica y cultural del Trabajo de Parto y parto, su relevante papel para las comunidades, familias y mujeres embarazadas. Se hace un recorrido histórico para identificar el nacimiento de la profesión, y se rastrea hasta la práctica profesional actual en los diferentes países latinoamericanos. Se aborda a través de una perspectiva de género, reconociendo los desafíos pasados y actuales de la práctica tanto tradicional como profesional, reconociendo aspectos constitutivos de la profesión, encontrándose diferentes modelos de atención en salud, interactuando con la interculturalidad, así como su importancia en las prácticas de partería.

## **Abstract**

The present monograph deep into scientific and cultural aspects that determine the Physiological Labor, reach anatomy, physiology and also the interactions that affect specific disciplines within their study area.

In the second instance, we will realize a compilation and reading of the different forms of give birth in different cultures of Latin America, —previously grouped into large territories— recognizing the singular and general aspects of some of this cultures within those geographical limits, making a historical journey into different places and compiling updated data on the various beliefs around calving. Finally, the role of the Midwives as a qualified professional is reviewed to approach and articulate the scientific and cultural dimensions of Labour and Delivery and Childbirth, it is a relevant role for communities, families and pregnant women. A historical journey is made to identify the birth of the profession, and the current professional practice in the different Latin American countries is traced. It is approached through a gender studies, recognizing the past and current challenges of both traditional and professional practice, recognizing constitutive aspects of the profession, finding different models of health care, interacting with interculturality, as well as its importance in midwifery practices.

## Introducción

Se busca hacer del presente trabajo un texto de consulta, reuniendo información sobre el Trabajo de Parto Fisiológico desde una mirada holística, integrando aspectos culturales y científicos fundamentales para el desempeño de la profesional Obstetra Partera.

Es indispensable para esta disciplina, el desarrollo de una mirada cultural amplia, diversa, inclusiva, que respete las creencias arraigadas en la esencia de cada mujer. El vínculo disciplinar da como resultado dos binomios: Partera-mujer embarazada y científico-cultural, de los que nace una sinergia retroalimentativa constante.

Cada mujer que va a parir, aporta al proceso de Trabajo de Parto una carga sociocultural y emocional derivada de aquella cultura en la que está inmersa, por ello es importante una aproximación y/o sensibilización de la Partera hacia esta diversidad, de modo que en su desempeño, tome en cuenta estos factores para brindar una atención respetuosa a la embarazada.

El rol de la Partera implica intrínsecamente la integración del segundo binomio como elementos imprescindibles dentro de su formación disciplinar, convirtiéndola en la profesional idónea para este rol.

Para comprender su rol, el presente trabajo plantea hacer una revisión bibliográfica, partiendo de la figura de Partera de antaño -sin titulación universitaria, pero con los conocimientos ancestrales necesarios para acompañar el Trabajo de Parto-, hasta la Partera actual, y cómo ha variado la asistencia desde la integración de los factores científicos-culturales.

## **Objetivos**

### **General:**

- Relacionar los conceptos culturales y científicos de Trabajo de Parto fisiológico y el rol de la Obstetra Partera como nexo entre estas dimensiones.

### **Específicos:**

- Compilar los conceptos técnicos para definir Trabajo de Parto Fisiológico.
- Analizar e investigar bibliográficamente la concepción de Trabajo de Parto en diferentes culturas Latinoamericanas.
- Realizar una revisión del rol que desempeña la Obstetra Partera durante el Trabajo de Parto Fisiológico.

## **Diseño**

El trabajo a desarrollar es de índole monográfico, por lo que se realizará una búsqueda exhaustiva de material bibliográfico a partir de la siguiente estructura:

- 1) Definir los conceptos técnicos clave sobre el Trabajo de Parto Fisiológico.
- 2) Plantear una definición unificadora del concepto de Trabajo de Parto desde una perspectiva científico-profesional, a partir de los conceptos anteriormente mencionados.
- 3) Delimitar aspectos culturales
  - 3.1 Organizar en grandes bloques culturales a Latinoamérica.
  - 3.2 Establecer los parámetros antropológicos a estudiar, vinculados al proceso del nacimiento.
  - 3.3 Realizar para estos bloques culturales, una búsqueda exhaustiva en bibliografía, documentales, videos, entrevistas, materiales audiovisuales...
- 4) Avanzar a partir de la bibliografía, hacia una visión cultural del Trabajo de Parto fisiológico para los bloques culturales planteados.
- 5) Definir qué es ser Partera.
  - 5.1 Investigar en la bibliografía cuáles son los orígenes de la profesión en los diferentes bloques culturales establecidos.
  - 5.2Cuál es su rol dentro de la medicina actual.
  - 5.3 Analizar cuál es el rol social de la Partera tradicional y la Partera profesional, estudiando similitudes y diferencias entre sí con respecto al Trabajo de Parto fisiológico.

6) Elaborar a partir de la revisión bibliográfica, un concepto global de Trabajo de Parto Fisiológico, integrando los preconceptos científicos y culturales, como una unidad indisociable y retroalimentativa articulada por la figura de Obstetra-Partera.

# Capítulo 1

Trabajo de Parto Fisiológico.  
Aproximaciones conceptuales  
científico / clínicas



Imagen. Cunningham. F. et al. (2011)  
Williams Obstetricia pp. 396

## Capítulo 1

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### Trabajo de Parto Fisiológico. Aproximaciones conceptuales científico / clínicas

##### Parte 1

Para comprender el concepto de Trabajo de Parto es necesario conocer los términos que lo engloban.

El Trabajo de Parto se desarrolla al término del embarazo, y puede dividirse en tres períodos: período de dilatación, período expulsivo y período de alumbramiento.

El período de dilatación se subdivide en fase latente y fase activa, y ésta última a su vez en fase aceleratoria y desaceleratoria.

Los diferentes autores consultados Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse y Spong (2011); Pérez y Donoso (1999); Schwarcz, Fescina, Duverges (2005); González-Merlo, Lailla, Fabre y González (2013) coinciden en que el Trabajo de Parto es un fenómeno fisiológico, es un proceso de intensidad creciente que se desarrolla con un inicio y una finalización, que involucra la presencia de fenómenos activos (contracciones uterinas y pujos), y fenómenos pasivos (borramiento y dilatación de cuello uterino, pérdida de limos, formación de la bolsa de las aguas, acomodación del feto al canal de parto óseo, fenómenos plásticos del feto y formación del canal de parto blando).

Para poder comprender más profundamente el Trabajo de Parto como tal, se debe comprender que es un proceso con dinamismo y evolución continua, se da por la interacción de elementos anatómicos, endocrinológicos y fisiológicos que posibilitan un orden lógico y lineal del proceso, que se adecúa a varios factores como la mujer embarazada, sus antecedentes obstétricos, momento o lugar en donde se encuentra...

El Trabajo de Parto como proceso que permite la expulsión del feto y sus anexos “desde el interior de la cavidad uterina, hacia el exterior del organismo materno” (González-Merlo et al., 2013, pp. 199) se lleva adelante gracias a diferentes movimientos que deben hacer la pelvis materna y el feto de manera coordinada para que éste último pueda atravesar el canal de parto óseo y blando.

Se deben precisar en este punto dos términos a desarrollar: fisiología y anatomía.

La traducción literal de Fisiología es doctrina de la naturaleza, (*gr. physis = naturaleza, logos = palabra, doctrina, tratado*) (Lippert, 2003).

La fisiología humana es una rama de la ciencia que tiene por objeto de estudio el funcionamiento de los seres vivos u organismos vivientes, y las leyes que los rigen, tanto en estado de salud como de enfermedad, estudia desde lo más ínfimo, como lo es la molécula, hasta las mayores interacciones de ellas consigo mismas, y con el entorno (Cingolani & Houssay, 2000).

Este término se entremezcla con el de anatomía, entendiéndose que el término anatomía etimológicamente deriva del griego *anatémnein* = disecar, descomponer, por lo que su traducción literal sería “el arte de disecar” (Lippert, 2003).

Sin embargo, el término no se emplea como lo explica su representación literal, sino que hace referencia a la conjunción, unión o interrelacionamiento de diferentes partes en un todo, que hace posible un funcionamiento (Lippert, 2003).

La anatomía, es la suma de diferentes partes para constituir un todo. Si bien para el estudio más detallado y particular se hace pertinente separar las diferentes estructuras que componen al cuerpo humano, para hablar de él es necesario verlo como una unidad, que funciona en armonía, y que tienen unas características particulares que le permiten la funcionalidad resultante (Lippert, 2003).

El cuerpo humano dentro de su orden funcional, se organiza a partir de células que forman tejidos, los tejidos órganos, los órganos forman sistemas orgánicos, y estos sistemas orgánicos el organismo (Lippert, 2003).

Para poder hablar de Trabajo de Parto Fisiológico se debe precisar el término fisiológico de un embarazo, y según la bibliográfica consultada se calcula de la siguiente manera:

- “El término de una gestación se estipula en 280 días aproximadamente, que correspondería a 40 semanas aproximadamente” (González- Merlo et al., 2013, pp. 199-277).
- “Hay una media aceptable de tiempo que comprende desde las 37 semanas (266 días) hasta las 41 semanas + 6 días (293 días) de gestación” (González- Merlo et al., 2013, pp. 199-277).

La determinación de estos períodos se fundamenta en la evidencia de que durante este tiempo aparecen menores complicaciones neonatales. Se ha demostrado que estos recién nacidos presentan mayor adaptabilidad a la vida extrauterina, dado que sus órganos y tejidos se encuentran desarrollados y maduros para hacerle frente a esta transición natural (González- Merlo et al., 2013) (Pérez & Donoso, 1999).

La semana 40, se calcula a partir de la fecha de la última menstruación normal (FUMN) de la mujer. Es tomando en cuenta esta fecha, que se interroga la precisión de la misma, teniendo particular atención a diferentes elementos: la certeza de ella (si la mujer recuerda con exactitud el primer día de su última

menstruación), seguridad (es decir, que sus últimos tres ciclos anteriores coincidieron en duración de tiempo, cantidad de sangrado, e iguales características); y por último confiabilidad (que la mujer no estuviera empleando algún método anticonceptivo que tuviera hormonas, o estuviera en lactancia por al menos 6 meses previos a esa última menstruación planteada) (González- Merlo et al., 2013).

Con esas características, se procede a calcular las semanas de gestación, sumándole además la realización de una ecografía, lo más precoz posible. Según las pautas del Ministerio de Salud del año 2014, es recomendable que la primer ecografía sea realizada en un plazo entre las 11 y 14 semanas de gestación ya que el margen de error disminuye. A medida que aumentan las semanas de embarazo, el error se va haciendo cada vez mayor (De Agostini & Alonzo, 2017).

Contando con esos datos se puede calcular la fecha probable de Parto, que es la fecha que corresponde a las 40 semanas aproximadamente de gestación, teniendo en cuenta que puede adelantarse o atrasarse la misma como es anteriormente explicado.

En la bibliografía esa fecha se calcula a partir de dos reglas.

La regla Whal que consiste en agregarle 10 días al día planteado y restarle 3 meses al mes correspondiente a la última menstruación referida por la mujer embarazada (González- Merlo et al., 2013) (Pérez & Donoso, 1999).

La regla de Naegele se basa en sumarle 7 días al día de la última menstruación, y restarle la misma cantidad de meses que en el cálculo anterior (Schwarcz et al., 2005).

Existe una tercera regla, la regla de Pinard, que consiste en sumarle 10 días al último día de la fecha de la última menstruación, y retroceder 3 meses como en los dos casos anteriores (Schwarcz et al., 2005).

Estas semanas corresponden a 10 meses lunares, donde cada ciclo lunar está constituido por 29 días, 12 horas y 44 minutos, por lo tanto no hay relación con el calendario basado en meses solares, con que nos regimos normalmente (Vila & Úbeda, 2016).

Esta relación está dada por la duración normal de un ciclo menstrual, donde el promedio de duración del mismo es de 28 días aproximadamente (entre 23 y 35 días) (Cingolani & Houssay, 2000).

Bibliográficamente no hay una definición precisa acerca de Trabajo de Parto Fisiológico, ni tampoco hay un elemento concreto que indique el inicio del mismo, sin embargo la presencia de diversos fenómenos podrían explicar su proximidad.

De los tres períodos que corresponden al Trabajo de Parto fisiológico, el primero es denominado período de dilatación y comienza hacia la finalización de la gestación con la fase latente.

El concepto de parto podría definirse como el proceso que tiene lugar al término del embarazo, con el inicio paulatino de contracciones uterinas dolorosas e irregulares, modificaciones cervicales o no, y con la intensidad no suficiente para lograr dilatación cervical y así diagnosticar Trabajo de Parto (Guía de salud sexual y reproductiva, Ministerio de Salud Pública, 2014).

Schwarcz et al. (2005), lo define de esta manera: “parto es el período de actividad uterina creciente que corresponde a las últimas semanas de la gestación” (pp 436).

Su diagnóstico se realiza de manera retrospectiva, a partir del punto en el que se da evolución continua de la dilatación cervical sin retroceso en el proceso de inicio del Trabajo de Parto. Friedman establece que, este período finaliza cuando hay una dilatación cervical de 3 a 5 cm (Cunningham et al., 2011).

La fase latente del Trabajo de Parto se define como aquella fase que inicia con 3 cm hasta llegar a los 5 cm de dilatación. Posterior a esto se le considera fase activa.

Según las últimas *Recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva* (2019), refiere que el período latente del Trabajo de Parto finaliza a partir de los 5 cm de dilatación, ya que es hasta este momento que la dilatación cervical es más lenta.

La fase activa, comprende la presencia fenómenos activos y pasivos del Trabajo de Parto finalizando con la dilatación completa, es decir 10 cm de dilatación, medida que permite el pasaje de la presentación fetal desde la cavidad uterina hacia el exterior a través del canal de parto. En este mismo periodo se comprende la fase aceleratoria (Criado et al., 2017). Cunningham et al. (2011) describe una fase intermedia entre estas dos que sería la llamada máxima pendiente.

Esta primera etapa se estima que dura no más de 12 hs en primíparas, y no más de 10 horas en múltiparas. Si bien estos tiempos planteados bibliográficamente son estimativos, en la clínica, los mismos se pueden ver modificados (OMS, 2019).

La segunda etapa del Trabajo de Parto, comprende el período expulsivo. La fase desaceleratoria, está fundamentalmente constituido por el descenso de la presentación fetal. Se le denomina período expulsivo al tiempo que transcurre desde que se completa la dilatación cervical, hasta el nacimiento del feto o pasaje del mismo a través de los genitales maternos (Criado et al., 2017).

El tiempo que transcurre entre que se completa la dilatación cervical y se produce el nacimiento del feto a través de los genitales maternos se estima que puede llegar a ser de 3 horas aproximadamente en el caso de las primíparas y de 2 horas en las múltiparas (OMS, 2019).

La tercera etapa, es también conocida como alumbramiento, y corresponde al tiempo desde la expulsión del feto hasta la expulsión completa de la placenta (Criado et al., 2017).

Todos los autores consultados González- Merlo et al. (2013) Pérez y Donoso (1999) Cunningham et al. (2011) Criado et al. (2017) coinciden en que para diagnosticar el Trabajo de Parto debe de existir cierta actividad contráctil y cierto grado de modificaciones cervicales, independientemente de la frecuencia de las contracciones así como de los centímetros de dilatación, ya que estos últimos no concuerdan.

Los autores Pérez y Donoso (1999) definen el Trabajo de Parto como el período comprendido “desde el comienzo del Parto hasta que la dilatación del cuello del útero alcanza 10 cm de diámetro” (pp. 301). Vale aclarar que en esta definición se hace referencia al comienzo del parto como el aumento paulatino de las contracciones uterinas dolorosas al final del embarazo, de más de 2 contracciones uterinas dolorosas (CUD) en 10 minutos, acompañado de modificaciones cervicales. De igual manera según la bibliografía de Cunningham et al. (2011), se define el Trabajo de Parto como el proceso de nacimiento que corresponde al período comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta.

Sin embargo, según otros autores, como Schwarcz et al. (2005) coinciden con la definición de Criado et al. (2017) de que el Trabajo de Parto es el “conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos” (Schwarcz et al., 2005, pp. 433). Sin embargo Criado et al. (2017) emplean el término “Parto normal” (usando parto como sinónimo de Trabajo de Parto) como el proceso fisiológico que finaliza el embarazo con la salida al exterior del útero de un feto vivo o muerto y sus anexos ovulares a través del canal de parto.

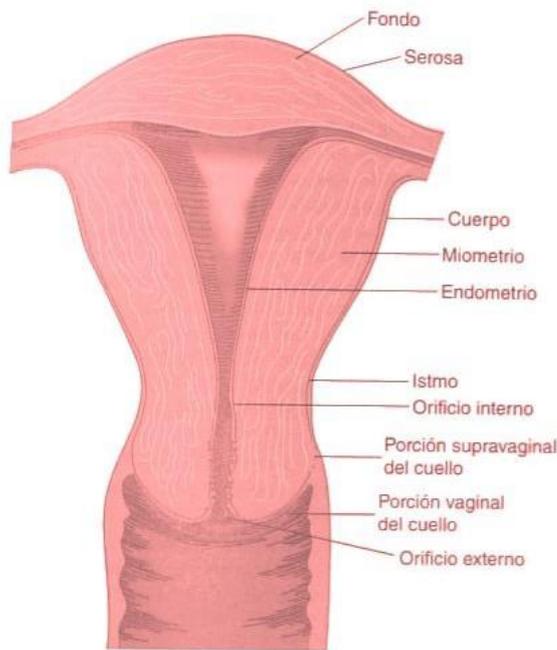
El término fenómenos fisiológicos hacen referencia al conjunto de acciones que se desencadenan a medida que avanza el Trabajo de Parto, y que conjuntamente trabajan favoreciendo a una serie de situaciones anatomo-fisiológicas que permitan la evolución natural de este proceso.

Estos fenómenos fisiológicos son conocidos como fenómenos activos y fenómenos pasivos del Trabajo de Parto dependiendo de la función que desarrollan (según tengan una acción activa generando modificaciones por sí mismos, o pasiva por ser secundarias a la activa detallados antes), presentándose por separados o juntos, y con función complementaria dan como resultado continuidad al inicio y progresión del Trabajo de Parto.

Las contracciones uterinas como fenómeno activo, son producidas a partir de la acción que realizan los músculos lisos que conforman al útero. Para su

comprensión se debe tener en cuenta que el útero (Figura 1) como órgano sexual<sup>1</sup> interno es muscular y hueco ubicado en la pelvis, entre el recto y la vejiga, que durante la gestación se convierte en un órgano abdominal. La forma y disposición fisiológica del útero es triangular invertida, y durante el desarrollo embrionario y fetal se transforma llegando a ampliar su tamaño que pasa de pesar unos 70 gramos a 1100 gramos hacia la finalización de la gestación (Cunningham et al., 2011).

Anatómicamente lo constituyen tres partes diferenciadas en características de composición las cuales son: fondo uterino, cuerpo uterino, cuello uterino o también llamado cérvix, y una zona intermedia que las delimita y separa a estas dos últimas denominada istmo.



El cuerpo uterino está compuesto por tres capas que desde el interior al exterior son: endometrio o mucosa, miometrio o muscular, y serosa o peritoneo visceral.

Cada una de ellas cumple una función particular en lo que respecta al embarazo.

**Figura 1.** Anatomía del útero y su cuello.  
Cunningham. F et al. (2011). *Williams Obstetricia*, pp. 23.

El endometrio es también conocido como capa funcional, formada por múltiples vasos sanguíneos y glándulas tubulares con cierta ciclicidad en su espesor, lo que da lugar a las secreciones durante los períodos menstruales, también tiene importancia durante el embarazo, ya que es a través de esta capa que las arterias (uterina y ovárica) que irrigan al útero se ramifican para luego penetrar en la pared uterina y así formar las arterias arqueadas con su extensión a las arterias espiraladas, principales encargadas de irrigar esta zona (Cunningham et al., 2011).

La capa más superficial que es el perimetrio, está formada por una membrana peritoneal, y recubre los órganos abdominales, así como los pélvicos, a excepción de los laterales.

<sup>1</sup>Si bien en la bibliografía se refiere a los órganos como reproductivos exclusivamente, por la amplia función de los mismos se empleará el término sexuales para referirse a ellos dado que se aproxima más a sus reales funciones.

La capa muscular, es la capa intermedia, se subdivide en otras tres estructuras musculares que le dan forma, y que permiten que desarrolle sus funciones fisiológicas.

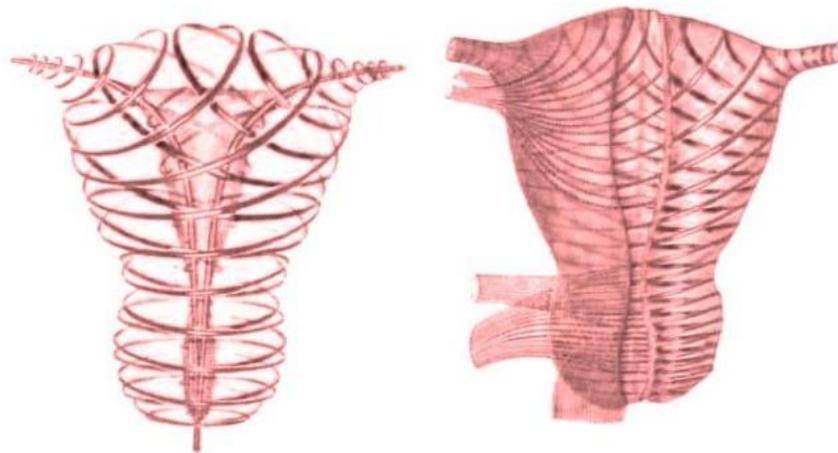
La estructura superficial está formada por músculo delgado, que es la continuación de la capa longitudinal de fibras provenientes de las trompas uterinas, a medida que desciende en la superficie corporal se va convirtiendo en oblicua, llegando a unirse en el cuello uterino, a modo de nexo con una capa de características similares provenientes de la vagina.

La estructura muscular intermedia, también provenientes de las trompas de Falopio, de forma espiral, se dispone en torno a un eje imaginario, que embriológicamente corresponde a los conductos de Müller, la lógica que siguen estas fibras se describe como horizontal en la zona cercana a las trompas y vertical hacia la zona inferior del útero. Es importante aclarar en esta disposición anatómica que este lineamiento de fibras musculares se realiza en dos mitades, el útero está constituido por dos hemiúteros que cada uno de ellos se entrelazan en cierto punto dando como resultado una imagen en espejo (Figura 2) (Schwarcz et al., 2005).

**Figura 2. (izquierda)**

Estructura muscular del útero no grávida. (Según Groertler).

**(derecha)** Estructura muscular del útero no grávido, incluidas las fibras provenientes de los diversos ligamentos de sostén del útero y desde la vagina. (Según Groertler) Schwarcz et al. (2005) Obstetricia, pp. 4



Ésta a su vez se encuentra atravesada por vasos sanguíneos que permiten la vascularización del órgano, y también es denominada vascular.

La última capa muscular interna guarda especial relación con el endometrio ya que se vincula directamente con él y muchas de sus fibras se introducen en ella.

El útero, está sometido durante el embarazo a extensibilidad como consecuencia del crecimiento fetal, placentario, y contenido de líquido amniótico, llegando a un punto donde alcanza su máximo poder de distensión respondiendo a la fisiología del músculo uterino, dado por la hiperplasia e hipertrofia muscular. Sin

embargo este límite, no va acompañado del crecimiento del contenido por lo que no hay paralelismo entre los procesos, y es lo que permite que éste se vaya fortaleciendo a medida que avanza el embarazo, y le proporciona al feto una estructura con cierta estabilidad para que pueda adquirir una estática fetal (González- Merlo et al., 2013).

En consecuencia, el músculo miometrial, comienza a producir paulatinamente contracciones uterinas, que acompañado del aumento de la producción de algunas hormonas, así como la disminución de otras, permiten progresivamente, que disminuya la relajación miometrial presente durante todo el embarazo, y aumenta paulatinamente la dinámica uterina, hasta el desencadenamiento del Trabajo de Parto (González- Merlo et al., 2013).

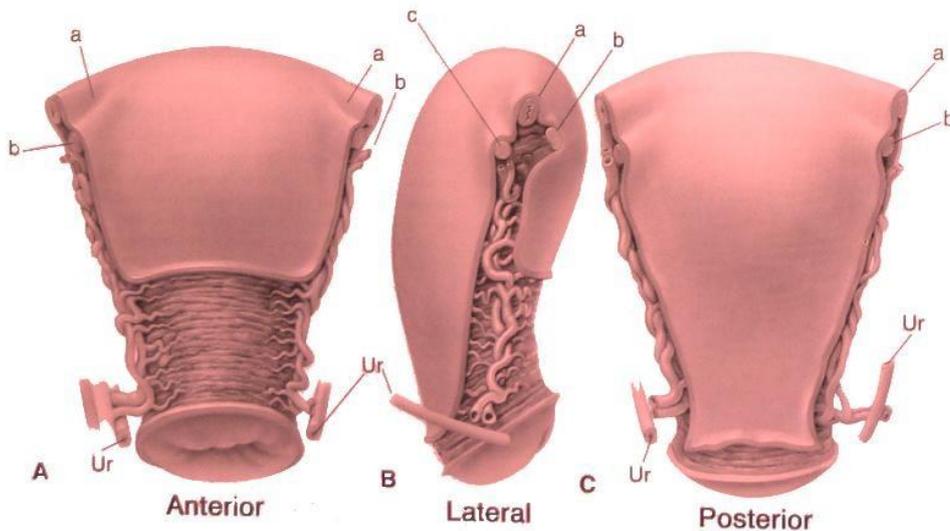
El inicio del Trabajo de Parto está explicado según la bibliografía por diferentes teorías que involucran múltiples hormonas, las cuales no están comprobadas en su totalidad, sin embargo se mencionarán a continuación sin profundizar en ellas dada la ausencia de estudios en humanos. Entre las acciones de las hormonas se encuentran un cambio en las concentraciones de la progesterona estableciendo una dominancia sobre los estrógenos; un aumento de la respuesta a la oxitocina mediante la regulación de la expresión de los receptores de oxitocina miometriales; un incremento en la síntesis de prostaglandinas en el útero; un decremento de la actividad del óxido nítrico; una elevación del flujo de calcio a los miocitos dependiente de la unión de la miosina a la actina, un aumento de la endotelina que produce un mayor flujo sanguíneo uterino y actividad miometrial. Producen en consecuencia un aumento de la irritabilidad uterina, por aumento del efecto que producen estas uterotónicas sobre el cuerpo uterino (Garfield et al., 1998) (Sanborn, 1995) (Kota et al., 2013) (Weiss, 2000) (Cunningham et al., 2011).

En la literatura consultada se describe una respuesta inflamatoria estéril que ocurre hacia la finalización de la gravidez, y que en consecuencia la secreción de interleukina 6 y factor activador de plaquetas podría tener una relación directa con el inicio del Trabajo de Parto (Espejel, Godines, Buendía, Guzmán, Beltrán & Vadillo 2008).

Continuando con la anatomía del útero, las fibras musculares lisas dispuestas transversal y oblicuamente permite que al producirse la contracción se logre la distensión del cuello uterino el cual está sujeto por ligamentos que se retraen permitiendo su extensibilidad.

El útero a su vez está sostenido por ligamentos (Figura 3).

Entre ellos se encuentran los ligamentos redondos, que tienen su origen por debajo y adelante del inicio de la trompa de Falopio, y sigue un descenso por el conducto inguinal para finalizar su inervación en la porción superior del labio mayor de la vulva que corresponde al lado del cual se originó el ligamento (derecho o izquierdo) (Cunningham et al., 2011).



**Figura 3.** vista anterior (A), lateral derecha (B) y posterior (C) del útero de una mujer adulta. (a=oviducto; b=ligamento redondo; c=ligamento ovárico; Ur= uréter). Cunningham. F et al. (2011). Williams Obstetricia, pp. 22.

Los ligamentos anchos se ubican desde las zonas laterales del cuerpo uterino y terminan en las paredes pélvicas, dividiéndolo en compartimientos anterior y posterior. El peritoneo que acompaña a estos ligamentos a su vez tienen una denominación a partir de la zona en la que se ubica, mesosalpinx es el peritoneo que recubre las Trompas de Falopio, el que se encuentra rodeando al ligamento redondo, mesenterio del ligamento redondo; mesoovario el que recubre al ligamento útero ovárico; y finalmente el que se encuentra por debajo de las fimbrias de las Trompas de Falopio se denomina ligamento infundibulopélvico (Cunningham et al., 2011).

Los ligamentos cardinales, cervicales transversos o Mackenrodt son la continuación del ligamento ancho en su zona más gruesa, cercana al piso pélvico, constituidos por tejido conjuntivo, se unen a la porción supravaginal del cuello uterino (Cunningham et al., 2011).

Los ligamentos uterosacos se extienden desde “una inserción posterolateral a la porción supravaginal del cuello uterino, y se inserta en la aponeurosis y el sacro” (Cunningham et al., 2011).

Las contracciones uterinas son contracciones del músculo liso que constituye el útero, de manera tal que permite la contracción y relajación de estas paredes musculares dando paso progresivo a un cierto grado de dilatación cervical.

Caldeyro-Barcia y Poseiro (1960), fueron dos médicos Uruguayos que estudiaron en profundidad los temas relacionados a la actividad contráctil. Ellos

introdujeron una unidad de medida para la actividad uterina que denominaron Unidades Montevideo, para su cálculo establecieron multiplicar el aumento de la presión intrauterina por encima del tono basal, es decir su intensidad medida en mmHg (milímetros de mercurio) por el número de contracciones uterinas resultante en 10 minutos (Cunningham et al., 2011).

El tono uterino comprende la presión intraamniótica más baja percibida entre las contracciones uterinas, la intensidad se mide en milímetros de mercurio (mmHg), la constituye el pico máximo de fuerza que alcanza la contracción, también denominado acmé (Schwarcz et al., 2005).

El tiempo se mide a partir del inicio de una construcción hasta su finalización pasando por su acmé (Schwarcz et al., 2005).

El útero como músculo tiene un tono establecido a lo largo de todo el embarazo, que es de aproximadamente entre 8 y 12 mmHg, sin embargo, sí hay contracciones que tienen su desarrollo a lo largo del mismo, son de baja intensidad, y se dan en varias partes aislados del útero produciendo sectores de contracción miometrial, mientras que otros permanecen relajados, no cuentan con la intensidad requerida para generar dilatación cervical, pero sí generan movimientos contráctiles que da lugar a la creación de un ambiente uterino donde el feto puede adquirir una actitud, posición y situación dentro del continente (útero), que permita un Parto fisiológico (Schwarcz et al., 2005) (Cunningham et al., 2011).

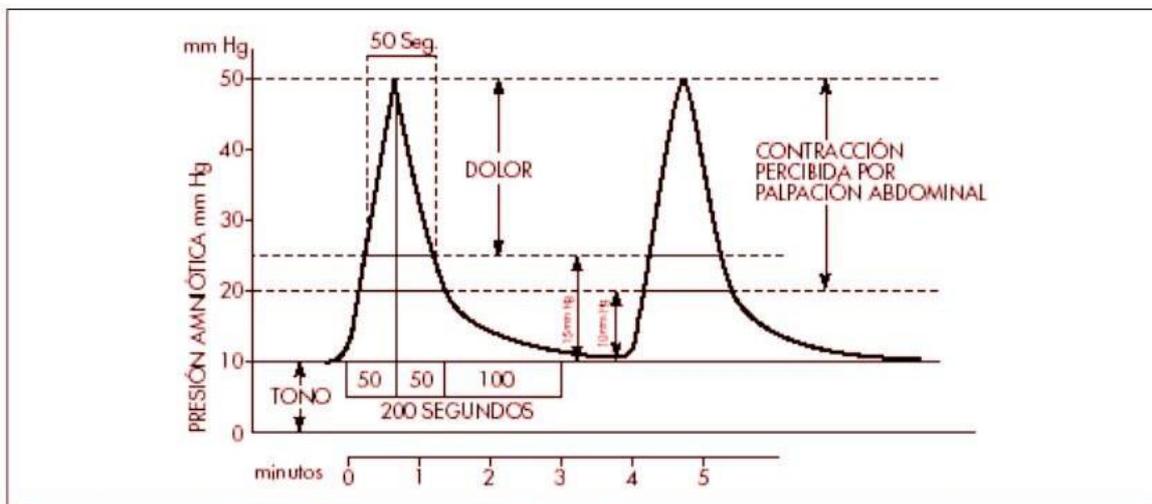
Estas contracciones son denominadas tipo A y tienen una frecuencia de una por minuto aproximadamente. Pueden no ser percibidas por palpación (Schwarcz et al., 2005) dado que según Caldeyro-Barcia y Posseiro (1960), las mismas llegan a ser clínicamente palpables luego de pasar los 10 mmHg, aunque las mismas no rebasan esa intensidad, aunque después de las 30 semanas de gestación pueden llegar a 20 mmHg antes del Trabajo de Parto (Cunningham et al., 2011).

Es a partir de esa edad gestacional que las contracciones tipo A se convierten en contracciones de Braxton Hicks. Éstas aumentan su intensidad y frecuencia de manera gradual, tiene propagación hacia todo el útero, y son percibidas como el endurecimiento de la pared abdominal, aunque puede ser indoloras (Schwarcz et al., 2005, pp. 436).

Dado por el aumento de las mismas en sus características (frecuencia, intensidad y duración) a medida que avanza el término de la gestación, llegan a convertirse posteriormente en contracciones uterinas del Trabajo de Parto (Schwarcz et al., 2005) (Figura 4).

Según Caldeyro-Barcia y Posseiro (1960), el Trabajo de Parto se inicia a partir de que la actividad contráctil alcanza los 80-120 Unidades Montevideo siendo traducido como tres a cinco contracciones uterinas en 10 minutos de 40 mmHg

aproximadamente, e insisten en que se da de manera gradual y progresiva (Cunningham et al., 2011).



**Figura 4.** Correlación entre los datos clínicos y el trazado de presión amniótica. Representación esquemática de contracciones uterinas intensas, correspondiente al final del período de dilatación. Por debajo de ciertos valores de presión amniótica la contracción uterina es indolora e imperceptible a la palpación abdominal. Por ese motivo la “duración clínica” de la contracción es menor que la duración real medida en el trazado (Según Caldeyro-Barcia, 1955). Schwarcz et al. (2005) *Obstetricia*, pp. 443.

El aumento de la actividad contráctil, sobrepasando los 15-20 Unidades Montevideo, comienzan a ser percibidas como molestas y pueden generar sensaciones dolorosas. Éstas están dadas aparentemente por la distensión y el cambio de posición del útero a partir de la dilatación del cuello uterino y el canal de parto, que por los movimientos de los ligamentos genera la aparición de la sensación dolorosa (Cunningham et al., 2011).

En 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió dolor como «experiencia sensorial emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o posible o descrita en términos relacionados con dicha lesión».

Mallén-Pérez, Juvé-Udina, Roé-Justiniano y Domènech-Farrarons (2015), en su artículo *Dolor de parto: análisis del concepto* establecen que el dolor del parto varía según la etapa del Trabajo de Parto en el que se encuentre la mujer embarazada, así como describen los cambios de percepción del dolor según diferentes características fisiológicas y psicológicas, y su diversidad de percepción en las diferentes mujeres, afirmando que “como sensación subjetiva que varía según la persona, al estar influido por multitud de factores de diversa índole (psicológicos, ambientales, culturales) es difícil de contextualizar” (Mallén -Pérez et al., 2015, pp. 65).

Desde el punto de vista fisiológico, en la etapa dilatante o primera fase el dolor es una respuesta a las contracciones uterinas y la dilatación cervical como se mencionó con anterioridad, y su transmisión está dada a través de fibras nerviosas, “pudiendo referirse a dolor lumbosacro, crestas iliacas y área de los glúteos” (Mallén-Pérez et al., 2015, pp. 63).

En el período expulsivo o segunda fase del Trabajo de Parto, el dolor se centra en “la distensión de las fibras vaginales, periné y suelo pélvico; se transmite por los nervios pudendos y entra en la vía espinal” (Mallén-Pérez et al., 2015, pp. 63).

En la última etapa o período de alumbramiento, “el dolor es causado por la estimulación de las fibras vaginales debido a la presión que ocasiona el alumbramiento” (Mallén-Pérez et al., 2015, pp. 63).

Por lo tanto definen el dolor del Trabajo de Parto como “una experiencia sensitivo-perceptual y emocional única, que está influida por múltiples factores internos y externos, y que se activa como respuesta fisiológica a un estímulo orgánico producido por las contracciones uterinas y la expulsión del feto y los anejos” (Mallén -Pérez et al., 2015, pp. 66).

Entre los factores internos se identifican experiencias previas dado por sus antecedentes obstétricos, la vivencia de su propia sexualidad y la forma de entender el parto, el temor o el nivel de ansiedad asociado al parto, y la forma en que la embarazada se vincula en el proceso a partir de sus propias expectativas (Mallén -Pérez et al., 2015).

Entre los factores externos se encuentran “el ambiente que rodea a la mujer durante la gestación y el parto, el acompañamiento y apoyo de la pareja o de la familia, los patrones culturales aprendidos, la relación terapéutica con los profesionales y el aprendizaje sobre el uso de métodos de alivio del dolor” (Mallén -Pérez et al., 2015, pp. 66)

Por lo tanto, concluyen que “la vivencia del dolor de Parto es individual, propia de cada gestante” (Mallén -Pérez et al., 2015, pp. 66).

Para que se produzcan estas contracciones, es necesario que se lleven a cabo algunos procesos químicos, hormonales y enzimáticos, que den lugar al comienzo de este proceso.

La fisiología de las contracciones uterinas de Trabajo de Parto se deben analizar según González- Merlo et al. (2013) bajo el “estudio del aparato contráctil” y sus modificaciones.

Este aparato contráctil está formado por fibras musculares lisas que tienen una respuesta lenta pero con gran capacidad de estiramiento y acortamiento. Las

fibras musculares lisas tienen un componente importante que son los denominados filamentos gruesos con miosina en su interior (proteína contráctil).

Entre estos procesos previamente mencionados, se encuentra el pasaje de calcio ( $\text{Ca}^{+}$ ) al centro de las células, así como también se requiere su posterior expulsión del medio intracelular al extracelular (o su propio pasaje al retículo sarcoplásmico), para que de esta manera se logre su relajación.

Desde el punto de vista fisiológico, no se ha estudiado la manera en que se produce la onda contráctil aunque sí se sabe que se inician en uno de los extremos cercanos a las Trompas de Falopio, más específicamente en la zona ístmica, región que recibe el nombre de marcapasos reconociéndose una predominancia del marcapasos derecho sobre el izquierdo (Cunningham et al., 2011).

Las trompas de Falopio son estructuras canaliculares que comunican los ovarios con el útero (Schwarcz et al., 2005).

Se encuentran ubicadas entre el ligamentos úteroovárico y redondo, en el borde superior del ligamento ancho, y anatómicamente se divide en una zona denominada intersticial que se introduce en la pared del cuello del útero, seguido por la porción ístmica, la zona ampular, y finalmente el infundíbulo o zona infundibular que es la zona de donde se conecta con los ovarios a través de las fimbrias (Cunningham et al., 2011) (Criado et al., 2017).

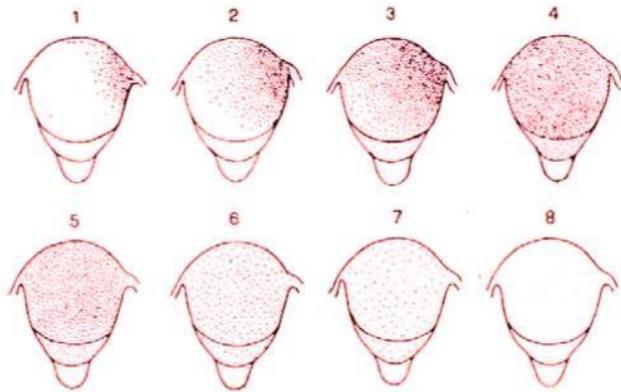
Esta onda contráctil se propaga de manera continua y permanente hacia el resto del útero a través de un mecanismo que se denomina triple gradiente descendente.

Triple gradiente descendente comprende tres elementos importantes, gradiente de propagación, duración e intensidad (Figura 5).

El gradiente de propagación está dado por la forma en que la onda contráctil se distribuye desde su origen en uno de los marcapasos a través de los canales de calcio existentes en las células musculares hacia la parte inferior y opuesta del útero hasta que lo comprende en su totalidad, ésta onda contráctil se da de forma descendente hasta llegar al cuello uterino (Cunningham et al., 2011).

Teóricamente esta acción es lo que permite el descenso fetal hacia el cuello del útero, así como la tracción de los ligamentos del cuello del útero para lograr borrarlo (Cunningham et al., 2011).

Esto permite que el útero se contraiga completamente llevando un tiempo estimado de 2 centímetros por segundo (cm/s) en recorrer la onda contráctil todo el útero para que en 15 segundos aproximadamente llegue al acmé de la contracción en todas las áreas a la vez, posteriormente procede a su relajación espontánea al unísono distintamente a cómo se originó la contracción recibiendo la denominación de gradiente de duración (Cunningham et al., 2011).



**Figura 5.** Esquema difusión de la onda contráctil en el parto normal. La contracción comienza en el marcapasos izquierdo, cerca del cabo uterino de la Trompa de Falopio (1), invade el cuerpo uterino (2) y el segmento inferior (3), se intensifica al máximo (4) y luego desaparece gradualmente (5-8). La densidad del punteado indica la intensidad de la contracción: las zonas relajadas están en blanco (Según Caldeyro Barcia y Álvarez, 1955). Schawrcz et al. (2005) *Obstetricia*, pp. 441.

Finalmente el gradiente de intensidad explica que la misma es mayor en el fondo del útero y va disminuyendo a medida que se aproxima al cuello uterino (Cunningham et al., 2011).

Todo el proceso mencionado anteriormente llevado a cabo por el útero, se acompaña de progresivas modificaciones anatómicas y fisiológicas del cuello uterino o cérvix, lo cual es necesario para permitir el aumento del reblandecimiento, y producir de esta manera la maduración cervical, identificada a partir del grado de reblandecimiento, posición, borramiento y dilatación del mismo, que junto con el grado de encajamiento de la presentación fetal, constituyen los elementos a tener en cuenta para identificar la madurez cervical comprendiendo el denominado test de Bishop (Figura 6).

El cuello uterino, como componente del canal de parto blando es una estructura que contiene dos extremos, donde se encuentra el orificio cervical interno (OCI) que se comunica directamente con el cuerpo del útero y el orificio cervical externo (OCE) que es el que se comunica con la vagina (González- Merlo et al., 2013) (Lippert, 2003).

La composición histológica del cuello uterino o cérvix es lo que permite entender el funcionamiento natural del proceso de dilatación cervical.

La parte más distal del orificio cervical externo se denomina exocérnix, y está formado por epitelio plano estratificado no queratinizado, y la zona interior o endocérnix está compuesto por una capa de epitelio cilíndrico secretor de mucina. Durante el embarazo estas secreciones cambian de consistencia, espesándose, y dando lugar a la formación de limos o del tapón mucoso dentro del conducto

Test de Bishop				
Puntuación	0	1	2	3
Posición del cérvix	Posterior	Media	Centrado	
Consistencia	Dura	Media	Blanda	
Longitud	3 cm	2 cm	1 cm	Borrado
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	>70%
Dilatación	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	>4 cm
Plano Hodge	Libre	I-II	III	IV

**Figura 6.** Emergency Medical Services "EMS" en España. Recuperado de: <https://emsbysami.blogspot.com/2015/05/el-test-de-bishop-y-categorias-de.html?view=flipcard>

endocervical (Cunningham et al., 2011).

La mayor parte de su composición es de tejido conectivo fibroso, externamente lo forma una delgada capa muscular, que es la continuación del tejido muscular proveniente de la capa muscular externa del cuerpo uterino, y por debajo se continúa con la vagina (Schwarcz et al., 2005).

Su composición casi en su totalidad lo constituyen tejido colágeno, elastina y proteoglicanos y en menor proporción con distribución aleatoria fibras musculares, que por su disposición y por su constitución no tienen una mayor funcionalidad en lo que respecta a la dilatación cervical, sin embargo los cambios que se producen en la composición, cantidad y orientación de esos componentes mencionados son los que dan como resultado la maduración cervical para permitir el borramiento y dilatación posterior (Cunningham et al., 2011).

La dilatación y borramiento cervical se produce por dos procesos importantes y forman parte de los fenómenos pasivos del Trabajo de Parto.

A medida que van transcurriendo las semanas de gestación y más cerca al término, uno de los principales cambios o modificaciones del cuello uterino con respecto a su composición histológica es la desaparición de las fibras colágenas que le brindan consistencia firme y dureza durante toda la gestación, así como el incremento de agua en la zona que permite su reblandecimiento (González- Merlo et al., 2013, pp. 201). Los puentes de colágeno, se deconstruyen y van disminuyendo en cantidad, produciendo así modificaciones a nivel de consistencia del cuello uterino, lo que permite que la acción de hormonas circulantes, así como la presión de la presentación fetal y/o la bolsa de las aguas, acompañando de las contracciones que cada vez se van convirtiendo en más intensas, rítmicas y continuas, logran el acortamiento o también denominado borramiento cervical.

El borramiento cervical depende de la longitud que hay en el canal de cuello uterino, es decir la distancia que hay entre el OCI y el OCE, esta medida va disminuyendo a lo largo del proceso de Trabajo de Parto hasta que desaparece en su totalidad, momento que se describe como borramiento del 100 % del cuello uterino (Cunningham et al., 2011).

Este proceso se conjuga a su vez con la dilatación cervical, que consiste en el grado de apertura del cuello uterino, esta medida se realiza a partir del diámetro promedio de esa abertura deslizando uno de los dedos del examinador desde un lado del cuello uterino hasta el lado contrario. Esta medida se realiza en centímetros (cm) aproximados, teniendo una media de 10 cm para diagnosticar dilatación completa, lo cual permite al feto su pasaje por esa zona (Cunningham et al., 2011).

Todos estos cambios se van produciendo de manera continua, y progresiva, en condiciones de completa normalidad a partir del término del embarazo, y la consistencia pasa de ser dura a intermedia o blanda (Cunningham et al., 2011, pp. 392).

Con respecto al grado de borramiento y dilatación cervical a partir de la cual se comienza a tomar como elemento para diagnóstico de Trabajo de Parto existe bibliografía extensa, que presentan diferentes criterios.

Según Schwarcz et al. (2005), considera que el Trabajo de Parto se inicia con el borramiento del 50 % del cuello y dilatación de 3 cm en nulípara y 4 cm en múltipara, según Pérez y Donoso (1999), coincide con el grado de borramiento cervical, sin embargo identifica como medidas estipuladas de dilatación cervical una media de 1 cm o más en primigesta, y en múltiparas refiere que su diagnóstico es menos preciso, dado por el grado de dilatación propio de la multiparidad, sin especificar medidas.

Según González- Merlo et al. (2013), se diagnostica Trabajo de Parto con un cuello borrado de 50% y 2 cm de dilatación en nulípara y 3 cm en múltiparas (pp 199). Indistintamente, Cunningham et al. (2011), diagnostica Trabajo de Parto activo con 3 cm o más.

La posición del cuello uterino es otro de los elementos que se tienen en cuenta para el Trabajo de Parto, y se determina a partir de la relación que tiene la presentación fetal y el OCI, o a partir de la relación que existe entre el cuello uterino y la vagina, siendo sus apreciaciones como posterior, intermedio o anterior (Cunningham et al., 2011).

La formación de la bolsa de las aguas, como fenómeno pasivo que contribuye al borramiento y dilatación del cuello uterino, es la protrusión de las membranas amnióticas como resultado de la presión ejercida por las contracciones uterinas sobre el feto, de manera tal que ante esta acción, las membranas amnióticas (corion y amnios), se desprenden del segmento inferior, cada vez más adelgazado, por lo

que protruyen a través del cuello uterino, dado que no tienen la misma distensibilidad del segmento inferior para acompañar el proceso. Es así que las membranas que se encuentran por delante de la presentación fetal, al aumentar la presión intraamniótica, dan lugar a esta formación singular en esta zona permitiendo que actúe como dilatante por la fuerza que realiza sobre el cuello uterino (Pérez & Donoso, 1999).

La formación del segmento inferior, también como fenómeno pasivo del Trabajo de Parto y componente del canal de parto blando, es la extensión fisiológica del tercio inferior de cuerpo del útero, secundario a la acción de las contracciones uterinas y a la presión ejercida por la presentación fetal.

El segmento inferior corresponde a la zona del istmo uterino en una mujer no embarazada, comienza su formación hacia las últimas semanas de gestación que por acción directa de las contracciones, y de las modificaciones propias del cuello uterino, se va haciendo cada vez más visible.

La acción de las contracciones, provocan en consecuencia una distensión pasiva de las fibras que lo constituyen, generando su adelgazamiento y estiramiento (dado su localización anatómica) (Schwarcz et al., 2005) (Pérez & Donoso, 1999).

Ante estos fenómenos mencionados aparece la pérdida de limos o tapón mucoso, como un fenómeno pasivo del Trabajo de Parto. Los limos o comúnmente conocido como tapón mucoso es una formación gelatinosa y se encuentra en el canal endocervical. Su funcionalidad radica en proteger la cavidad uterina (útero, membranas amnióticas, feto), de la presencia de gérmenes patógenos o contaminantes y funciona como “aislante de cierta manera” (Cunningham et al., 2011).

Es así que con el inicio de las contracciones y las modificaciones del cuello uterino tanto en posición, consistencia y dilatación, se comienza a exteriorizar a través de la vagina y puede tener diferentes características como ser fluido, amarillento, con hilos de sangre fresca (Pérez & Donoso, 1999), o “espesa, de aspecto herrumbroso, a veces con estrías sanguinolentas” (Schwarcz et al., 2005).

Una vez alcanzado el grado de modificaciones cervicales máximo, un cuello uterino completamente borrado y con 10 cm de dilatación, se oficia el comienzo de la fase desascleratoria del trabajo de Parto, comprendiendo el denominado período expulsivo.

## **Parte 2**

Es en esta etapa donde hay dos fuerzas complementarias que permiten el pasaje del feto a través de los huesos de la pelvis, específicamente del canal de parto óseo hasta el exterior de la cavidad, aunque en su pasaje, el feto debe atravesar también el canal de parto blando (explicado más adelante), que puede

ofrecer ciertas dificultades o facilitar el descenso a partir de sus propias características, razón por la cual es necesaria cierta adaptación.

Estas fuerzas complementarias que son las contracciones y los pujos, se acompañan con los movimientos propios del mecanismo de parto, donde el feto se acomoda a través de los diferentes diámetros de la pelvis, desencadenando por sí mismo las condiciones propias para lo que es el descenso fetal en el parto.

Los pujos como fenómenos activos del Trabajo de Parto son definidos como “contracciones de los músculos espiratorios de las paredes torácicas y abdominal (rectos anteriores, oblicuos y transversos)” (Schwarcz et al., 2005, pp. 438), o como la presión abdominal ejercida de manera voluntaria por los músculos del abdomen, que producen en consecuencia el aumento del tono uterino.

Los pujos en conjunto con las contracciones logran obtener al menos 100 mmHg, de manera tal que permite impulsar, gracias a estas presiones complementarias, el móvil fetal a través del canal de parto (Schwarcz et al., 2005).

Para comprender este fenómeno se necesitan comprender los músculos abdominales.

El recto mayor se extiende desde el esternón al pubis en la zona anterior. A los lados se encuentra a nivel más profundo el transversal con fibras horizontales, y los oblicuos mayor y menor que se encuentran por debajo del transversal (Calais-Germain, 2002).

Los pujos se clasifican en espontáneos o dirigidos (Schwarcz et al., 2005). Los pujos espontáneos son aquellos que los autores describen como fisiológicos, ya que son los que la mujer embarazada realiza de manera espontánea, a partir de las sensaciones que se abren a su cuerpo. La sensación de pujo se inicia, generalmente, cuando la dilatación cervical está completa, aunque en algunos casos se inicia cuando la presentación fetal desciende por el canal de parto, antes de la dilatación completa con la ayuda de las contracciones, por lo que ejerce una presión en la zona inferior, gracias a la distensión de la vagina, vulva y periné, elementos que componen el canal de parto blando.

Estos pujos espontáneos, se dan de 4 a 6 en una misma contracción y son seguidos de una inspiración profunda, cerrándose parcialmente la glotis, y ejerciendo la presión acompañando a la contracción (el pujo inicia cuando la contracción está en su acmé), dado que existen durante la misma contracción varias espiraciones, esto permite que el feto, durante este breve período de espiración-inspiración se oxigene.

El feto se ve privado durante unos segundos de oxígeno ya que el intercambio de gases respiratorios se ve interrumpido por el aislamiento del espacio intervilloso, la superficie placentaria irrigada por las arterias uterinas, se ven comprimidas como consecuencia de la contracción miométrica, y los fetos “sostienen

la respiración de manera funcional” por el tiempo que dura la contracción, que es entre 60 y 80 segundos aproximadamente (Cunningham et al., 201, pp. 438).

Cada uno de estos pujos dura 5 segundos, y a medida que avanza el período expulsivo con la evolución natural del descenso de la presentación en el canal de parto, se van haciendo cada vez más prolongados.

Los pujos dirigidos son aquellos en los cuales la persona que asiste a la mujer embarazada le indica cómo pujar en contracción, realizando una profunda inspiración inicial para posteriormente cerrar la glotis y realizar un esfuerzo muscular toracoabdominal continuo, prolongado, y fuerte durante el mayor tiempo posible (Cunningham et al., 2011) (Schwarcz et al., 2005).

En este tipo de pujos, la presión intraabdominal lograda por el pujo y la contracción es mayor que en los casos de los pujos espontáneos, pero a su vez, se producen como consecuencia no tan beneficiosa la reducción de oxigenación tanto materna como fetal en este proceso, disminuyendo la expulsión de dióxido de carbono, y produciendo, en algunos casos, el descenso transitorio de la frecuencia cardíaca fetal.

El descenso de la presentación fetal se da por movimientos que realiza el feto a través de la pelvis materna secundarios a la fuerza impulsada por los fenómenos activos del Trabajo de Parto, y es conocido como mecanismo de parto (Schwarcz et al., 2005).

Al feto se le denomina móvil fetal, en el período expulsivo realiza su recorrido por la pelvis materna a partir de su movilidad. Esta denominación es empleada para definir la estructura morfológica-dinámica del feto, el cual se toma como un ovoide compuesto por tres sectores y con una división que permite realizar una mayor apreciación acerca de su estructura y movilidad: la cabeza, hombros y nalgas (Schwarcz et al., 2005) (Pérez & Donoso, 1999).

La cabeza y las nalgas del feto pueden desencadenar un Trabajo de Parto, sin embargo este trabajo monográfico se centra únicamente en la presentación cefálica.

Entre las estructuras a tener en cuenta, la cabeza del feto a término tiene similitudes con las estructuras del adulto, sobre todo por la cantidad de huesos que lo componen con la diferencia que en éste, el hueso frontal presenta una división (Schwarcz et al., 2005).

Es la estructura que tiene menos capacidad de modelamiento, la más firme y que debe franquear el pasaje a través de la pelvis ósea, elemento que determina necesariamente la capacidad del feto a partir de las medidas en sus estructuras para su pasaje hacia el exterior (Pérez & Donoso, 1999).

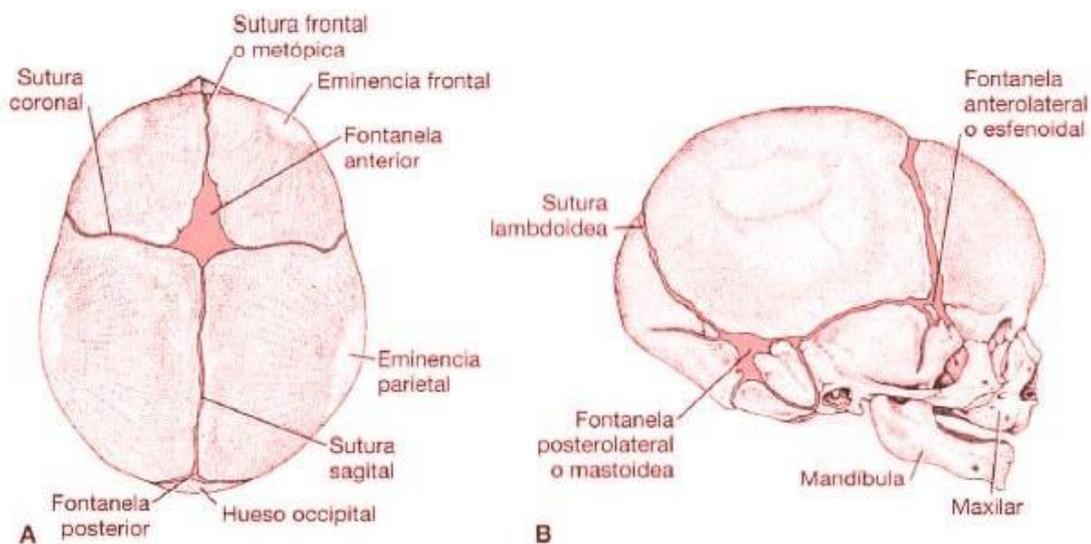
A la cabeza fetal la forman dos estructuras: el cráneo (que se subdivide en bóveda y base) y la cara.

El cráneo se compone por las estructuras óseas de dos frontales, dos huesos temporales, dos parietales y un occipital, unidos entre sí por estructuras fibrosas, denominadas suturas y fontanelas (hendiduras cubiertas por tejido fibroso), que le dan la posibilidad de escasa movilidad y desplazamiento en ciertas áreas.

Las fontanelas se identifican como espacio membranoso, cubierto por tejido fibroso, que cubren las zonas donde hay aberturas entre los huesos, se pueden observar dos de estas estructuras consideradas las más importantes que son la fontanela anterior, mayor o bregmática, ubicada entre los huesos frontales y parietales, con forma romboidal, de aproximadamente unos 3 cm de diámetro, y a partir de la cual nacen las suturas sagital, metópica y coronaria.

La fontanela posterior, menor o lambda es el lugar donde se conectan la sutura sagital y las dos ramas de la lambda, a su vez su composición se relaciona más a la estructura que compone y no a la formación membrano-fibrosa ya que no está constituida por la misma. Las otras dos fontanelas existentes son las esféricas y astéricas que se ubican lateralmente y carecen de valor obstétrico por lo cual no se profundiza en su descripción (Schwarcz et al., 2005) (Pérez & Donoso, 1999).

La sutura sagital se ubica entre la fontanela anterior y posterior, y entre los huesos parietales. La sutura interfrontal o metópica, ubicada entre los huesos frontales, la sutura parietofrontal o coronaria separa los huesos frontales de los parietales, y la sutura parietooccipital o lambda se ubica entre los huesos parietales y el occipital (Figura 7).



**Figura 7.** (A) Cráneo de un recién nacido visto desde arriba. (A) y (B) desde el lado derecho. (B) Obsérvese las fontanelas anterior y posterior, así como las suturas. Recuperado de: <https://neurorgs.net/docencia/sesiones-residentes/craniosinostosis-sesion-clinica/>.

Durante el Trabajo de Parto se dan modificaciones en la cabeza fetal dado por las fuerzas de compresión externas, se conocen como modelamiento, permitiendo cambios en las medidas de los diámetros cefálicos que favorecen la expulsión fetal (Cunningham et al., 2011).

Los hombros del feto, constituyen el denominado diámetro biacromial o transversal máximo de hombros, tiene una longitud de 12 cm y el diámetro de las nalgas o bitrocantéreo es de 9,5 cm, ambos son diámetros que tiene la posibilidad de reducir sus dimensiones en el momento del parto.

Es así que al hablar de contenido se hace referencia al feto, para poder relacionarlo con lo que es el Trabajo de Parto se debe conocer la disposición del mismo dentro de la cavidad uterina, ya que su conocimiento permite que se establezcan ciertas cuestiones vinculadas al diagnóstico de la fisiología fetal con respecto a su ubicación en relación a sí mismo, al útero (continente), y en relación a la pelvis materna.

Esta relación de acomodación del feto en relación a las estructuras mencionadas anteriormente se denomina Ley de Pajot, la cual expresa:

Quando un cuerpo sólido de superficie lisa y resbaladiza (feto recubierto por unto sebáceo), está contenido dentro de otro de paredes deslizantes y poco angulosas (útero tapizado por el amnios) y animadas de movimientos alternativos de contracción y relajación, el contenido tiende a adaptarse en su forma y dimensiones al continente (Schwarcz et al., 2005, pp. 37).

De esta manera, se habla de la relación y vinculación directa de estos dos elementos, reforzando de esta manera que es imprescindible la existencia de ambos para que se de una lógica de continuidad en la generación del binomio mujer embarazada-feto, ya que no solo existen ambas unidades, sino que también se acomodan y se movilizan en sintonía y armonía permitiendo esta relación retroalimentativa.

En este caso se asocia a la madre y al feto como una unidad conjunta que no se separa, sino que es imprescindible la presencia de uno para la existencia del otro, es decir se necesita una mujer portadora de un útero para la existencia de un feto, así como la presencia de este mismo para la existencia de una mujer embarazada.

Hay una denominación de las diferentes partes del feto con respecto a su ubicación, y son las siguientes: actitud fetal, hace referencia a la relación que guardan las diferentes partes o segmentos fetales entre sí, es decir la cabeza, el tronco y las extremidades.

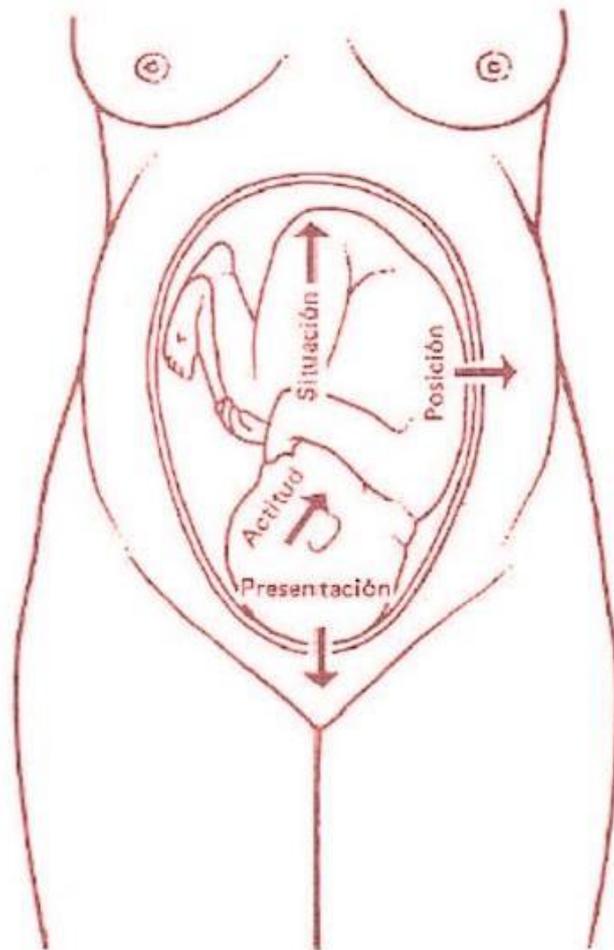
La situación fetal se refiere a la relación que existe entre el ovoide fetal, el ovoide uterino y el eje longitudinal de la mujer embarazada.

La presentación fetal es el polo fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis, que lo ocupa en gran medida y que puede desencadenar por sí mismo un mecanismo de parto.

**Figura 8.** Esquema de las cuatro normas fundamentales que definen la colocación del feto en el útero: actitud, situación, presentación y posición. Schwarcz et al. (2005) *Obstetricia*, pp. 38.

Y finalmente la posición fetal es la relación que guarda el dorso del feto en relación al lado derecho o izquierdo de la mujer embarazada (Figura 8).

Estos cuatro elementos mencionados anteriormente, constituyen las bases que permiten definir y estructurar la ubicación del feto, además de que si bien se explican por separado, todas ellas se presentan de manera conjunta y a su vez coordinada (Pérez & Donoso, 1999) (González-Merlo et al., 2013) (Cunningham et al., 2011) (Schwarcz et al., 2005).



La actitud fetal de un feto a término generalmente es de flexión, donde la cabeza se encuentra flexionada de manera tal que el mentón se aproxima al tórax, los miembros superiores se encuentran flexionados sobre el tórax, los miembros inferiores cruzados por la parte anterior del tórax y los muslos sobre el abdomen, mientras que las piernas se encuentran sobre los muslos (Cunningham et al., 2011) (Figura 9).

Esta actitud, se establece a partir de las semanas 17 a 20 de gestación, donde las dimensiones fetales son lo suficientemente grandes como para establecer una colocación dentro del útero el cual, junto con el crecimiento y expansión dado por el contenido en constante aumento cambia su orientación, que hasta unos



meses antes era circular a una estructura más ovalada, permitiendo de esta manera la acomodación longitudinal del feto en relación al útero materno, estableciéndose de esta manera la situación donde coinciden los tres ejes ocurriendo en el 99 % de los partos (Pérez & Donoso, 1999).

Otras situaciones existentes son la transversal, en donde el eje del ovoide fetal, el eje del ovoide uterino y la pelvis son perpendiculares y oblicuas, es cuando el móvil fetal se acomoda de manera tal en la que no hay coincidencia en estos ejes. Estas dos situaciones mencionadas no serán profundizadas en este trabajo ya que no permiten por sí misma el desencadenamiento de un Trabajo de Parto fisiológico.

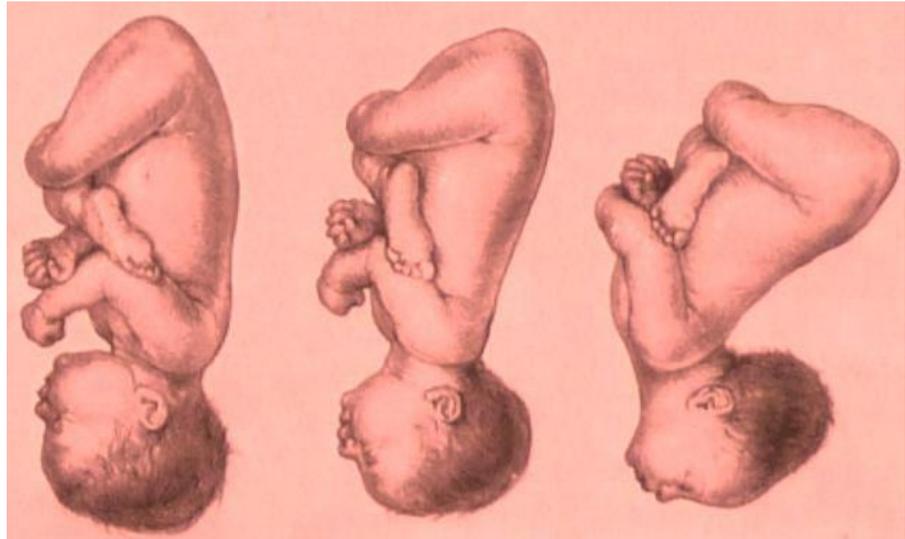
**Figura 9.** Actitud fetal de flexión, presentación cefálica de vértice. Cunningham. F, et al. (2011). Williams Obstetricia, pp. 375.

La situación longitudinal da paso a que la presentación se establezca, la cual puede ser cefálica o podálica. Esta se reconoce como tal una vez que se encuentre encajada, es decir descendida en la pelvis, ya que mientras permanezca móvil no responde a esta definición.

La presentación fetal puede establecer diferentes modalidades, (Figura 10) entre las que se encuentran de vértice, el feto se encuentra en actitud de flexión considerada la posición más fisiológica y la que se presenta en la gran mayoría de los casos, en el 95%, donde el feto, completamente flexionado, le ofrece al estrecho superior de la pelvis su occipucio (Pérez & Donoso, 1999).

La presentación en modalidad de bregma, que ocurre en la actitud indiferente, se da en menos del 1% de los partos, y es aquella en la cual el feto presenta cierto grado de deflexión ofreciendo al estrecho superior de la pelvis la fontanela anterior o bregma, por lo que inicia su descenso en el canal pélvico, solo que a medida que se desarrolla el Trabajo de Parto y con la ayuda del esfuerzo de las contracciones puede acabar por acomodarse, quedando finalmente como una modalidad de vértice (Pérez & Donoso, 1999).

**Figura 10.** Presentación cefálica (izq a der) de sincipucio, de frente y de cara. Cunningham. F, et al. (2011). Williams Obstetricia, pp. 375.



La modalidad de cara, de actitud deflexión completa es la presentación que se presenta en el 2 a 3 % de los partos, y

es donde el occipucio alcanza la columna vertebral, se da una extensión de la cabeza fetal, y ofrece al estrecho superior de la pelvis de la mujer embarazada la cara como lo dice su denominación (Pérez & Donoso, 1999).

Finalmente, la presentación considerada más distócica de todas, es la llamada presentación de frente, de actitud deflexión pronunciada que se da en el 1% de los casos, y se presenta la parte frontal de la cara del feto (Pérez & Donoso, 1999).

Con respecto a la posición, existen varias y dependen de algunos factores como lo son la relación que hay entre la fontanela posterior del feto y la pelvis de la mujer embarazada, distinguiéndose ocho variedades de posiciones en la modalidad de vértice (Figura 11), son occipito-ilíaca-izquierda-anterior (OIIA), donde la sutura sagital está orientada de manera oblicua, dejando la fontanela posterior ubicada en el lado izquierdo y hacia delante de la pelvis de la mujer (Pérez & Donoso, 1999) (Schwarcz et al., 2005).

Occipito-ilíaco-izquierda-posterior (OIIP) en este caso la fontanela se direcciona hacia el lado izquierdo y posterior de la pelvis.

En la occipito-ilíaca-derecha-anterior (OIDA), la fontanela posterior se ubica hacia el lado derecho y anterior de la pelvis, y en la variedad occipito-ilíaca-derecha-posterior (OIDP) que como lo dice sus siglas, la fontanela se coloca hacia el lado derecho y posterior de la pelvis, en estos casos, la sutura permanece en oblicua.

En las variedades transversas se encuentran la occipito-ilíaca-izquierda-transversa (OIIT), y la occipito-ilíaca-derecha-transversa (OIDT), en este caso la fontanela posterior se ubican en el lado izquierdo y derecho respectivamente de la pelvis de la mujer embarazada, con la sutura sagital ocupando el diámetro transversal útil de la pelvis.

Y finalmente en la variedad occipito-púbica (OP), la fontanela posterior se coloca hacia el pubis, en el diámetro anteroposterior de la pelvis, así como en



**Figura 11.** Presentación cefálica de vértice con variedades de posición (Izq a der) Occipito ilíaca izquierda anterior (OIIA), Occipito ilíaca izquierda posterior (OIIP), Occipito ilíaca derecha posterior (OIDP), Occipito ilíaca derecha transversa (OIDT), Occipito ilíaca derecha anterior (OIDA). Cunningham. F, et al. (2011). Williams Obstetricia, pp. 376 - 378.

el caso de la variedad occipito-sacra (OS), donde la diferencia es que la fontanela se orienta hacia el sacro (Figura 12).

Para el estudio y apreciación de los diferentes aspectos que se deben tener en cuenta para la comprensión de lo que representa el ovoide fetal, o móvil fetal, es necesario pensarlo como una estructura en la cual no solo tiene una constitución física determinada, sino que también está dotado de movilidad que es lo que de cierta manera le otorga la posibilidad del pasaje a través de todo el canal de parto.



El mecanismo de parto se emplea para describir los movimientos que realiza el feto en su pasaje por la pelvis materna, sin embargo, en la práctica, los tiempos en los que se desarrollan (seis en total), no son separados ni aislados, sino que se dan de manera continuada, y permiten de esa manera la progresión coordinada del descenso fetal a través de la pelvis ósea (Schwarcz et al., 2005).

**Figura 12.** Presentación cefálica de vértice (de arriba a abajo) Occipito púbrica (OP), Occipito sacra (OS). Recuperado de: Biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud, Universidad de Chile. <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia?id=1640>.

La pelvis ósea también llamada canal de parto duro, es lo que debe recorrer el móvil fetal, abriéndose paso para su posterior nacimiento, razón por la cual cobra real importancia a la hora de comprender la fisiología del nacimiento.

En principio, es un cinturón de huesos, que unidos entre sí, se ubican en la zona media del cuerpo, contiene los órganos pelvianos, y le da estabilidad al cuerpo, sirviendo de soporte para el tronco y para las extremidades inferiores.

Además de estar constituido por huesos, esta estructura está formada por ligamentos, que le permiten la unión de las diferentes estructuras óseas que lo conforman, y le permiten cierto grado de flexibilidad que es lo que se necesita esta área al momento del parto.

La misma está constituida por los huesos principales que son el sacro, 2 coxales, y el cóccix, dando lugar a la pelvis.

El sacro se forma a partir de la fusión morfológica de las 5 vértebras sacras (S1- S5) estructuralmente se visualiza como una pirámide con la base hacia delante y arriba (facies pélvica), el vértice hacia abajo y atrás.

Presenta una cara anterior cóncava y una posterior convexa (Calais-Germain & Vives, 2007). Su borde anterosuperior corresponde al cuerpo vertebral de la S-1 y se denomina promontorio (Criado et al., 2017).

Sus laterales presentan una estructura muy resistente, dado que son los encargados de transmitir el peso corporal a los coxales (Lippert, 2003).

En la parte superior de él se encuentra la denomina cresta ilíaca, continuada hacia adelante por las espinas ilíacas anterosuperiores y por detrás por la espina ilíaca posterosuperior (Pérez & Donoso, 1999).

Anatómicamente en cada coxal se puede observar: el ilion o hueso ilíaco, el isquion y el pubis (Cunningham et al., 2011). En los coxales se observa una parte superior más expandida y una parte inferior más reducida en tamaño, y que posee un orificio denominado agujero obturador. El acetábulo, es una zona ubicada en la parte externa por encima del agujero obturador, que funciona como superficie que articula el fémur (Pérez & Donoso, 1999).

El cóccix, se encuentra por debajo del sacro, y está constituido por 3 a 5 vértebras (Calais-Germain & Vives, 2007).

Todos estos huesos, como se mencionó anteriormente funcionan como un perfecto engranaje en donde sus piezas funcionan de forma coordinada sin la necesidad de forzar a alguna.

Para que esto suceda cada uno de los huesos se encuentran unidos a otros por las llamadas articulaciones.

Entre ellas se encuentran las articulaciones sacroilíacas y la sínfisis del pubis, estas articulaciones tienen un cierto grado de movilidad, aunque reducido. De igual manera, en el proceso del Trabajo de Parto, los cartílagos se hace más laxos y adquieren cierta capacidad de ampliar sus movimientos y facilitan el movimiento y la

separación de las estructuras óseas que dan lugar a las modificaciones de los diámetros de la pelvis, dado por la liberación de determinadas hormonas como lo en la relaxina, que permite que las mismas tengan un proceso de reblandecimiento y relajación (Lippert, 2003).

Las articulaciones sacroilíacas son dos, distribuidas hacia la derecha y la izquierda, en relación al sacro, se sitúa en el borde externo, y en relación con el hueso ilíaco, se ubica por la parte interna, por detrás y arriba de la línea innominada. Esta articulación presenta movilidad reducida, aunque permite que se den pequeños movimientos por la disposición de sus articulaciones (Calais-Germain & Vives, 2007).

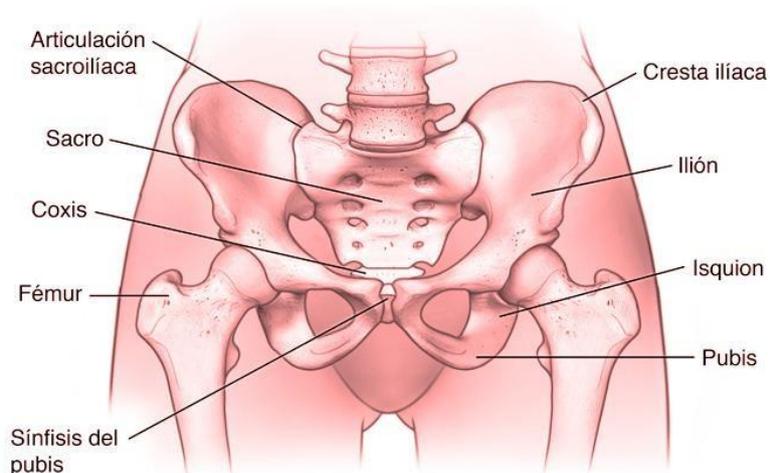
En relación a las articulaciones sacroilíacas se encuentran numerosos ligamentos, que permiten cierta tracción en los huesos de la pelvis, y brinda los movimientos adecuados que le permiten a la pelvis en conjunto con las demás huesos y articulaciones la bipedestación así como la movilidad para caminar.

Entre ellos se encuentran algunos que cobran real importancia en relación a la estática pélvica como lo son ligamento sacrotuberoso (sacrociático mayor) dirigiéndose de la parte baja del sacro y el cóccix y finaliza en el isquion. Y el ligamento sacroespinoso (sacrociático menor), desde la parte baja del sacro hasta la espina ciática (Calais-Germain & Vives, 2007).

Cada ligamento está constituido por tejidos sensibles al dolor, presión y tracción, por tanto es importante reconocer su presencia ya que es lo que permite identificar su ubicación para reconocer su papel en el momento del Trabajo de Parto y el parto.

La sínfisis púbica está constituida por un cartílago que une las dos ramas anteriores del pubis, y sirve de nexo entre los coxales. Su función es la de amortiguar los movimientos en esa vinculación y está formada internamente por cavidades que contienen líquido y en sus zonas más alejadas fibras de tejido conjuntivo y cartílago fibroso (Lippert, 2003).

La sínfisis púbica presenta gran movilidad y capacidad de deformación en todos los sentidos que se acompaña con los movimientos de la pelvis, razón por la cual permite la acción de caminar en bipedestación, y que



**Figura 13.** Pelvis de la mujer Recuperado de: <https://www.elcaminohealth.org/es/library/datos-acerca-de-la-espina-dorsal-el-hombro-y-la-pelvis>.

además se modifica y adecua en el Trabajo de Parto, sobre todo en el momento del pasaje del feto fetal (Calais-Germain & Vives, 2007) (Figura 13).

La pelvis, a su vez, no se encuentra aislada del resto del cuerpo, sino que guarda íntima conexión con las estructuras adyacentes, articulando de esta manera con el fémur a partir de la cabeza femoral a cada lado del hueso ilíaco a través de las articulaciones coxofemorales comunicándose con el acetábulo, y con la vértebra más baja de la columna en relación al sacro, la quinta vértebra lumbar (L5), comunicada con la articulación lumbosacra o sacrolumbar (Calais-Germain & Vives, 2007).

En relación a los huesos articulaciones y ligamentos antes mencionados, es preciso mencionar los músculos que se vinculan a estas estructuras, y por tanto ayudan a la movilidad de la pelvis. Entre ellos se encuentran los músculos profundos de la cadera, que permiten la rotación externa de la misma, encontrándose el músculo piramidal, entre la "cara profunda del sacro", y se dirige hacia la zona más alta del fémur. El obturador interno que se dirige desde la zona superior del agujero obturador y termina en el fémur, y al igual que el anterior, el obturador externo tiene el mismo punto de partida pero del lado externo de la pelvis, y finaliza en el fémur (Calais-Germain, 2002).

El glúteo tiene tres músculos que lo componen, el glúteo mayor, más superficial naciendo en el sacro y el cóccix y finaliza en la zona superior del fémur. El glúteo medio se ubica lateralmente de la pelvis, y el menor algo más adelante (Calais-Germain, 2002).

Los músculos aductores que se encuentran en la cara interna de los muslos, están formados por el pectíneo, el aductor menor, el aductor mediano, el aductor mayor y el recto interno (Calais-Germain, 2002).

Es importante tener en cuenta que la pelvis ósea se divide en pelvis falsa y pelvis verdadera. La que cobra mayor relevancia al momento del parto es la pelvis verdadera, la cual está conformada por un anillo superior de entrada denominado estrecho superior, y uno de salida, el estrecho inferior separados por una zona media denominada estrecho medio o excavación (Cunningham et al., 2011).

El estrecho superior de la pelvis se conforma desde la parte anterior a la posterior por: borde superior de la sínfisis del pubis, cuerpo del pubis, eminencias íleo-pectíneas, líneas innominadas, bordes anteriores de los alerones del sacro, y promontorio (González- Merlo et al., 2013).

Es aquí donde se hace necesario hablar de los diámetros más importantes que reciben su nombre de acuerdo a su localización y a su posición con respecto a la pelvis, Pérez y Donoso (1999) y Schwarcz et al. (2005) los describen de la siguiente manera.

1. Diámetro transverso máximo o también denominado transverso anatómico; se extiende de los puntos más alejados de las líneas innominadas, y mide 13,5 cm aproximadamente, pero pierde importancia en relación al Trabajo de Parto ya que su proximidad al promontorio, hace que no sea útil para el pasaje de la presentación fetal.
2. Diámetro transverso útil o mediano, también denominado diámetro de Pinard, se encuentra equidistante entre la sínfisis del pubis y el promontorio, 13 cm, aunque describe que en su medición, se ve disminuído dado por la existencia de tejido muscular que reducen su distancia.
3. Diámetro anteroposterior, promonto suprapúbico o conjugado anatómico se extiende desde el borde superior del pubis hasta el promontorio, y mide 11 cm.
4. Diámetros oblicuos: son dos, derecho e izquierdo, tomando como referencia para su identificación, el lado del cual parte cada uno, es decir el oblicuo derecho se extiende desde la eminencia íleo-pectínea derecha hasta la unión sacroilíaca izquierda, cada uno mide 12 cm, aunque el izquierdo tiene unos 0,5 cm extra debido a que anatómicamente está la presencia del asa sigmoide. Estos diámetros son los empleados por la presentación fetal para introducirse en la pelvis materna.

Medidas y diámetros del estrecho superior de la pelvis		
Nombre del Diámetro	Ubicación	Medida en cm
Transverso máximo o Anatómico	Une los puntos más alejados de las líneas innominadas	13.5
Transverso útil, mediano o De Pinard	Equidistante entre el pubis y el promontorio	13
Anteroposterior, Promonto-suprapúbico, Conjugado anatómico	Desde borde superior de la sínfisis del pubis al promontorio	11
Oblicuo Derecho	Desde eminencia íleo-pectínea derecha hasta la unión sacroilíaca izquierda	12
Oblicuo Izquierdo	Desde eminencia íleo-pectínea izquierda hasta la unión sacroilíaca derecha	12.5

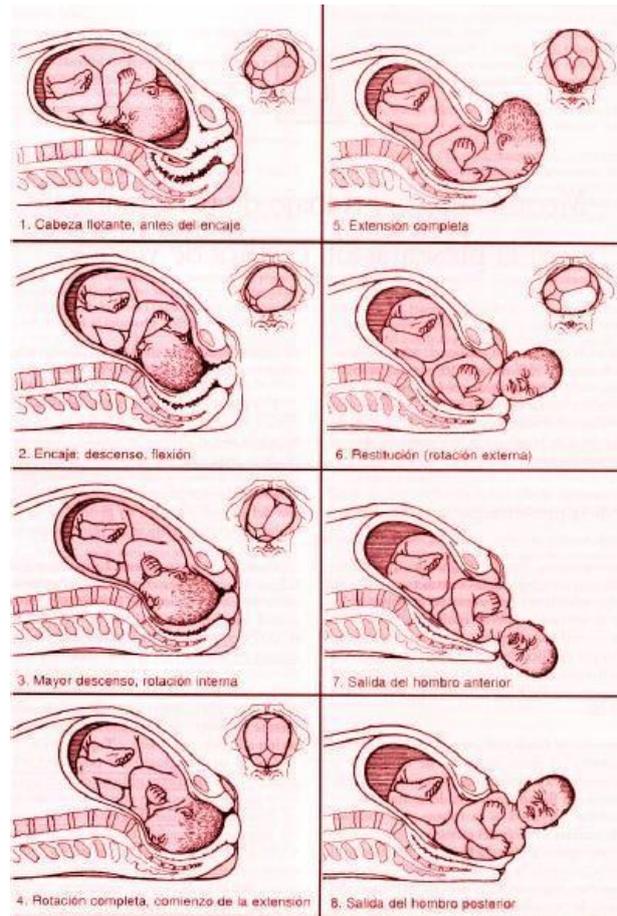
Figura 14. Tabla de elaboración propia.

Calais-Germain y Vives (2007) describen ciertos movimientos de la pelvis que favorecen el mecanismo de parto (Figura 15) en su inicio o primer tiempo, un ejemplo de ello es el movimiento de supinación ilíaca donde las espaldas ilíacas anterosuperiores se desplazan hacia fuera y adelante, y el isquion hacia abajo y atrás, por lo que permite la separación de las líneas innominadas entre ellas dando apertura al estrecho superior para el encajamiento del feto.

El primer tiempo, permite la acomodación de la presentación fetal al estrecho superior. Los movimientos activos que llevan a cabo las contracciones uterinas permiten que el ovoide fetal se coloque en una actitud de flexión o deflexión,

reduciendo -en el caso de la presentación cefálica- sus diámetros. De esa manera, el feto se introduce en el estrecho superior de la pelvis, a través también de sus propios movimientos que le permiten orientarse según la forma y estructura a la pelvis materna. De manera tal, que los mayores diámetros de la presentación fetal se reducen, pasando de una actitud inicial intermedia ofreciendo el diámetro occipitofrontal de 12 cm al diámetro suboccipitofrontal de 10,5 cm y el biparietal de 9,5 cm.

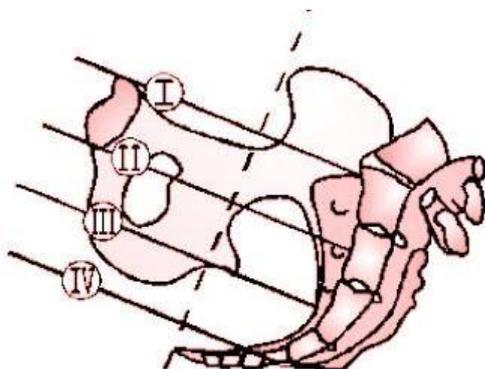
Estas medidas mencionadas anteriormente, coinciden con los mayores diámetros del estrecho superior, habiendo predominancia de los diámetros oblicuos, principalmente del oblicuo izquierdo (OII) en un 60% de los casos o en OIIA (Pérez & Donoso, 1999).



**Figura 15.** Mecanismo de parto. Recuperado de: <https://docplayer.es/60526868-Universidad-privada-arzobispo-loayza.html>

El contorno de la cabeza también se reduce a partir de la reestructuración previamente mencionada, pasando de una longitud de 34 cm aproximadamente a 33 cm (Schwarcz et al., 2005).

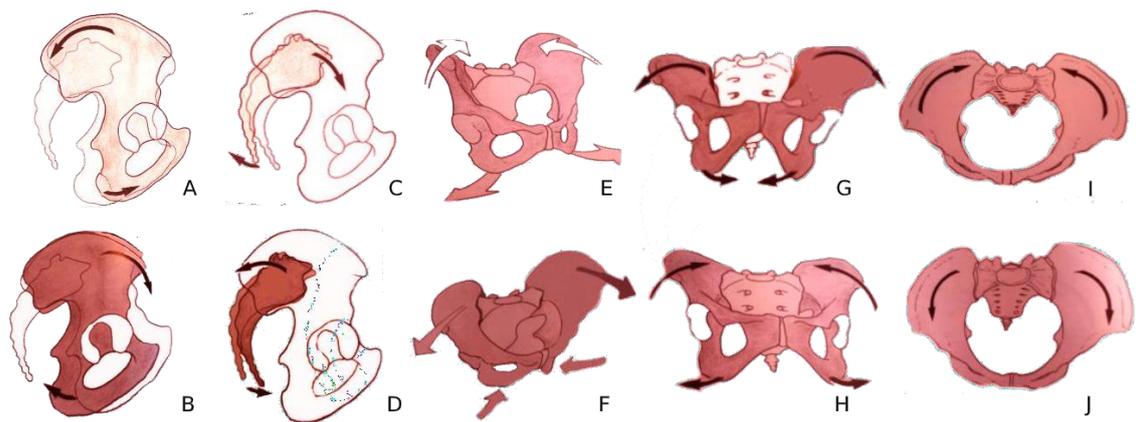
Este período se cumple cuando el feto se encuentra en el primer plano de Hodge, al examinar la sutura sagital se direcciona hacia el diámetro oblicuo, y la fontanela anterior cerca de la línea innominada, pudiéndose llegar a la fontanela anterior de manera dificultosa.



**Figura 16.** Planos de Hodge. Figueiredo, Andrade Aguiar, de Carvalho Neto, Parente Paiva, de Lucena Feitosa (2017). Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. PARTOGRAMA. Revista Nº 1 Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Recuperado de: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.022+-+R1+PARTOGRAMA+040118.pdf/b9b5e320-9165-4153-8f08-af8495f724f4>.

Los planos de Hodge (Figura 16) son formaciones imaginarias, y tienen un recorrido paralelo entre ellos. Estos planos son cuatro, el primero se extiende anteroposteriormente desde el borde superior de la sínfisis del pubis hacia el promontorio.

En esta etapa, Calais-Germain y Vives (2007) explican que el encajamiento de la presentación en la pelvis se ve favorecida por la ampliación del estrecho superior de la pelvis, esto se logra a partir del movimiento (Figura 17) de contranutación sacra, el cual se origina desde las articulaciones sacroilíacas, permitiendo la ampliación de la distancia entre el pubis y el promontorio.



**Figura 17.** Movimientos de la pelvis. Nutación ilíaca (A), contranutación ilíaca (B), nutación sacra (C), contranutación sacra (D), pronación ilíaca (E), supinación sacra (F), abducción ilíaca (G), aducción ilíaca (H), rotación externa ilíaca (I), rotación interna ilíaca (J). Calais-Germain. B & Vives. N, (2007) Parir en movimiento. Las moviidades de la PELVIS en el parto. pp. 56,58,60,62,66,67,68,69.

La contranutación ilíaca se complementa con la contranutación sacra, ya que permite ampliar el diámetro sagital del estrecho superior moviendo las espinas ilíacas anterosuperiores hacia delante y el isquion hacia atrás. Estos dos movimientos también son importantes para el inicio de la fase de dilatación cervical.

La abducción ilíaca dada por el movimiento de las espinas ilíacas anterosuperiores hacia fuera, y el isquion hacia dentro separa las líneas innominadas permite la ampliación del diámetro frontal o transversal del estrecho superior por lo que permite junto con los movimientos mencionados anteriormente el encajamiento en el primer plano de Hodge de la presentación fetal.

El segundo tiempo del mecanismo de parto o también denominado descenso o encajamiento, resulta del pasaje de la presentación fetal franqueando el estrecho superior e introduciéndose en la excavación pelviana.

El estrecho medio está delimitado hacia adelante por las ramas y la sínfisis del pubis, y por detrás por el sacro y el cóccix. Pérez y Donoso (1999) y Schwarcz et al. (2005) en sus textos los exponen de la siguiente manera:

Los diámetros presentes en la excavación también son anteroposteriores, transversales y oblicuos, y por su disposición la mayoría de ellos mide 12 cm aproximadamente.

1. El diámetro promonto-subpubiano o conjugado diagonal mide 12 cm y se extiende desde el promontorio al borde inferior de la sínfisis del pubis
2. El diámetro promonto-pubiano mínimo o conjugado obstétrico, va desde el promontorio al punto más prominente de la cara posterior de la sínfisis del pubis, y su medida se obtiene de la resta de 1,5 cm del diámetro promonto-subpubiano, dando como resultado 10,5 cm aproximadamente.
3. Diámetro sacro-subpubiano, extendiéndose desde la articulación de la segunda y tercera vértebra sacra y el borde inferior de la sínfisis del pubis, y mide 12 cm.
4. Diámetro biciático o interespinoso, se extiende desde una espina ciática a la otra, ubicándose transversalmente, y mide 11 cm.

Cuando estos diámetros se encuentran disminuidos, y en el examen genital se llega a tectar el promontorio, se está frente a una estrechez pélvica, lo cual toma relevancia ya que es una contraindicación para el parto vaginal.

Medidas y diámetros del estrecho medio de la pelvis		
Nombre del Diámetro	Ubicación	Medida en cm
Promonto sub-pubiano o conjugado diagonal	Desde el borde inferior de la sínfisis del pubis al promontorio	12
Promonto pubiano mínimo o conjugado obstétrico	Desde culmen retropubiano hasta el promontorio	10.5
Sacro-subpubiano	Desde borde inferior de la sínfisis del pubis a la articulación de la segunda y tercera vértebra sacra	12
Biciático o interespinoso	Entre las espinas ciáticas	11

**Figura 18.** Tabla de elaboración propia.

Este descenso se produce de manera tal que el móvil fetal no necesita cambiar la orientación ni la actitud, ya que el polo cefálico lo hace a partir de la coincidencia del eje fetal y de la pelvis de la mujer embarazada, siguiendo la línea umbilicococcígea, se encaja descendiendo ambos parietales a la vez, con la sutura sagital en el diámetro oblicuo de la pelvis, equidistantemente de pubis y del promontorio, situación que recibe de nombre sinclitismo.

Cuando el ecuador cefálico fetal, es decir la circunferencia máxima ha pasado el anillo del estrecho superior, de manera tal que la presentación fetal se encuentra fijada, el feto hace su recorrido por el segundo y tercer plano de Hodge.

El segundo plano de Hodge va desde el borde inferior de la sínfisis del pubis, hasta la segunda vértebra sacra y el tercero pasa por las espinas ciáticas, llegando hacia atrás al espacio entre las vértebras sacras cuarta y quinta.

Para el pasaje del estrecho superior al estrecho medio, o del pasaje del segundo al tercer plano, hay movimientos en la pelvis que favorecen la apertura de las espinas ciáticas logrando separación entre ellas de manera simétrica o asimétrica a través de la nutación ilíaca, movimiento que se comienza en las articulaciones sacroilíacas, dando apertura también a la distancia entre el pubis y el cóccix, haciendo que las espinas ilíacas anterosuperiores se muevan hacia atrás, y el isquion, lo haga hacia delante acercándose de esta manera el pubis hacia el sacro y alejándose del cóccix (Calais-Germain & Vives, 2007).

Mientras se da la rotación interna del feto, el cual busca su vía de paso por la pelvis, es ayudada por la rotación externa ilíaca dado por el acercamiento de las articulaciones sacroilíacas, por el desplazamiento hacia fuera de las espinas ilíacas anterosuperiores y hacia dentro por las posterosuperiores (Calais-Germain & Vives, 2007).

Con estos movimientos dados por una flexión de la cadera superior a 90°, permite la ampliación del estrecho inferior y reducir la del estrecho superior.

El tercer tiempo también es denominado acomodación al estrecho inferior por rotación interna (intrapelviana).

El estrecho inferior se limita de adelante hacia atrás por: borde inferior de la sínfisis del pubis, ramas isquiopubianas, bordes inferiores de los ligamentos sacrotuberosos, y el cóccix.

En el estrecho inferior de la pelvis se ubican los siguientes diámetros:

1. Diámetro transversal del estrecho inferior o bisquiático, se extiende desde una a otra tuberosidad isquiática desde su borde interior, y mide 11 cm.
2. Diámetro cóccix-subpubiano, se extiende entre el borde inferior de la sínfisis del pubis, y la punta del cóccix, y mide en condiciones de reposo uno 8,5 a 9 cm, aunque en el momento del parto, cuando el cóccix se retropulsa, puede aumentar su diámetro llegando a medir entre 12,5 y 13 cm, por lo que pasa a convertirse en sacro-subpubiano.
3. Diámetro sagital-posterior: abarca desde la punta del sacro hasta el diámetro que une ambas tuberosidades isquiáticas, midiendo 7,5 cm (Pérez & Donoso, 1999) y (Schwarcz et al., 2005).

Medidas y diámetros del estrecho inferior de la pelvis		
Nombre del Diámetro	Ubicación	Medida en cm
Transverso del estrecho inferior o bisquiático	Entre los bordes inferiores de las tuberosidades isquiáticas	11
Coxis-subpubiano	Desde borde inferior de la sínfisis del pubis a la punta del cóccix	8.5 a 9
Sagital-posterior	Desde ambas tuberosidades isquiáticas a la punta del sacro	7.5

**Figura 19.** Tabla de elaboración propia.

Hasta llegar al estrecho inferior la presentación se introduce en la pelvis por simple progresión. Una vez alcanzado este tiempo, se produce la rotación de la sutura sagital que se orienta de oblicua a una dirección anteroposterior, permitiendo que el diámetro anteroposterior del estrecho inferior le de paso a una modalidad directa que puede ser púbica (si la fontanela posterior se encuentra por debajo del pubis) o sacra (si se dirige hacia el sacro), dependiendo de hacia dónde se oriente el occipucio, ya que los parietales sea cual sea la dirección que adopte el mismo, van a colocarse hacia los transversales.

Hasta este momento se han producido tres movimientos que son encajamiento, flexión y rotación, los cuales se dan de manera esferocinética, pudiéndose llevar a cabo la última en la parte alta, media o baja de la excavación pelviana, encontrándose la primera generalmente en las primíparas, y la última en las multíparas, aunque puede tener sus variantes (Pérez & Donoso, 1999).

Es así que la presentación fetal se encontraría profundamente encajada, por lo que no se lograría tacter las espinas ciáticas ni la introducción de un dedo en el espacio entre el plano cóccix-sacro y la presentación.

Es en el tercer tiempo que se da inicio al parto de hombros, dado que es en este momento que los hombros del feto se acomodan al estrecho superior en el diámetro opuesto al que se había introducido el polo cefálico, es decir que si la presentación se orientó hacia el oblicuo izquierdo, los hombros en este momento se direccionarán hacia el oblicuo derecho. Esto se debe a la distancia que existe entre la cabeza y los hombros del feto de aproximadamente 7 cm y el tamaño de la excavación de 12 cm aproximadamente.

Entre el tercer y cuarto tiempo, es donde se produce el pasaje por el tercer y cuarto plano de Hodge. El cuarto plano de Hodge pasa por la punta del cóccix (Schwarcz et al., 2005).

Calais-Germain y Vives (2007) expresan que es imprescindible que el estrecho inferior se amplíe lo más que pueda entre los isquiones, para permitir el pasaje del móvil fetal a través de él.

Hay ciertos movimientos de la pelvis que permiten esta singularidad como lo es la nutación sacra, ampliando la distancia entre el cóccix y el pubis, partiendo desde las articulaciones sacroilíacas. La parte alta del sacro se mueve hacia delante

y el promontorio sacro se dirige hacia el pubis descendiendo, mientras que el cóccix se aleja del pubis y se eleva. La nutación ilíaca también es importante para este momento del parto.

La pronación ilíaca con el movimiento de la espina ilíaca anterosuperior hacia dentro y atrás y los isquiones hacia fuera y adelante separa las espinas ciáticas y los isquiones frontal y transversalmente, por lo que favorece la ampliación del estrecho inferior.

La aducción ilíaca favorece el descenso al tercer plano de Hodge de la presentación, así como también es la medida que más tiene que ver con la última parte del período expulsivo, ya que sus movimientos hacia dentro de las espinas ilíacas anterosuperiores y hacia fuera el isquion permiten una mayor apertura del estrecho inferior de la pelvis.

Todos los elementos óseos participan de manera levemente activa, permitiendo estática en mayor o menor medida, para lograr un pasaje fetal estable, que garantice una estructura sólida por el cual transite el feto durante el Trabajo de Parto, que a su vez, actúan en sintonía con los elementos blandos del canal de parto, los que tienen importancia en el cuarto tiempo del mecanismo de Parto.

Schwarcz et al. (2005) refiere que la adecuación del canal de parto blando (Figura 20) es el último de los fenómenos pasivos del Trabajo de Parto pero no menos importante, podría ser considerado como una consecuencia de todos los anteriormente mencionados, tanto de los activos como de los pasivos, en donde parte del periné, vulva, vagina, ano, sufren determinadas modificaciones, como ser la distensibilidad de las mismas, como consecuencia en cierta medida del descenso de la presentación fetal por el canal de parto. Esta distensibilidad permite que estos tejidos puedan amoldarse a la situación fisiológica del Parto.

Se debe tener en cuenta que el canal blando está cubierto por estructuras músculo-aponeuróticas, y es una cavidad virtual, que toma forma de canal para permitir el pasaje del feto en el momento del Trabajo de Parto, ya que va adquiriendo distensión y dilatación, y a su vez es lo que permite la protección al

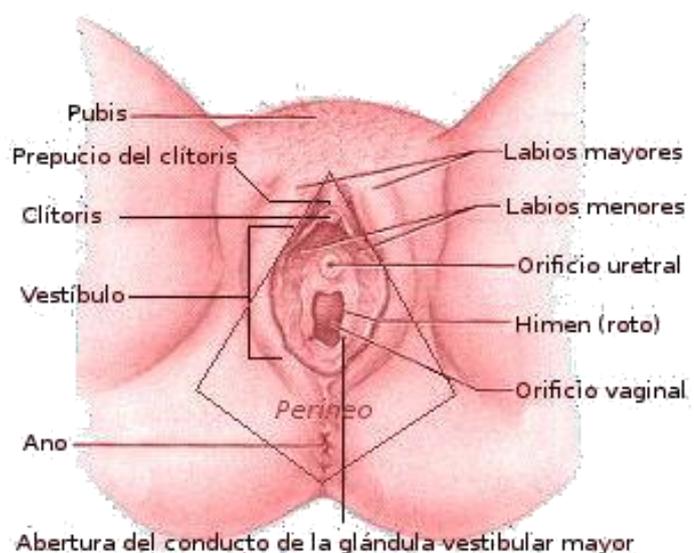


Figura 20. Genitales externos. Recuperado de:

<https://biologicaliceoshangrilablogspot.com/2019/10/sistema-genital-femenino.html>

feto de las estructuras óseas (González- Merlo et al., 2013).

El término Vulva se emplea para denominar a los órganos genitales o estructuras externas de la región pudenda, que está conformada desde adelante hacia atrás por el Monte de Venus que es una estructura celuloadiposa, cubierta de vello, que se ubica de manera anterior al pubis (Lippert, 2003).

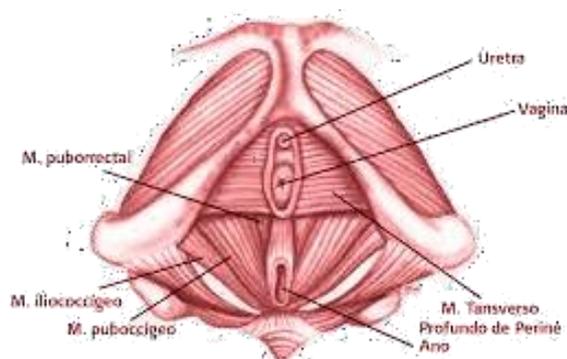
Continuando con el recorrido anatómico se encuentra el clítoris, que es un órgano con pura y exclusiva función de placer, constituido por cuerpos cavernoso, bulbos vestibulares, y los labios menores (internos) se fusionan formando el prepucio del clítoris y el frenillo del clítoris.

Lippert (2003) expresa que los labios internos y externos son prominencias cutáneas, los primeros como finos pliegues sin vellos, y los segundos como anchos y aplanados que parten desde el monte de Venus, perdiéndose en la región anal, rodean la vulva y están recubiertos de vello.

La glándula de Bartolino o también denominadas glándulas vestibulares, son las encargadas de lubricar el vestíbulo vaginal, cuya denominación hace referencia al espacio comprendido entre los labios, que contienen la uretra, el introito vaginal, las glándulas vestibulares mayores y menores, y los conductos parauretrales (Lippert, 2003).

Y la vagina, es un órgano musculomembranoso que se presenta replegado sobre sí, y que presenta movilidad propia dada por la disposición de sus fibras musculares circulares (interna) y longitudinales (externas) (Schwarcz et al., 2005).

Suelo pelviano (Figura 21) es la denominación que se emplea para denominar a los músculos que conjuntamente forman el límite inferior de los órganos abdominales, constituyendo una cúpula que “bombee hacia abajo” (Lippert, 2003).



**Figura 21.** Músculos del suelo pélvico.  
Recuperado de: <https://www.eccofisio.es/fisioterapiaginecologica-en-vallecas/>.

Se le denomina periné a la zona del cuerpo que forma “el fondo de la pelvis”, pudiéndose identificar el suelo pélvico muscular a nivel superficial y profundo, y los músculos que se vinculan a los orificios de los esfínteres de la uretra, el ano, la abertura de la vagina y los músculos del recto.

En los músculos del suelo pelviano se encuentran el diafragma pelviano, forma una especie de abombamiento hacia abajo y atrás en

dirección a los órganos uretra, vagina y conducto anal (Calais-Germain & Vives, 2007), y el periné que es una superficie de músculos superficiales que contienen los órganos pélvicos y abdominales (Lippert, 2003).

Estas estructuras se insertan en la pelvis menor, la parte más superficial sobre el estrecho inferior y la más profunda en el estrecho medio.

Los músculos que corresponden al plano superficial se distribuyen en diferentes sentidos, algunos de ellos de adelante hacia atrás, es decir desde el pubis al cóccix, y otros laterales desde un isquion hacia el otro, estas estructuras forman un ocho donde todas ellas confluyen para dar lugar al denominado centro tendinoso del periné, encontrándose en la parte anterior el músculo bulbo-cavernoso desde el clítoris al centro tendinoso, el isquio-cavernoso, desde el pubis hacia la punta del isquion, y el transverso superficial que se extiende entre los isquiones, y por detrás el esfínter estriado del ano rodeando el canal anal (Calais-Germain, 2002).

Detrás de ellos, a un nivel algo más profundo se encuentran el esfínter externo de la uretra, y los transversos profundos del periné ubicados entre las dos ramas isquiopubianas (Calais-Germain, 2002).

El diafragma urogenital, se constituye por una membrana de tejido conjuntivo=membrana perineal, y una capa muscular que se extiende encima de la anteriormente mencionada que lo conforman dos músculos: músculo transverso profundo del periné, y músculo esfínter de la uretra (Lippert, 2003).

Lippert (2003) describe que en la cara inferior se identifican los músculos isquiocavernoso, bulboesponjoso, transverso superficial del periné, todos ellos superficiales.

El músculo elevador del ano está conformado por:

1. Músculo pubococcígeo, que tiene su origen como lo dice su nombre desde el lateral de la sínfisis del pubis, hasta el cóccix, de él se ramifican dos bandas fibrosas que son el músculo puborrectal, (hacia el esfínter externo del ano y se une hacia adelante y por detrás del periné con los músculos del lado opuesto), músculo pubovaginal.
2. Músculo iliococcígeo, el cual se origina en el agujero obturador y la línea terminal de la pelvis, insertándose en el cóccix, y ligamento anococcígeo.

En la parte anterior de los músculos elevadores del ano se forma una zona libre de músculo denominada ojal de los elevadores o hendidura uro-genital que corresponde a las aberturas vejiga-uretra, útero-vagina.

El centro tendinoso del periné es una estructura conjuntiva, en forma de ocho, que recibe las fibras musculares que irradian desde cuatro puntos diferentes

que estructuralmente tiene en su parte posterior el músculo del esfínter externo del ano, por los laterales, músculo superficial y profundo del periné, y por su parte anterior músculo bulboesponjoso.

González-Merlo et al. (2013) menciona que su elongación, permite que la fuerza vaya hacia el exterior, elemento imprescindible para el parto.

Como se mencionó con anterioridad, el piso pélvico, tiene una importancia fundamental en el soporte y sostén de los órganos abdominales, (entre ellos los pélvicos), por lo que su papel es importante en el sentido que a medida que se va adentrando en lo que son las composiciones anatómicas, se logra una mejor comprensión de la importancia de todas sus estructuras y de sus funciones, imprescindible la presencia de una para el funcionamiento de la otra, ya que el todo es lo que representa este orden lógico que permite su identificación.

Todo lo que se mencionó con anterioridad conformaría en su conjunto el denominado canal de parto blando, imprescindible para que se desarrolle un Trabajo de Parto de la manera más fisiológica posible.

El cuarto tiempo o también denominado desprendimiento, se da en occipitopúbica en el 98,5 % de los casos y en occipitosacra en el 1,5% restante. Esto depende de la rotación interna que llegue a hacer el feto, y de la dirección en la que se oriente cuando se coloca en directa.

El mismo se da en dos fases principales, una primera en donde la cabeza fetal se encuentra hiperflexionada, ya que adoptó su máxima flexión, instalándose de esta manera una lucha de la presentación fetal con los músculos del periné.

A nivel del canal de parto blando, los cambios o modificaciones fisiológicas están dadas por las modificaciones del cuello uterino, la formación del segmento inferior, la distensión de la vagina, y los cambios más visibles que se dan a nivel del suelo pélvico, el periné posterior o anococcígeo que bombea distendiendo de esa manera y permitiendo la retropulsión del cóccix, dado por la tracción del rafe anococcígeo de manera posterior.

Este movimiento se da con una modalidad de vaivén, permitiendo la progresión de manera paulatina, avanzando con las contracciones y los pujos, y retrocediendo en los intervalos entre ellos.

Anteriormente la vulva y el periné anterior permiten el asomo del sincipucio, dado que la región del anillo vulvar se entreabre cada vez más, por lo que se visualiza paulatinamente una porción mayor del polo cefálico, hasta que la frente fetal rebasa la zona posterior, y establece que la punta del cóccix se doblegue hacia atrás, provocando finalmente que éste se apoye entre ella y la nariz.

Es a partir de este momento que comienza la segunda fase, el desprendimiento de la cabeza fetal por deflexión en torno al pubis, con el occipucio

como bisagra o también denominado hipomocion, saliendo en orden la frente, los ojos, la nariz, la boca, y finalmente el mentón.

Esto a su vez, se vincula con el segundo tiempo del parto de los hombros.

La rotación interna ilíaca es el movimiento que tiene importancia para el paso del estrecho medio e inferior, es decir del segundo, tercer y cuarto plano de la presentación fetal, ya que las espinas ilíacas anterosuperiores se dirigen hacia dentro y las posteriores hacia fuera, haciendo girar las espinas ciáticas al exterior. Este movimiento también favorece el encajamiento del feto en el primer plano de Hodge, favoreciendo el retroceso del sacro en la contranutación, por lo tanto es importante para todo el proceso del parto (Calais-Germain & Vives, 2007).

El quinto tiempo llamado acomodación de los hombros al estrecho inferior, hace que el diámetro biacromial se coloque en anteroposterior por rotación, por lo que la cabeza, (que se encuentra ya fuera del cuerpo de la mujer) rota acompañando el movimiento de los hombros y se dirige hacia la tuberosidad isquiática del lado de su posición (la que tomó cuando se encontraba dentro de la cavidad materna), movimiento que se le denomina “restitución”.

El último o sexto tiempo está dado por el desprendimiento de los hombros, que se da por el mismo peso de la cabeza fetal, que dirige el desprendimiento hacia abajo, visualizando el hombro anterior hasta el deltoides, y luego hacia arriba, por lo que termina de desprender el hombro posterior, el resto del cuerpo del feto, es decir el tronco, las nalgas y las extremidades se desprende espontáneamente una vez que han salido los hombros.

### **Parte 3**

Finalmente el tercer periodo del Trabajo de Parto está comprendido por la salida de la placenta y sus anexos al exterior de la cavidad uterina, fenómeno que recibe el nombre de alumbramiento.

La placenta se desprende espontáneamente de las paredes del útero y se describen determinados elementos para su verificación entre los que se encuentran la dureza y firmeza del útero, exteriorización de sangre por los genitales externos, descenso de la placenta al segmento inferior y vagina, lo que produce el ascenso del útero y el descenso del cordón umbilical exteriorizado hacia afuera de la vagina (Cunningham et al., 2011).

La dureza que adquiere el útero es por la contracción del mismo. Su tamaño se reduce de manera rápida y también se reduce la superficie de implantación placentaria. La placenta que es un órgano no contráctil no logra acompañar la reducción de la superficie de implantación, por lo tanto se dobla, cediendo la decidua, generalmente iniciándose en la parte central de la superficie placentaria.

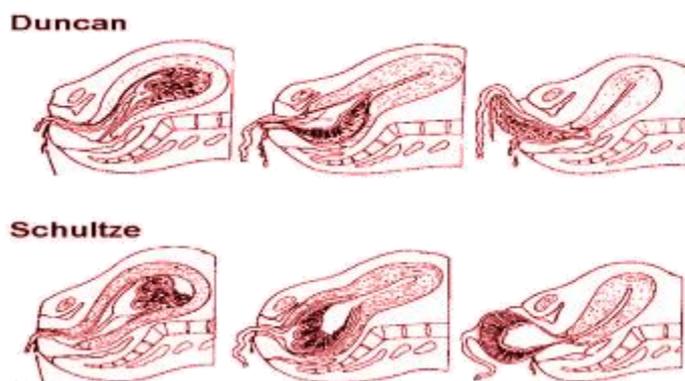
Esa zona desprendida o también llamada zona de clivaje es en la capa esponjosa de la decidua que va aumentando su tamaño por causa de las

contracciones que continúan su actividad y por causa de la sangre que se va acumulando entre la pared y el útero originando un hematoma retroplacentario.

Una vez desprendida la placenta, las membranas que aún permanecen adheridas, gracias a la disminución de superficie de implantación, acaban por separarse por contracciones uterinas y tracción que sobre ellas ejerce la masa placentaria que se desprendió en su totalidad (Pérez & Donoso, 1999).

El descenso de la placenta al segmento inferior y a la vagina está dado por la actividad contráctil, y desde allí es expulsada al exterior por las contracciones y los pujos maternos (Pérez & Donoso, 1999).

Según la bibliografía hay dos modalidades de expulsión de la placenta (Figura 22): Boudelocque-Schultze que consiste en el desprendimiento de la placenta desde su zona central, acompañado del crecimiento de un coágulo retroplacentario que desprende gradualmente la placenta desde el centro a sus extremos. Una vez desprendida la placenta, la misma se exterioriza por su parte fetal y tras de sí se exterioriza la sangre acumulada interiormente (Pérez & Donoso, 1999)



**Figura 22.** Modalidades de desprendimiento de la placenta. Sup. Boudelocque-Duncan, Inf. Boudelocque-Schultze.

La otra modalidad de desprendimiento consiste en la separación desde uno de los bordes de la placenta, acompañado de sangrado exteriorizado desde su

inicio recibiendo el nombre de Boudelocque-Duncan.

Los vasos sanguíneos y desgarros que quedan abiertos en las zonas de separación del corion y la decidua tienen un mecanismo de hemostasia dado por la retracción uterina, que a través de las ligaduras vivas de Pinard produce la compresión y oclusión de los vasos sangrantes (Pérez & Donoso, 1999).

La expulsión de la placenta se da tras la liberación de un gran pico de oxitocina. Esta expulsión llega a ser mucho más fuerte que lo segregado en todo el proceso del Trabajo de Parto y Parto, un orgasmo, e incluso tras el reflejo de eyección de leche (Odent, 2008).

#### Parte 4

El Trabajo de Parto y el Parto como se ha visto, son episodios en la vida de las mujeres que generan modificaciones en el cuerpo de las mismas. Aunque los

físicos no son los únicos cambios que se dan. En estos períodos aparecen diferentes acciones, comportamientos y sensaciones.

Michel Odent (2008), en uno de los textos del libro *Ecología prenatal* denominado *Por una Eco-obstetricia* expresa que “El parto y la lactancia son situaciones que pertenecen a la vida emocional, afectiva y sexual de las personas.” (pp. 162)

Es así que el parto como hecho sexual está dado por la presencia de hormonas que Odent (2008) reconoce como “Cóctel del amor”, y entre ellas se encuentran la oxitocina, y las endorfinas.

La función mecánica de la oxitocina permite que el útero se contraiga durante el Trabajo de Parto, permite la expulsión del feto hacia el exterior, así como también permite el desprendimiento y salida de la placenta desde la cavidad uterina hacia el exterior. Sin embargo esta hormona y la hormona vasopresina no solo tienen efectos físicos, sino que también tienen efectos sobre el comportamiento.

La hormona prolactina también está presente entre las sustancias segregadas por el organismo para este momento, y las endorfinas naturales de la madre y del feto también tiene efectos sobre el Trabajo de Parto y Parto. Su presencia depende de que las estructuras cerebrales del hipotálamo e hipófisis, denominadas estructuras cerebrales primitivas, están en acción.

Un hecho evidente y comprobado que se debe tener en cuenta en la fisiología del parto es el antagonismo adrenalina-oxitocina.

El sistema nervioso simpático, actúa a través de la producción de adrenalina y noradrenalina y el sistema nervioso parasimpático a través de la liberación acetilcolina. Estos elementos son los liberados ante un estímulo en respuesta de lo conocido como lucha o huida. Por lo tanto si estas hormonas están presentes en la circulación materna, la secreción de oxitocina, y de las demás hormonas que comprenden el “cóctel del amor” se inhibe.

Este equilibrio en la producción y secreción de hormonas se ve influenciado en gran medida por el ambiente y el entorno cultural al cual pertenezca la mujer embarazada y el entorno en el que se lleve adelante el proceso del Trabajo de Parto.

Según Odent (2008), el ser humano tiene dos cerebros que pueden actuar en conjunto o inhibirse entre sí. El “cerebro primitivo o sistema nervioso subcortical” hace referencia a la estructura que comparte con los demás mamíferos, y está dado por las respuestas hormonales e inmunitarias, por lo que las emociones y los instintos responden a esta estructura cerebral.

La segunda estructura es llamada “cerebro racional” o “neocórtex” que como parte consciente es el encargado de organizar, acumular, ordenar los datos recibidos a través de los sentidos.

El neocórtex o como dice Odent (2008) “el cerebro del intelecto”, debe pasar a un estado de reposo, en donde los estímulos que la mujer pudiera llegar a tener durante este proceso sean disminuidos notablemente.

El neocórtex se activa ante una sensación de posible peligro, ante la observación de otras personas, la presencia de luz que tiene un efecto de estimulación visual y el empleo del lenguaje, requieren de la activación del neocórtex, y con él la producción de adrenalina, razón por la cual es importante el entorno en donde se desarrolle el proceso de finalización de la gestación.

Paradójicamente, en el momento preciso del período expulsivo se necesita la secreción de adrenalina para lograr la salida del feto.

Este cerebro arcaico que podemos llamar cerebro instintivo y emocional se puede considerar como una glándula que segrega las hormonas necesarias para el proceso del parto se desarrolla tanto más fácilmente, cuanto más acepte el otro cerebro, el nuevo, el ponerse en reposo... De ese neocórtex es de donde provienen todas las inhibiciones, en el transcurso del parto al igual que en el de todo acontecimiento perteneciente a la vida sexual. Por esa razón, en el transcurso de un parto muy espontáneo... hay una fase en la que la mujer parece estar desconectada del mundo, camina en otro planeta. Este cambio de estado de conciencia traduce con toda evidencia la reducción del control del neocórtex... La forma más segura de hacer un parto largo, más difícil, más doloroso (y por lo tanto más peligroso) consiste en estimular el neocórtex, causa de todas las inhibiciones. Se puede estimular con la luz o utilizando un lenguaje lógico, racional o comportándose como observador. La sensación de intimidad traduce la reducción de control del nuevo cerebro (Odent, 2008, pp. 128).

# Capítulo 2

Trabajo de Parto Fisiológico.  
Aproximaciones conceptuales  
histórico / culturales en Latinoamérica



Imagen. <https://www.mexicodesconocido.com.mx/>

## Capítulo 2

*“La historia es el conjunto de lo que una época encuentra digno de atención en otra.”*

Burckhardt

### **Trabajo de Parto Fisiológico. Aproximaciones conceptuales histórico / culturales en Latinoamérica**

En el presente capítulo se expondrán los conceptos referidos a la cultura y la vivencia del Trabajo de Parto en diferentes culturas Latinoamericanas.

El orden lógico que sigue la escritura se basa en una introducción al concepto de cultura e inherentemente al significado de historia, ya que ambos están íntimamente relacionados y existe uno en conjunto con el otro.

El capítulo introduce temas tales como interculturalidad, multi y pluriculturalismo, de la mano de posturas de diferentes autores así como el cambio y evolución que ha tenido la medicina tradicional y la profesional a lo largo de la historia en el territorio expuesto.

Relatos, mitos, concepciones de la cosmovisión cultural de las grandes unidades geográficas (cordillera de los Andes y altiplano andino, macizos, y grandes llanos mesoamericanos y centroamericanos) que con sus particularidades tienen un trasfondo común, que se enraiza al origen de los tiempos y que trasciende el tiempo histórico para formar la historia actual y seguir construyéndose.

Se plantea como un subcapítulo la concepción de dolor en el Trabajo de Parto, vinculándose con el entorno y el origen de esta experiencia, así como la evolución natural social que se ha producido a lo largo de los años desde las épocas prehistóricas hasta la actualidad.

En el capítulo también se exponen los diferentes modelos de práctica médica que se desarrollan en la actualidad, denominándose paradigmas, haciendo un recorrido por lo que es el significado de la humanización del nacimiento así como los modelos biomédicos de asistencia y atención que se desarrollan en los centros de salud formales.

### **Nociones sobre el concepto de cultura**

Para estudiar una cultura es importante contextualizarla en el momento histórico en el que se desarrolla, dentro de este contexto se integran y comprende otros elementos (sociales, religiosos, artísticos, políticos, económicos...).

Para Carr (1981): “[la historia es] un proceso social, en el que participan los individuos en calidad de seres sociales” (pp.73). Plantea que por acuerdo convencional tendemos a reservarnos la palabra historia: “para designar el proceso de la investigación en el pasado del hombre en sociedad” (pp. 64).

El autor plantea que leer el pasado desde la mirada del presente puede resultar dificultoso, pero comprender el presente debe hacerse necesariamente a través del pasado. Interpretar la historia, consiste esencialmente en comprender la sociedad del pasado a la luz de los problemas de ahora, lo que permitiría al ser humano incrementar su dominio en la sociedad presente, y de esa manera poder establecer sus propias formas de vida y sus propias leyes de acción.

Y es esta comprensión del pasado y el presente, la que permite la proyección hacia el futuro. Carr (1981) explica que es la transmisión de la tradición, las costumbres, creencias, hábitos de una generación a otra, lo que permite la creación de un puente entre lo que fue y lo que puede llegar a ser, logrando de esta manera guardarse memoria del pasado en beneficio de ulteriores generaciones.

Esta transmisión de la memoria sostenida en el tiempo es lo que mantiene y perpetúa una cultura. A su vez, los cambios que se dan en la historia marcan y transforman una determinada cultura.

La complejidad de las relaciones humanas a lo largo de la historia, conlleva a que, al momento de hablar de cultura, necesariamente deba hacerse en un sentido amplio y complejo, que involucre una profundización en las creencias, hábitos, costumbres, derecho, moral, economía, religión, arte y conocimientos que los individuos como miembros activos han adquirido en su conjunto, dentro de la sociedad en que viven.

Sin embargo, es destacable que para Carr (1981) “la tarea primordial del historiador no es recoger datos sino valorar: porque si no valora, ¿cómo puede saber lo que merece ser recogido?” (pp. 28). Para él “los hechos de la historia no son nada, la interpretación lo es todo” (pp. 36). De esta forma, deja claro que la historia y la cultura estarán matizadas por la subjetividad de quien la analice.

Este dato es clave para el desarrollo del presente trabajo monográfico, debido a que el análisis de las diversas culturas y sus formas de parir, que serán planteadas en el presente capítulo, se encuentran siempre sesgadas y/o matizadas por las fuentes de recopilación de la información para cada país-región desarrollada (organizaciones, instituciones, colectivos, profesionales...).

Carr (1981) plantea que “la sociedad y el individuo son inseparables, son mutuamente necesarios y complementarios” (pp. 41). De esta manera queda sentada la base primordial de que el ser humano es gregario, necesita de otros individuos para crecer y desarrollarse.

Pero esta es una relación bilateral donde “el hombre (...) es moldeado por la sociedad y de modo tan real y efectivo como moldea él la sociedad en que vive” (pp. 43 - 44) y este círculo se completa en el momento en el que el hombre pasa de sentirse simplemente parte de un conjunto, a reclamar su individualidad y

espiritualidad, para actuar en el contexto y de acuerdo a una carga social con raíces pretéritas.

Para ampliar el concepto agrega:

Cada uno de los seres humanos en cada una de las fases de la historia o la prehistoria, nace en el seno de una sociedad, que lo moldea desde su más temprana edad (...). Tanto el lenguaje como el ambiente contribuyen a determinar el carácter de su pensamiento; sus primeras ideas le vienen de los demás (pp. 41-42).

La forma en la que se construye un sistema de pensamiento —concepto o representación de la realidad— está muy influida por esta retroalimentación entre la forma de ver y/o concebir el mundo a través de las palabras, y el ambiente inmediato donde se desarrollan los individuos. Esto es lo que se denomina cosmovisión y es lo que influye directamente en la forma en la que vive cada mujer el Trabajo de Parto para cada cultura o región cultural desglosada aquí.

En esta misma línea de pensamiento Goodenough (1961) asegura que la cultura no es un fenómeno material, no estaría dado por las cosas, gentes, conductas o emociones. Él lo interpreta como una organización de todo eso. Es la forma que la gente tiene en su mente las cosas, sus modos de percibir las, de relacionarlas o de interpretarlas (Velasco 2010, pp. 21).

Del mismo modo Lévi-Strauss (1971) interpreta la cultura como sistemas simbólicos compartidos a los que atribuye determinada significancia, fruto de las creaciones de la mente, él explica que la cultura “trata de descubrir en la estructuración de los dominios culturales —mito, arte, parentesco, lenguaje— los principios de la mente que generan estas elaboraciones culturales” (Velasco 2010, pp.23).

Para el autor, estas creaciones nacen desde la materia prima del mundo y se reestructuran “según pautas sustantivamente diversas, pero formalmente similares” Este punto es relevante, porque para Lévi-Strauss (1971) existen determinadas pautas o parámetros mentales capaces de superponer, interconectar y trascender “la organización cognitiva de los actores individuales”, conformando lo que él denomina «la Cultura», y es a través de la mitología que el ser humano accede a ciertas concepciones básicas, que son comunes como especie humana, más allá de las valoraciones parciales de una u otra cultura en particular (Velasco 2010, pp.23).

Según la interpretación de Geertz (1962), la cultura es la conformación de una serie de códigos de significación colectiva, que son compartidos socialmente, y que su representación o explicación están dados y reconocidos por sus partícipes.

Están entre ellos y no en ellos, son públicos y no privados. La diferencia con la teoría de Strauss estaría dada en que, para este pensador, la cultura no se encuentran en los “textos, no son mitos o costumbres desencarnados y descontextualizados, sino sobre seres humanos implicados en la acción simbólica” (Velasco 2010, pp. 24). Con una perspectiva más humanista, Geertz (1962) plantea que la cultura no se encuentra en la mente de la gente, sino en las acciones como individuos reales del mundo.

Goodenough (1961) plantea la cultura como un fenómeno material, Levi-Strauss (1971) la plantea como un fenómeno mental, Geertz (1962) unifica estos dos pensamientos planteando una idea integradora, donde uno sin el otro resulta parcial, para el autor la cultura es necesariamente una integración de ambos.

Keesing, Roger (2010) plantea en *Lecturas de antropología social y cultural: la cultura y las culturas* que a pesar de los distintos matices de las teorizaciones en torno a la cultura existen una serie de supuestos genéricos que son más o menos comunes:

a- coinciden en que una cultura, son pautas socialmente transmitidas, que permiten el relacionamiento de las comunidades humanas con el entornos ecológicos en el que se encuentran, que incluyen tecnologías, modos de organización económicas, políticas, prácticas religiosas, forma de vinculación y agrupamiento según sus propias sistema de conducta establecidas por un conjunto particular de personas.

Las costumbres, creencias, identidades sociales y culturales dependen de múltiples factores internos y externos, que influyen a su vez, la vida, los hábitos, el desarrollo social, la forma de comunicación, y la expresión personal. Se actúa de acuerdo a cánones esperados por la sociedad en la cual se vive y se convive diariamente. Toda acción enmarcada en un ámbito cultural es sometida a un tamiz, y como individuo, se busca normalmente la aprobación social de la cultura en la que se está inmerso.

Pero a su vez, las acciones, sensaciones, emociones, y sentimientos están condicionados por la esfera social a la que se pertenezca, arraigadas en épocas milenarias, y resultantes de los saberes y cosmovisiones de la porción del mundo a la que forma parte, concepciones que han sido traspasadas generacionalmente.

Las influencias ancestrales, pueden y suelen permanecer arraigadas en las costumbres actuales y condicionar y/o potenciar muchos aspectos de las vidas; y la maternidad no escapa de ellos.

Estas transmisiones son mantenidas a través de años, e incluso décadas, en ciertas ocasiones sufren modificaciones y cambios propios de la evolución natural de la sociedad, en sintonía con el mundo.

b- Así se explica un nuevo y relevante punto: la cultura está sometida necesariamente a cambios y reestructuraciones, que le permite a los individuos

adaptarse a los ecosistemas. Esta dinámica permite la evolución natural de la especie, de acuerdo a las necesidades ambientales, sociales, tecnológicas que el entorno— o en su defecto, el sobrepaso de los límites del equilibrio —exige; logrando de esta manera una autorregulación y re-adaptabilidad a nuevos sistemas, enmarcados en un devenir necesario.

c- Hay dos formas de entender cómo la cultura se adapta al medio:

- “el materialismo cultural” vinculada a la economía de subsistencia, la tecnología y los elementos de organización social. Es la que la mayoría de los pensadores reconocen como primaria. Dentro de ellos críticos marxistas resaltan la importancia de los conflictos y contradicciones como procesos catalizadores de cambios sociales y culturales.

- La visión del “evolucionismo cultural” basada en sistemas ideacionales (religión, cosmovisión y ritual).

Estas dos formas de comprender la cultura, permiten analizar el Trabajo de Parto desde una óptica cultural. Por un lado el “materialismo cultural” explicaría el parto desde una escala de sistema o global (control de las tasas de natalidad, medicalización, etc), el “evolucionismo cultural” por su parte, estaría vinculado a la mujer embarazada y su entorno íntimo.

d- Los componentes ideacionales manifiestan consecuencias adaptativas que pueden ser leídas de manera sutil, tanto en la forma de vinculación entre los individuos y el entorno, así como entre ellos.

### **La cultura latinoamericana del “Nuevo Mundo”**

Para hablar de la cultura Latinoamericana es importante hacer un recorrido histórico. Al avanzar no podemos dejar de plantear ciertas cuestiones relevantes: ¿Qué es la cultura Latinoamericana? ¿Existe una cultura Latinoamericana?.

La cultura europea se introduce en tierras americanas, produciendo grandes choques y cambios, trayendo consigo una visión del mundo completamente diferente a la cosmovisión de los residentes de estas tierras.

Salaberry (2010) plantea que “la autoidentificación de los europeos como cultura superior y su derecho de esclavizar a los indígenas, se basaba en la posesión de la razón, que a su vez expresaba en la capacidad de recibir la doctrina cristiana” (Salaberry, 2010, pp.82).

Prosigue planteado que en la segunda mitad del siglo XVI se desarrolla bajo los órdenes religiosos, la denominada “extirpación de idolatrías” dentro de la cultura meso-americana y andina.

Este proceso tiene trágicas repercusiones sobre el sistema sanitario debido al rechazo de su naturaleza mágico-religiosa. La figura del sacerdote, las curaciones

mágicas, así como el uso de los diferentes elementos naturales y rituales, no fueron aprobados por la iglesia católica, lo que llevó a prohibir y castigar el ejercicio y la enseñanza de estos saberes curativos.

Produjo en consecuencia una deconstrucción social, étnica y cultural devastadora, creando pérdidas irreparables de pueblos indígenas, así como de costumbres y creencias acumuladas durante siglos.

Estos pueblos en primera instancia fueron denominados despectivamente como “indios” o “naturales” homogeneizando su existencia, y categorizados como seres inferiores, infantilizados, y necesariamente esclavizados, ya que como “raza” debían aprender de los avances tanto médicos como intelectuales de los nuevos europeos.

Las habilidades quirúrgicas y terapéuticas de los nativos, le sucedió un progresivo menosprecio oficial de sus prácticas, ya no por razones religiosas que lo vinculaban con actos demoníacos, sino porque paralelamente a la destrucción de los conocimientos indígenas, se fue construyendo una imagen del indio como un ser ya no solo infantil, como fue su primera interpretación, sino como un ser degenerado en lo físico, en lo moral y en lo intelectual (Salaverry, 2010, pp. 82).

Sobrevivieron prácticas y conocimientos aislados de esta medicina indígena, que dieron origen a un sistema de medicina popular o folklórica, y es la base de las diferentes medicinas tradicionales del mundo andino-mesoamericano que prosperó “paralelamente a la hegemonía de la medicina occidental con sus limitaciones y avances” (Salaverry, 2010, pp.82).

El cambio del ámbito sanitario indígena a las ciudades, con la creación de los “hospitales naturales”, entendiéndose como “asilo al moribundo”, generó una contradicción entre la forma indígena de percibir la enfermedad y la curación, y esta nueva visión del “buen morir”.

Esto vino aparejado con la masiva muerte de nativos. Los europeos habían traído la muerte a América. Las estimaciones del colapso poblacional que afectó a la región después de la invasión colonial varían. Pero los especialistas, de forma casi unánime, comparan sus efectos con un «holocausto americano».

Según Silvia Federici (2010), en el libro *Calibán y la bruja* plantea que algunos autores como Stannard (1992), Gunder Frank (1978) y Wallerstein (1974) coinciden en que la población residente de México, Perú y otras regiones llegó a decaer entre un 90 y 95% en el siglo posterior a la conquista. Al igual que Crosby

(1972) plantea consecuencias similares en las poblaciones de las Antillas, las llanuras de Nueva España, Perú, el litoral caribeño y Brasil. Este “holocausto” fue explicado por el clero como el “castigo de Dios por el comportamiento «bestial» de los indios” (Williams, 1986, pp. 128).

Con esta transformación y opresión del sistema de salud indígena durante los años siguientes a la conquista, se difiere que las costumbres y creencias en torno al Parto también fueron transformadas durante este proceso.

La destrucción de los códices culturales y los registros de los primeros cronistas del Nuevo Reino conlleva a una carencia de datos factibles sobre la realidad prehispánica del Trabajo de Parto. Sin embargo Sánchez Torres arroja luz en estas cuestiones en su artículo *Situación en el Territorio que sería el Nuevo Reino de Granada*, planteando que las leyendas y tradiciones albergan una porción de la verdad y por ello son dignas de ser analizadas.

El autor se centra en la cultura precolombina Chibcha (o cultura Muisca), asentada en la actual República de Colombia, antiguo Reino de Granada. Narra la aparición de un personaje mitológico Nemqueteba, quien llega al valle de Ganza, a un sitio que llamaban Toyú y se mantuvo en el sitio durante un tiempo predicando y enseñando. Tras su partida, el pueblo lloró su desaparición, divinizó al personaje y lo colocó en su panteón de dioses.

Las mujeres embarazadas para tener un buen parto, hacían grandes peregrinaciones hasta Iza, donde se creía que albergaba una piedra con la huella de su pie, donde bebían polvo mezclado con agua. Este personaje tiene sus análogos en las culturas azteca Wixi-pecucha e Inca, Viracocha.

Otro personaje destacado para las mujeres embarazadas era la deidad del arcoiris Cuchavira o Cuchaviva a la cual se ofrendaban cintillas y figuras de oro. En la cultura maya se veneraba de la misma manera a la diosa Ixchael deidad de la luna, del amor, de la gestación y la medicina.

Pero quizás una de los datos más destacados del artículo de Sánchez, es sobre la importancia que se le concedía a los ríos y lagunas, lugares a las cuales las mujeres marchaban solas para parir. Relata así:

El agua, Sie o Sia, era una diosa para los chibchas; quizás por eso, para que fuera elemento purificador, buscaban su compañía. Es seguro que en el período expulsivo adoptarán instintivamente la posición en cuclillas, como las aztecas, las incas y las araucanas (Sánchez).

Esta reflexión del agua, da pie al siguiente pasaje del libro de Odent (1990) *El agua, la vida y la sexualidad* que permite dimensionar la profundidad del vínculo entre el elemento agua y las sexualidad humana.

Para el hombre, el agua representa el afecto de una madre. El agua siempre ha sido el símbolo de la madre en todos los lugares y en todas las épocas; la vida comenzó en el océano; en el líquido amniótico, recapturamos la historia de la vida (...). A cada etapa del trabajo de parto pueden adaptarse metáforas acuáticas: la primera fase no conjura las mismas imágenes del agua que la eyección del feto, una fase de oleadas violentas, agresivas e incluso espantosas. De hecho, todos los episodios de la vida sexual han sido expresados en metáforas acuáticas, desde el lado romántico, hasta las olas rítmicas del orgasmo... (Odent, 1990, pp.41 - 42).

Retomando el relato de Sánchez, éste hace hincapié en el solitario papel de parir, tal como lo indican sus citas del padre Zamora y Fray Pedro Simón. El papel de la Partera no estaba consolidado como tal, sino que era una respuesta al llamado de auxilio o ayuda cuando el parto se dificultaba, el ejercicio de la partería como tal es introducido con la cultura española según este autor.

A través de este relato de la cultura Chibcha, se evidencia cómo este proceso, en un inicio, personal y sagrado sufre una transformación en la forma de parir y el asistencialismo, resultado de la conjunción de las creencias indígenas y europeas.

### **Multiculturalismo, interculturalidad y constructivismo social**

Aventurando un paralelismo entre esta cultura y el resto de las culturas americanas prehispánicas, la re-construcción del “nuevo mundo” implicó entonces, la fusión de las culturas americanas y europeas, desembocando en un sincretismo que trasciende lo mágico-religioso y se extiende hacia las fronteras de la salud.

Según el diccionario online Significados.com, se entiende como sincretismo: “el proceso mediante el cual se concilian o amalgaman diferentes expresiones culturales o religiosas para conformar una nueva tradición. La palabra, como tal, proviene del griego συγκρητισμός (synkretismós), que significa ‘coalición de dos adversarios contra un tercero’”.

En este sentido, el concepto de sincretismo ha sido empleado por la antropología cultural para referirse al proceso mediante el cual dos tradiciones diferentes que se ven obligadas, por alguna circunstancia histórica, a convivir

durante un prolongado periodo de tiempo, experimentan una gradual asimilación de los elementos culturales de la otra, dando como resultado una expresión cultural nueva y única formada a partir de la mezcla de ambas.

Para poder comprender estos complejos procesos de amalgama de culturas, es importante hablar de los prefijos: *trans*, *multi*, *pluri* e *inter*, que nos permiten estudiar esta nueva cultura floreciente.

Lizana Valdés (2016) en su tesis *Embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño de la comuna de San Pedro de Atacama*, presentado para la obtención del grado de Licenciado(a) en Antropología social en Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Antropología de la Universidad de Academia de Humanismo Cristiano de Santiago de Chile, cita a Odina A (1991) para explicarlos:

Con el término Multicultural se define la situación de las sociedades, grupos o entidades sociales en las que muchos grupos o individuos que pertenecen a diferentes culturas viven juntos (...). Pluricultural es casi un sinónimo, indica simplemente la existencia de una situación particular (...). Transcultural implica un movimiento, indica el paso de una situación cultural a otra. Finalmente el concepto Intercultural no se limita a describir una situación particular, sino que define un enfoque, procedimiento, proceso dinámico de naturaleza social en el que los participantes son positivamente impulsados a ser conscientes de su interdependencia (como se cita en Lizana Valdés, 2016, pp.83).

Salaberry (2010) explica por su parte la *multiculturalidad* como “el reconocimiento, la constatación de la existencia de diversas culturas en un mismo territorio, sean estas originarias, inmigrantes o derivadas o variantes de una cultura hegemónica” (pp.83).

También planea el término *multiculturalismo*. Éste no busca necesariamente una interacción con otras culturas, ya que se autodefine y se limita de manera tal que se hegemoniza, por lo tanto se define como “comunidad separada”, se aísla, y vive según su propio regimiento social y cultural, y no busca un aprendizaje externo proveniente de otra cultura, si bien lo respeta, no pretende realizar intercambios.

Es importante comprender estas diferencias, ya que esto interpela diariamente a las Obstetras Parteras, son dos conceptos con los cuales se puede llegar a enfrentar, se podría confundir, e incluso emplear como sinónimos, y sin embargo sus connotaciones son completamente diferentes.

Ante este panorama, se convirtió en necesario la implementación de la *interculturalidad* como concepto en donde se permite un relacionamiento de diferentes culturas, así como el intercambio y aprendizaje de las mismas, que en la actualidad se ha convertido en la base del trabajo de la medicina, así como la participación de las Parteras en las comunidades, tanto en la búsqueda de la implementación de la partería profesional, como en el nexo o intercambio de ésta con la partería tradicional.

“La *interculturalidad* presupone la interacción entre distintas culturas, pero también que estas culturas estén previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento” (Salaberry, 2010, pp.84).

La incorporación de la interculturalidad en la salud se torna así en un tema de doctrina médica, de formación de recursos humanos (...). De algún modo son la avanzada de un cambio exigido por la sociedad globalizada y basada en los derechos como es la que avizoramos en cualquier futuro imaginable (Salaverry, 2010, pp.90).

El término de interculturalidad es bastante reciente, si bien los orígenes se remontan a la Grecia clásica, la hegemonización de la atención biomédica implicó que quedara en desuso. En la actualidad se retoma su significado abriendo la posibilidad a “sumergirnos en nuestras raíces y encontrar bases para retomar una perspectiva centrada en las individualidades del «otro»” (Salaverry, 2010, pp.90).

Lizana Valdés (2016) plantea que este concepto ha sido implementado por diferentes estados y organizaciones internacionales tales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), para describir la situación de pobreza y vulnerabilidad de los pueblos indígenas.

Para la autora la interculturalidad es un fenómeno dinámico, que responde a la evolución natural de las diferentes culturas, y se construye sobre las interacciones equitativas entre culturas, dando como resultado “expresiones culturales compartidas” sustentadas en el diálogo y el respeto.

La interculturalidad en la salud es necesaria dado el aumentado flujo de migrantes hacia otras zonas diferentes a sus lugares de origen, por lo tanto es pertinente brindar servicios de salud y atención respetuoso, y acorde a las creencias de cada individuo.

### **La cultura del dolor**

La procreación, es tan antigua como origen del ser humano se concibe, y con ella hay miles de costumbres y creencias que la rodean, de esta manera Knupp y Saléte (2016) Blázquez citando a Gualda (1993) y Osava Mamede (1995) se refieren al parto: “como un evento contextualizado culturalmente refleja los valores de cada sociedad humana, por medio de los sentidos atribuidos a ese proceso doloroso como fenómenos universales que trascienden la experiencia física” (como se cita en Knupp & Saléte, 2016. pp. 161).

Estos autores hablan de que la esfera reproductiva así como el Trabajo de Parto trascienden las esferas meramente físicas, para dar lugar al significado emocional y cultural que engloba este fenómeno. Constituye un fenómeno social condicionado por factores políticos, sociales y culturales, con sus respectivas significancias en torno a las etapas de embarazo, parto y puerperio.

El Trabajo de Parto se ve influenciado por varios factores que producen en el imaginario colectivo, y en consecuencia en las mujeres, una percepción diferente de lo que significa el mismo. Estos factores involucrados pueden estar dados por el contexto cultural, las creencias religiosas, las costumbres y las ideas o preconceptos que cada mujer absorbe de su entorno familiar, así como la forma en la que se percibe y se autodefine a sí misma (Tese et al., 2009).

El embarazo, parto, puerperio, así como la maternidad, están ligados al origen de la vida humana, sea desde un punto de vista religioso o desde un plano científico. Es propio de la naturaleza humana, indisociable a la condición de mamíferos y la puerta a la permanencia como especie.

El parto desde la esfera social contemporánea puede ser visto para algunas mujeres como el comienzo de un nuevo ciclo en su vida y cada cultura le aporta connotaciones diferentes. Esta concepción contemplada desde el punto de vista más subjetivo, puede implicar otra ponderación al rol femenino que desarrolla la mujer madre en la sociedad (Barreto et al., 2011).

### **Percepción del dolor en el Trabajo de Parto**

Durante el embarazo se dan una serie de cambios anatomofisiológicos, así como hormonales que disponen el comienzo del Trabajo de Parto hacia finales del embarazo, dados por el inicio paulatino de las contracciones, dilatación cervical y descenso fetal a través del canal de parto como fueron explicados en el primer capítulo.

Según el artículo *Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial* hay un componente que acompaña el proceso de Trabajo de Parto: “un dolor difuso, visceral y agudo, que generalmente se da de manera creciente” (Barreto et al., 2011, pp. 42). Lo interesante de este hecho, es que la percepción de la intensidad de este dolor experimentado puede ser condicionada e

influenciada por factores más allá de los estrictamente anatómicos, implicando elementos ambientales y/o emocionales (Barreto et al., 2011).

Knupp y Saléte (2016) apoyan esta idea planteando que las sensaciones que se experimentan dependen de factores individuales y personales de cada mujer embarazada, en donde hay influencias de acuerdo a su personalidad, cultura, ambiente, género y factores psicológicos y sociales.

Pero este dolor, podría tener también raíces religiosas y sería tan antiguo como la existencia humana. En este marco hay dos figuras que aportan connotaciones positivas y negativas al Trabajo de Parto: la Virgen María y Eva.

Nilza et al. (2009) hacen referencia al relato bíblico donde la primera, castigada por mandato divino tras desobedecer las leyes impuestas por el Dios Creador judeocristiano, obtiene el dolor al parir: “en gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos” (Génesis: 3.16). Contextualiza el dolor en el Trabajo de Parto como forma de castigar a las mujeres, ya que ellas como sucesoras de Eva debían pagar consecuentemente por el error cometido junto con Adán.

A lo largo de tantos siglos, la consagración del dolor como sufrimiento en el parto a través del mito "Parirás con dolor" se ha infundido en la imaginación femenina popular. Por lo tanto, constituye un componente cultural que determina que, desde un punto de vista emocional y físico, el parto normal tiene una connotación y un significado de experiencia traumática para las mujeres (Griboski & Guilhem, 2006, pp. 108) (Traducido del texto original).

Esta idea tuvo una fuerte influencia en las nuevas generaciones, cuando el parto dejó de ser un evento instintivo y solitario para convertirse en un evento social con participación femenina (parteras) y se caracterizó por la inseparabilidad entre los aspectos místicos y religiosos (como se cita en Nilza et al., 2009, pp. 29) (Traducido del texto original).

Desde este lugar, los autores explican que el parto en los diferentes relatos bíblicos aparece raramente como episodio positivo, con casos difíciles condicionados por los escasos recursos sociales cargados de connotaciones y simbolismos en torno al dolor dejando un legado simbólico.

Entre estas ideas simbólicas, se encontraba la idea de que la sangre proveniente de las mujeres era impura, especialmente la del parto, aún más que la

sangre menstrual (considerada según la visión judaíta como el desperdicio de un óvulo del mes sin fertilizar) (Fernández Nieto), por lo que era preciso realizar ciertas acciones consideradas rituales para hacer purificar a las mujeres por el pecado original de Eva.

Sin embargo, hay otra idea que según Niza et al. (2009) surge durante este episodio de la vida de las mujeres y las familias, la “connotación positiva, asociada a la alegría, realización, victoria de vida nueva retratada por el nacimiento de un hijo, que trasciende la experiencia de dolor” (Niza et al., 2009, pp. 29), representando el dolor un momento de crisis para el inicio de una nueva vida.

Pareciera que culturalmente hay una relación indisociable entre ser mujer madre y el dolor del Trabajo de Parto, donde se contextualiza a la mujer como procreadora, y separada de la sexualidad, en una asociación del género femenino con la “represión sexual generalizada y la sumisión de las mujeres.” (Fernández Nieto)

Afirmando lo antes planteado Da Rocha et al. (2011), en su trabajo *A dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição*, dicen que el parto es considerado como necesariamente un momento donde la mujer debe sufrir el dolor para fortalecerse, ya que es a través del mismo, lo que convierte la posibilidad de que esta experiencia produzca una mayor vinculación entre el individuo y su percepción, su entorno, y su vida, permitiendo de esta manera que salga “fortalecido, más autónomo y responsable de su propio cuerpo, de su propia vida y de la de los otros” (Da Rocha et al., 2011, pp. 386), convirtiéndolo necesariamente en un hecho sociocultural.

Cordeiro y Sabatino (1996) afirman que la idea de la visibilidad de la Virgen María como ejemplo de santidad y pureza, de inmaculada concepción, se desvirtúa ante la idea de mujer sexualizada, la virtud de virgen quita todas las connotaciones referidas al placer y al disfrute, en el momento del parto.

Por tanto, todo este mandato social impuesto por lo religioso que en muchos casos se vincula con el pensar e imaginario colectivo popular, introduciéndose en la cultura y condicionando el comportamiento de las mujeres en el Trabajo de Parto.

*Análise do nascimento Bororo: aspectos culturais da dor de parto* de Knupp y Saléte (2016) habla sobre el dolor en el Trabajo de Parto y sus connotaciones, en relación con el contexto familiar, el entorno cultural, lo que la sociedad considera que está bien o mal visto, y la necesidad de hacer énfasis en estas cuestiones. Sobre todo pensándolo como una instancia de aprendizaje y de posible cambios y modificaciones en el sistema de creencias logrado a partir de la contención de la embarazada por el entorno que lo rodea.

Se convierte en importante pensar el Trabajo de Parto como un acontecimiento especial en la vida social y en el imaginario colectivo, ya que estas dimensiones repercuten de manera activa sobre el estado particular de la

embarazada a partir de las connotaciones, las interpretaciones y significancias que su cultura le aporta, en vínculo con las expectativas de las mujeres dentro de determinado contexto histórico.

El artículo *A dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição* interpreta que el Trabajo de Parto es una etapa dolorosa del proceso enmarcado en la fisiología del embarazo y que es vivido y sentido como una respuesta comportamental que se ve influenciada por factores ambientales y emocionales. Los datos obtenidos en este trabajo de investigación muestran una interacción entre factores socioculturales que influyen en cómo la mujer embarazada interpreta el proceso del Trabajo de Parto y parto.

Este hecho social considerado fisiológico, contribuye a que la mujer atraviese el Trabajo de Parto como un momento doloroso generando “conflictos de naturaleza afectiva, emocional y metabólica”, predisponiendo a la mujer a vivenciar el Parto desde la base de miedos y mitos socialmente impuestos (da Rocha et al., 2011, pp. 383).

Según *Análise do nascimento Bororo: aspectos culturais da dor de parto*, el dolor es más que el reflejo a un impulso nervioso como se explica en la biomedicina, tiene una vinculación directa con los elementos del entorno de la mujer embarazada “independientemente de la intensidad del estímulo nervioso” (Knupp & Saléte, 2016, pp. 161).

Estas autoras hacen una distinción entre la sensación de dolor y la experiencia del dolor. Donde la primera es percibida por mensajes enviados y recibidos por el cerebro, y la segunda es el resultado de cómo se vive el Trabajo de Parto de acuerdo a condicionamientos vinculados directamente con la experiencia de sufrimiento, como pueden ser el lenguaje, la ansiedad, la atención e interpretación de la sensación del dolor, y dependen del medio en el que se desarrollen. Reconoce que los determinantes de esos factores son de índole social, ideológica, económica, de creencias y concepciones del mundo y del hombre. La cultura aporta connotaciones para su percepción, por lo que la vivencia del dolor y del sufrimiento depende de la cultura en la que se encuentre el individuo.

En el artículo *Medicalização social; o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde* Dalcanale (2006) habla de acciones para el fortalecimiento de la persona que vive o transita el dolor, permitiendo vehiculizar esta experiencia de dolor a través de palabras de aliento, sonidos, gestos, o acciones que permitan la comunicación y el diálogo de la persona con su propio medio, reconociéndose de esta manera en el tránsito del Trabajo de Parto. Es importante que la mujer embarazada se vincule con un entorno conocido y se permita interactuar con él, dentro de él “la cultura proporciona la matriz explicativa, los mitos, el universo simbólico que explica la existencia del dolor y le da sentido” (Dalcanale, 2006, pp. 64).

*A dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição* reconoce al Trabajo de Parto y parto como un evento donde se producen modificaciones abruptas metabólicas, e intensas que denotan cierto grado de simbolismo. La intensidad del dolor considerado como algo impredecible, causa ansiedad, inseguridad y sufrimiento. En la historia y la antropología de culturas más antiguas y arcaicas la concepción dualista con respecto al dolor se relaciona con el bien y mal, los humanos primitivos, tenían la concepción de que el dolor como parte de la ecología ambiental, tenía que ver con un sufrimiento que le produce algún tipo de daño. "Para el cuerpo físico, el dolor es un mecanismo de expresión, disgusto fisiológico o defensa contra la agresión potencial real o similar, pero la expresión y reacción del individuo a él ocurre con la interpretación emocional y social formateado por cultura" (da Rocha et al., 2011, pp. 386). Cada cultura tiene una forma de responder al dolor, así como cada familia y cada grupo social, pero para eso es necesario que el individuo empleando el mismo lenguaje de su comunidad pueda hacerlo público, de manera tal que se logre su reconocimiento, a través del uso del lenguaje verbal y no verbal.

Y establece que el dolor es una respuesta orgánicas con relación a emociones, sentimientos, a la sociedad, y al entorno en el que vive constituyendo una respuesta cultural de cómo se percibe el mismo. De esta manera el dolor deja desamparado al individuo y relegando únicamente la atención a un profesional dado por la incertidumbre con la que se vincula, y además porque las cuestiones culturales generan que la vinculación con la naturaleza y el entorno desaparezca.

La sociedad moderna busca suprimir el horror del peligro y silencia los miedos que no se pueden evitar. La vida temerosa se vuelve más tolerable con el silencio, desapercibido, lo invisible. Por lo tanto, el dolor, sus reflejos y los miedos provocados por él no están suficientemente problematizados por el modelo biomédico, que parece depender de la cesárea como técnica para silencia y mitigar los temores de representación de dolor en el parto (da Rocha et al., 2011, pp. 387).

### **Maternidad y percepción del parto**

Históricamente se puede plantear que la maternidad en cierto punto de la historia fue "obligada" por el sistema capitalista (basado en la producción a partir del trabajo obrero), teniendo como consecuencia la domesticación de los cuerpos de las mujeres. Esta imposición se inicia a raíz de la disminución poblacional, dada por la crisis social de la época en la Edad Media, lo que convirtió la reproducción y el crecimiento poblacional en asuntos de Estado (Federici, 2010).

Lutero<sup>2</sup> reconoce que: "La mujer es «necesaria para producir el crecimiento de la raza humana», reflexionando que «cualquiera sean sus debilidades, las mujeres poseen una virtud que anula todas ellas: poseen una matriz y pueden dar a luz»" (como se cita en Federici, 2010, pp 134).

En este contexto el Estado comienza a inmiscuirse en la sociedad, se comienza a dar otro valor a lo que es la familia como institución clave para la reproducción, y en la medida que se comenzaron a crear leyes para favorecer el aumento poblacional, se desató una guerra directa a las mujeres, sobre todo en lo que tiene que ver en el control de sus propios cuerpos y sobre la reproductividad.

"La acumulación de trabajo y la degradación de las mujeres a partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista" (Federici, 2010, pp 138 - 139).

En este punto, que las mujeres comenzaron a estar en las casas, apareciendo de esta manera una marcada identidad basada en estereotipos de géneros, asignándose a las mujeres el rol de esposa dócil, buena, amable, siempre dispuesta a lo que la sociedad esperaba de ella, lo que representó la domesticación de los cuerpos femeninos. De esta manera se permite hablar de una estructura basada en la productividad derivada del capitalismo, y el poder del Estado como orden simbólico y patriarcal, representante del poder hegemónico, en predominancia de una cultura y un pensamiento mecanicista, de producción, donde los cuerpos son necesarios para la productividad y el trabajo.

Los úteros como meras máquinas productoras de futura mano de obra, en una interpretación mecanicista donde se da una segregación del cuerpo y los sentimientos, se intentó controlar a estos últimos a través del poder de la razón, y acabó por convertir a las mujeres en reproductoras sociales al orden de sus "superiores", o sus "dominadores", relegadas a asumir un papel de sumisión, alejadas de poder y control sobre sus propios cuerpos y decisiones, como su propia sexualidad (Federici, 2010).

Magnone (2010) en su tesis de Maestría en Sociología denominada *Derechos y poderes en el Parto: una mirada desde la perspectiva de humanización* hace una lectura de las autoras Rodrigáñez y Cachafeiro (2007) que explican la maternidad como institución o como experiencia, evidencian que existe la Madre patriarcal entendiéndose ésta como la institucionalización que genera hijos fácilmente entrenados en la sociedad hegemónica imperante, y menciona que esta reproducción constante es lo que fomenta el "alimentar sociedades inequitativas y jerárquicas" (como se cita en Magnone, 2010, pp. 15).

---

<sup>2</sup> 1483-1546 fue un teólogo y fraile católico agustino que comenzó e impulsó la reforma religiosa en Alemania y en cuyas enseñanzas se inspiraron la Reforma protestante y la doctrina teológica y cultural denominada luteranismo.

Posteriormente en la historia aparecen corrientes feministas en manos de pioneras como Simone de Beauvoir que desafía el sentido de la maternidad como fin último de la mujer dada su condición biológica, cuestionando el mandato social y desafiando los regimientos que hasta ese momento se reprodujeron sin cuestionamientos.

En este sentido, la mujer, experimenta sentimientos encontrados y diferentes entre la maternidad impuesta como un mandato social contra la mujer moderna. Lo primero implicaba según de Beauvoir (1949), ser perfecta para los otros, debiendo desempeñarse en tareas femeninas como atender la casa, ser buena esposa, mujer y madre, convertida en la mujer idealizada del imaginario colectivo. Y la mujer actual, quien tiene que salir a trabajar para la supervivencia de su familia. Distanciados así del modelo maternal de años atrás donde la mujer madre dedicada en su totalidad a sus hijos y familias, paciente, disponible y dispuesta, se enfrenta ahora al deber de ordenar, organizar y planear su vida, se ve en un lugar de necesidad de optimizar tiempos.

Ésta es la razón por la cual el Trabajo de Parto, como hecho evolutivo pasa a convertirse en algo impráctico y desafiante para la mujer de la sociedad productiva que necesita la realización de las actividades de manera práctica y rápida, por lo que se pierde el significado de la paciencia y la espera de la evolución natural del proceso, por lo que en algunas sociedades las mujeres prefieren las cesáreas como práctica rutinaria por su rapidez, anudado a lo que se exponía anteriormente, la cesárea considerada una vía de escape del miedo al dolor.

En el artículo *A dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição* da Rocha et al. (2011) en su estudio comprobaron que los miedos de las embarazadas se asocia con el miedo al dolor, miedo al Trabajo de Parto, miedo al desempeño o a comprometer la salud y el bienestar del feto, miedo a lo desconocido, a la analgesia entre otros. Todos ellos son miedos generalmente vinculados a las historias de otras mujeres así como las propias experiencias previas, tienen gran influencia en la forma en la que se percibe el parto, tendiéndose a querer reproducir las experiencias positiva, y a evitar las negativas.

Estos factores son subjetivos y de repercusión psicológica, pero tienen influencia sobre el parto, repercuten en el protagonismo de las mujeres, dado por temores que aumentan en sus dimensiones y que provocan “inhibición afectivo-emocional”, con connotaciones negativas y aleja a las mujeres del significado de la maternidad.

El comportamiento social es un símbolo cuya respuesta representa el resultado de actitudes y expresiones que forman códigos y sistemas de valores con significados que constituyen el lenguaje creado a partir de las

relaciones sociales y contribución de individuos (da Rocha et al., 2011, pp. 385).

El parto como un momento donde la mujer debe sufrir el dolor para fortalecerse, también tiene que ver con una concepción machista, que coloca el parto como una instancia de sufrimiento condicionadora de las aptitudes posteriores para materner, transfiriendo la idea de que ser buena o mala madre estará condicionado por el sufrimiento vivenciado.

Según estas autoras, las representaciones o interpretaciones sociales pasan de un individuo a otro por influencia generacional. Y es la manera en la que estas percepciones son sostenidas en el tiempo. Todos los sistemas de clasificación de eventos a los que las personas responden, incluso en el área científica, están vinculados a imágenes y sistemas previos existentes, lo que denominan como lenguaje de memoria colectiva.

El comportamiento social es un símbolo, conformados por actitudes y expresiones, que se traducen en códigos y sistemas de valores con significados y constituyen el lenguaje creado por los individuos a partir de sus relaciones sociales.

Para la Cultura Baroro, una tribu indígena de Brasil, el dolor del Trabajo de Parto es enseñado como ritual para las mujeres. Son instruidas en diferenciar el dolor del parto, del dolor provocado por el sufrimiento. Éste último hace referencia a un dolor de tipo emocional específico del alma, mientras que el dolor del Trabajo de Parto es asumido como tal (parte de un proceso natural) ya que se educa desde niños la vinculación con él.

Los niños crecen incorporando esta idea de dolor como parte de su esencia, se enseña la diferencia entre el dolor en el Trabajo de Parto visualizado como un ritual y otros tipos de dolores, relacionándolo con el contexto familiar, el entorno cultural y las connotaciones que se hacen en torno al dolor, lo que la sociedad considera que está bien o mal visto, por lo tanto, habla de la necesidad de hacer énfasis en estas cuestiones, sobre todo pensándolo como una instancia de aprendizaje y de posible cambios y modificaciones a través de la contención del individuo por el entorno que lo rodea (Knupp & Saléte, 2016).

Mencionan que en la cultura indígena de Yucatán, las experiencias de parto y de dolor son transmitidas entre las mismas mujeres de manera oral, a través de relatos, y las Parteras adoptan una posición de espera sin intervención, dado por el entendimiento de esta experiencia de dolor como algo normal e infinita que se generaliza en su propia comunidad. La presencia del marido en el Trabajo de Parto hace que la embarazada se sienta contenida y acompañada, y permite establecer un mayor y mejor vínculo en la pareja y en la vivienda.

En Yucatán, el parto y nacimiento ayuda a reforzar valores sociales y comportamentales deseables para la sociedad en general como el trabajo duro, resiliencia y estoicismo, por tanto al ser considerado un momento potencialmente peligroso, es el momento ideal para que las mujeres muestren sus características valoradas por la comunidad.

Sánchez et al. (2012) hablan de que el parto se da en un marco biosocial, producido por “factores biológicos universales” y por “factores sociales particulares”, y habla de que cada sociedad tiene una forma de tratar los temas referidos al nacimiento tanto para el niño/a como para los demás actores involucrados.

La percepción de dolor se encuentra cargada de un valor negativo. Los dolores como hechos únicos, incomparables con otras personas, así como indiscutible, se transforma en un sentir único para la persona que lo padece, por tanto la persona queda aislada y sola del resto en relación con su sensación, que a pesar de su incomunicabilidad, su existencia es real y es incuestionable en la medida que cada uno lo vivirá, por tanto la creencia de que el otro también puede llegar a padecerlo, convierte al dolor en una experiencia excepcional y verdadera.

Como dice, certeramente pero con cierta carga de ingenuidad, Leboyer: No hay pecado. Sólo existen el error, la ignorancia. Nuestra ceguera y nuestra resignación. El sufrimiento es inútil. Pura invención. No satisface a los dioses. El sufrimiento es falta de inteligencia. El parto sin dolor está ahí para probarlo. A despecho de los violentos, de los autoritarios... Si decimos que esta frase de Leboyer contiene una carga de ingenuidad, es porque el sufrimiento humano no sólo es 'error' e 'ignorancia'. Para algunos, no es 'inútil'. No satisface a los dioses, pero crea Poder y satisface al Poder existente, a los egos y a las clases dominantes que explotan la vida para crear y conservar los patrimonios. El parto sin deseo y sin flujos maternos ha sido el resultado de milenios de represión de la sexualidad femenina. Como decíamos en la Primera Parte de este libro, la rigidez uterina no es una casualidad (como se cita en Rodrigáñez & Cachafeiro, 2007, pp. 242).

## Aspectos antropológicos de las diferentes regiones Latinoamericanas

Uno de los objetivos planteados para el presente trabajo monográfico fue dividir Latinoamérica en grandes bloques culturales. Al comenzar a profundizar en este aspecto se observó la gran diversidad que ella alberga difícilmente abarcable. Es por ello que a continuación sólo se describen las culturas para las cuales se encontró bibliografía disponible en relación a Trabajo de Parto y parto.

**Figura 23.** Grandes unidades estructurales geográficas de Latinoamérica. Imagen de elaboración propia.



A modo de simplificar el estudio, se divide Latinoamérica en grandes unidades geográficas: grandes llanuras (Orinoco, Rioplatense, Amazónica e Ístmica del Golfo), macizos (Guayana, Patagonia y Brasilia), cordillera (Andes, Cordillera del Caribe, Macizo plegado del Oeste) (Figura 23). Las culturas se distribuyen por un territorio más allá de las fronteras de los países, se extienden por regiones, por lo tanto es más aproximado a la realidad organizarlas de esta manera.

Lemaire (2013) en su trabajo final de grado, indica que hay muy pocos registros en lo concerniente al Trabajo de Parto en las mujeres de la época prehispánica, y que los escasos registros, permiten evidenciar muy poco de las culturas precolombinas. Los mayores registros son de las grandes civilizaciones mayas, incas y aztecas.

Los cronistas que se dedicaron a escribir sobre las realidades culturales en los siglos XVI y XVII, en los que aún estas culturas no habían sufrido grandes modificaciones por las influencias de los conquistadores, se veían limitadas porque: “El mundo femenino era apartado, diferente y cerrado para los hombres y, además fue un obstáculo el que no hubiera cronistas mujeres que interrogaran a sus semejantes americanas e informaran sobre sus prácticas, creencias y conocimientos” (Lemaire, 2013, pp. 34).

Además, los relatos estaban teñidos con las percepciones supersticiosas y reinantes en Europa acerca de la existencia de brujas, y el empleo de herbolaria que desarrollaban las mujeres americanas eran vistas como diabólicas.

En la cultura Maya, las Parteras se encargaban de la función no solo de partería sino del área médica, gozando de gran prestigio, existiendo entre ellos los varones Parteros.

El vocablo *X-aalansaj*, término para denominar a la Partera Maya o comadrona desapareció con la llegada de los europeos a tierras Americanas. Ante la inminente persecución de las Parteras y Parteros, éstos en un intento de ocultar su identidad comenzaron a cambiar su nombramiento para autodenominarse *Xk'am chaampal* "la que recibe al bebé" o *X-ilaj k'oja'an* "la que atiende a las enfermas" (Güémez, 2000, pp. 6).

El autor habla de que la monopolización del actuar de la medicina europea era "sexista", "clasista" y "racista".

Según Paredes et al. (1997), las mujeres no recibían ningún tipo de atención hasta los cuatro o cinco meses, momento en el que se le comenzaba a realizar masajes abdominales cada tres o cuatro semanas para acomodar al feto, y era la Partera la que se encargaba de realizar las recomendaciones de higiene y dieta.

Las mujeres embarazadas continuaban realizando sus actividades de manera usual, y era en el momento en que el parto se aproximaba, cuando el padre se encargaba de improvisar y acondicionar una habitación en una parte de la casa con hoja de palmera, para que ella pasara durante todo el proceso del Trabajo de Parto y parto.

En la cultura Inca, el embarazo era vivido como un proceso espiritual acompañado con rezos y rituales, disminuyendo la actividad diaria, ayunando frecuentemente y eliminando la sal de los alimentos. Era el varón esposo siempre el que estaba al lado de las mujeres durante la gestación y el parto debido a que no existían Parteras, sin embargo para los Mayas en el momento del parto estaban presente el esposo y/o la suegra quienes ayudaban en todo el proceso, aunque la Partera se encargaba de la asistencia del mismo.

El momento del parto era considerado "la hora de la muerte", razón justificada porque "la mujer consideraba que el parto era un combate de un niño que proviene del cielo y lucha para introducirse en su seno, siendo necesario que en su vientre muera una porción de su propio ser, para que de este modo, se produzca el nacimiento de una nueva vida" (Paredes et al., 1997, pp. 92).

En contraposición para la cultura azteca, la muerte de una mujer en el parto la convertía en guerrera por haberle hecho frente a la guerra del parir, eran llamadas *mocihuaquetzque*, que se traducía como diosa mujer muerta al concebir la vida e

iban al “*Omeyocan*, paraíso del Sol regido por *Huitzilopochtli*, el dios de la guerra” (Lemaire, 2013, pp. 44).

En el parto el esposo se encargaba de sostener a la parturienta por debajo de los brazos, mientras ella acucillada podía tomar la cadera del marido. La Partera tomando de las manos o de la cabeza, levantaba en alto a la parturienta y le pedía que se esforzara más si era necesario.

Si la criatura era niña se enterraba el cordón umbilical en la casa dado que era el lugar al que pertenecían las mujeres, y si era varón se lo entregaban a los guerreros porque era en donde se desempeñarían en la vida adulta o era enterrado fuera del hogar. Éste era cortado sobre una mazorca de maíz y era cultivado y cuidado con gran esmero, repartiéndose en tres la cosecha, una para la divinidad, otra para el alimento del niño, y la tercera para que cuando éste creciera lo pudiera cultivar con sus propias manos.

Entre los Incas, el cordón umbilical era guardado y cuando el niño enfermaba se le daba para que lo chupase y así mejoraría.

En la cultura Maya, una vez realizado el parto, las mujeres eran bañadas junto con los recién nacidos en agua de río claro ofrendado los utensilios empleados en el parto. De la misma manera, las mujeres Incas, también se dirigían a algún río cercano a realizar el mismo procedimiento antes mencionado.

Si la mujer moría en el parto era “convertida en una Diosa del panteón Maya de la localidad, y se decía que ella intervenía como Partera cada mañana en el nacimiento del sol” (Paredes et al., 1997, pp 93).

### **Región Macizo plegado del oeste mexicano**

Pelcastre et al. (2005) en su artículo *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México* aseguran que existe una gran vinculación de las mujeres con la fertilidad para las mujeres indígenas de varias zonas de México.

Para las comunidades indígenas de Costa Chica de Guerrero la reproducción inmediata tras las unión matrimonial es una obligación social, por lo que se estima que en el primer año de esta unión se produzca el embarazo, en una sociedad de imperante machismo, el no embarazarse ante estas circunstancias expone a las mujeres a situaciones de violencia, y son víctimas de maltratos verbales y psicológicos, incluso son amenazadas con “ser devueltas a sus familias”, y con rupturas matrimoniales, dado que se asume que el varón siempre puede engendrar, y la que posee algún problema para hacerlo es la mujer en el caso que no se diera un embarazo en este período, por lo que las mujeres de esta comunidad no emplean métodos anticonceptivos antes de su primer embarazo. El embarazo es considerado una consecuencia de vivir en pareja.

Las suegras son generalmente las que se dan cuenta del embarazo, por su experiencia y por características propias que desarrollan las mujeres como somnolencia, vómitos y náuseas, mareos, manchas en la piel o crecimiento del abdomen refiere Sánchez (2013), y se les recomienda seguir con las actividades físicas como las labores domésticas durante el embarazo, para evitar que el feto se pegue y dificulte el parto.

Las mujeres de Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca, en su etapa reproductiva usan ceñidor que es una fajilla tejida en hilo de algodón por las mujeres de Guiloixi; de 2 m de largo 20 cm de ancho, generalmente de color blanco y de preferencia, el tamaño se adapta a la complexión de la mujer que lo usa. Éste debe dar doble vuelta en la cintura y ellas deben saber usarlo para que sea eficaz. Su finalidad en el embarazo es que el feto no crezca tanto. Y para estas mujeres no hay restricción de alimentos durante la gestación.

En este periodo las mujeres de Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca asisten a temazcales y donde se les soba con hierbas consideradas calientes como: duraznal, cerezal, aguacatal y hoja del cielo complementándose con alcohol o manteca.

La atención al embarazo se hace en conjunto con la medicina tradicional y la medicina occidental, “en el caso de Cuanacaxtitlán, la comunidad mixteca de San Luis Acatlán, hay una mayor proporción de parto en casa (63%), mientras las amuzgas de Huixtepec, Ometepec; mostraron prácticas de atención más marcadas por la biomedicina (66%)” (Sánchez, 2013, pp. 249).

En el parto con Parteras tradicionales en Costa Chica de Guerrero, hay un elemento importante que se tiene en cuenta y es la relación caliente-frío, la existencia de rezos para la protección del acontecimiento y la vida que nace se convierte en un acontecimiento de reproducción física y social, vivido de manera colectiva. El número de personas presentes en el parto es definido por la mujer principalmente en un momento cercano al período expulsivo, y ella toma la posición que más cómoda le quede, convirtiéndose el varón en un medio de soporte físico de la elección de la mujer.

La temperatura de la habitación donde se realiza el parto tiene que permitir un ambiente cálido, se emplean infusiones para acelerar el proceso, que pueden ser de chocolate y comino en la comunidad indígena de Costa Chica de Guerrero, y en el caso de las mujeres de Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca además se le suman las infusiones de ruda, orégano y Santa María, agua de panela o canela, cuerno de venado o la utilización del hollín que se desprende de las cocinas y se deposita en los techos de las casas en combinación con huevos de guajolota, aunque las Parteras tradicionales de esa zona y de Chiapas con acceso a los servicios de Salud también emplean oxitocina sintética para esta finalidad.

Para el alumbramiento se espera que la placenta salga por su propia gravedad lo cual generalmente es fácil, y ante complicaciones se les coloca a las

mujeres su propia trenza en la boca para despertar el reflejo de vómito. “Para que salga la placenta es que le ponen un té de manzanilla, o le dan a beber un bote chico de aceite de oliva (...) agarra frijol negro y sal en las dos manos” (Sánchez, 2013, pp. 258).

En la actualidad se dan más casos de partos hospitalarios, donde las mujeres se quejan de la atención descuidada como por ejemplo exigiéndoles desnudez, posiciones para parir diferentes a las que ellas desean, alimentos no considerados calientes y excesivas revisiones, además de no contar con el acompañamiento que ellas desean.

### **Región Cordillera del Caribe jamaiquina**

Para los jamaikinios, la belleza femenina radica en la fertilidad, siendo la nana o Partera empírica un personaje importante en Jamaica rural. Mujer a la que se llama para la asistencia de los partos.

En estas sociedades está la creencia de que las mujeres embarazadas son vulnerables a las acciones de los *duppies* (duendes), les pueden causar enfermedad y muerte a los fetos extendiendo sus manos hasta llegar a los mismos dentro del vientre materno. Para protegerse de ellos, las nanas recomiendan la ingesta de *callalu*, vegetales similares a la acelga según refiere Giles (2007). Y entre sus recomendaciones también se incluyen mantener relaciones sexuales durante el embarazo para nutrir el vientre y dejar abierto el canal para que se dé un parto fácil.

En el Trabajo de Parto se le recomienda a la embarazada el caminar en redondo y “avanzado el trabajo de parto, la nana masajea el periné con aceite de castor y se le da té de hierbas, especialmente de tomillo, para la retracción uterina posparto” (Giles, 2007, pp. 6).

Si el parto se retrasa, se hace inspirar profundamente a la mujer una remera sudada del padre del niño. También se envuelve a la embarazada en toallas calientes y húmedas que se quitan cuando la piel está tibia para posteriormente masajear el cuerpo con aceite de oliva.

Para parir, un ayudante o el esposo son los encargados de sostener a las mujeres quienes adoptan la posición sentada, separando las piernas y colocando los pies sobre la cama. Se corta el cordón cuando deja de latir, y se hace soplar una botella a las mujeres si continúan sangrando mucho para favorecer la aparición de fuertes contracciones del útero (Giles, 2007).

### **Región Cordillera de los Andes colombianos**

En Colombia según un censo realizado en 2005, hay 87 pueblos indígenas constituyendo multiplicidad de culturas y diversidad de las mismas.

Para las comunidades indígenas de Nasa y Misak la salud es entendida como el equilibrio y armonía entre los componentes de la vida, vinculado con la relación de la familia, la comunidad y la naturaleza, por lo tanto el embarazo y parto no es un acto individual, sino colectivo. Tienen gran respeto por su cultura ancestral y luchan por mantenerse en su territorio ya que sus rituales se vinculan a él y es lo que, según su criterio, les permite mantenerse en el tiempo superando los desafíos que generacionalmente se presentan.

El embarazo se vive en comunidad y la mujer se piensa en familia, convirtiéndose ésta en el eje central de la misma, y en relación con la sociedad, el territorio y la naturaleza, respondiendo a ciclos vitales constitutivos del ser mujer.

Según Castillo et al (2016), en su investigación *Salud Materna Indígena en Mujeres de Nasa y Misak del Cauca* que su atención se centra en las comunidades Nasa y Misak en el departamento de Cauca, Bogotá informa de un estudio realizado durante 2008 y 2009, donde se concluye que para la comunidad Nasa las mujeres primero son madres antes que esposas, capacidad fecundadora que se pone a prueba en el período previo a la unión de la pareja durante el período de convivencia. En Antioquia, los Embras (comunidad amerindia ubicada en los alrededores de Colombia, este de Panamá y noroeste de Ecuador), la maternidad está vista como la manera que tiene la comunidad de preservar la etnia, a través de su función biológica que reproduce la sociedad y la cultura de los pueblos originarios de la zona.

Está mal visto por la sociedad emplear métodos anticonceptivos y completamente prohibido la realización de abortos, por lo que las mujeres en estas comunidades tienen múltiples partos y pasan gran parte de su vida grávidas o amamantando.

Para estas mujeres indígenas, la sexualidad estaba íntimamente ligada a la reproducción, dando como resultado la normalización del embarazo a edades tempranas. Se constata en un estudio realizado en 2001 que las mujeres pasan gran parte de sus vidas amamantando o embarazadas, sin embargo, en un informe redactado en 2014 para la misma comunidad, se observaron cambios con respecto a esta percepción de la sexualidad y la reproducción. Sí manteniéndose la edad temprana para la formación de parejas e inicio de relaciones sexuales, pero ya no visto desde un lugar meramente conjunto.

Estos cambios están ligados a las transformaciones sociales, donde las mujeres, con mayor accesibilidad a los estudios formales, tienen nuevas percepciones y objetivos personales, se sitúan en lugares de liderazgo y empoderamiento personal, llegando a primar la autonomía y logros personales antes que la maternidad.

Aunque si bien estas elecciones son personales, en el embarazo las mujeres de estas comunidades siguen rigiéndose por normas culturales preestablecidas, que

en caso de no ser tenidas en cuenta pueden acarrear serias complicaciones para la mujer y su embarazo según su cosmovisión.

Entre sus prácticas culturales se encuentran el equilibrar a esa mujer madre y el feto cuando se anuncia un embarazo, a través del uso de plantas denominadas calientes, estadio que depende de las características intrínsecas del alimento y no de su cocción (papa guata, toronjil, tomillo, yerba-buena, orégano), que aportan beneficios a la mujer y al feto, respondiendo a una concepción termo-dual, es decir el equilibrio entre los estadios cálidos y fríos del embarazo. Estos alimentos calientes, junto con el caldo de gallina vieja y el chocolate caliente deben ingerirlo las mujeres puérperas, y no deben salir de sus casas hasta un mes posterior al parto.

La limpieza espiritual no solo es para la madre (para evitar los males del feto y recién nacido), sino que debe involucrar a toda la familia, y se realizan con el uso de plantas medicinales. Su no realización implica desequilibrios que afectan a la comunidad.

Las mujeres de Nasa confían en la medicina tradicional, por lo que prefieren tener los partos en sus domicilios, y la partería goza de prestigio social entre las comunidades indígenas, sin embargo, hay diferencias en cuanto a los motivos por los cuales se acude a solicitar estos servicios. En el caso de las mujeres de Emberá y las Wounaan (comunidad indígena ubicada en territorios de Colombia y Panamá) concurren a la Partera cuando sienten alguna molestia o cerca del parto, sin embargo en la cultura de Zenúes (territorio colombiano), hay asiduidad en relación a la visita de la Partera, para la acomodación del feto en el útero y tener un seguimiento de la salud de la mujer.

Entre las prácticas que realizan las Parteras se encuentra sobar a la madre, acción que consiste en masajear el abdomen materno, no solo para acomodar al feto para el parto, sino también para aliviar malestares y dolores a las mujeres producto de una incorrecta posición fetal. El baño con agua de brevo es también una costumbre muy difundida en las comunidades indígenas de estas zonas, ya que permite que el Trabajo de Parto se acelere, sacando el frío de la madre, causante de los males y complicaciones con respecto al embarazo en la madre. Y la siembra de la placenta en algún lugar de la casa indicado por la Partera implica una conexión con el territorio y la familia, es un acto profundo y de gran connotación simbólica para la cultura, y esta acción queda a cargo de la familia de la madre.

El parto en vertical está muy difundido en estas comunidades, donde es la mujer quién se encarga de posicionar una cuerda para el Trabajo de Parto, también puede ser en posición de cuclillas o sobre las rodillas, las autoridades indígenas exigen la presencia de una Partera o Partero para acompañar este proceso, las mujeres también están acompañadas por sus familias.

Sin embargo, en los casos donde la medicina tradicional no es suficiente, a las mujeres de estas comunidades, especialmente de Nasa se les acompaña a los centros de salud donde se practica medicina occidental para una asistencia complementaria. Esta recomendación es realizada por la Partera, pero la decisión corresponde al varón (pareja de la mujer) quien decide si dicha sugerencia es llevada adelante.

En los servicios de salud formales, (según la visión de las mujeres indígenas) con la medicalización del parto se emplean acciones invasivas y no se respeta ni promueve las prácticas y costumbres de las mujeres y sus familias, en consecuencia, muchas mujeres desisten de concurrir a estos lugares donde la medicina “formal” ignora sus costumbres (Castillo et al., 2016).

### **Región Cordillera de los Andes ecuatorianos**

En Ecuador actualmente hay catorce nacionalidades y dieciocho pueblos indígenas, junto con pueblos afroecuatorianos, montubios y mestizos, en donde hay diferentes tipos de sanadores que reciben un nombre particular según la zona.

En algunas zonas del territorio ecuatoriano no existen las Parteras tradicionales, y son los varones de la familia los encargados de desempeñar los labores de la asistencia a los partos, e incluso a veces las mujeres tienen sus partos solas.

Según González (2014) “los sistemas médicos indígenas generalmente contemplan aspectos socioculturales, religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, abarcados por una visión holística que integra cuerpo y espíritu” (González, 2014, pp. 89). Es así que el cuidado debe estar regido por el cuidado del cuerpo, resguardo de los peligros emocionales, y de la protección del espíritu, convirtiéndose el parto en un hecho social que involucra el saber tradicional.

Entre las prácticas de las comunidades indígenas de Ecuador están presente la ingesta de infusiones de bebidas con trago y canela antes, durante y después del parto, o infusiones de (pelo de choclo, anís, higo, pera, etc.) endulzadas con panela, para que la mujer conserve el calor en el alumbramiento, respondiendo a la concepción de frío-calor del embarazo, apuntando hacia el equilibrio.

Las Parteras también se encargan de preparar “infusiones, como el agua de albahaca, de chunguil negro, de flor de achira, de ruda, de pepa de aguacate o de pepa de chirimoya” (González, 2014, pp. 80), lo que contribuye a acelerar el Trabajo de Parto, favoreciendo la dilatación cervical y por poseer acciones analgésicas.

Para ayudar a las mujeres en el Trabajo de Parto se les hace poner el poncho y gorro que llevan sus parejas en el día para que tengan más fuerza en este momento. La familia limpia y contribuyen a la adecuación del lecho

donde se dará lugar el nacimiento en la casa, aunque solo estén presentes en el momento del parto la pareja y la suegra de la embarazada además de la Partera.

La posición preferente entre las comunidades indígenas ecuatorianas para el parto es en vertical con diversas modalidades, en cuclillas, de rodillas, sostenidas por las axilas por sus esposos, sujetas a una soga colgando de una viga o del techo, en cuatro apoyos...

Durante el parto se le afloja a la embarazada la faja, y los collares para que no pierda fuerzas, así como se le cubre la cabeza por esta misma razón, mientras son masajeadas por las Parteras en la espalda, abdomen, cadera y cintura, arrodillándose hacia delante ante la contracción comprimiendo la parte baja de la espalda para contribuir a que se “abra el hueso”, y se haga más fácil el parto.

Una vez nacido el niño, se lo limpia mientras la madre expulsa la placenta, y si no lo hace se le estimula el reflejo de vómito con una pluma de gallina en la garganta, la Partera sopla humo de tabaco sobre la cabeza de la mujer, o se calienta un plato de barro y se le coloca encima de ella; se le hace soplar una botella vacía o le masajea el abdomen, e incluso se le da agua de anís de pan, flores de alfalfa con hojas de zanahoria blanca para ayudar a la expulsión de la misma.

Inmediatamente luego de esto, es la Partera quien sostiene la cabeza de la mujer y se le coloca una faja en torno a la cintura para evitar la subida de sangre a la cabeza, para inmediatamente realizar las acciones que corresponden al recién nacido entre las que se encuentran el cortar el cordón umbilical con hoja seca del sigse, con un cuchillo o también con unas tijeras, cortándose de una cuarta cuando es varón para que tenga un pene más largo, y de quince cm si es mujer para que la vagina se distiende de ese tamaño para dar a luz y tenga partos rápidos y fáciles, fijándolo con hilo rojo de borrego (color con significancia buena), y se le pinta con la sangre del cordón las mejillas del recién nacido.

En este país se creó en 2008 una *Guía Técnica de Atención al Parto intercultural*, dado que múltiples investigaciones realizadas en las comunidades indígenas y afroecuatorianas, dieron como resultados una gran cantidad de informes en donde se visualizaba la insatisfacción de estas comunidades en la asistencia al parto y Trabajo de Parto. La medicina implementada en los servicios de atención formal, tenían ciertas características en su asistencia, que no se correlacionaban con la demanda social de sus nacimientos y de sus procesos de parir. La idea de implementar esta guía consistió en formular protocolos de atención obstétrica en base intercultural.

De igual manera González (2014), afirma que el acontecimiento del parto pierde valor en los hospitales dado que las mujeres están solas, sin el acompañamiento familiar de su domicilio, y que además el personal de salud no tiene los recursos para brindar una atención especializada y no dispone de mucho

tiempo para atender a la mujer embarazada, que no habla el mismo lenguaje técnico por lo que no es bidireccional el diálogo, además de los costos de la atención (pública o privada), provoca que la población indígena no consulte en los servicios de atención formales, y continúen sus prácticas en su territorio con la atención de la Partera tradicional.

Habitualmente la atención institucionalizada está teñida por la jerarquía médica estableciendo una relación de poder sobre la mujer en base a los conocimientos teóricos-instrumentales, no respetando las realidades sociales y culturales de las mujeres, principalmente las indígenas, aumentando una brecha cultural, que se evidencia a través del uso indiscriminado de sus cuerpos en Trabajo de Parto como forma de aprendizaje, sin consentimiento y sin cuidado del pudor de las mujeres, llegando a ser examinadas en reiteradas ocasiones por múltiples estudiantes durante su paso por los hospitales.

Es así que en 2008 también se reconoció en Ecuador a través de la Constitución “que el Estado garantizará las prácticas de la medicina ancestral mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos, medicinas e instrumentos” (González, 2014. pp. 91), siendo implementada por ejemplo la presencia de Parteras tradicionales como articulantes en estas cuestiones sanitarias y sociales.

### **Región Cordillera de los Andes bolivianos**

En la cultura Aymará Giles (2007) explica que el embarazo y parto son momentos o episodios críticos por los cuales atraviesan las mujeres. En el momento del Trabajo de Parto y parto, se llama a la Partera *usury*, y están presentes el marido y la suegra. El parto se da generalmente en la cocina, teniendo en cuenta que es donde se encuentra el fuego, por tanto el calor para el parto.

Si el parto se complica, se sacude a la mujer en una *awayu* que es una tela rectangular, textil de muchos colores que las mujeres emplean para llevar a sus niños cargándolos en sus espaldas. Ésta técnica lo que permite es acomodar al niño en el útero. Si no mejora la situación se llama al *Yatiri* “el que sabe”, quien con hojas de coca, diagnostica el problema, y realiza recomendaciones para su solución.

Para acelerar el parto, y ayudar en el proceso a la madre, las acompañantes se encargan de realizar masajes con pomada a base de grasa de vaca negra mezclado con hierbas molidas, y simbólicamente contribuyen en su rapidez a partir del destejer o tejer en sentido inverso alguna prenda que la embarazada hubiera estado tejiendo en el último tiempo para desenredar el cordón del recién nacido (Giles, 2007).

En el momento del parto se esparce incienso y se coloca un cuchillo en la entrada de la puerta para proteger al niño y a la madre en esta transición de los “espíritus malignos”. En esta cultura los recién nacidos son muy importantes ya que

“pertenece al achachila, espíritu del cerro que tutela y protege a toda la comunidad” (Giles, 2007, pp. 5).

El cordón se secciona con material de piedra, evitando usar metales, y en caso de que la placenta demore en salir se ata el cordón umbilical a la pierna materna.

La placenta para esta cultura, tiene connotaciones diversas, entre ellas está la que es el “hermano monstruoso” del recién nacido, por tanto se debe tener ciertos cuidados en su manipulación para evitar que éste se enoje y pueda enfermar a la madre o al niño. Por lo que al ser extraída, es lavada y adornada con flores y se adereza para enterrarse en el patio de la casa como ofrenda a la “Pachamama”, o también empleada para separar lo bueno de lo malo empleándola en medicinas o colgando fragmentos en diferentes partes del hogar para proteger al recién nacido de ciertos espíritus.

La población indígena de Bolivia, es considerada de mayor vulnerabilidad, siendo discriminadas las mujeres por ser indígenas, pobres y mujeres, lo que realza las problemáticas en cuanto a morbilidad materno-infantil.

Según datos de la ONU Bolivia tiene uno de los porcentajes más altos de mortalidad materno-infantil, problema para el cual se han creado estrategias para disminuir esas cifras.

Con la toma del cargo de presidente de Evo Morales, primer presidente indígena del país, Bolivia aprobó el “Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural”, lográndose crear lugares de asistencia a partos con características específicas, adecuándose a las costumbres indígenas.

En Bolivia actualmente, en los servicios de salud formales (clínicas u hospitales) existe trabajo en conjunto del médico y la Partera. Ésta última emplea el uso de plantas medicinales y lleva adelante acciones que tienen vinculación con lo que la cultura reproduce internamente, como por ejemplo rituales u oraciones que tienen gran valor.

### **Región Cordillera de los Andes chilenos**

Para la cultura atacameña, el nacimiento de un niño en su vida es un acontecimiento que tiene ciertos cuidados y ciertas acciones tendientes a esperar la llegada del niño o niña como un acontecimiento importante. Unos días antes del parto las mujeres cesan de sus labores usuales para preparar las casas o el lugar donde se llevará a cabo el nacimiento. De esta manera, generalmente se prepara una habitación destinada para esas cuestiones, en donde se colocarán varias mantas en el suelo. Generalmente se realiza en alguna pieza que tenga fuego, como la cocina.

La autora Lizana (2016) en su tesis *Embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño de la comuna de San Pedro de Atacama* describe que en el Trabajo de Parto las mujeres se permiten hacer lo que su propio cuerpo les dice, se escuchan y adquieren diferentes posturas o movimientos que le favorecen para transitar el dolor de este momento, así como para acelerar el proceso ellas se mueven, se agachan, se sientan, se recuestan sobre la cama.

En cuanto al momento del parto, la posición considerada más cómoda es la de cuclillas o arrodilladas, ya que se menciona la fuerza de la gravedad como estrategia de ayuda al nacimiento.

Mientras la mujer se encuentra con contracciones, se le dan infusiones de manzanilla, canela, perejil y ruda, y en algunos casos se les daba alcohol o mate caliente, ya que estos elementos aparentemente aceleran el parto.

En su tradición las mujeres atacameñas son conocedoras de las cuestiones del embarazo, parto y puerperio sea por los relatos entre las mismas, apreciándose los saberes que pasan generacionalmente, de igual manera los niños varones son conocedores de esto sea por relatos de las mujeres o por su presencia en los partos para ayudar en lo que se les solicite.

La placenta así como el cordón tienen connotaciones sagradas, por ser la fuente que le dio alimento y vida durante el embarazo, es enterrada generalmente por debajo de algún lugar donde haya fuego, y se le agrega sal, carbón o agua bendita para protegerla y aislarla de este mundo, debe ser enterrada en un lugar donde no sea fácilmente desenterrada, ya que el que esté guardada implica necesariamente la protección de la mujer y del niño.

En la actualidad las políticas de Salud han cambiado, el nacimiento deben ser realizados en instituciones sanitarias, por lo tanto se convierte en importante el traslado de estas mujeres a los lugares de asistencia hasta tres días antes del nacimiento, cuando se percibe como cercano, para evitar que los partos se desarrollen en los domicilios. Algo que se dio por "rigor", obligándolos y justificando que los partos en domicilio eran considerados de índice de pobreza y subdesarrollo para la salud de un país.

Según las autoras Alarcón y Nahuelcheo (2008), en su estudio *Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas*, recogen relatos referidos al parto en la comunidad mapuche, también ubicada en los Andes chilenos. Se toman en cuenta dos percepciones o categorías conceptuales que se desprenden de la lectura con relación al Trabajo de Parto, desde una visión que involucra los fluidos corporales, la sangre y la placenta y el significado que tiene el nacimiento de un niño para la cultura mapuche.

Es importante tener en cuenta que en esta cultura, la concepción social radica en que las mujeres deben estar acompañadas por alguien, sea un familiar, la

pareja o una Partera en el momento del Trabajo de Parto, o por la protección de sus propios espíritus. La embarazada no puede estar sola porque los espíritus malos pueden aparecer y hacer que sufra para tener a su hijo o provoque alguna complicación, el Trabajo de Parto y parto según su cosmovisión, es un momento en donde la mujer está abierta a la naturaleza, por tanto está más expuesta a este tipo de peligros.

Desde la visión del cuidado de la sangre y los fluidos corporales, afirman la importancia de lavar todos aquellos elementos usados por la embarazada en agua corriente o quemar todos aquellos elementos que estuvieran manchados con sangre, dado que otras personas podrían emplearlo para hacerle algún tipo de mal para la mujer o para su hijo.

En los relatos obtenidos de la investigación hay una coincidencia en la forma de parir, donde las mujeres paren en posición de cuclillas, o “hincada”, al lado de la cama y sobre una sábana blanca, además de jalar de una tela “lazo” o “manta”, que se cuelga del techo. Según su “lógica cultural”, los partos son estadios cálidos, y eso implica que por su forma de concebir el embarazo y la naturaleza de ello, las mujeres durante el mismo deben tener ciertos cuidados como no enfriarse “agarrando un aire” o ingerir alimentos que son considerados fríos, por eso tienen una alimentación que se basa en estas creencias.

En cuanto a las atenciones hospitalarias, las mujeres entrevistadas conocían que era algo bueno y positivo para su salud y la de sus hijos, sin embargo, expresaban su disconformidad con la situación de que no se realizaban los cuidados necesarios con respecto a la sangre y la placenta, donde la modalidad de limpieza de los lugares hacían que no se tuvieran en cuenta las creencias antes mencionadas, además de la soledad en la que se encontraban esas mujeres por cuestiones económicas que no podían estar acompañadas, encontrándose lejos de sus otros hijos, familiares, casa. Así como el empleo de medicinas intervencionistas como la reiteración de los exámenes del canal de parto.

Desde la percepción cultural, el nacimiento de un niño o niña mapuche es un evento que refuerza las cuestiones de sociedad, es celebrado no solo por la familia, sino por la comunidad, siendo un acontecimiento de importancia social y cultural.

“La existencia de un modelo etnofisiológico capaz de armonizar explicaciones biológicas y culturales (...) el proceso reproductivo de la sociedad mapuche actual está moldeado por las estructuras sociales y políticas del Estado chileno” (Alarcón & Nahuelcheo, 2008, pp. 199 - 200).

El estudio concluye que los temas referidos a la reproducción humana no son hechos simplemente biológicos, sino que tiene íntima relación con las cuestiones sociales y culturales. Hechos que cambian y se modifican a través de los años, que construyen nuevas formas de ver y de pensar la esfera social. Las autoras hablan de la dinámica de los fenómenos culturales dado por el pasaje de un espacio social

a otro o ante la imposición de la cultura hegemónica, en este caso referido a la medicina.

### **Región Cordillera de los Andes - grandes llanos amazónicos peruanos**

Perú presenta un territorio geográfico muy variado que ha propiciado el florecimiento de muchas culturas, con sus propias estructuras sociales y costumbres. Esta pluriculturalidad también alberga una rica medicina tradicional.

La cosmovisión andina-amazónica exalta la vida, integra en sus raíces un intercambio recíproco entre el hombre y la naturaleza, donde la interacción con el otro se sostiene gracias a un equilibrio natural. Enmarcada en ella, el embarazo, parto y puerperio, son vistos con “profundo respeto” y significatividad, convirtiéndose en un hecho que trasciende lo puramente biológico para dar lugar a ser un fenómeno social y cultural que organiza la vida social de un grupo.

Aquí se hace referencia a las comunidades Awajun y Wampi, quienes tienen un gran vínculo con todo lo que les rodea, los animales, la vegetación, la geografía, el sol, los astros, todo emite ciertas señales, que son interpretadas por cada uno de sus integrantes, de una forma particular, a partir de un lenguaje de símbolos complejos y cada uno tienen mensajes particulares.

Ellos se basan en la alimentación como fuente de equilibrio para realizar las diferentes actividades en las que se desempeñan a diario en su propia vida, así como las mujeres embarazadas deben someterse a una dieta estricta para permitir que llegue al momento del parto en buenas condiciones.

Medina y Mayca (2006) recogen un rico y extenso conjunto de hábitos, costumbres y creencias asociadas a las diferentes etapas: anunciación, gestación, parto y puerperio. Pero en el presente trabajo se recogen aquellos que aportan específicamente al Trabajo de Parto.

En el área rural, las mujeres prefieren tener sus partos en sus hogares, acompañadas de Parteras, entre sus propias pertenencias, en su espacio, y con sus comodidades diarias.

Cuando la mujer “se pone de parto”, la Partera, o la persona que se encarga de guiar todo el proceso se encarga de colocar y asegurar un palo de forma horizontal para el momento del parto que servirá de apoyo para la mujer así como para el padre, Partera o el acompañante. En el mismo artículo menciona la gran cantidad de producción artesanal de diversas culturas peruanas que demuestran que para estas culturas el parto se realizaba en posición vertical de pie o en cuclillas.

Relato de una partera wambisa, quien explica el origen de las técnicas y el uso de los conocimientos ancestrales en el proceso del parto: Antes dicen

que entre los hermanos se procreaban, y cuando la mujer estaba embarazada y ya iban a tener el niño, el hombre lo partía a la mujer por la mitad para tener al bebé, y el hombre era el que daba de lactar porque él era quien tenía la teta, y el era el que criaba al recién nacido, porque la madre moría. Un día el marido de una señora embarazada se fue a su chacra, a sembrar maní, y le dice a su mujer, quien se encontraba en los días del parto, para que vaya a ver su siembra, porque ella tiene que dejarlo probando pues ya tenía que morir, la señora se iba sola por el camino en dirección a su chacra, y encuentra a una rata que se convierte en una persona, y la rata le dice a la mujer que le de una parte de su chacra para que ella pueda comer y a cambio le ayuda a dar a luz, y ella aceptó. Por eso aprendió la mujer a amarrar el palo atravesado para que se pueda afianzar, para eso la rata pidió ayuda y llamó al conejo, añuje, majaz, cuy y al punchana. Pero el conejo le dice no puedo ayudarla, porque se hinchará su vientre cuando da a luz y sangrará mucho. El cuy le dijo yo no la agarro porque yo tengo mis hijos muy seguidos, el majaz le dijo no te ayudo porque yo no me puedo levantar rápido cuando doy a luz, entonces el añuje, la rata y la punchana ayudaron a la señora a dar a luz, entonces el añuje toca la cabeza de la mujer y lo notaba que estaba caliente, uno lo agarra de los brazos hacia arriba y el otro agarra de la cintura, y al final la mujer dio a luz; cortaron el cordón umbilical con la morona, después la mujer y el bebé volvieron a la casa y la mamá lo envolvió en hojas de plátano. Luego la rata le aconsejó que al bebé lo debe tener cerca de la candela, le debe dar de lactar, y comer, pues hasta ese entonces la mujer no sabía dar a luz (Medina y Mayca, 2006, pp. 27).

Hay algunas creencias sobre el consumo de ciertos alimentos vegetales o animales para favorecer el proceso: por ejemplo el consumo de clara de huevo para que el parto sea más rápido, o ciertos brebajes (jengibre en infusión y frotación, o también *mikut*) en los casos de retención de la placenta o para cortar el cordón. O

tener en cuenta las condiciones ambientales de calor y frío, para que se de un buen parto.

Estos conocimientos tradicionales son conocidos extensamente por las Parteras, quienes recogen de la tradición oral de los ancestros dichos conocimientos.

Con respecto al alumbramiento, la placenta, es concebida como un ser más, que vivió durante toda la gestación en conjunto con ese recién nacido, por tanto es considerada sagrada, y no puede ni debe ser botada a la naturaleza, dado que podría generarle problemas al niño recién nacido. Por ello se entierra la placenta debajo de la cama de la madre como un ritual, lo que garantiza el bienestar, seguridad, y fuera de peligro de brujerías, sino, que le brinda estabilidad y equilibrio emocional a la madre, y permite que en el futuro, ese niño/a, no se llene de sentimientos de odio, desamor, y genera un vínculo con la comunidad impidiendo que se aleje al concebir matrimonio o simplemente crecer. También existen algunas prácticas asociadas a hierbas medicinales y procedimientos que ayudan al proceso de desprendimiento de la misma.

En Perú y como en otros países de Latinoamérica, muchas mujeres se resisten a usar establecimientos de atención obstétrica y neonatal de urgencia (AONU) debido a que sienten que las personas que trabajan allí no le prestan la atención suficiente a sus necesidades y que muestran poca sensibilidad a culturas locales.

Medina y Mayca (2006) firman que muchas mujeres prefieren no tener sus partos en los hospitales, entre ellos se destacan el no respeto por las creencias culturales y religiosas de cada persona, el difícil acceso a los sistemas de atención sanitaria contando únicamente con Parteras tradicionales, la subestimación del rol de la Partera desde el punto de vista social, donde el médico tiene mayor estatus y por tanto quien es atendido por éste también tiene mayor estatus. La falta de conocimiento de las competencias de las Parteras dada su formación limitada en muchos casos.

### **Región grandes llanos boliviano-paraguayo**

Las Parteras se encargan de sobar, para permitir que la posición de los fetos se acomode de manera longitudinal en la cultura Chiquitana, Guarayo y Ayoreo, colocándose previamente aceite en las manos. En las últimas semanas se debe sobar bastante para acomodar al feto para que nazca, haciéndose un control estricto del embarazo por si el feto cambia de posición previo al parto para acomodarlo.

Para evitar abortos y tener buenos partos, las Parteras recomiendan una alimentación nutritiva y que se saquen los antojos de dulces. La embarazada no

puede realizar trabajos físicos pesados, y deben evitar la exposición al sol, viento y frío.

Los indígenas trabajan con infusiones, aceites y cataplasmas para tratar diferentes enfermedades.

Entre las reglas que tienen para reducir los riesgos, es que sólo los familiares más cercanos tienen derecho a testimoniar el parto entendiéndose que la presencia de otra persona podría ser nociva para el bebé.

El lugar del parto es casi siempre el dormitorio, pudiendo usarse una hamaca.

La creencia en seres, y fuerzas sobrenaturales cobran gran importancia en el trabajo de las Parteras. Están ligadas a situaciones en las que la vida de la madre y del bebé está en juego, amarrar la placenta a la pierna de la madre evita que vuelva a entrar al vientre. Una vez finalizado por completo la expulsión, ésta es enterrada en el patio de la casa de la mujer.

Según la creencia Chiquitana, los varones se reproducen más rápido que las mujeres en la fase embrionaria.

Entre los ayoreos, las fórmulas mágicas empleadas juegan un rol importante.

En la cultura Chiquitana deben estar presentes la menor cantidad de personas en el parto, para favorecer y ayudar a que todo salga bien.

Cuando hay alguna clase de complicación detectada por la Partera o Partero, la mujer es referida a un centro médico, acompañándose hasta el hospital.

En Paraguay, Giles (2007) cuenta en su artículo *Embarazo y Parto* que cuando el parto se complica, se cuelga a la mujer de una soga desde el techo o la hacen arrodillar y se le golpea las nalgas. Para el alumbramiento, las mujeres deben portar los sombreros de sus maridos, y los leños del fuego deben ser reacomodados de manera tal que las partes quemadas queden hacia afuera y las no quemadas hacia dentro. Dándole de beber té de manzanilla bien salado a la mujer recién parida.

### **Región grandes llanos argentinos**

La población guaraní ocupa los actuales territorios de Argentina, Brasil, Paraguay, Bolivia y suman más de cien mil personas. Dentro de ella aparecen parcialidades: Aché, Avá o Ñanadeva, Mbyá y Paĩ o Kaiowa.

La comunidad Mbayá guaraní, ubicada en territorio argentino asentadas en las provincias de Salta y Misiones, se rigen por un sistema religioso y de creencias muy profundo, que condiciona cada aspecto de sus vidas diarias, su organización, y su solidez como comunidad.

Enriz (2010) introduce a la cultura Mbayá de la siguiente manera:

Desde esta perspectiva, los mbyá son quienes —a diferencia de los animales— adquirieron el lenguaje humano y obtuvieron sus respectivos nombres, una vez que el Padre Ñamandú hubiera creado la tierra en el extremo de su vara. Existen siete planos superiores donde se ubican los dioses, y el cielo que vemos se encuentra sostenido por cuatro varas. Los mbyá y los animales habitan en este mismo plano, pero los primeros lograron el don de la palabra que permite, por sobre todas las cosas, la comunicación con los dioses.

En esos tiempos todo era monte. Los animales se fueron encargando de las primeras transformaciones, que dieron lugar a las praderas y campos. La religiosidad mbyá sostiene que cuando fue creada la tierra, el Padre Primero Ñamandú Ru Ete pidió a cuatro deidades que generaran las almas de los hombres. Estas fueron Ñamandú, Jakaira Ru Ete, Karai y Tupã. Él solo se encargó de enviar los signos que diferenciarían lo femenino de lo masculino, inspirando sus respectivos cantos sagrados (Enriz, 2010, pp. 121).

Con respecto a su organización, y en lo que tiene que ver específicamente con el nacimiento de un nuevo ser, plantea que son las deidades quienes le comunican al líder espiritual/religioso (anciano) *opygua*. Él es el encargado de dirigirse a los padres con la noticia, momento en el cual los mismos comienzan una serie de acciones para convertir en segura la llegada del nuevo integrante de la comunidad, esto se denomina “*ombo apyka* (lograr asiento) o *bien ayvua* (hallarse), (...) que implica sentirse a gusto en el lugar; es una condición necesaria para que cualquier persona permanezca en el tekoa (lugar donde habita el grupo)” (Enriz, 2010, pp. 122). Este conjunto de rituales asociados al nacimiento se denomina *couvade*.

Para los Mbayá guaraní “la gestación de un nuevo ser supone dos procesos: por un lado, la llegada de un alma, enviada por los dioses desde cierto sector del cielo. Por otro lado, la fabricación o producción del cuerpo en el vientre de la madre” (Enriz, 2010, pp. 122).

Al respecto, Rivière (1974, en Rival 1998) puntualiza que en la couvade quien se consolida (o nace) es el alma, ya que el nacimiento no es más que un paso en la formación del bebé, un proceso que comienza en el útero y continúa en el periodo posterior al parto durante el tiempo que dura la couvade, instancia en que se constituye la persona como tal (Enriz, 2010, pp. 123).

La autora plantea que a partir de que comienza a “formarse el niño” existen una serie de prescripciones de comportamiento y alimentación que deben llevar adelante los padres. Como por ejemplo la permanencia del hombre en el tekoa sin ir a cazar al monte, o la no alimentación de la mujer con animales. Para ello, los parientes cercanos colaboran con la pareja durante este período garantizando su subsistencia. El texto hace una interesante reflexión acerca del rol femenino y masculino en la concepción del niño/a: “así como durante el embarazo el rol femenino es concebido como pasivo, durante el primer tiempo de la vida se considera que el alma del niño se mantiene ligada al padre, pero para lograr que tome asiento es necesaria la activa participación materna” (Enriz, 2010, pp. 124). Hay una alternancia entre la importancia de los roles, pasivos o activos de los padres para la concepción.

Se hace énfasis en todo este proceso de concepción, porque la cultura del nacimiento para esta comunidad guaraní está concebida como un proceso con diferentes etapas y desmembrarse o hacer hincapié simplemente en el Trabajo de Parto implicaría introducirse parcialmente en la comprensión de la misma. Ya que ciertos procesos vinculados a creencias religiosas, que se inician en las primeras etapas, tienen tras el parto una conclusión.

En esta comunidad, existe la posibilidad de parir de dos formas: la tradicional, acompañadas por las mujeres mayores en la casa del anciano de la comunidad, o en centros de salud sin la compañía de sus familiares. La mayor parte de estas mujeres prefieren que sus partos de la primer manera debido a la confianza de quienes las atienden, por la compañía de sus seres querido, por sus valores del origen espiritual de la llegada de un niño/a, donde el alma habitará el cuerpo y, asociado a la necesidad de reconocer la procedencia del nombre (que indican a cuál de las cuatro zona o deidad de la esfera celeste corresponde el alma del niño/a), es entregada por los dioses a los líderes religiosos. La elección del nacimiento en hospitales está ligado a que podrán ser asistidos en casos de dificultad médica y porque es la manera de registrarlos y evitar que puedan quitarle sus hijos (ligado a “circuitos ilegales de la adopción”). De todas formas, el acceso a la salud no está exento de dificultades.

Lo interesante de esta concepción espiritual es que la gestación y el nacimiento son eventos importantes en la vida de esta comunidad guaraní y están sustentadas en prácticas y creencias que implican al colectivo. El nacimiento es en efecto, el resultado de la interrelación entre los dioses y los hombres, es un proceso co-creativo llevado adelante en conjunto para garantizar la supervivencia del “alma”. Esta comprensión del niño como “alma”, diviniza el nacimiento.

Según González (2001) en su tesina *Conociendo lo nuestro. La cultura de los grupos guaraníes del río Paraná y su construcción del sistema alimentario actual* habla sobre un área específica donde aún residen guaraníes, y que en la actualidad no todos los guaraníes viven en comunidades y están dispersos. Este es el caso de isleros del Paraná Medio hasta el final de Río Guayquiraró, comprendiendo los territorios de Entre Ríos, Corrientes, Costa de Santa Fe y litoral de Misiones. Éste es el asiento de culturas descendientes de guaraníes y descendientes de europeos (rusos, alemanes, italianos) existiendo también criollos, donde las costumbres se entremezclan y conviven diariamente. En esta cultura, que guarda algunas costumbres de vida como lo es el caso de su alimentación, encontrándose entre sus funciones el ser agricultores y cazadores.

En esta zona, las mujeres tienen un papel que gira en torno a la reproductividad centrándose en su función biológica, lo que le brinda prestigio y reconocimiento social. La autora las describe como “mujeres fuertes, sanas, “paridoras” por excelencia: madres jóvenes con más de cuatro o cinco hijos” (González, 2001, pp. 16).

Estas mujeres ante la situación del parto emplean tanto la medicina tradicional o empírica y la científica, resultando una mezcla entre ellas. Si el parto es normal y se cuenta con suficiente tiempo son trasladadas al hospital más cercano, en el caso de un parto inminente y rápido, los mismos son asistidos en la isla con la ayuda y colaboración de otras mujeres que ofician como Parteras.

### **Región Macizo brasileiro**

Frayssinet (2012), afirma que según el Ministerio de Salud de Brasil, se asisten alrededor de 41.000 partos registrados de mujeres en sus domicilios, aunque se estima que el número es mucho mayor, entre los que se encuentran mujeres que viven en zonas rurales, selváticas o ribereñas, los cuales son asistidos por comadronas tradicionales, constituyendo una situación de exclusión y de aislamiento.

Tornquist y Lino (2005), concluyeron en su investigación que para las mujeres en Valle del Jequitinhonha, hay una concepción donde el clímax del parto y la parte más importante es el alumbramiento y la salida de la placenta, recibiendo esto la denominación de parto como tal, aunque este proceso se continúa hasta que las mujeres se recuperan de este acontecimiento, por lo que la vida del recién

nacido se vincula directamente con el destino de la placenta, motivo por el cual se entierra en diferentes lugares según sea varón o mujer.

Es por esto que el nacimiento no es particularmente un momento que requiera mucha atención, dado que las mujeres saben cómo parir y tener a sus hijos e hijas, sin embargo en donde sí requieren de asistencia es en el momento del alumbramiento, procurando que la placenta sea correctamente expulsada.

Los conocimientos del embarazo y parto son comunes a todas las mujeres en esta comunidad, y se cree que todas las mujeres son potenciales Parteras, y es esto lo que les confiere un poder relativo a ellas.

Para el parto es preciso que se caliente el lugar donde se dará a luz y que el mismo esté limpio, se envía a los varones presentes que salgan de la casa, y la Partera solicita a la embarazada que deambule a modo de sugerencia y no de exigencia, ya que esto pretende impulsar la confianza en sí misma. Se emplean aceites para la expulsión de la placenta, y es la Partera la responsable de atender la lactancia de los recién nacidos en caso de que la madre no pudiera.

Las mujeres beben las llamadas queimadinhas (té hecho de hierbas con cachaza quemada) que permite la relajación de la mujer y acelera el parto. En los partos complicados es usual que las parturientas se coloque una camisa o pañuelo del marido para tener más fortaleza, y el empleo de objetos masculinos es tenida en cuenta cuando los objetos y las maniobras femeninas manejados por las Parteras no son suficientes.

Hay una utilización del genérico masculino para denominar al recién nacido, donde se le adjudica el chico-varón o chico-mujer para identificar el sexo de éste, rodeando a este acontecimiento con la presencia masculina, sea desde la denominación o con la presencia de Dios en el parto, el cual representa una presencia masculina.

Aunque las decisiones en torno a esto son tomadas por las mujeres, el lugar donde se dará el nacimiento, lo que hay que hacer para disminuir el dolor, qué hacer con los niños presentes en la casa, y los varones deben acatar estas indicaciones realizadas por las Parteras.

En esta cultura hay una creencia de que la forma en la que nace el recién nacido condiciona las características del mismo, por ejemplo si las membranas amnióticas se rompen justo a la salida del feto y le queda una película blanca sobre la cabeza al recién nacido, éste será muy inteligente, si tiene una circular de cordón, no tendrá una vida muy dichosa.

Las mujeres indígenas Pankararu según Cruz (2015) durante el embarazo toman té y se dan baños con hierbas de la zona denominados remedios do mato, así como reciben masajes abdominales para la acomodación del feto. Las embarazadas deben ser abiertas con la comunidad durante el embarazo, parto y

puerperio y no guardarse ningún secreto con respecto a estas situaciones ya que eso se traduce como sanciones y pueden ser acusada con chismes e insinuaciones de haber violado las normas culturales de la comunidad, y en consecuencia deben caminar sobre suelo frío descalzas o comer algún alimento prohibido, y en el parto sufrir atroces dolores.

En el parto, las mujeres eligen la posición de sus partos ellas mismas, si bien están acompañadas por las Parteras, sabedoras de rituales y oraciones a emplear en caso de que se requiera, y para enmendarse a las deidades de su cultura para un buen parto.

La placenta se entierra fuera de la casa, lejos, para que la tierra la coma y así la puérpera no vuelva a embarazarse rápidamente. Y la Partera tiene derecho de opinar sobre la crianza de ese niño/a al que asistió, por tanto todos los años de su infancia, el niño o niña es llevado a la casa de la Partera a ofrecerle regalos y bendecirla.

Tras el parto las mujeres no deben mojarse la cabeza, tomar sol, realizar actividades domésticas como lavar ropa o cocinar y deben recibir alimentos ligeros como caldo de gallina, y abstenerse de comer cerdo y otras carnes, así como de mantener relaciones sexuales hasta estar completamente recuperada.

En las instituciones de atención formal de Brasil, do Carmo (2018), en su artículo *Parto y nacimiento en Brasil: un escenario en proceso de cambio* menciona que en la actualidad se han implementado estrategias de salud para disminuir las intervenciones hospitalarias, dado que según investigaciones realizadas por Nacer Mejor, en 2014 había un excesiva intervención médica, con excedente de cesáreas, e incluso con realización de iatrogenia a las mujeres y a los recién nacidos. Es así que en los servicios de atención pública se destaca el desarrollo del Programa de Formación en Vigilancia del Óbito Materno, Infantil y Fetal, que tenía como objetivo el generar una base de datos para permitir información más precisa y así mejorar la atención a las mujeres. De la misma manera el proyecto denominado Red Cigüeña tenía una finalidad de dar acogida a las mujeres, y brindar una atención respetuosa y de calidad con respecto al parto y nacimiento.

En el sector privado se realizó un programa denominado Parto Adecuado, que tenía como finalidad disminuir el índice de cesáreas, así como permitir finalizaciones de gestaciones más allá de las 37 o 38 semanas de gestación, dado que los embarazos se interrumpían en estas semanas, y en consecuencia tenían altos índices de ingreso a unidades de cuidados intensivos, uso de oxígeno, hipoglucemias, problemas respiratorios, ictericia y otras complicaciones derivadas de la no adaptación a la vida extrauterina.

En 2017 el Ministerio de Salud desarrolló un modelo de atención denominado Apice-On, cuya finalidad es la preparación en los servicios de neonatología, y obstetricia para la atención del parto, nacimiento y aborto desde una perspectiva

humanizada y que garantice la seguridad y los derechos de las personas basados en evidencia científica.

### **Parámetros antropológicos de atención y asistencia al embarazo, parto y puerperio**

Dentro del diseño metodológico planteado para el presente trabajo monográfico se planteaba, el establecimiento de parámetros antropológicos a estudiar vinculados al proceso de nacimiento. Sin embargo, éste paso se realizó una vez identificados los textos bibliográficos para no sesgar, limitar y/o empobrecer la selección de las fuentes, permitiendo que dichas cualidades emergieran desde los relatos de cada cultura. A continuación se exponen los parámetros que aparecen reiteradamente, a modo de punteo para su entendimiento y agrupación genérica. Son un excelente punto de partida para futuros trabajos que quieran indagar y profundizar en cuestiones antropológicas vinculadas al parto y Trabajo de Parto:

#### Durante el embarazo

- a. El embarazo y parto son vistos como un hito social, donde la participación de la comunidad y la retroalimentación con la embarazada son fundamentales, desde el cuidado y atención así como la transmisión de los saberes entre experiencias de partos previos en otras mujeres.
- b. Entre las costumbres está muy difundido la realización de masajes abdominales y la soba durante el embarazo, en algunas culturas se realiza durante todo el embarazo, y en otras hacia finales de la gestación, pero todas coinciden que es una acción importante para acomodar al feto intraútero para evitar molestias a las madres y para que se encuentren posicionados adecuadamente para los partos.
- c. Coinciden en el hecho de que la mujer permanezca en su casa, realizando las tareas domésticas, algunas con menor intensidad, permitiendo que la mujer continúe con algo de actividad física, y evitando que el feto “se pegue al útero” y complique al parto, aquí el papel social cobra relevancia, dado que en algunas culturas el varón, que generalmente es el que sale a trabajar para traer el sustento a la casa, también debe permanecer en el hogar cuidando y atendiendo a la embarazada, por tanto la alimentación queda en manos de los vecinos, o familias que se encargan de aportar los alimentos necesarios para su subsistencia en este período, para permitir el nacimiento de un niño sano. El mantener relaciones sexuales está muy difundido entre estas comunidades dado por los beneficios que aportan al embarazo y parto.

#### Durante el Trabajo de Parto, parto y puerperio

- a. En las comunidades de las regiones andinas está muy presente una concepción termo dual en este proceso, lo que implica que debe existir un equilibrio caliente-frío, correspondiendo el embarazo y Trabajo de Parto a un

estadio frío, por tanto se debe lograr esta regulación a través de la ingesta de ciertos alimentos y realización de ciertas actividades, antes, durante y después del parto.

- b. Es muy común en las comunidades descritas el empleo de herbolaria a través de la ingesta de preparados infusorios conocidos como brebajes de múltiples plantas para acelerar, detener, o ayudar al proceso del Trabajo de Parto y parto, así como la recuperación posterior.
- c. En aquellos casos en los que los partos se realizan en domicilio, coinciden en que es preciso que en la habitación en donde se desarrolle el parto debe permanecer cálida, por este motivo generalmente es escogida la cocina de las casas por la presencia de estufas que permitan calentar el ambiente a través del fuego.
- d. Dentro de la cosmovisión americana, la mayoría de las culturas coinciden en la existencia de un equilibrio entre las energías femenina-masculina, interpretado a través de la utilización por parte de las embarazadas de ropa y accesorios de sus maridos, para lograr partos más rápidos y fáciles. Esta presencia masculina también puede estar dada por la presencia de elementos físicos y/o espirituales (como la presencia de deidades veneradas en la comunidad a través de las oraciones).
- e. El acompañamiento generalmente es de los maridos o de las suegras de las embarazadas.
- f. Es común que se atravesase un palo o una soga en algún lugar de la habitación donde se realiza el Trabajo de Parto y parto para su empleo en algún momento del mismo.
- g. Todas las comunidades coinciden en que es importante que la mujer deambule con libertad en el proceso y que durante el parto adopte la postura que más cómoda le resulte, la cual es generalmente en cuclillas o alguna variante de la posición vertical empleando la gravedad para facilitar la salida del feto.
- h. En la cosmovisión de todas las culturas, la placenta y el cordón umbilical tienen connotaciones sagradas, por eso los cuidados que se realizan con ellas tienen ciertas peculiaridades. La placenta tiene gran vinculación con el niño/a, y es enterrada en diferentes lugares según sea varón o mujer (dentro de la casa o fuera de ella), coincidiendo en que se haga en un lugar seguro para proteger a la mujer y al recién nacido.

Con respecto al cordón umbilical, poseedor de poderes curativos se los secciona de diferentes tamaños según el sexo del recién nacido para condicionarlo en algunos aspectos de su vida adulta, además de ser usado como medicina para el niño/a cuando enferma en su infancia.

## Un modelo de atención

Lizana (2016) en su tesis *Embarazo, parto y puerperio del pueblo atacameño de la comuna de San Pedro de Atacama*, explica cómo el parto pasó de ser un fenómeno privado y particular en los domicilios, sostenidos por las redes sociales y compartidos por las mujeres de la comunidad incluida la Partera, a convertirse en una necesidad de salud que incorpora al uso de tecnologías, reflejo de una medicalización social dada por la intervención y la participación activa de terceros como por ejemplo del ginecólogo/a. Menciona a su vez, que el control sobre los cuerpos de las mujeres (que lejos de ser una acción privada) es pública y con participación de extraños en el proceso, dando lugar al pasaje de un elemento de interés social dentro de una cultura específica, a tener una significancia de índole política y económica, que requiere del control de la productividad.

Reconoce que la hegemonía del poder médico radica en que la información otorgada a las mujeres embarazadas y sus familias está condicionada según la conveniencia de estos, donde las normas biomédicas son aceptadas, como “algo inevitable, natural, legítimo”, sin cuestionar, dando como resultado el poder sobre los propios cuerpos.

A partir de la consolidación del saber académico con respecto a la obstetricia por lo que la estructuración de un estudio formal de la rama, provocó que el parto que se desarrollaba en el domicilio pasara al entorno hospitalario, desvalorizando de esta manera el cuidado familiar para convertirlo en un accionar más impersonal por las instituciones hospitalarias (Reis, 2005), teniendo poder el médico sobre los cuerpos femeninos y controlando el proceso (Martins, 2005) (Nilza et al., 2009).

Según Knupp y Saléte (2016), la pérdida del control de las mujeres en el Trabajo de Parto dado por el uso de otras medicinas para el cuidado de la salud de las embarazadas, constituye la base para que este proceso sea considerado una seria enfermedad, que necesita ser controlada y cuidada con el pasaje desde el ambiente familiar al ambiente colectivo médico hegemónico, provocando en consecuencia que se pierda o se desvirtúe esta realidad ancestral.

El acto de parir pasó de ser solitario y natural, con rituales propios de la fisiología a convertirse en un fenómeno sociocultural con la aparición del papel de la Partera o del acompañante en el proceso, y posteriormente la inserción a la institución hospitalaria con el papel del médico ginecólogo/a en el proceso. Esto trajo aparejado en primera instancia, que los saberes rituales como rezos, conocimientos propios de las Parteras para alejar el miedo de las embarazadas en el momento del parto, sirvieran para brindar apoyo, contención espiritual y emocional a la embarazada, convirtiéndose en primera instancia necesarias para el entorno del parto (Seibert et al., 2005).

La transferencia del parto del entorno doméstico al contexto hospitalario estuvo acompañada por una serie de cambios en el proceso de parto. La parturienta y el feto pierden el papel de protagonistas en este proceso, asumiendo una posición pasiva, mientras que los profesionales comienzan a tomar el control del parto, realizan una serie de intervenciones y modifican las prácticas obstétricas. Fue a partir de este proceso que se crearon cursos para matronas (do Nascimento et al., 2009, pp. 320).

Esto en el terreno antropológico tiene que ver con el papel de la Partera en la contención de la mujer durante el Trabajo de Parto, dado por la presencia de contracciones que producen dolor, los miedos y la ansiedad provocadas ante la proximidad del término del embarazo, y especialmente ante la cercanía del momento del parto, afectando a las mujeres, y dejándolas en una situación de fragilidad emocional.

Es así que ante esta percepción biomédica el Trabajo de Parto que se limita a ser concebido desde un punto de vista meramente biológico y quedando en algunas oportunidades relegadas el rol fisiológico del mismo, a través de la institucionalización y el control social impartido por la medicina, ha estandarizado los procedimientos y la atención de las mujeres embarazadas, provocando de esta manera cierto control sobre la modalidad de atención sanitaria, obviando las connotaciones culturales que se han mencionado con anterioridad.

Vila (2017) afirma a través de datos aportados por la OMS que si bien las complicaciones en torno al embarazo y parto se dan en el 15 a 20 % de las mujeres, se trata a todas las demás como potencialmente de riesgo, y se las cataloga como enfermas, lo cual se evidencia ante la gran medicalización que sufren las mujeres en la asistencia en las instituciones, sean tomándose medidas para controlar y/o acelerar el parto, o empleando tecnologías innecesarias provocando un aumento en la medicalización.

Por medicalización del parto, la autora Lizana (2016) en consonancia con la postura de Federici (2010), y Davis Floyd (*Conferencia Mujer y Género, Asociación de Matronas Españolas, Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva feminista, 2019*), reconoce que existe una contextualización del parto como resultado de la productividad del útero de cada mujer, donde los úteros, en analogía con las máquinas, requieren de control y supervisión externa, por lo que hay una tendencia a apuntar hacia la movilidad y la rapidez del proceso, no respetándose de esta manera los cuerpos de las mujeres, cosificándolas y despersonalizándolas.

De esta manera se puede hablar que hay una teoría de paradigmas según Davis Floyd (2019) imperando en la mayoría de los sistemas de salud, el paradigma mecanicista, aunque hay movimientos como la humanización del nacimiento que apela a la modificación de la atención a través de los paradigmas humanista y holístico.

Davis Floyd (2001) emplea la teoría de paradigmas en la atención asegurando que hay tres tipos: tecnológico, humanista y holístico.

Según un trabajo realizado por Magnone (2010) en su tesis de maestría en sociología denominada *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*, concluye en base a las concepciones de Davis Floyd (2001) que la medicina ideal es aquella que entremezcla estos tres tipos de paradigmas, mecanicista, humanista y holístico, ya que la conjunción de los mismos es lo que de cierta manera permitiría una atención integrada a la mujer en Trabajo de Parto y a ese feto que se convertirá en recién nacido o neonato.

En el modelo tecnocrático y/o mecanicista, la biomedicina es imprescindible para su identificación y necesaria para entender este paradigma, el cual es socialmente más valorado, ya que se considera modelo hegemónico imperante, por tanto, todas las demás prácticas médicas que puedan contribuir de cierta manera a la salud de las personas y que no responda a los estándares impuestos por este modelo son consideradas medicina alternativa.

Davis Floyd (2019) define la biomedicina como la medicina imperante, y ella dice que ésta, en consecuencia inferioriza y desprestigia los demás modelos de atención en salud que responden a la medicina alternativa como lo son las técnicas de reiki, acupuntura, masajes...

De cierta forma también responde al modelo patriarcal del cual se basa la medicina y a partir de la cual se han realizado las formaciones sociales que idolatran la función de médico dándoles supremacía en este campo.

El proceso en el que la sociedad capitalista, que comienza a visualizar a los cuerpos de las mujeres como productoras y reproductoras, encasillándolos en un modelo de maquinaria productiva en post de las necesidades demográficas dentro del primer mundo, también se perpetuó en el imaginario colectivo, haciéndose parte de la formación médica en el área obstétrica. Despojando a las mujeres de sus conocimientos acerca de sus propios cuerpos, de sus propios sentimientos, y de su propia capacidad de parir, adjudicándoles un rol pasivo sustentado en la creencia de que sus cuerpos son máquinas defectuosas, que no funcionan si no se les realiza el tratamiento adecuado. Así es como se domestica a los cuerpos de las mujeres embarazadas y a sus partos, provocando como consecuencia la pérdida de su propia identidad y capacidad de parir. Algo evidente en los libros de anatomía, donde hablan de que las mujeres, como especie mamífera humana, bípeda, en consecuencia de los cambios anatómicos evolucionistas hicieron que ellas mismas

no pudieran asistir sus propios partos dada la disposición de su pelvis y la manera en la que el móvil fetal se transporta y realiza su pasaje por el canal de parto.

En tanto, se convirtió en necesaria la ayuda de otra persona para esto, motivo por el cual surgen las Parteras, con un claro concepto de ayudar y contribuir a facilitar el parto que por naturaleza se desarrollaría de manera espontánea sin necesidad de intromisión médica. A partir de esta nueva concepción jerárquica y que adjudica al acompañante un “poder aparente” de hacer que el parto suceda, se normaliza la situación de “hacer nacer a un niño”, concepto equivocado en el punto que descalifica el parir como algo natural, y lo convierte en un proceso defectuoso, que requiere de intervenciones.

Intervenciones innecesarias, a partir de las cuales las Parteras deberían y apelar y apelan a su desconstrucción.

En el modelo tecnocrático se sostiene la separación entre cuerpo, mente, y alma o espíritu (parte de muchas cosmovisiones latinoamericanas, y descalificada completamente en las visiones de parir para la medicina “formal”) cada uno es tratado por separado (u omitido). Sometiendo a una “necesidad” de actuar externo para hacer que la mujer y todas sus partes funcionen como se supone deberían hacerlo. Respondiendo en la práctica a través de modelos y lineamientos ya previamente estandarizados que permitan -a entender de este paradigma-, una mayor fluidez en la evolución natural del Trabajo de Parto y parto, según cánones esperables regidos por leyes y directrices estipuladas por la ciencia comprobable.

En el segundo modelo al que se refiere Davis Floyd (2001) es el modelo humanista, presupone una conjunción entre cuerpo y mente, en donde la asistencia brindada se basa en las necesidades y requerimientos de las mujeres y de sus hijos/as. Considera al cuerpo como un organismo, el cual tiene determinadas demandas y requerimientos que, atendidos oportunamente e individualmente, respondiendo a las necesidades personales producen en consecuencia una afortunada atención para la usuaria.

El tercer modelo es el holístico. Considera que existe una íntima relación entre el cuerpo-mente-espíritu, donde la confluencia de cada una de estas partes debe estar en necesaria consonancia y sintonía con las demás para lograr una atención completa.

En este modelo el cuerpo es concebido como un sistema de energía que se vincula con su entorno así como con su interior, por tanto, en el proceso de salud cumple una función primordial a la hora de la conexión con las emociones.

Algo que tienen en común estos dos últimos modelos es la atención centrada en la mujer, poniendo atención en sus necesidades y requerimientos.

Magnone (2010) asegura que los profesionales de la salud que se encarguen de la atención de las mujeres embarazadas y de sus familias en las instituciones, deberían enfocar su atención en la individualidad y en el respeto por los derechos

sexuales y reproductivos actuando como meros acompañantes y cuidadores de este proceso.

Wagner (2007), afirma que el nacimiento humanizado es aquel en donde se focaliza y enfatiza la atención en el primer nivel de atención comunitaria, no suponiendo mayor importancia al tercer nivel de atención centrada en hospitales, o en servicios de maternidades con sólidos conocimientos en medicina basada en la evidencia científica, reconociendo el uso de tecnologías y drogas. Incluyendo la participación de Parteras tradicionales y profesionales, enfermería y médicos “trabajando en armonía”.

Wagner (2007), hace alusión al inicio de la era tecnológica luego de finalizada la segunda Guerra Mundial, llegando la misma a múltiples dimensiones, entre ellas al parto, hecho que hasta unos años previos era considerado humanizado. Entre los años 1980 y 1990, surgieron movimientos que reclamaban la humanización del nacimiento, es decir que el foco principal fuera las mujeres y sus familias atendiendo a sus propias necesidades.

El autor afirma que los obstetras, al ser cirujanos/as, están entrenados para realizar intervenciones como episiotomías, inducciones, cesáreas, que en muchos casos son innecesarias, afirmando que los mismos pretenden tener partos bajo su control, obviando los procesos naturales, siendo éstos protagonistas de la medicalización de los nacimientos.

Afirma que la partería es menos costosa por disminuir las intervenciones innecesarias, en comparación con la medicina intervencionista que acaba por tener mayores inversiones en el área que monopoliza, generando más gastos en salud, gastos que podrían ser redistribuidos a otras áreas que sí lo requirieran.

A mediados de 1990 comienza el “nacimiento industrializado” según Odent (2003) y “en la actualidad cada vez más crece y se asienta como norma la comercialización y mercantilización de la vida y la naturaleza. En este mismo sentido la vivencia del proceso de embarazo, parto y nacimiento también se industrializó y se mercantilizó” (Vila, 2017, pp. 17).

Si bien la OMS, recomienda la revisión y eliminación de todas aquellas acciones e intervenciones innecesarias, aún se continúan reproduciendo. Es sabido que la implementación de algunas intervenciones ha permitido mejorar la morbimortalidad materna-neonatal, el exceso de ellas ha provocado una pérdida en las capacidades de las mujeres de tener sus partos de manera natural, provocando pérdida de confianza en sí mismas y en sus capacidades, lo que Vila (2017) denomina estandarización de los procedimientos.

Caldeyro-Barcia (1979), en su conferencia acerca de las bases fisiológicas y psicológicas del parto estableció que:

La forma actual de conducir el parto, incluye maniobras y administración de drogas que se aplican dogmáticamente en forma rutinaria desde hace años,

sin haber realizado un análisis científico y objetivo de sus ventajas e inconvenientes. Muchas de ellas se han introducido contemplando la conveniencia del Obstetra. Un claro ejemplo es la adopción de la posición horizontal durante todo el trabajo de parto. Esta posición fue introducida por el partero francés François Mauriceau en el siglo XVII y tiene como única finalidad el tornar más cómodas las maniobras que permitan conocer la dilatación cervical y la variedad de posición, así como también la aplicación del fórceps (Caldeyro et al., 1979).

Vila (2017) habla sobre la importancia de que se vuelva a retomar los modelos de humanización del nacimiento, dado que los partos han perdido su condición humana por el exceso de intervencionismo y medicalización de los sistemas de salud perdiendo “la conexión humana, emocional y afectiva de sus protagonistas” (Odent, 2008, pp. 27).

Se trata a todas las mujeres desde un enfoque de riesgo (Magnone, 2010).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, con sus siglas en inglés UNFPA 2015 las Parteras entrenadas están preparadas para brindar la atención a las mujeres en un 87 % de los casos.

La globalización e intensificación de la medicalización de los nacimientos ha supuesto una mirada en torno al nacimiento de escalas amplia y selectiva, en donde la atención institucional del parto se puede clasificar según Wagner (2007) como:

(a) la atención con alta intervención Médica y alta tecnología que se centra en el Médico y margina a la Partera, como por ejemplo la de los Estados Unidos, Rusia, algunos países de Europa oriental y áreas urbanas de países en desarrollo; (b) el enfoque humanizado con Parteras fuertes y más autónomas y tasas mucho menores de intervención, como por ejemplo en Holanda, Nueva Zelanda y los países Escandinavos; (c) y una mezcla de ambos enfoques como la que se encuentra en Gran Bretaña, Canadá, Alemania, Japón y Australia (Wagner, 2007).

La autora si bien hace una especial interpretación acerca de la modalidad que se emplea para la atención de las embarazadas, reconoce que este es un fenómeno fisiológico, carente de interpretaciones de enfermedad, que se desarrolla como un aspecto central de la sexualidad de las mujeres, y que se da en la gran

mayoría de mujeres sanas y sin patologías, aunque sea tomado el cuerpo de la mujer como un modelo imperfecto y defectuoso, se enmarca en interpretaciones de potencial riesgo.

El Trabajo de Parto como un hecho que la autora refiere universal en términos biológicos, da a entender que con la modalidad de atención biomédica se deslegitima y se invisibiliza otras alternativas de atención.

Así, la domesticación de las mujeres desde el sistema sanitario invisibiliza el rol protagónico de ellas, relegándolas a un rol pasivo frente al rol activo que tiene el sistema sanitario que se “hace cargo” de la situación.

En este contexto social y cultural, los partos pasan a institucionalizarse y de la mano de ello a medicalizarse. En *Medicalização social; o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde* Dalcanale (2006) citando a Ivan Illich (1975), afirma que la medicina institucionalizada es una amenaza para la salud, y reconoce tres tipos de iatrogenias. La iatrogenia clínica, dado por el uso de tecnologías, diagnósticos y tratamientos médicos. Iatrogenia social referida en lo social a cómo se ve el impacto de la segregación del individuo y la sociedad o su propio grupo social, y entorno generando una desarmonía produciendo una pérdida de autonomía y de control sobre sí mismo y sobre sus propios cuerpos, desvinculando la responsabilidad de su propia salud, y otorgando el poder del control de su propio cuerpo al servicio médico, adquiriendo un comportamiento pasivo frente a su conducta y comportamiento social de lo que representaría su propia salud. Y finalmente la iatrogenia cultural dada por la destrucción del potencial cultural para lidiar autónomamente con los casos de enfermedades, dolor y muerte.

Este contexto iatrogénico puede ser efectivamente extrapolado al Trabajo de Parto y parto, donde se provoca la desvalorización y pérdida de autonomía y control de las mujeres embarazadas sobre sus propios cuerpos, por lo que la presencia del dolor en ellos como respuesta orgánica con relación a emociones y sentimientos en la sociedad y el entorno en el que vive, constituye una respuesta cultural de cómo se perciben ellas mismas. De esta manera el dolor las deja desamparadas y relegan su estado a la atención profesional.

A la vista de estos planteamientos de los peligros iatrogénicos a los cuales la medicina somete a la salud de los individuos, el autor reconoce estrategias implementadas por Reino Unido para el control de la salud de su población y de esta manera reforzar, a través de lo que él llama alternativas que se explican a continuación.

El autor habla de diferentes tipos de alternativas para tratar enfermedades, entre las cuales se encuentran: alternativa informal que comprende las acciones que se llevan a cabo y se desarrollan como estrategias que parten de la familia, grupo de amigos, la comunidad en sí, donde la mujer tiene un papel sumamente importante en este hecho como actor social de cuidados. Está dado también por la

automedicación, y la medicación recomendada por las demás personas que le rodea, constituyendo el denominado saber común de la población, a partir de los efectos que les pudo llegar a hacer sobre sus propios cuerpos y sus acciones. Entre ellos también se encuentran los grupos de autoayuda donde hay intercambios de experiencias, donde las manifestaciones encuentran aparejadas en sí un poder superior que podría desprenderse del trato con otras personas como sistema de soporte social más que el rol del hospital como institución fragmentaria para la atención de usuarios

Las alternativas populares comprenden aquellas acciones llevadas a cabo por ciertos individuos que tienen formaciones y son especialistas en métodos de cura, llamando curanderos, los cuales se desarrollan en diferentes actividades y áreas específicas. Identifica en esta modalidad la salud como el equilibrio entre el hombre, el medio natural y sobrenatural, planteando una estrategia de salud integral y holística. Hay una aproximación entre el paciente y el curandero sujeto a informalidades como uso de lenguaje coloquial, tratamiento en el lugar de donde es el paciente, en el ámbito de sus familias y amigos, reforzando los valores aportados de la cultura social en la cual se ve inmerso, recomendación también de la OMS sobre el empleo de medicina tradicional y medicina popular (OMS, 2013, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*).

Y finalmente alternativas profesionales, que son el equipo de salud formal o profesional que están preparados para atender casos de amenaza de vida, así como también los nacimientos y las muertes. Ya que están preparados para tratar casos de agudos, severos, y potencialmente graves.

En este contexto “iatrogénico” se puede hacer una lectura de los significados distintos entre enfermedad y el dolor, ambas asociados a una desvinculación del individuo mismo con el medio o el entorno que lo rodea.

En el contexto de medicalización se expresa la posibilidad de la pérdida de la comprensión tradicional o personal del individuo separándolo de sus relaciones consigo mismo, con sus medios, con su naturaleza y con sus próximos, de esta manera, la mujer embarazada en Trabajo de Parto pierde la posibilidad del uso del contexto de otras formas de consuelo y confort, distracción y esperanza. Aquí el conocimiento tradicional popular o de medicinas complementarias pueden proporcionar una integración de la cultura a las experiencias de las usuarias y sus familias.

En *Mulheres e profissionais de saúde: o imaginario cultural na humanização ao parto e nascimento* Griboski y Guilhem (2006) enfatizan en la necesidad que existe de introducir el modelo de humanización del parto y su aplicación, para contribuir de un cambio de paradigma medicalizado a uno más humanista.

Los partos son considerados en gran medida como hechos meramente económicos siendo vistos como actos médicos y no como un acontecimiento fisiológico.

Según las autoras Rodrigáñez y Cachafeiro (2007) en su libro *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente* expresan que cuanto mayor intervencionismo y medicalización de la asistencia a los partos exista se dará:

Más distanciamiento de la maternidad entrañable y de las propias funciones sexuales, más rigidez, más dolor, más miedo, más peligro, más riesgo de complicaciones (...) el resultado de la represión y de la ignorancia se convierte en realidad, en una situación fáctica que se convierte en la justificación de la continuidad de la situación creada (Rodrigáñez & Cachafeiro, 2007, pp. 252).

Dado que se han ido y se seguirán perdiendo los conocimientos generacionales con respecto a lo que involucra el parir, la asistencia y acompañamiento de otras mujeres de manera generacional, donde los aportes en conocimientos de sexualidad y de intimidad en las esferas personales y familiares se ven cada vez más ocluidas por las nuevas modalidades de parto, se ha perdido la capacidad de las mujeres de empoderarse en la forma de parir sin apoyos e intervenciones.

Toda esta pérdida de sensibilidad y de respeto por la sexualidad en el parto entendiéndolo como fenómeno íntimo, ha dado en consecuencia que se produzcan y reproduzcan acciones para la permanencia de manera constante a una “mujer desconectada de sus funciones sexuales” (Rodrigáñez & Cachafeiro, 2007, pp. 254).

En esta estructuración del orden patriarcal dominador y abstraído a la hegemonía médica con respecto al proceso de Trabajo de Parto y parto, con la introducción y afirmación de las experiencias de las maternidades institucionalizadas, genera en consecuencia lo que las autoras describen de la siguiente forma:

Así es cómo se sustrae la maternidad de la vida sexual de la mujer, dejando en manos de la medicina las manipulaciones necesarias para hacer funcionar su fisiología sin líbido; es decir, institucionalizando una maternidad robotizada, que afirma a la madre patriarcal que reprime, y que impide que reverdezca la madre antigua (Rodrigáñez & Cachafeiro, 2007, pp. 18).

Refiriéndose a la madre antigua como aquella en la que decidía por sí misma tener sus partos y la modalidad en la que los tenía, sin el poder imperante que le indica la forma y actitudes que debe adoptar en este proceso para “comportarse” dentro de lo que la sociedad espera para ser reconocida como buena madre.

# Capítulo 3

Orígenes de la partería.  
Un recorrido por la historia



## Capítulo 3

*“Cuando hice así salió ese niño, Ay qué alegría, qué amor vi yo por ese niño, señora Nicolasa, ver nacer un niño es la belleza más grande, lo cogí, y me lo traje aquí, y lo abracé, y lo besaba, yo no podía ponerlo en el suelo.”*

Eusebia, Partera de Necoclí.

Relato de asistencia a su primer Parto a sus 14 años

### **Orígenes de la partería. Un recorrido por la historia**

Para comprender el trabajo de la Partera, así como su distinción entre Partera tradicional y Partera profesional, primeramente debe hacerse un recorrido histórico por lo que fue el origen de la profesión hasta la actualidad.

Según relatos históricos, el origen de esta profesión se remonta al inicio de los tiempos, en el período prehistórico, visto desde la evolución del hombre, como consecuencia de los cambios en las estructuras físicas y anatómicas que generaron en consecuencia una modificación en la forma de parir.

Arsuaga y Martínez (2006) hacen referencia en su libro *La especie elegida*, cómo la forma y estructura de la pelvis provocaron estas readaptaciones, donde la aproximación del hueso coxal con la columna vertebral y el fémur, permitieron que la locomoción se hiciera posible, esto produjo un acortamiento del diámetro sagital del canal de parto. Los autores afirman que de acuerdo a la forma y ubicación del isquion y pubis de Lucy (homínida estudiada en su libro), la vagina de la misma debía de abrirse hacia adelante, por lo que el parto sería muy similar a los humanos modernos dada por la rotación del feto en el canal de parto y por la trayectoria curva de la misma (Arsuaga & Martínez, 2006).

En el mismo texto, los autores explican la forma en que los primates tienen sus partos en condiciones de soledad, asistiéndose a sí mismos, guiando la salida del feto, limpiando su nariz y su boca para permitirles una mejor respiración y apartando el cordón umbilical cuando así se requiere.

De esta manera refuerzan la idea de que en nuestra sociedad, las madres no pueden ver la cara del recién nacido en el momento del nacimiento dado por la posición de su pelvis y el recorrido que realiza a través del canal de parto. Explica que por este motivo las mujeres buscan ayuda para el momento de dar a luz, haciendo de esa una actividad social más que individual, ya que si la misma mujer intenta tirar de la cabeza del neonato, podría ocasionar daños en la médula espinal dado por la extrema flexión dorsal.

Este acontecimiento a su vez se acompaña con la transformación de las sociedades nómades en un principio al establecimiento fijo en una zona determinada (Argüello & Mateo, 2014).

Es así que la atención de los partos pasó a manos de las “mujeres experimentadas”, o que ya habían vivido previamente estas situaciones, las cuales se fueron especializando cada vez más, ante la inminente cantidad de nuevas necesidades sociales en ese entonces (Argüello & Mateo, 2014).

### **Culturas griega y romana**

La labor de la Partera se vio engrandecida en las diferentes culturas antiguas, como es el caso de Grecia y Roma.

Agnodike, fue una famosa Partera ateniense, que desempeñó su labor durante varios años. Aprendiz de Herófilo de Alejandría, se dedicó a asistir partos a mujeres de la ciudad en una época donde estaba prohibido la participación de las mujeres en esta área, razón por la cual fue sometida a juicio y condenada a morir aunque fue salvada por las manifestaciones de las mujeres y las familias a las que había asistido (Alarcón-Nivia et al., 2011).

En ésta época, en el año 500 a. C. las Parteras eran reconocidas socialmente, y obtenían reconocimientos y honores por su labor. Se les otorgaba dos grados diferenciados según su experiencias y habilidades, aquellas que se encontraban en el grado mayor eran llamadas para asistir los partos complicados, y las otras se encargaban únicamente de los partos simples (Argüello & Mateo, 2014).

Estas mujeres llevaron a cabo la escritura de diversos libros acerca de la obstetricia y ginecología, crearon escuelas de medicina y de obstetricia, y ocuparon puestos de poder y prestigio en renombrados hospitales de la época, dejaron en evidencia un legado del cual hoy en día no hay muchos registros.

Lo que sí se sabe es que durante años, esta labor estuvo en manos de brillantes mujeres, quienes ejercían su labor de manera responsable y comprometida con la sociedad, donde tenían un valor real dentro de su cultura y un rol protagónico en lo que respecta a su profesión. Mujeres poderosas desde el punto de vista intelectual, portadoras de conocimiento muchas veces empírico, y provenientes de sus antecesoras, más los conocimientos adquiridos por su propia experiencia.

Manejaban múltiples conocimientos de herbolaria, de anatomía, así como de medicina en general, lo que no era reconocido por la medicina imperante de esa época, la cual estaba en manos de los varones, quienes tenían hegemonía en esa área.

En la mitología griega aparece el relato del nacimiento de Artemisa, diosa de la luna y la caza (conocido por los romanos como Diana) y una de las tres diosas vírgenes, y su hermano gemelo Apolo (Delios o Pitio para los romanos), dios del sol. Hijos de Zeus y Latona (con sus equiparables romanos Júpiter y Juno).

El libro *Las diosas de cada mujer* alude al relato mitológico, diciendo que cuando llegó el momento de que Latona diera a luz, se vio envuelta en dificultades para encontrar un lugar seguro donde tener su parto, debido a que Hera, esposa legal de Zeus, prohibió a todos que la ayudaran. Cuando encontró refugio en la isla de Delos dio a luz a Artemisa, quien ayudó en “la prolongada y dificultosa labor del alumbramiento de Apolo. Durante nueve días y nueve noches, Latona sufrió atroces dolores” (Shinoda, 1993, pp. 75). De esta manera Artemisa se convierte en la Partera de su madre, asistiendo el nacimiento de su hermano, razón por la cual fue considerada una diosa del nacimiento. Y las mujeres de la antigua Grecia, se dirigían a ella en rezos para acelerar el nacimiento de sus hijos/as.

Otros relatos hacen alusión a la asistencia de otra diosa del nacimiento al parto: Ilitia o también conocida como Eileitía (Lucina para los romanos), quien no quería ayudar a Latona en su parto, pero que al final aceptó ayudarle a cambio de importantes regalos. Sánchez habla acerca de ella como la diosa que presidía los nacimientos en la cultura griega. Hija de Zeus y Hera, y madre de Eros, era quien provocaba los dolores del parto, aunque luego llegó a convertirse en la diosa protectora del parto. Su emblema era la antorcha, por lo que el autor relaciona y vincula parto y dar a luz como lo mismo.

Ésta diosa también era considerada patrona de las comadronas.

Quizás por todas estas deidades vinculadas al nacimiento, integradas en su mitología, los griegos y romanos, tenían en prestigio la labor de asistir partos.

Curiosamente Apolo también ayuda al nacimiento de uno de sus hijos con una mortal llamada Coronea, quien luego de embarazada, engañó al dios con su amante Isquis, lo que provocó su muerte en manos de las flechas de Artemisa.

*Colocado el cadáver de Coronea en la pira funeraria, antes de ser incinerada, da lugar a que aparezca Apolo, quien con vocación paternal, abre con su daga el vientre de su esposa, extrayendo a su hijo neonato, al que llamará Asclepio (Esculapio para los romanos), entregándolo al centauro Quirón para que, con el tiempo, le enseñe el arte de curar y encarne al dios de la medicina (La cesárea en la mitología, la prehistoria y las culturas primitivas, 2011).*

La naturaleza de este nacimiento es completamente diferente al que asistió su hermana, en esta ocasión se trata de una cesárea, ejecutada por un varón. El fruto de esta cesárea encarnará al futuro arquetipo de la medicina hegemónica patriarcal que se reproducirá en la historia en los siglos posteriores.

### **Registros bíblicos de las comadronas**

La Biblia como relato de la vida del hombre y sus costumbres que comprende un período de mil años, entre los años 900 a. C. y 100 d. C. (Edad Antigua), es un texto interesante para incluir.

Las Parteras en relatos bíblicos aparecen como competentes, y a la vez, como mujeres con capacidad de expresar palabras de aliento en momentos difíciles para las embarazadas. Así es el caso de Raquel, esposa de Jacob, quien comenzó en labor de parto muy trabajoso, a lo que la Partera dijo: “No tengas miedo, porque tendrás este hijo también” (Antiguo testamento. Génesis 35: 17).

En el Protoevangelio de Santiago se recoge el nacimiento de

María: Los meses de Ana se fueron cumpliendo, hasta llegar al noveno mes y dio a luz, cuál fue la alegría de Ana, cuando sintió el primer llanto, y sin preocuparse del normal instante de dolor físico del parto, preguntó a la partera: ¿Qué he parido? La partera contestó: Una niña, la tomó en sus brazos, la acarició tiernamente, entonces Ana expresó: «Mi alma se ha glorificado en este día». Y reclinó a la niña en la cuna. Habiéndose transcurrido el tiempo marcado por la ley, Ana se purificó, dio el pecho a la niña y le puso por nombre Miriam (María) (Protoevangelio de Santiago, XI, 5: 2).

Otros de los relatos bíblicos que menciona a la Partera es el nacimiento de Jesús:

Mandó el ángel parar la caballería, porque el tiempo de dar a luz se había echado ya encima... Hacía un rato que José se había marchado en busca de comadronas. Más, cuando llegó a la cueva, ya había alumbrado María al infante. Y dijo a ésta: «Aquí te traigo dos parteras: Zelomí y Salomé. Pero se han quedado a la puerta de la cueva, no atreviéndose a entrar por el excesivo resplandor que la inunda». Oyendo estas palabras María, se sonrió, más José le dijo: «No te sonrías. Sé más bien prudente, no sea que luego vayas a necesitar algún remedio». Y mandó que una de ellas entrara dentro. Entró Zelomí y dijo a María: «Permíteme que te palpe» (Evangelio del Pseudo Mateo, cap. XIII; 1:3).

De estos relatos se desprende el papel de la Partera como mujer que alienta, que acompaña y que ayuda en el Trabajo de Parto, parto y en el período posterior al mismo. En los registros queda evidencia de la existencia de estas mujeres poseedoras de esas cualidades.

### **Edad Media**

Alarcón-Nivia et al. (2011) en su artículo *Las Parteras, Patrimonio de la humanidad*, hacen referencia a muchas Parteras que desarrollaron su labor entre los siglos II y XX, destacándose mujeres como: la Herradera de Portugal y María De Ulloa, Parteras de la Corte de España, Justine Siegemund quien fue Partera de Munich y de la corte de Brandemburgo, la reconocida Partera y monja del palacio de Buckingham en Londres, Helen Rowe. Parteras que entre sus labores tuvieron la participación en múltiples nacimientos de integrantes de la alta sociedad de la época.

A lo largo de su relato también mencionan Parteras participando en ámbito de reclamo de derechos, más allá de la esfera del parto y la asistencia a la mujer embarazada. Como el caso de Elizabeth Cellier conocida Partera de la sociedad de Londres, quien como mujer rebelde le hizo frente a las injusticias participando activamente en movimientos de protesta en los períodos de 1668-1688, encontrándose en manifestaciones contra abusos del gobierno, abandono de pobres y maltrato contra católicos presos (Alarcón-Nivia et al., 2011).

Sin embargo, la otra cara de la moneda, es que durante la Edad Media las Parteras tuvieron que sufrir la persecución, acusadas de ser brujas, por la amplitud de sus propios conocimientos, e incluso se realizaron publicaciones en esa época de cómo reconocer una bruja, y cómo proceder una vez identificada, y entre las descripciones aparecen las competencias de las Parteras.

Esta persecución que se inició en tiempos del feudalismo a su vez se fortaleció en las creencias infundadas de la inferioridad mental y espiritual de las mujeres de la época, lo cual fue alimentado por la Iglesia, quien en ese tiempo ejercía una poderosa influencia en la sociedad.

Esta fue la forma que encontró la sociedad de ese entonces a través de la intervención de la Iglesia de controlar a las Parteras, y con ellas a las mujeres que tenían poder y control sobre sus propios cuerpos. Las primeras porque eran conocedoras del cuerpo de las mujeres y de su funcionamiento, conocían los aspectos vinculados al embarazo y parto, así como saberes referentes al aborto y anticoncepción, y las segundas como usuarias de esos saberes (Federici, 2010).

Esto provocó un dilema social en la época ya que las pérdidas demográficas secundarias a enfermedades, hizo que el capitalismo se posiciona en un lugar de control sobre la natalidad, desplegando su supervisión en las esferas privadas de las mujeres y en el actuar de las Parteras limitando sus actividades (Federici, 2010).

“Fueron campañas organizadas, iniciadas, financiadas y ejecutadas por la Iglesia y el Estado” (Ehrenreich & English, 2006, pp. 9).

Entre las acusaciones de las Brujas de la época se encontraban descripciones como:

Se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Lisa y llanamente, sobre ellas pesaba la <acusación> de poseer una sexualidad femenina. En segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas. La tercera acusación, finalmente, era que tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar. A menudo se las acusaba específicamente de poseer conocimientos médicos y ginecológicos (Ehrenreich & English, 2006, pp. 10 - 11).

Los métodos que las brujas empleaban eran consideradas una amenaza por la Iglesia católica y protestante, las Parteras o también llamadas brujas eran personas empíricas que confiaban en sus sentidos y no en la fé o la doctrina, eternas indagadoras, no adquirían una postura pasiva ante los mandatos religiosos, eran mujeres que creían en la experimentación, buscando constantemente en sus capacidades la manera de actuar sobre las enfermedades, embarazos, partos, a través de medicamentos o fórmulas mágicas, “su <magia> era la ciencia de su época” (Ehrenreich & English, 2006, pp. 15).

Sin embargo según el libro *Perspectivas antropológicas del Parto y nacimiento humano* por Robbie Davis-Floyd (2009), en un estudio que se realizó entrevistando a Parteras, se pudo observar que ellas tienen además del factor tradicional o profesional, un elemento que las une y que no tiene validez científica; la intuición. Entonces, se puede pensar que más allá de la forma en la que se obtiene la titulación o nombramiento de Partera, se manifiesta un conocimiento común, el “saber intuitivo”, la conocida intuición, percibida a través del cuerpo, del alma, del espíritu, más nunca de la razón o del sentido lógico, derivado del raciocinio o del área mental. Según los testimonios de estas Parteras, independientemente de lo que conozcan o sepan respecto a la ciencia o la tradición, este saber que data desde miles de años aún sigue teniendo validez para las Parteras actuales.

De esta manera, en la Edad Media, no solo el ser Partera la condenaba, sino el ser mujer y aceptarse como tal, era la sumatoria perfecta para acarrear una acusación muy argumentada para la época, sobre todo por el capitalismo patriarcal.

Era mujer y no se avergonzaba de serlo; aparentemente formaba parte de un movimiento clandestino organizado de mujeres campesinas; y finalmente era una sanadora cuya práctica estaba basada en estudios empíricos. Frente al fatalismo represivo del cristianismo, la bruja ofrecía la esperanza de un cambio en este mundo (Ehrenreich & English, 2006, pp. 16).

A Finales del siglo XI la medicina se convirtió en una disciplina, con todo lo que ello conlleva, y por tanto se convirtió en área exclusiva de varones, desplazando en esta ocasión a las mujeres de todas las acciones de curación que venían desarrollando desde hacía décadas. Las Parteras se vieron sesgadas por una sociedad patriarcal, que les impedía actuar con libertad y llevar adelante sus propias actividades, justificando que “<Una mujer que tiene la osadía de curar sin haber estudiado es una bruja y debe morir>. (Naturalmente, las mujeres no tenían ninguna posibilidad de estudiar)” (Ehrenreich & English, 2006, pp. 19).

Antes de continuar avanzando en este sentido, es destacable la acotación de Sánchez quien se refiere a este hecho como acontecimiento curioso, explica que desde las épocas primitivas hasta bien entrado el siglo XVII el varón estuvo completamente aislado del parto poniendo como ejemplo el caso de un médico de Hamburgo en 1522, el doctor Wertt fue quemado vivo al atreverse a asistir un parto disfrazado de mujer, en un intento de aprender de esta labor.

Es así que a partir de los siglos XV y XVI, las mujeres acabaron de ser desplazadas en su labor como mujeres sanadoras, primeramente las áreas médicas (anticoncepción, uso de hierbas medicinales, entre otras) para que posteriormente y a pasos paulatinos acabaran por dejar en manos de los varones el “arte de partear”. Tomando importancia el papel de los barberos, o cirujanos en la práctica de las cirugías para el nacimiento, quienes en un inicio sólo se encargaban de “extraer un feto fallecido, detener un flujo copioso de sangre o practicar una cesárea después de morir la madre” (Argüello & Mateo, 2014, pp. 15).

Recién en el siglo XVII, se autorizó a los cirujanos a asistir Partos, y en s. XVIII, fue acaparado completamente la asistencia al parto por los “cirujanos comadrones” (Argüello & Mateo, 2014).

De esta manera se asoció a las mujeres con la superstición, con el lado oscuro, de las tinieblas y del mal, como veneradoras del Demonio, con el cual mantenían relaciones sexuales a partir de las cuales les era otorgado sus poderes mágicos. Indistintamente, en el otro extremo, se posicionó al varón con los saberes médicos, situándose al lado de Dios y de la Ley y haciéndolo poseedor de bienaventuranza y sanación aceptada.

Lo que por años significó una fortaleza, una labor de prestigio, y de importancia, ahora se veía nublada por el poder patriarcal resultante del capitalismo, en consonancia con la Iglesia cristiana, y de la mano del machismo imperante en la época, de lo cual aún continúan viéndose vestigios en la actualidad.

Ehrenreich & English (2006) citan al sociólogo Elliot Freidson que afirma que: “Una profesión obtiene y mantiene su posición gracias a la protección y al patrocinio de algunos sectores privilegiados de la sociedad que han llegado a convencerse de que su trabajo ofrece algún interés especial” (como se cita en Ehrenreich & English, 2006, pp. 28).

Tal es el caso de lo acontecido con la hegemonía médica en la actualidad.

Vigna (2018), citando a Ehrenreich y English (1973) destaca que se desarrollaron nuevas y rígidas leyes de habilitación para los cirujanos barberos, provocando un monopolio por parte de los médicos del ejercicio de la medicina, incluido el parto. En ese entonces sólo quedaban vestigios de la antigua medicina popular encarnado en las Parteras empíricas, quienes fueron atacadas por los obstetras en nombre de la ciencia y las reformas ridiculizándolas, y acusándolas de ser “personas incurablemente sucias, ignorantes e incompetentes” (como se cita en Vigna, 2018, pp. 30).

Se llevaron a cabo juicios en contra de las Parteras y de su labor argumentando que eran ellas las causantes de la creciente mortalidad materna e infantil de la época a causa de iatrogenia, acusándolas de ignorantes, o con “facultad con poquísimas luces” (Argüello & Mateo, 2014), carentes de principios, provocaron en consecuencia el atraso en este aspecto de la salud.

Posteriormente a los juicios en contra de las Parteras, se reguló a través de leyes el ejercicio de esta labor por parte de los cirujanos barberos, ya que sus destrezas y habilidades en muchos casos iban acompañados con el uso de nuevas tecnologías propias de su área como la aparición de fórceps, por tanto fue considerada una rama exclusiva de la cirugía.

El proceso de deslegitimación y subordinación que sufrió la Partera no fue suficiente para erradicarla, debido a que la realidad planteaba otras circunstancias como:

Mecanismos de solidaridad femenina inherentes a la relación de las mujeres con la matrona, [...] la escasez de cirujanos parteros, la incapacidad de abarcar todo el territorio, la imposibilidad de la mayoría de pagarse un cirujano [o] la inaccesibilidad del mundo rural (Ehrenreich y English, 1988, pp. 12 - 13).

Hecho que tiene relación con el ejercicio de la partería tradicional actual, que se encuentra al margen de los sistemas sanitarios y aún así sigue existiendo.

Todo esto en el territorio europeo, fue lo que provocó que en la mentalidad de los conquistadores al llegar a Latinoamérica, se acentuaron las diferencias culturales, así como la desvalorización de los sistemas de creencias de las sociedades y culturas ancestrales, no validados por el antiguo mundo.

### **Consideraciones de la actualidad en base a lo histórico**

De esta manera se puede pensar que la profesión de Partera, ante la forzada y permitida disminución de sus competencias, al ser ultrajada y removida desde su esfera más profunda, siendo una profesión sufrió su desvalorización desde ambas caras, del ser Partera y mujer, hecho que se evidencia según Vigna (2018) a partir de la desvalorización del rol de la Partera en tanto femenino, que ha sufrido sus transformaciones a lo largo de la historia.

Apreciación que justifica que las Parteras profesionales trabajan extensas jornadas laborales con remuneración por debajo de otros profesionales de la salud.

Dice Robbie Davis-Floyd (2009) con relación a lo anterior:

Las parteras profesionales suelen ser objeto de malos tratos por parte de los sistemas sanitarios en los que trabajan. Casi siempre están mal pagadas, a menudo son maltratadas por médicos que están por encima de ellas en la jerarquía médica y por lo general trabajan largas horas en condiciones duras”

(Robbie Davis-Floyd, 2009, pp 85).

Dentro de este pensar social y jerárquico que rodea al sistema de salud, está dada por la figura del médico como “superior” a la Partera profesional, debiendo en ocasiones acatar las órdenes de los mismos, y en muchos casos sin opción de opinar o de llevar a cabo una conducta como sucede en algunos de los países en Latinoamérica.

La manera que se encontró para reafirmar esta supuesta superioridad de la medicina sobre la partería tradicional fue en un principio, formar Parteras profesionales, “a partir del siglo XIX la estrategia consistió en reemplazar a las Parteras tradicionales por mujeres alfabetas entrenadas en las escuelas de medicina, que fuesen auxiliares de los facultativos” (Argüello & Mateo, 2014, pp. 17).

Estas sesiones de aprendizaje, limitaban el actuar de las Parteras, por lo que eran formadas con menores competencias al rol que habían desarrollado hasta el momento, deshaciendo sus funciones rituales y sociales, y volviéndolas puramente dependientes del médico. Reprimiendo a la Partera tradicional, y volviéndola

subordinada, lo cual se vio empeorado con la aparición de la ginecología como especialidad clínica dentro de la formación médica. De esta manera las Parteras profesionales “surgieron no sólo como una figura de apoyo a la profesión médica y subordinada a ella”, sino también como “práctica represora de la actividad de las Parteras tradicionales” que resultaba “competitiva de la medicina académica” (Argüello & Mateo, 2014, pp. 17).

Tal es el caso de México, donde la historia de la partería, permite reflexionar acerca de la verdadera importancia del rol de la Partera en la actualidad.

En principio, como hecho evidente para desprestigiar y justificar la fagocitosis del papel de la Partera, se empleaban argumentos infundados de que la mortalidad materna y neonatal en áreas de campo estaban determinadas por el actuar de las Parteras tradicionales, poniendo en peligro la vida de los mismos, así como la posibilidad de destrucción de familias en consecuencia a las pérdidas. Donde esta función quedaba en manos exclusivamente de los médicos, quienes tenían supremacía en todos los aspectos de la salud, incluido el Trabajo de Parto y el parto.

Durante mucho tiempo, más allá de los reclamos y de las acusaciones realizadas, las mujeres de las zonas rurales continuaban prefiriendo y reclamando la presencia de las Parteras en sus Trabajos de Partos así como en sus partos. Por lo que los servicios de salud se vieron obligados a generar una estrategia de control sobre esta situación.

Dado que las mujeres del área rural continuaban controlando sus embarazos y teniendo sus partos con las Parteras tradicionales o empíricas por su bajo costo y accesibilidad, el sistema sanitario como estrategia de control sobre la mortalidad materna y neonatal comenzó a identificarlas, monitorearlas y adiestrarlas bajo la argumentación de “darles un sentido de responsabilidad y poner límites a su trabajo, para que no amenacen las vidas de las madres y sus hijos” (Argüello & Mateo, 2014, pp. 17).

Es así que por la implementación de métodos y procesos médicos alópatas el papel de la partería tradicional ha perdido validez en este país, así como ha disminuido su existencia, y su legado comienza poco a poco a perderse, y con ello riquísima información de la cultura a la que representan.

Según el artículo *Parteras tradicionales en el estado de Chiapas, usos y costumbres*, Freyermuth y Montes (2000) explican que matronas certificadas por el Estado de México desaparecieron desde mediados de los años setenta. En la actualidad, la titulación que les brinda el estado es el de enfermeras obstétricas, y en la práctica clínica solo se las reconoce como enfermeras.

Su trabajo está dispuesto en manos de los médicos, que son los encargados de la salud de las gestantes, así como de todo el proceso posterior al parto.

De la misma manera la Partera tradicional no solo ha perdido un lugar en la actualidad, sino que también ha quedado por fuera de los informes de los organismos internacionales.

En México la partería tradicional está en verdadero riesgo, ya que solo permiten que las mujeres embarazadas reciban atención por parte de Parteras certificadas. Si bien hay una ley General de Salud que reconoce la existencia de las Parteras tradicionales y profesionales, en la práctica diaria de políticas públicas se excluye a estas primeras.

Dado que la certificación tiene ciertos requisitos estipulados tales como saber leer y escribir; la mayoría de las Parteras tradicionales al ser analfabetas se ven imposibilitadas a acceder al mismo.

Algo similar sucede en Brasil, donde Do Nascimento et al. (2009) plantean el rol de la Partera desde una perspectiva de género, reconocen estas diferencias, mencionan que las Parteras profesionales que trabajan en las maternidades se encuentran en situación de subordinación y son consideradas jerárquicamente inferiores a otros profesionales de la salud, lo cual es muy diferente al caso de los partos en domicilios llevados a cabo por Parteras tradicionales, donde tienen la libertad de ejercicio.

Los autores analizan que no es un proceso que se dé de manera tranquila, sino que hay cierto grado de disputas simbólicas en varios niveles, ya que las Parteras profesionales o también denominadas Parteras certificadas, que encuentran su lugar en las maternidades, son consideradas auxiliares obstétricas. Por lo tanto su disputa con otros profesionales (quienes históricamente las desplazaron) está dada en distribución de las facultades médicas, donde por lo general los Trabajos de Partos con complicaciones pasan a mano de los varones y los partos simples a mujeres, justificada en el uso de instrumentos de uso complejo (como el fórceps).

Según *Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural*, Frota (1999) plantea que con respecto a la parte “profesional”, se reconoce actualmente el título “Enfermería obstétrica”, que serían las herederas del título “Partera Diplomada”, la cual fue desapareciendo por el auge del patriarcado, con la aparición de la especialización de la Obstetricia en el campo de la medicina, ya que como especialidad, requería de mujeres embarazadas para sus prácticas, y no contaban con ellas porque eran atendidas por Parteras Diplomadas.

Tanto fue así que el imperio varonil de la comunidad médica, haciendo uso de sus “privilegios intelectuales”, despojaron de sus funciones a las Parteras Diplomadas, ya que se justificaban en que ellos tenían el conocimiento de cómo tratar a las mujeres de acuerdo a la información brindada por los libros, y haciendo uso de esta supremacía acabaron por convertirse en la especialidad.

## Importancia de la partería

Es conveniente hablar acerca de cuál es la posición o lugar en donde se ubica la Partera a nivel mundial, de esta manera, se accede a una mirada amplia y universal de su rol, así como a la comprensión de la importancia de su papel.

El informe del *Estado de las Parteras en el Mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*, documento redactado por UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas por sus siglas en inglés), en conjunto con la Confederación Internacional de Matronas y la OMS (Organización Mundial de la Salud) hace referencia al estado de la partería en el mundo, específicamente en 73 países de bajos ingresos o de ingresos medios, donde se realizó una evaluación general de estos aspectos.

Hace hincapié en la importancia de la formación y ejercicio de Parteras en el mundo, como forma de contribuir a lograr uno de los objetivos planteados para el milenio, (el número 5 específicamente) basado en mejorar la salud materna:

### Desafíos y perspectivas

El principal desafío es reducir las inequidades que se observan en la mortalidad materna principalmente en los territorios con población indígena, afrodescendiente y en áreas rurales dispersas y en zonas urbanas marginales, para lo cual es necesario: (...)

5. Involucrar a la comunidad, incluidas las autoridades indígenas, hombres, organizaciones de mujeres, lideresas y parteras en las respuestas locales para reducir la mortalidad materna (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015, pp 35).

Las Parteras como personal encargado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como de la promoción y prevención de enfermedades en los recién nacidos, son un recurso humano que según el informe antes mencionado deben implementarse en las estrategias de salud. Invertir en la formación de Parteras en el mundo, posibilitarles el acceso a alternativas y recursos para poder otorgar una asistencia adecuada y focalizada, permitiría la desaturación de otros profesionales de la salud, logrando repartir adecuadamente los tiempos y energías invertidas en el cuidado y protección de las poblaciones más carenciadas.

De esta manera reconoce que la partería es un elemento clave y esencial para el cuidado y atención de la salud sexual y reproductiva materna y neonatal, incluyendo

en sus servicios la atención durante el embarazo, parto y puerperio, definiéndose partería en el informe como los servicios de salud y el personal sanitario que se requieren para acompañar, atender y apoyar a las mujeres y los recién nacidos.

En uno de sus capítulos denominado *Partería 2030* se hace hincapié en promover los modelos de atención centrados en la mujer y llevados a cabo por Parteras, lo que cuenta con beneficios demostrables como ahorro de recursos en los servicios de atención medicalizados, identificando y destacando a la partería como algo más importante que la atención de las mujeres en el parto, hace énfasis en la atención centrada en la mujer, en su bienestar a través de un modelo de atención de apoyo y de prevención.

### **Parteras profesionales y Parteras tradicionales**

Es pertinaz explicar cómo se define Partera Profesional según Consejo de la Confederación Internacional de Matronas:

Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios señalados en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio; dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso al cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en

cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud (Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en Brisbane, Australia, 19 de julio de 2005).

Lo que es evidente es que la Partera profesional tiene un aval estatal en los países donde está presente la formación y se cumple este perfil o similar.

Entre las competencias de las Parteras profesionales en diferentes países de Latinoamérica como Guatemala, México, Brasil, Argentina, Uruguay, el perfil de egreso de las instituciones que brindan enseñanza profesionalizada coinciden en que sus competencias se basan en la promoción de salud, prevención de patologías, tratamiento oportuno y rehabilitación. Su área de interés es el diagnóstico y control de embarazo, la asistencia a partos y puerperio de bajo riesgo, atención a los recién nacidos y lactantes sanos mediante el seguimiento y contribución a la crianza de niños en la primera infancia, mediante conocimientos de puericultura y neonatología. Educación comunitaria en las esferas del ciclo sexual y reproductivo de las mujeres, en las familias y las comunidades.

Su ejercicio es libre en las esferas públicas y privadas, pudiendo ejercer en instituciones y domicilios. Su formación para la atención es con un enfoque de respeto hacia las mujeres como sujetos de derecho, proporcionando la atención culturalmente adecuada para cada mujer y familia. Distinguiéndose el perfil en México por hacer hincapié en la aplicación de principios éticos de la profesión en su práctica, se integra a las comunidades, se respetan sus creencias y costumbres y reconocen, respetan y familiarizan con el cuidado de Parteras tradicionales de México.

Su formación es respaldada en evidencia científica, integrando conocimientos, aptitudes, destrezas y valores, brindando atención desde un enfoque biopsicosocial. Su área de desempeño integra la organización y gestión de área de obstetricia, creación de programas que contribuyan a la mejora en la salud materno-infantil a partir de conocer los factores biológicos, psicológicos y sociales de las sociedades que influyen en las que se desempeñan.

Entre sus habilidades está el desempeñarse como docente y participar en investigaciones del área de salud.

Se especializan en la utilización de tecnología aplicada al embarazo y son habilidades para la identificación de riesgos que le permitan la derivación a otros profesionales en casos donde exceda las competencias o conocimientos que estas tengan participando en equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios. Además de la implementación de medidas de emergencia en caso que requiera su accionar.

En el Informe preliminar de la *Asociación Latinoamericana de Escuelas y facultades de enfermería* realizado por Cometto (2011) denominado *Situación de los países que tienen representación en ALADEFE con referencia a la educación y formación de enfermeras obstétricas, matronas y /o parteras -2011* enmarcado en la región andina, informa que en Colombia no hay formación pregrado de partería profesional o de matronas, por lo que dentro de la carrera de enfermería hay un área de focalización hacia el embarazo, parto y puerperio con enfoque en salud sexual y reproductiva. De la misma manera en Ecuador tampoco se cuenta con título de enfermera matrona u obstétrica, sino que solo es el de obstetriz siendo una carrera de pregrado. En Bolivia el título es el de enfermera obstetriz. En Guatemala no existe el título de enfermera obstétrica.

En Perú la formación era de enfermeras con especialidad en obstetricia, sin embargo la obstetricia era una carrera médica, en la actualidad el título es de obstetra, y en la mayoría de las universidades tienen el título académico de Licenciatura. En Brasil las parteras empíricas son entrenadas y supervisadas por las Enfermeras y están registradas (cadastradas) en el Ministerio de la Salud. En Paraguay reciben el nombre de obstetras

En América Latina, las parteras profesionales son bachilleres (graduadas de la escuela secundaria) que después estudian partería.

- Obstetra Partera (Uruguay)
- Licenciada en Obstetricia (Uruguay y Argentina)
- Matrona (Chile y Bolivia)
- Enfermera partera (Puerto Rico)
- Obstetriz (Ecuador y Perú)
- Enfermera Obstetra (Nicaragua)
- Enfermera Obstetriz (Bolivia, México)
- Obstetriz Licenciada (Paraguay y Perú)
- Obstetriz Técnico (Paraguay)
- Obstetriz Auxiliar (Paraguay)
- Obstetriz Rural (Paraguay)
- Partera Tradicional (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, México, Panamá y Paraguay)
- Comadrona (Guatemala)

- Enfermeira Obstétrica (Brasil)
- Obstetriz (Brasil)
- Auxiliar de Obstetriz (Brasil)
- Parteira Tradicional (Brasil)
- Sage Femmes (Haití)
- Nurse/Midwife (Caribe inglés)
- Single Trained Midwife (Jamaica, Guyana)
- Auxiliary Nurse/Midwife (Caribe)
- Rural Health Nurse (Belize) (Cometto, 2011, pp, 22 - 23).

Las Parteras tradicionales son según el documento publicado por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en conjunto con UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y FNUAP, con el título *Parteras tradicionales* (1993), “la persona que asiste a la madre durante el Parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales” (pp. 5).

En este documento se señala la importancia del papel que tiene la Partera para la comunidad en la que está inmersa, y es en algunas situaciones la única que puede brindar asistencia a las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio.

Teniendo la capacidad de brindar herramientas a los miembros de sus comunidades mejorando la experiencia de vida de las mujeres y sus familias.

Entre las características de éstas se destacan:

La PT (Partera tradicional) es una mujer madura que tiene hijos vivos y forma parte de la comunidad en la que presta sus servicios. Aunque a menudo es analfabeta, habla el idioma local y no solo comprende el sistema cultural y religioso sino que forma parte integrante del mismo. La PT suele ser una mujer ponderada e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea a causa de su sentido práctico y experiencia (OMS, FNUAP, UNICEF Ginebra 1993, pp. 6).

En esta línea de pensamiento, Carvajal et al. (2018), en su artículo *Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina* exponen de la siguiente manera:

«Partera tradicional» se refiere a las mujeres (en algunos casos hombres) que en el seno de su comunidad son reconocidas como capaces de acompañar a la embarazada durante el proceso de gestación, parto y puerperio. Estas mujeres aprenden el oficio a través del acompañamiento que hacen con otras mujeres de vasta experiencia y posteriormente, con la práctica. Su ejercicio se articula con el uso de la medicina tradicional y al ser parte de la comunidad conoce y comprende los rituales, símbolos y significados que tiene para la cultura étnica el embarazo, el parto y puerperio. Es común que se les ubique en áreas rurales y otras de difícil acceso geográfico, que gocen de liderazgo y confianza en sus comunidades, por lo que ellas son agentes clave para abordar otros problemas relacionados con la salud de la mujer (Carvajal et al., 2018, pp. 6).

El artículo publicado en 2007, *Tradicional Midwives, are Midwives*, explica la importancia de la existencia de las Parteras comunitarias o tradicionales, reconociendo dos acciones destacadas enmarcadas dentro de su contribución a la disminución de la mortalidad materna e infantil en algunas áreas de América Latina y el Caribe, donde los recursos y accesos que tienen la población a sistemas de salud se ven limitados. La primera es la detección de factores de riesgos en madres en los sectores más pobres y vulnerables de las comunidades, y la segunda en el establecimiento de adecuados sistemas de salud que ayuden a generar redes de sustento social, y que permitan contribuir a detectar oportunamente estos elementos dentro de su comunidad.

Dentro de sus funciones también están las de encargarse de las curaciones con plantas y prácticas espirituales, y realizan consejería en cuidados puerperales, planificación familiar, abortos y esterilidad (OMS, FNUAP, UNICEF Ginebra, 1993).

Más sin embargo, son las Parteras tradicionales las que cuentan con formas de pago provenientes de las mujeres y sus familias, cuando asisten los partos o realizan los acompañamientos pertinentes según lo establece su función (OMS, FNUAP, UNICEF Ginebra, 1993).

### **Partería tradicional en Latinoamérica**

En base a los datos recabados bibliográficamente aparecen una serie de puntos importantes y destacados que se reiteran en todos los casos al hablar de una Partera tradicional:

- a. Son mujeres de mediana edad, viudas o casadas.
- b. En general la constante es que tengan experiencia por haber tenido hijos propios o asistir numerosos partos y es la que garantiza que sean más o menos reconocidas.
- c. Son figuras destacadas dentro de la comunidad y reconocidas como encargadas de la sexualidad de la mujer (ciclos menstruales, anticoncepción, aborto, enfermedades y padecimientos ligados a los órganos genitales, educación...).
- d. Forman parte de la cultura en la que se desempeñan, viven según sus costumbres, y se expresan a través de ellas, por lo tanto tienen la capacidad de comprender en profundidad los símbolos, creencias, ritos, religión, y cosmovisión.
- e. Hacen uso de saberes vinculados a el ambiente en el que viven, y tienen amplios conocimientos sobre las propiedades y usos de las plantas medicinales de la región
- f. La forma en la que adquieren sus destrezas se da a través de la transmisión generacional y de las experiencias propias, los saberes y conocimientos adquiridos por estos dos medios se retroalimentan sin coartarse entre sí.
- g. Las formas de pago, de acuerdo a las posibilidades de las familias asistidas.

En el Estado de Chiapas en México, “se reconoce a la partera como un elemento fundamental en la atención a la maternidad y el cuidado de la salud de las mujeres” (Freyermuth & Montes, 2000, pp. 2), haciendo referencia a la Partera como un agente de salud.

Este Estado se caracteriza por tener un número importante de población indígena, en pocos o reducidos espacios de tierra. La infraestructura con la que cuentan es muy carenciada, así como una vida desarrollada en la marginación y desigualdad social, albergando la mayor parte de la población pobre, analfabeta o con muy bajo nivel educativo.

Con respecto a su salud según su cosmovisión la forma en la curación está en manos de los llamados curanderos, deshuesadores, Parteras, todos ellos realizando su labor a través del uso de plantas medicinales.

En este contexto, las Parteras son consideradas como personas extremadamente importante en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, son valoradas y respetadas. Son mujeres de mediana edad, que

aprendieron su labor de otras o por su propio trabajo, y sus dones fueron en algunos casos revelados a través de sueños. Entre sus saberes se incluyen el uso de plantas medicinales para ayudar a las mujeres en todo su proceso de embarazo, parto, para lograr el nacimiento de un niño/a sano y un parto sin complicaciones, así como el posparto (Freyermuth & Montes, 2000).

Cabe destacar que las Parteras tradicionales brindan la atención más especializada que las mujeres embarazadas indígenas de la zona pueden tener, porque en caso de que no se cuente con una, es ella misma o el esposo quienes se encargan del parto (Freyermuth & Montes, 2000).

Si bien tienen un gran prestigio y reconocimiento social dentro de su comunidad, en la toma de decisiones importantes ante situaciones de riesgo con respecto a la salud de las mujeres, los poseedores de la última palabra son los varones de las familias, sean padres o esposos (Freyermuth & Montes, 2000).

El prestigio de la partera se mide en los años de experiencia, así como en la forma en la que resolvió complicaciones que se le hayan presentado durante su trayectoria (Freyermuth & Montes, 2000).

Es así que la Partera:

Responde al orden simbólico y a las normas de la organización social comunitaria; conoce también las condiciones de vida y las contradicciones de su entorno social; su condición de mujer indígena (...) la ubica en un lugar privilegiado para promover una visión amplia e integral de la salud de la mujer (Freyermuth & Montes, 2000, pp. 226 - 227).

Dentro de estas comunidades son muy escasos los casos en los que las Parteras reciben una remuneración por su trabajo, desempeñándolo de manera afectuosa, lo que las convierte en importantes para las mujeres quienes la perciben en un papel maternal en estas situaciones.

El artículo *A arte de partejar: experiencia de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/am* la visión en Brasil es similar, allí las Parteras tradicionales son mujeres que asisten los partos en domicilios y tienen reconocimiento en su comunidad. En este caso el prestigio ya se lo otorga su labor y no los casos a los que se haya enfrentado (do Nascimento et al., 2009).

A partir de su estudio los autores llegaron a generalizar la descripción de las Parteras tradicionales de Envira (Brasil) como mujeres de mediana edad, que viven en áreas rurales, casadas o viudas, que han tenido hijos y su nivel adquisitivo es generalmente precario, son pobres, y en la gran mayoría analfabetas o con baja escolaridad. Es una mujer de casa, se dedica a las labores domésticas y a la

crianza y subsistencia de su familia, sus conocimientos tiene que ver con obstetricia, pediatría, psicología y medicina general.

Se requiere de cierto grado de vocación para desempeñarse. Un atributo esencial a tener para ser Partera es coraje, ya que con los partos complicados se requiere apelar a esta atribución. Sus aprendizajes se dan a través de la experiencia de sus propios partos, de trabajar con mujeres, de la misma práctica, o son pasaje desde sus familias, y son estimuladas por un deseo de servir a sus comunidades, por solidaridad, por curiosidad o por necesidad de trabajo. Sus acciones van más allá de asistir partos, sino que se extiende al cuidado de las familias y de los necesitados, por lo que son “Personas que tienen un saber esencial de la supervivencia de sus comunidades” (do Nascimento et al., 2009, pp. 320).

Sus dotes son considerados dones divinos, por lo que no cobran sus acciones, reciben de pago algunas veces algo de dinero, alimentos, y en algunas ocasiones no reciben ninguna remuneración. Aunque esto no les impide continuar con su labor. Ellas reconocen que su mayor pago o ganancia es el reconocimiento de su comunidad y la obtención del un parto sin complicaciones (do Nascimento et al., 2009).

El artículo *Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural* Frota (1999) agrega que estas mujeres, incluyen en su labor y práctica popular acciones como el empleo de oraciones, plantas medicinales y supersticiones. Son reconocidas y respetadas por la comunidad.

En las comunidades Awajun y Wampis de Perú, los especialistas de la salud son “vegetalistas, brujos, «sobadoras» y las parteras” quienes han adquirido grandes conocimientos en relación la naturaleza y conocen “las inmensas posibilidades terapéuticas” que la misma es capaz de otorgarles” (Medina & Mayca, 2006, pp. 23).

En el momento del parto y para dar cuidados previos a la embarazada, se requiere la presencia de aquellas mujeres de la familia que ya hayan tenido la experiencia del nacimiento previa, o las personas mayores, se llama a “la especialista de la comunidad”, mujer que ha adquirido sus conocimientos y que ha logrado perfeccionar en su desempeño a través de la asistencia (Medina & Mayca, 2006, pp. 24).

Son conocedoras del origen de los males, así como de las causas de las enfermedades, por lo que su asistencia es respetada, y sus recetas e indicaciones para la cura son tomadas con mucha atención. Sus conocimientos, prácticas, ritos e interpretaciones de las enfermedades son transmitidos de generación en generación desde sus antepasados, por lo que cobran real importancia. Sus propias interpretaciones de las causales de las enfermedades son elaboradas a partir de su lenguaje y cosmovisión con explicaciones de orígenes “físicos, biológicos, humanos,

influencia de los fenómenos naturales, de las deidades o divinidades” (Medina & Mayca, 2006, pp. 30).

Las parteras, tradicionales y experimentadas, con sus vivencias y experiencias del mundo en que viven, resaltan el sentido vivificante de las plantas, los ríos, los peces, las aves, y todo cuanto rodea al hombre, y que permitirá de una u otra manera la culminación de todo un proceso, con el nacimiento de una nueva vida (Medina & Mayca, 2006, pp. 30).

En Ecuador, las Parteras tradicionales, además de desempeñarse en el área obstétrica, también son consideradas por su propia cultura como orientadoras, guías espirituales, guardianas, reproductoras y promotoras de los saberes ancestrales y de la cultura y cosmovisión comunitaria.

En la cultura Chiquitana, Guarayo y Ayoreo en Bolivia existen Parteros, pero la mayoría son mujeres en las zonas rurales, quienes desempeñan esta labor, transmitida de generación en generación desde sus antepasados.

Si bien sus culturas tienen rasgos diferentes, el trabajo de las Parteras es muy similar.

En cuanto a la forma de pago es diferente en cada familia, según lo que esta le puede ofrecer a la Partera, en caso de no tener nada, algunas veces la Partera no cobraba absolutamente nada. Lo más importante para ella es la vida.

La elección de ser Partera tradicional o la posibilidad de serlo varía de acuerdo a cada cultura, y puede alcanzarse por diversos caminos, por decisión personal, por adjudicación divina o por herencia familiar.

Eusebia, Partera empírica de Colombia, en su testimonio relata que la forma en la que llegó a desempeñar su labor fue por interés propio y a partir de esa elección comenzó a trabajar y a prepararse (Rivera, 2013, La Partera de Necoclí).

Luciana Pérez, partera empírica de México explica:

Dios le da el don de ser partera, ya que no se enseña ni se aprende, se trae. Diosito, si me das algo, si me has dado algo, haz que la despierte, haz que la mueva, haz que mis manos se muevan y mis ojos y mi corazón. Y que yo tenga lo que usted me ha dado para sanar (WorldConscious Pact, 2013, Luciana Perez - Partera).

Otra posibilidad es la de dedicarse a ello generalmente influenciado por algún pariente cercano que se dedica a ejercerla, y la destreza demostrada en una primera oportunidad.

### **Dificultades con las que se enfrentan las Parteras tradicionales**

*Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural*, Frota (1999) explica que las Parteras tradicionales desempeñan su labor bajo la desigualdad de género, asociado a labores “meramente femeninas”, de cuidado y protección, posicionando a las mujeres en un lugar de subordinación social que se reproduce permanentemente.

En las entrevistas de este artículo las Parteras hablan de emociones y sentimientos encontrados entre la alegría y la felicidad por la vida, y el constante contacto con la desigualdad social y la muerte, y reconocen sus limitaciones de conocimientos en determinadas circunstancias.

Existen muchas Parteras tradicionales que desempeñan su labor empírica en comunidades de Latinoamérica, donde el acceso a los servicios de salud formales se ve quebrantado o limitado por cuestiones geográficas, y su única opción de recibir asistencia es de las manos de estas mujeres.

Medina y Mayca (2006), reconocen que “mientras existan lugares distantes, de difícil acceso o problemas de seguridad pública, las parteras son el único recurso con que cuentan las comunidades para afrontar sus problemas de salud” (Medina & Mayca, 2006, pp. 30).

Entre las complicaciones con las que se enfrentan están las cuestiones de transporte, donde en muchos casos deben realizar largas andanzas caminando muchos kilómetros. Otras de las dificultades es la inaccesibilidades geográficas y de comunicación que se ponen en evidencia en los momentos en los que se presentan complicaciones, donde estas mismas distancias dificultan la accesibilidad a transportes que permitan trasladar oportunamente a las mujeres a los centros de salud para recibir una atención enfocada al riesgo. Tampoco cuentan con materiales adecuados para la asistencia de los partos (do Nascimento et al., 2009).

Las Parteras tradicionales de estos territorios, ocasionalmente se instalan en la casa de las embarazadas cuando ellas comienzan con dolores hacia el fin del embarazo, y se hospedan como invitadas hasta la llegada del nuevo ser en el parto, dado por los accesos geográficos que muchas veces pueden dificultar la llegada de las Parteras al mismo. En otras ocasiones permanecen en los domicilios hasta que el cordón de los recién nacidos se les cae (do Nascimento et al., 2009). Y en algunas situaciones ellas se encargan de las labores del hogar, así como ayudar a supervisar y cuidar a los niños de la casa en caso de que los hubiera (Freyermuth & Montes, 2000).

Las Parteras tradicionales de algunos lugares de Ecuador, específicamente en Zamora, se enfrentan a persecuciones y acusaciones por parte de los médicos, estas recaen sobre ellas cuando asisten partos en los domicilios de las mujeres, razón por la cual ellas se encargan de los cuidados prenatales pero en el momento del parto las derivan a los hospitales (González & Corral, 2010).

González y Corral (2010) en su informe *Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador* explican que otras de las dificultades a las que se enfrentan es la pérdida de plantas medicinales dada por el deterioro ambiental de sus comunidades, hecho que causa la pérdida irreparable de medicinas naturales que en muchos casos no se pueden emplear por la contaminación a causa de tóxicos y animales muertos por la misma razón.

Los aportes que ellas pueden realizar a la salud reproductiva son fundamentales, ya que son las que llegan a los sectores más alejados, y a las poblaciones más pobres, y que se encuentran lejos de zonas urbanas y hospitales.

A pesar de que las Parteras tradicionales son reconocidas por organismos internacionales, aún hoy en día se continúan desarrollando estrategias similares a las del s. XIX como las planteadas más arriba, en donde la partería tradicional se ve como una amenaza a la profesión institucionalizada y se realizan todos los esfuerzos por disminuir su papel protagónico dentro de las comunidades.

Respaldados por la implementación de acciones de formación e instrucción de Parteras tradicionales, generando cursos de adiestramiento y preparación, con el objetivo inicial de disminuir aquellas prácticas que puedan ser perjudiciales tanto para la mujer como para el recién nacido, pero paulatinamente, esto conlleva a que las prácticas populares disminuyan, hasta lograr una atención completamente institucionalizada de las embarazadas.

En el tratado *Parteras tradicionales* (1993) se plantea la importancia de brindar herramientas para que estas Parteras puedan actuar como intermediarias entre las comunidades de las cuales forma parte, y los centros de salud, logrando detectar oportunamente aquellas mujeres embarazadas de riesgo, y derivarlas. Relegando la figura de la Partera tradicional a una simple herramienta del sistema de salud. El respeto de estas mujeres en su comunidad, es utilizado en estos casos para generar un nexo entre la cultura y el sistema de salud formal, justificado en que permitiría contribuir a la mejoría de los servicios sanitarios y la disminución de la morbilidad materno-neonatal, pero desde un posición de subordinación, en donde ellas deben adecuarse a las exigencias del servicio médico al interactuar con él.

Este nuevo papel asignado permite visualizar cómo la partería tradicional pierde importancia y valor, su rol se relega a acciones comunitarias como: educadoras, instructoras y derivadoras a los servicios de salud de las localidades más próximas. Esta pérdida de valor en Latinoamérica va en contra de las raíces de

la partería tradicional, donde el conocimiento recibido generacionalmente y de manera empírica se ve descalificado frente al conocimiento médico científico que se adquiere en la partería profesional. No se da un intercambio bilateral, donde las prácticas de una de ellas (profesionales y tradicionales) aporte a la otra, sino que se asume que las prácticas tradicionales son riesgosas y deben ser sustituidas por esta única verdad científica que todo lo sabe. Queda truncada la posibilidad de intercambio intercultural.

De esta manera se cita lo que Carvajal et al. (2018), en su artículo *Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina* exponen de la siguiente manera:

Las parteras tradicionales siguen en un terreno políticamente ambiguo que debilita su rol, lo que genera la pérdida del patrimonio cultural de los países ante su no reconocimiento, no vinculación a los sistemas de salud como prestadoras de servicio y sí como actores comunitarios encargados de informar, educar, y remitir a los prestadores de servicios de salud los casos de salud materna y neonatal (Carvajal et al., 2018, pp. 2).

Más allá de que el principal o más importante objetivo que se maneja a futuro es la atención profesionalizada de todas las mujeres durante su etapa de embarazo, parto y puerperio, la Partera tradicional, al tener un papel activo e importante dentro de su propia comunidad, es completamente necesaria. Ya que integra las costumbres religiosas y culturales aceptadas en su propia comunidad, algo con lo cual la medicina moderna hoy en día no puede, o no logra brindar a las mujeres embarazadas y sus familias. Es esta una de las poderosas razones que permiten que sigan existiendo y llevando a cabo su labor abnegado, humanitario y con total entrega, con compromiso social y personal, por su deseo de servir y de ayudar, por vocación.

### **Diferencias y similitudes entre las Parteras tradicionales y las Parteras profesionales**

Una de las similitudes que tienen las Parteras profesionales y las tradicionales es que ambas son capacitadas en el respeto de la cultura de las mujeres a las cuales asiste, sin embargo, en el caso de la partera tradicional convive con la cosmovisión, costumbres, creencias y religión dentro de su comunidad, por lo tanto su atención es más focalizada y respondiendo de manera orgánica a las costumbres de las mujeres y sus familias con respecto al Trabajo de Parto y parto.

Las Parteras profesionales que trabajan dentro de instituciones se ajustan a los requerimientos y demandas de la institución, de manera que en esta situación,

muchas veces se da una estandarización de los cuidados y métodos de asistencia, algo que en el caso de las Parteras tradicionales no ejecutan, ya que ellas brindan una atención más individualizada respondiendo a particularidades de las mismas, principalmente condicionadas por las posibilidades que tienen de asistencia.

Con respecto a la autoridad en el Trabajo de Parto y parto, en el caso algunas culturas indígenas recaen sobre el familiar varón de la casa, sobre todo en situaciones de urgencia, aunque la Partera en su rol de acompañante es muy respetada. En cambio en el ámbito profesional la decisión de la conducta final la tiene la Partera profesional, de hecho es la única que tiene la palabra, hay una interacción de ida y vuelta con la usuaria con respecto a las acciones que se realizan, pero es la profesional quien decide, no cuestionándose su actuar.

La institucionalización de profesión de la Partera implica una subordinación de las profesionales a una jerarquía médica impuesta desde el sistema de salud formal (esto queda por demás constatado en las diversas titulaciones). Sin embargo, las Parteras tradicionales o profesionales que encuentran su área de desempeño en los domicilios de las mujeres junto con sus familias tienen otra forma de actuar y no responden a una jerarquía.

El principal punto en común de ambas formas de ejercicio de la profesión es el cuidado de la mujer durante la etapa de embarazo, Parto y puerperio cuidados del neonato, atención y cuidado de la comunidad, asistencia en salud sexual y reproductiva, educación.

La forma en la que se transmiten los saberes tienen cierta relación, si bien las Parteras tradicionales tienen una modalidad de pasaje generacional, la forma de adquirir los conocimientos dentro de lo que es la partería profesional también responde a esta forma de enseñanza y aprendizaje donde el área docente tiene una influencia sobre el estudiantado, son Parteras profesionales que en su rol docente, les enseñan a otras Parteras profesionales. Lo que es diferente es el contenido de lo que se transmite, en el caso de las Parteras tradicionales son saberes empíricos, y en el caso de las profesionales son los saberes reforzados en las evidencias científicas.

# Conclusiones

## Reflexiones finales



## Conclusiones finales

Si bien uno de los objetivos planteados inicialmente en este trabajo monográfico fue generar un concepto generalizado y unificador de Trabajo de Parto fisiológico, con el desarrollo del trabajo a partir de la bibliografía consultada, se concluye que no es posible realizarlo como tal debido a los motivos que se procederán a explicar a continuación.

Se observa que en torno al concepto hay una constante que desde un punto de vista formal y basado en las últimas evidencias científicas que además también están respaldadas por la OMS, el Trabajo de Parto activo se inicia a partir de una dilatación de 5 cm acompañado de regularidad en las contracciones, acciones que dependen y están condicionadas por múltiples causales.

El concepto de Trabajo de Parto se construye a partir de diferentes signos y síntomas que en sus conceptos abarcan varias aristas las cuales deben actuar en consonancia. La definición como tal necesariamente está acompañada y en retroalimentación constante entre la ciencia y la cultura.

El Trabajo de Parto como concepto con dinamismo y en constante movimiento, implica una serie de eventos biológicos, anatómicos, y endocrinológicos resultantes del organismo materno y fetal, donde actúan de manera coordinada permitiendo que ambas partes del binomio madre y feto realicen su trabajo.

Durante el Trabajo de Parto, hay estructuras anatómicas que participan como la liberación de determinadas hormonas que permiten que el cuerpo de la mujer embarazada comience a presentar modificaciones y cambios en su estructura y fisiología mediante contracciones, dilatación cervical, formación de la bolsa de las aguas, pérdida de limos y fenómenos plásticos fetales para que puedan desarrollarse sin intervenciones ni complicaciones, recibiendo todos ellos la denominación de fenómenos activos y pasivos del mismo.

El proceso biológico a través del cual, el cuerpo de la mujer embarazada se prepara para el parto, requiere de ciertas estructuras sociales y comportamentales que permiten un desarrollo fisiológico y natural del mismo. Esto se evidencia a través de la forma en que cada cultura le hace frente.

Es aquí donde el papel cultural cobra relevancia, esto se debe a que los seres humanos como especie viven y se desarrollan dentro de una sociedad con la cual interactúa y de la cual aprenden a vivir según sus propias creencias y normas de convivencia políticas, económicas y costumbres, elaboradas desde su origen, adecuándose ella y reproduciendo esquemas mentales y de actuación que permiten esta visibilización e interpretación de su propia realidad y autopercepción. Y la maternidad, el embarazo y el parto no escapan de ellas, se mueven, se adentran y se viven a través de estos filtros.

Socialmente los centros de salud formales muchas veces son percibidos como un lugar de peligro y de relación con la enfermedad. El entender el parto y el Trabajo de Parto como una enfermedad acarrea complicaciones al transitar el momento. Las mujeres de la sociedad actual, traen arraigados desde hace muchos años en el imaginario colectivo la vinculación del Trabajo del Parto con el dolor y el sufrimiento, sin separar estas dos cosas que son distintas.

Según los autores analizados, el dolor es subjetivo, y depende de elementos culturales relacionados al lugar en donde se desarrolle la vida de la mujer embarazada y de su entorno.

Hay comunidades indígenas, como es el caso de mujeres de Baroro (Brasil), en donde se educa a las niñas desde pequeñas para el momento doloroso del Trabajo de Parto pero como un trance pasajero, por lo que estas mujeres viven el dolor como algo inherente al hecho de parir sin cargarlo de connotaciones negativas, distintamente al caso de la concepción judeo-cristiana donde se lo vincula con un castigo impuesto por un Dios.

Para la comunidad indígena de Yucatán, el dolor se vincula con efectos específicamente biológicos y anatómicos, percibidos y sentidos en el cuerpo de las mujeres, sin embargo el sufrimiento es algo sentido interiormente que implica un dolor en el alma, que muchas veces es elegido ya que cada persona decide o no el sufrimiento.

Si bien el dolor es inevitable, también tiene mucha relación con la sociedad y la cultura en la cual la mujer viva y las concepciones y cosmovisión que la misma tenga con respecto a él, la manera de sobrellevarlo y enfrentarlo, razón por la cual varía de una mujer a otra y de una sociedad a otra.

La mujer embarazada debe sentirse segura y tranquila, para experimentar una completa relajación y para que el Trabajo de Parto se desarrolle con normalidad, esto se logra cuando el neocórtex se relaja y el cerebro instintivo (que es la parte menos racional y que se relaciona con el instinto) prepara las condiciones ideales para que los niveles de estrés y los reflejos de lucha o huida sean disminuidos, favoreciendo la liberación de oxitocina, y demás hormonas que conforman el cóctel del Trabajo de Parto favoreciendo el desencadenamiento y el progreso del mismo.

De esta manera la percepción de dolor se ve alterado cuando la mujer embarazada no se encuentran en un entorno conocido, y muchas veces el hecho de recibir palabras de aliento y apoyo, una de las principales tareas de las Parteras, contribuye a que la mujer en Trabajo de Parto, se relaje, se sienta acompañada, y con valor para poder transitar esta experiencia, ya que el entorno conocido contribuye a que se desarrolle de manera más amena.

Este es uno de los principales motivos por los cuales el rol de la Partera es fundamental durante el Trabajo de Parto, es una figura de autoridad y experiencia que garantiza a la mujer seguridad y sentido de protección. Es ella quien en varias ocasiones se encarga de controlar el embarazo, así como se encargan de acomodar al feto (Parteras tradicionales) a través de técnicas ancestrales como sobar o masajes abdominales, entre otras cosas, que van acercando construyendo un vínculo entre ambas partes. De aquí se desprende esta temática, ya que al conocer, respetar y validar la cultura de la mujer, saber de sus costumbres, gustos, preferencias y miedos, le permite ser un puente entre lo biológico y su entorno. Esto garantiza que se encargue de velar por el entorno que rodea al parto (incluso si ese ámbito es un hospital u otro lugar donde se ejerza la medicina hegemónica, lugar que suele ser citado una y otra vez como peligroso y distante por las mujeres, sobre todo indígenas).

Para lograr avances en la salud de una persona, así como el progreso en el Trabajo de Parto, la madre y la familia deben estar en sintonía con la Partera, en un ámbito de confianza donde se encuentre respetada y cuidada, ya que el Trabajo de Parto y parto, retoma inevitablemente las características más primitivas de las mujeres, cualquiera sea su estatus social, cultural o económico, en esta posición todas las mujeres se encuentran en una línea de igualdad.

Antiguamente las mujeres tenían sus partos solas, a orillas de ríos, guiándose por sus propios instintos y sin la ayuda de otra persona, a partir de la evolución natural de la especie, ante las nuevas necesidades sociales y el devenir histórico, la figura de la Partera apareció, y por tanto la vuelta al parto autónomo sin necesidad de asistencia parece improbable.

La Partera en su conocimiento de la cultura en la cual está participando, debería de tener los conocimientos de las costumbres culturales de las mujeres a las cuales asiste (observado comúnmente entre las Parteras tradicionales y no tanto entre las profesionales), debería ser quien ejerza influencia e inspiración sobre las mujeres para lograr que se empoderen de sí mismas, de sus propios cuerpos y sobre sus partos, como sucedía en el medioevo previo a que se desatara la cacería de brujas.

Tanto es así que debe de existir y fomentar este vínculo, mediado por el trance del Trabajo de Parto, donde la Partera antepone las necesidades de la mujer embarazada y su familia a los suyos propios, razón de más para hablar de la importancia de la comprensión o al menos de la intencionalidad de aprender de la cultura y respetar las costumbres individuales de cada persona siempre y cuando no peligre la vida del binomio al que custodia.

El ser Partera, como se describe en la mayoría de los textos consultados, es resultante de la vocación de cada persona, de esa manera la anteposición de las mujeres y sus familias no implica un menosprecio a la profesión, sino por el

contrario, su propio reconocimiento de veladora y guardiana sobre el lugar de protagonista.

Centrando la atención en la mujer embarazada y feto así como su familia y la comunidad, dejando de esta manera en evidencia la importancia de quienes deben tener real valor, haciendo que como Parteras, el sistema médico hegemónico se limite a su área de trabajo, para dar lugar a la interacción social y cultural, respetando las creencias y costumbres de cada persona, adecuado y respetando las necesidades de cada una de las mujeres.

También se plantea que la ciencia así como la cultura tiene un punto de conexión importante, y es que ambas fluctúan constantemente. Los procesos científicos están en incesante reformulación y actualización, así como la cultura, la cual depende de elementos religiosos, sociales, políticos... De esta manera se puede precisar que la historia se acomoda con asiduidad, y por tanto, para comprender la actualidad en la que se vive es preciso entender el pasado para el ser humano hacerse consciente de su realidad y poder interactuar con él de manera más comprometida.

Entendiendo que la comprensión del pasado es necesaria para proyectar, pero a su vez para no olvidar, ya que es la base de la creación de cimientos que permitirá la mejora y no repetición de ciertas conductas o situaciones (como lo fue la cacería de brujas en la Edad Media con la pérdida de autonomía femenina y del poder de sus propios cuerpos que pasaron a manos del capitalismo).

Esa comprensión real permitiría trascender a la idea obsoleta del parto como un modelo mecanicista resultante del patriarcado capitalista, donde el ingreso del varón médico, barberos/cirujanos a la partería desvirtuó el arte milenario, enraizado en la conexión mujer-femenino-naturaleza-sexualidad, elementos característicos que posicionan al parir, en contraposición con el modelo patriarcal, (donde hay que actuar, intervenir, hacer) para ejercer control y represión.

He aquí uno de los motivos importantes del papel de la Partera dentro de esta interacción, ya que dentro del desempeño de sus funciones y de su formación, ésta se encuentra en aprendizaje permanente, y actualización de manera tal que acompaña a las comunidades científicas y culturales, ya que es la profesional que tiene, según su perfil histórico, una fuerte carga de estos dos elementos.

En cada una de las diferentes zonas del continente americano, existen diferentes realidades culturales que tienen diferentes necesidades, donde el acceso a los sistemas de salud suele estar condicionados por su entorno y las realidades económicas y/o geográficas. Ante este hecho es importante tener en cuenta que se necesita escuchar, sentir y respetar cada uno de estos elementos. Ya que las Obstetras Parteras, se pueden encontrar en el transcurso de la vida como profesionales, sea a nivel nacional o internacionalmente con usuarias provenientes de diferentes sectores del mundo.

De esta manera, la interculturalidad en salud, como elemento importante para el ejercicio y asistencialismo es fundamental. La Partera, desde su lugar de asistencia y desde su rol de acompañante de las mujeres y sus familias, necesariamente debe conocer este concepto, saber de qué se trata, porque es lo que sienta las bases para el respeto por las creencias culturales, religiosas, y el respeto por las diferentes cosmovisiones que cada individuo pueda llegar a tener en el proceso de Trabajo de Parto sin menospreciarlas o invalidarlas.

La diversidad cultural ha existido, existe, y seguirá existiendo y por tanto es fundamental adentrarnos en ella en un mundo cada vez más globalizado, reconocer la diversidad, es a la vez riqueza y deber social.

Como se analizó, desde el punto de vista cultural, se explica que la constante interacción entre la sociedad con el hombre moldea a ambas partes. Las Parteras deberían ser conscientes de que en estas circunstancias es preciso que esto no se realice deliberadamente. Si bien ella viviendo dentro de una cultura tiene sus propias percepciones de acuerdo a sus experiencias y aprendizajes, en el momento del ejercicio de su profesión debería limitarse a acompañar y no interferir y/o cuestionar las creencias y costumbres de las personas que atraviesan estas situaciones, sino acompañar y hacer más ameno el proceso universal de parir, siempre y cuando no ponga en riesgo la vida materna-fetal. Algo de lo que milenariamente ha hecho, y que deberá seguir realizando.

También se observó reiteradamente en el discurso y testimonio de las mujeres en los textos estudiados, que el parto es un momento vulnerable no solo para los implicados sino también para las creencias culturales de una sociedad, es por ello que muchas culturas perciben al sistema de salud formal o profesional como entes que atentan directamente sobre ellas prevaleciendo la supremacía del saber científico al popular. Y por consecuencia, como estrategia de defensa no permiten al sistema la “intrusión” en sus creencias, ni que se involucre en sus vidas y en sus actividades, y mucho menos en el nacimiento de sus hijos, (como es el caso de algunas comunidades indígenas) momento considerado único y sagrado. Esto debería ser respetado por los estados, el sistema de salud y los profesionales del área obstétrica, incluso las instituciones internacionales de salud. Sobre todo en referencia a las directrices de las últimas décadas, que pretende estandarizar y objetualizar la atención en la salud y reduciendo incluso al libre ejercicio de la Partería. Evitando así reiterar una y otra vez los momentos históricos de represión de la mujer y su sexualidad como se mencionó en el capítulo 2 del presente trabajo, demostrando a la historia y la humanidad el proceso colectivo de aprender de las faltas cometidas.

Para que se logre una interacción respetuosa y adecuada a cada caso particular, se debe tomar en cuenta la individualidad de cada persona o familia, dejar de lado las generalidades de las cuales quizás desde el punto de vista científico o técnico pueden coincidir a rasgos genéricos, pero que nunca van a

igualarse dado que las vivencias, creencias y costumbres de las mujeres dependen de su contexto histórico, social y cultural. Por tanto las Parteras deben adecuarse a ellas, teniendo presente que la interculturalidad es una realidad necesaria, para participar y acompañar a esas mujeres es preciso comprenderlas y empatizar en todos los aspectos que le concierne, sean estos compartidos o no, pudiendo de esta manera tener la oportunidad de actuar como educadoras, y brindando asistencialismo social específico y orientado según las necesidades y demandas.

Se han implementado acciones de formación e instrucción de Parteras tradicionales, generando cursos de adiestramiento y preparación, con el objetivo inicial de disminuir aquellas prácticas empíricas que puedan ser perjudiciales tanto para la mujer como para el recién nacido, así como de preparar para que en el futuro disminuya, hasta lograr una atención institucionalizada por completo de todas las embarazadas. Hecho que tiene sus riesgos, ante la posibilidad de la pérdida permanente de estos saberes milenarios y trascendentales, limitando los sentidos y las percepciones intuitivas, a mero accionar práctico basado en evidencias científicas, quitando de cierta manera la importancia cultural, religiosa, espiritual, y emocional de lo que representa un Trabajo de Parto y parto.

En el camino de intentar la formación de las Parteras tradicionales, así como su implementación o vinculación con el sistema de salud, se peligró el perder la verdadera identidad de la Partera tradicional, y muchas veces se justifica en que la Partera profesional está mejor preparada para la asistencia a partos.

La Partera profesional en la visión jerárquica de los sistemas de salud se ubica en un escalafón superior a la Partera tradicional, por lo que se ve una clara tendencia a desprestigiar la práctica de la partería, sea por sus formas de accionar, como por la forma en la que se obtiene la titulación.

Todo esto se da por el motivo de que históricamente se ha perdido el valor trascendental de su rol en la profesión, por lo que en la actualidad se ven paradas frente a una realidad en la que es preciso que se reivindique ante tales efectos.

Ciertamente el que sea una profesión tan antigua y milenaria, que haya sobrevivido a tantas batallas peleadas, a tantos desarraigos, a ser perseguida, despojada, a ser removida intrínsecamente, que ha cambiado y se ha reformulado de manera casi continua, y que aún así hoy en día siga existiendo, demuestra que la transmisión de saberes, ha hecho que en esa búsqueda, las Parteras hayan mutado continuamente, adaptándose a las condiciones que su momento histórico le brinda, siendo lo suficientemente humildes para reconocer sus limitaciones y valientes de poder darse el lugar de aprender y seguir aprendiendo, desde la ciencia y la cultura, para mejorar su formación para la atención a las mujeres, a su familia y su comunidad. Algo a lo que tanto las Parteras tradicionales y las profesionales han hecho en todo este tiempo, y es lo que permite que esta profesión se siga perpetuando.

## Reflexiones personales

Pensarnos como Parteras en colectivo y no individualmente, porque de esa manera se pierde el poder. Poder entendido como potencial posible, capaz de generar energía tal, que permita el cambio paradigmático desde la raíz. Cuestionándonos y poniéndonos en reflexión a nosotras mismas, como posibilidad de contribuir al fortalecimiento del espíritu crítico, posible dador de oportunidades, uniendo potencialidades, generando espacios de intercambio y de puesta a punto desde la humildad, desde el amor a la carrera, a la profesión, desde el sentirnos parte de una unidad que cuenta con miles de aristas.

Donde cada Ser Partera identificará su potencialidad, construyéndose de manera permanente y constante, pasando a cumplir el papel de gestoras de nuestra propia identidad, para con nosotras mismas, con las mujeres, y para con la sociedad. Transversalizando conocimientos, compartiendo generacionalmente los saberes, porque en definitiva es la manera de identificarnos como diferente, donde los aprendizajes se dan desde un lugar colectivo, con la observación, con la escucha, con la toma de consciencia de lo que cada ser llama a despertar en esa persona en particular.

Según las Parteras empíricas de México, el ejercer como tal es a partir del llamado de Dios, un don otorgado a quienes están destinadas a ser. Por tanto, si nos pensamos como colectivo, y teniendo en cuenta nuestro libre ejercicio de la profesión, ¿por qué no apelar a ello para lograr generar espacios donde la Partera sea una referente? Más no protagonistas, ya que como Obstetras Parteras deberíamos ser pioneras y sabedoras mujeres anónimas, a veces guía, a veces una invisibilizada presencia guardiana y custodiosa de la fisiología, reconociendo y sabiendo quiénes son los fundamentales protagonistas de sus vidas.

Comprendernos como elementos inherentes a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como de sus familias y sus comunidades, con posibilidades de poder otorgar un granito de arena, una semillita que genere la base para el fortalecimiento de las mujeres paridoras de sociedad, paridoras de oportunidades y paridoras de individuos que permitan el empoderamiento de sus derechos, reconociéndose en ellos acciones que les corresponden inherentemente a su condición de ser, por el simple hecho de existir.

El engranaje perfecto que engrandece la partería, nacería ensamblando la profesional con la empírica, donde ambas confluyen y encuentran un punto de partida propio, cuando una debe existir de la mano de la otra, funcionando en sintonía por y para la asistencia integral de las mujeres.

Porque ya aludiendo a la historia, como mujeres sabedoras de múltiples conocimientos y por definición acompañantes natas de las mujeres, se genera esta responsabilidad de reconocernos seguras y orgullosas de nuestra profesión y de nuestra decisión de ser Parteras, de inevitablemente transmitir nuestros saberes y

parte de nuestra esencia a nuestras colegas, permitiéndonos dar los espacios de aprendizaje, con una visión de humildad, respeto y comprensión de quien tenemos delante, sea colega, mujer o familia son una fuente infinita de sabiduría.

Que si nos permitimos y estamos abiertas y receptivas a recibir, podríamos lograr un saber, un ejercicio y una formación más humanizadora, más liberadora y en cierta medida más poderosa, para continuar abriendo nuestros caminos que ya están en marcha, para ensanchar el estrecho caminito que se ha formado y que se continúan formando a partir del trabajo y del continuo crecimiento de seres capaces de brindar nuevas visiones, nuevos horizontes y nuevas realidades acordes a las demandas no solo sociales (que tienen una importancia fundamental) sino también en consonancia con las propias demandas internas.

Escuchando al llamado de su Partera interna, la que de a poco se va despertando y va tomando poder, va haciendo arder cada vez más fuerte y potente esa llama, que se aviva en cada logro colectivo, en cada palabra de aliento de una compañera, de una colega, de una mujer empoderada, que se ensancha de manera tal que se hace escuchar, que no se calla ante las injusticias ni ante las adversidades, que le hace frente a los designios inferiorizantes a los que durante años nos hemos visto sometidas, que renace en una Partera que invisibilizada en su rol para con la mujer, se hace visible y aclama por su lugar ante la misma sociedad, que la necesita, y que en voz baja la reclama como necesaria y como imprescindible.

Instintivamente transitando los lugares que creemos que son, así como las equivocaciones en ese trabajo de hormiga de búsqueda, es donde nos encontramos con nuestras colegas, quienes desde el amor, la comprensión y el respeto nos permiten ir buscando una lógica que reproduzca nuestra identidad en formación, cual adolescente.

Compenetración, compromiso, y humildad para permitirnos crecer en nuestra formación de primero personas; y luego Parteras por un bien y fin común, que compartimos por el simple hecho de estar aquí, de decidir ser y transitar el convertirnos en Parteras.

Hay algo que nos transforma, nos toca en la fibra y nos hace vibrar, no nos permite estar como meras espectadoras emocionales, nos obliga a involucrarnos, nos sometemos a veces voluntariamente y otras de manera indirecta a un cambio.

La interacción con la energía del nacimiento no es algo que pasa desapercibido, nos hace estar consciente de algo que no tiene explicación, llámese magia, llámese arte, llámese amor, póngale el nombre que se desee, más creo que no hay palabras posibles para describirlo, ya que es algo que se debe sentir, y cada quien experimentarlo según sus vivencias, sus experiencias, sus costumbres, su cultura, más sin embargo, cada quien le pondrá las palabras que quiera.

Cada relato es único, como Parteras hay en el mundo, y cada experiencia aporta una visión distinta de un mismo proceso, como lo es el Trabajo de Parto, donde las directrices técnicas son las mismas, y las vivencias completamente diferentes, abriendo camino al infinito mundo de las emociones, permitiéndonos sentir, humanizándonos y creyéndonos seres terrestres viviendo experiencias espirituales.

## Referencias bibliográficas:

### A

ALADEFE (2011) Situación de los países que tienen representación en ALADEFE con referencia a la educación y formación de enfermeras obstétricas, matronas y /o parteras -2011. Versión 13. Recuperado de:  
[http://132.248.141.62/aladefeweb/homedir/public\\_html/ALADEFEInformeObstetriciaVersion13.pdf](http://132.248.141.62/aladefeweb/homedir/public_html/ALADEFEInformeObstetriciaVersion13.pdf)

Alarcón. A & Nahuelcheo. Y (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer Mapuche: conversaciones privadas. *Revista de Antropología Chilena Chungara*. Volumen 40. No 2. pp. 193-202. Recuperado de:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73562008000200007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562008000200007)

Alarcón. M, Sepúlveda. J & Alarcón. I (2011). Las Parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Volúmen 61, No 2 188-195. Recuperado de: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/242>

Aparecida. S, Lagrosa. S & Gazi. U. (2010) A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. *einstein*. 2010; 8(2 Pt 1):241-7. Recuperado de:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000200241&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000200241&script=sci_abstract&tlng=pt)

Argüello. H & 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. Estudios Sociales y Humanísticos*. Recuperado de:

<https://www.researchgate.net/publication/273476478> Parteras tradicionales y parto medicalizado un conflicto del pasado Evolucion del discurso de los organismos internacionales en los ultimos veinte anos

Arsuaga. J & Martínez. I (2006). La especie elegida. La larga marcha de la evolución humana. Editorial Temas de Hoy. España. ISBN 978-84-7880-909-7

## **B**

Barbosa. F, Koiffman. M, Hitomi. R, Sava. R, Junqueira. V, Oliveira, S & Gonzalez. M (2008). Centro de parto normal como estrategia de incentivo del parto normal: estudio descriptivo. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería Global. Volumen 14. ISSN: 1695-6141. Pp 1-11 Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2857299>

Barreda. R (2013). El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales. Revista de Claseshistoria. Artículo Nº 343. ISSN 1989-4988. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5173324>

## **C**

Calais-Germain. B (2002) El periné femenino y el parto. Elementos de anatomía y bases de ejercicios. Editorial La liebre de marzo. Barcelona. ISBN: 84-87403-33-6

Calais-Germain. B & Vives. N (2007) Parir en movimiento. Las movildades de la PELVIS en el parto. Editorial La liebre de marzo. España. ISBN: 978-84-92470-12-9

Carr. E (1981). ¿Qué es la historia?. Editorial Ariel S. A. Barcelona. España  
ISBN: 84-344-1001-X

Carvajal. R, Gómez. M, Restrepo. N, Varela. M, Navarro. M y Angulo. E  
(2018). Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en  
América Latina. Revista cubana de salud pública. Volúmen 44. No 3. pp. 1-16.  
Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662018000300012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300012)

Cingolani. H & Houssay. A, (2000) Fisiología Humana de Houssay. Editorial  
El Ateneo. Buenos Aires. Argentina. ISBN: 950-02-0376-6

Cruz, M (2015). Cuerpo y reproducción tre los Pankararu de Pernambuco,  
Brasil. Anales de Antropología. Volumen 50. pp 75-95. Recuperado de:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185122515000053>

Cunningham. F, Leveno. K, Bloom. S, Hauth. J, Rouse. D & Spong. C (2011).  
Williams Obstetricia, México The McGraw-Hill companies. ISBN: 978-607-15-0463-0

## D

Dalcanale. C (2006) Medicalização social; o excessivo sucesso do  
epistemicídio moderno na saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19,  
p.61-76. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100005&script=sci_abstract&tlng=pt)

Davis-Floyd. R (2009). Perspectiva antropológica del parto y el nacimiento  
humano. Editorial Creavida. Buenos Aires. Argentina. ISBN: 978-987-24994-0-2

Davis Floyd. R (2019) Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina” . Doctora en Antropología Cultural, especialista en Antropología Médica (Antropología BioMédica y de la Reproducción). Prof. Universidad de Austin (Texas).

do Carmo. M (2018). Parto y nacimiento en Brasil: un escenario en proceso de cambio. Cadernos de Saúde Pública. Volumen 34. No 5 pp. 1-3. Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/es\\_1678-4464-csp-34-05-e00063818.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/es_1678-4464-csp-34-05-e00063818.pdf)

Do Nascimento. K, Evanguelia. A, Lorenzini. A, Do Nascimento. H & Nunes. J (2009) A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de envira/am. Pesquisa. Research- Investigación. Volumen 13. No 2. pp 319-327. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200012)

## E

Ehrenreich. B & English. D (2006). Brujas, Parteras y Enfermeras. Una historia de sanadoras. Editorial La Sal. Barcelona. España. ISBN 0-912-670-13-4

Enriz. N (2010). Tomar asiento. La concepción y el nacimiento mbyá guaraní. Anthropologica v.28 n.28 Lima dic. 2010. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92122010000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92122010000100006)

## F

Fajardo.C & Gabarre. A (2013). La figura de la matrona en los textos sagrados. Una visión Historiográfica. Blog de enfermería: Enfermería avanza.

recuperado de: <http://enfeps.blogspot.com/2013/04/la-figura-de-la-matrona-en-los-textos.html>

Federici. S (2010). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Editorial: Traficante de Sueños. Madrid, España. ISBN: 978-84-96453-51-7

Fernández. I (1994). La Revolución del Nacimiento. En busca de un parto más humano y menos traumático. Editorial EDAF. S. A. Madrid. ISBN: 84-7640-842-0

Flores, C (2003). Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca. Revista Perinatología Reproducción Humana. Volumen 17. No 1. pp. 35-52. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2003/ip031f.pdf>

Frayssinet, F (3 de mayo de 2012). BRASIL: Obstetricia moderna y parteras, una alianza necesaria. INTER PRESS SERVICE. Agencia de noticias. Recuperado de: <http://www.ipsnoticias.net/2012/05/brasil-obstetricia-moderna-y-parteras-una-alianza-necesaria/>

Freyermuth. G & Montes. M (2000). Parteras tradicionales en el estado de Chiapas, usos y costumbres. Revista Natura Medicatrix. No 57. pp. 20-25. Recuperado de: <file:///C:/Users/Mar/Downloads/Dialnet-ParterasTradicionalesEnElEstadoDeChiapasUsosYCostu-4989273.pdf>

Frota. L (1999). Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural. Revista: Escola de Enfermería USP. Volúmen 33. No 3. pp. 251-254. Recuperado de:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000300006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000300006&script=sci_abstract&tlng=pt)

## G

Giles. V (2007) Embarazo y Parto. Revista: Antropología. Volúmen 2. No 2 pp. 1-18. Recuperado de: <http://fmv-uba.org.ar/comunidad/revistasylibrosdigitales/antropologia/Vol2Nro22007/Antropologia%20ok.pdf>

Godoy. L & Zárate. M (2015). Trabajo y Compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973. Revista Ciencias de la Salud. Volumen 13, Núm. 03 ISSN-e: 2145-4507. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4358>

Gonzáles & Corral (2010). Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/Definici%C3%B3n-del-rol-de-las-parteras-en-el-sistema-de-Corral-Gonzales/6ae9f7e08773417ac24b2baa87821093b8f62331>

González. D (2014). La partería ancestral en el Ecuador: apuntes etnográficos, interculturalidad y patrimonio. Revista del Patrimonio Cultural del Ecuador. Volúmen II . No 6. pp. 76-95 ISSN 1390-9231 Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/277305349\\_La\\_parteria\\_ancestral\\_en\\_el\\_Ecuador\\_apuntes\\_etnograficos\\_interculturalidad\\_y\\_patrimonio/link/5566414208aeccd77735a17a/download](https://www.researchgate.net/publication/277305349_La_parteria_ancestral_en_el_Ecuador_apuntes_etnograficos_interculturalidad_y_patrimonio/link/5566414208aeccd77735a17a/download)

González. G (2001). Conociendo lo nuestro. La cultura de los grupos guaranícos del río Paraná y su construcción del sistema alimentario actual.

(Tesina). Universidad de Belgrano. Buenos Aires. Argentina. Recuperado de:

<http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/83>

González-Merlo. J, Lailla. J.M, Fabre.E & González.E (2013) ELSEVIER MASSON. Barcelona. España. ISBN: 978-84-458-2376-7

Griboski. R & Guilhem. D (2006). Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1): 107-14. Recuperado de:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000100013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000100013&script=sci_abstract&tlng=pt)

Güémez. M (2000), Imagen social de la partera indígena Yucateca a través de la historia. Lasa, Miami. Fl. Pp: 1-16. Recuperado de:

<http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2000/Guemez.PDF>

## I

Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud (2016). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del departamento del Cauca. Bogotá, Colombia. ISSN: 2346-3325. Recuperado de:

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Docs%20Series%20Documentales/salud%20materna%20indigena-baja.pdf>

## K

Knupp. R & Saléte. B (2016). Análise do nascimento Bororo: aspectos culturais da dor de parto. Paper. O Mundo da Saúde Sao Paulo. 40: (2): 160-168. Recuperado de:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/analise\\_nascimento\\_Bororo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/analise_nascimento_Bororo.pdf)

## L

Lippert. H, (2003). Anatomía. Estructura y Morfología del cuerpo Humano. MARBÁN LIBROS, S.L. Madrid. España. ISBN: 84-7101-213-8

Lizana. K (2016). Embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño de la comuna de San Pedro de Atacama. (Tesis de grado) Universidad Academia de humanismo cristiano. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Antropología. Santiago.

Luque. M & Oliver. M (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas. Index Enferm vol.14 no.48-49 Granada. versión On-line ISSN 1699-5988. Recuperado de:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002)

## M

Magnone. N (2010). Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización. (Tesis posgrado). Universidad de la República, Montevideo. Uruguay.

Magnone. N (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N 12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 79-92. Recuperado de: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/244/181>

Mallén-Pérez. L, Juvé-Udina. M, Roé-Justiniano. M & Domènech-Farrarons. A (2015) Dolor de parto: análisis del concepto. *Revista Matronas profesión*. Volúmen 16. No 2. pp. 61-617 Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/articulo-especial-dolor-de-parto.pdf>

Médico interactivo. La cesárea en la mitología, la prehistoria y las culturas primitivas. (2011) Recuperado de: <https://elmedicointeractivo.com/cesarea-mitologia-prehistoria-y-culturas-primitivas-20110919185843073444/>

Medina. A & Mayca. J (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* ISSN: 1726-4642. Volumen 23 No 1. pp 22-32. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000100004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000100004)

O

Odent. M (2008) *Ecología prenatal*. Editorial creavida. Buenos Aires. ISBN: 987-98696-9-9

Odent. M (1991). *El agua, la vida y la sexualidad*. Editorial Urano. Barcelona. ISBN: 84-86344-97-2

OMS (2013) *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Recuperado de: [https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/WHO-strategy/es/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/WHO-strategy/es/)

OMS & OPS (2019) *Recomendaciones de la OMS cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. ISBN: 978-92-75-32093-8 Recuperado de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>

## P

Paredes. C, López. J & Pérez. J (1997). Matrimonio y Parto entre los Mayas. Revista medica hondureña - vol. 65 - no. 3. Recuperado de:  
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1997/pdf/Vol65-3-1997-12.pdf>

Pelcastre, B et.al (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Revista Escuela Enfermería USP. Volumen 34. No 4 pp. 375-82. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf>

Pérez. A & Donoso. E (1999). Obstetricia. Publicaciones técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago- Chile. ISBN: 956-220-167-8

Porto. F & Cardoso. T (2009). La lucha de las parteras diplomadas por la práctica de la obstetricia en rio de janeiro (Brasil). Revista electrónica cuatrimestral de enfermería Global. Volumen 15. ISSN: 1695-6141. Pp 1-6. Recuperado de:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000100018](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100018)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Objetivos de desarrollo del Milenio Informe 2015. Nuevas Ediciones S.A. ISBN. 978-958-8902-91-3 Recuperado de: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015.html>

## R

Rivera (2013). LA PARTERA DE NECOCLÍ. De:  
<https://www.youtube.com/watch?v=kCrSdEj9BZQ>

Rodrigáñez. C & Cachafeiro. A (2007). La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente. Edición Crimenatlaes S. L. Murcia. ISBN : 978-84-935141-4-3.

Rodríguez. M (2000) Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y al parto en el México virreinal. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México. Anuario de Estudios Americanos. Vol 57, No 2. Recuperado de: <http://estudiosamericanos.revistas.csic.es/index.php/estudiosamericanos/article/view/245>

## S

Salaverry. O (2010) Presentación del simposio: Interculturalidad en Salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 80-93. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100013&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100013&script=sci_abstract)

Sánchez, A (2013). Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. (Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas). Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. México, D. F.

Schwarcz. R, Fescina. R, & Duverges.C (2005). Obstetricia. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. ISBN: 950-02 0417-7

Seibert. S, da Silva. J, dos Santos. J & da Costa. O (2005). Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. Revista Enfermería UERJ. 13: 245- 51. Recueprado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-413374>

Shinoda. J (2006). Las diosas de cada mujer. Una nueva psicología femenina. Editorial Kairós S. A. Buenos Aires, Argentina. ISBN: 84-7245-285-9

## T

Teixeira. E (1994) TRATAMIENTO E CURA: AS ALTERNATIVAS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE. HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. Cap. 4, p. 70-99. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n2/v3n2a14.pdf>

Tornquist, C & Lino, F (2005) Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. Intersecciones en Antropología. Facultad de Ciencias Sociales - UNCPBA - Argentina . Volumen 6 pp. 211-217. ISSN 1666-2105. Recuperado de: <https://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/942/Tornquist%20C%20Carmen%20S.%3B%20Lino%20C%20Fernanda.%20Relatos%20de%20partos%20y%20parteras%20campesinas%20en%20Brasil.%20Los%20cuentos%20hacen%20pensar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## U

UNFPA, Confederation International of Midwives, OMS (2014). Estado de las Parteras en el Mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. Recuperado de:

[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014\\_complete-Spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf)

UNICEF & FNUAP (1993) Parteras Tradicionales Disponible en : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38859>

UNICEF & Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2010). Guía para la atención del parto normal en Maternidades centradas en la Familia. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

## V

Velasco. H (compilador) (2010). Lectura de Antropología social y cultural. Universidad Nacional de educación a distancia. Madrid, España. ISBN: 978-84-362-6081-6 Editorial: Closas-Orcoyen, S. L.

Vigna. A (2018). Aporte para la reflexión acerca de los saberes constitutivos del campo de conocimiento de la partería profesional. (Tesis de grado). Universidad de la República, Montevideo. Uruguay.

Vila. L (2017). Estudio sobre el rol de la Partera en la atención al embarazo, parto y puerperio a la luz de los derechos sexuales y reproductivos. (Tesis de grado). Universidad de la República, Montevideo. Uruguay.

Vila. R & Úbeda. L (2016). El ciclo lunar y su relación con el parto espontáneo. *Revista Enfermería Integral. Colegio Oficial de enfermería de Valencia*. No 113. pp. 43-47. Recuperado de:

<https://www.enfervalencia.org/ei/113/ENF-INTEG-113.pdf>

## W

Walsh. C (2012). Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas. *Visão Global, Joaçaba*, v. 15, n. 1-2, p. 61-74. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5478661>

Wagner, M. (2007). La Partería Global – Tradicional y Oficial – y la Humanización del Nacimiento. Revista: Midwifery Today. Volumen 83. Recuperado de: <https://midwiferytoday.com/mt-articles/la-parteria-global-tradicional-y-oficial-y-la-humanizacion-del-nacimiento/>

WorldConscious Pact (2013). Luciana Perez - Partera. De: <https://www.youtube.com/watch?v=wwJRNr0mki4>

**Y**

Yat Coy, B, Juárez.E & Rojas. J (2012). Implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto Q'eqchi' Realizado en comunidades del municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz. Universidad de San Carlos de Guatemala Dirección General de Investigación. Recuperado de: <https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/informes2012/INF-2012-32.pdf>