



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Cesárea Humanizada

¿Qué puede hacer la diferencia?

Trabajo final de grado
Modalidad: monografía
Montevideo, Uruguay
31 de julio, 2016

María Victoria Bentancur Fagúndez.
C.I. 4.593.421-0

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías.
Instituto de Psicología de la Salud

| | |
|--|-----|
| Resumen..... | 1. |
| Introducción..... | 2. |
| Los Derechos Sexuales y Reproductivos y la humanización del nacimiento..... | 4. |
| Modelos de atención en salud..... | 8. |
| Medicalización del nacimiento..... | 10. |
| Cesárea..... | 13. |
| La cesárea como forma de violencia de género o violencia obstétrica..... | 16. |
| Nacimiento humanizado..... | 18. |
| Cesárea Humanizada. ¿Qué puede hacer la diferencia?..... | 23. |
| Reflexión final..... | 27. |
| Fundamentación del método elegido para la defensa en conexión al teatro y su responsabilidad ante las denuncias sociales..... | 29. |
| El arte y el compromiso social..... | 32. |
| Bibliografía..... | 33. |

Resumen

En nuestra época el nacimiento está atrapado en la red de un sistema altamente institucionalizado como lo es la hegemonía médica, siendo éstos altamente protocolarizados, medicalizados e instrumentados, teniendo como consecuencia – entre otros aspectos - altos índices de cesárea a nivel nacional e internacional.

La realidad constata de que hoy esas decisiones están un poco lejos de ser tomadas por las mujeres protagonistas. Muchas pasan inevitablemente por cesáreas, siendo la mayoría innecesarias, por lo que nos preguntamos ¿Éstas mujeres pueden obtener el mismo derecho, el mismo cuidado, y el mismo trato que las mujeres que tienen a sus hijos por vía vaginal? ¿Es posible la realización de una cesárea humanizada?

Hoy se viven grandes luchas sobre los partos humanizados , pero ¿qué pasa con las mujeres que tiene que pasar inevitablemente por una cirugía mayor abdominal?

Debemos apuntar a que todos los nacimientos sean humanizados. Ya sea por vía baja o alta, las mujeres deben tener los mismo derechos y deben poder tomar las decisiones que favorezcan a la vivencia y al protagonismo de su capacidad de dar a luz.

Introducción

Para la realización de éste trabajo final de grado, el cual lo abordé desde la modalidad monográfica, fue necesario el transcurso de mis últimos años en la carrera de psicología. . Me anoté a un proyecto sobre la temática de las vivencias y el significado de la cesárea en las mujeres que habían pasado por la experiencia, y allí fue que me introduje en un marco teórico que me inspiró y me guió de forma introductoria a la temática del género y los derechos sexuales y reproductivos.

Con el transcurrir de el año me di cuenta que el tema me apasiona, me hizo conocer cosas que no sabia ni que existían y me hizo tomar una posición totalmente distinta a la que venia rumbeando mi quehacer profesional. Los temas abordados me tocan como mujer, como futura profesional y por sobre todo tal vez como futura madre, haciendo que el compromiso con esta tarea sea cada vez más fuerte.

Dentro de mi quehacer profesional también participo de la escuela de actuación del Teatro Circular de Montevideo lo cual en este caso consideré interesante poder hacer un entrecruce entre las dos carreras. La temática de género, derechos sexuales y reproductivos, y el nacimiento, tiene mucho que ver con nuestro cuerpo y el reconocimiento del mismo, por esto es que el teatro y su responsabilidad con la expresión corporal y vocal, en conjunto, se compromete al cien por ciento en la defensa de los cuerpos de las mujeres. Por esto y otras cosas que están descritas en el capítulo final es que sumo mi experiencia teatral a la realización de la defensa de mi trabajo final de grado.

Lo que respecta a mi sentir como mujer me dí cuenta de lo mucho que me falta a nivel informativo saber sobre mi misma. Estamos sumergidas en una sociedad patriarcal la cual hace que las mujeres no tengamos (a simple vista) un espacio de opinión ni reflexión. Por suerte existen lugares (lo cuales existen cada vez más) donde una puede forma parte y ser mujer. Lo que lamento es que hay veces que son espacios que no llegan a todos los sectores sociales y así es que se hace de esto una posibilidad que no muchas sabemos que tenemos.

Con respecto al embarazo y nacimiento pasa lo mismo, se nos borra la posibilidad de ser partícipes, de creernos parte de algo que es solo nuestro. En las realizaciones de entrevistas que realicé en la participación del proyecto anual sobre cesáreas me tocó una mujer que decía que la realización de la cesárea le había sacado del todo su ilusión de ser madre, se sentía inútil como mujer, no pudo parir, no pudo amamantar y no pudo cambiar pañales sin ayuda, la mujer quedó en un último lugar con respecto a las responsabilidades con su hijo, y con su “ideal” de mujer.

Antes de entrar en ésta temática, la cesárea era para mí una forma más de dar a luz, considerada como un parto más. Hoy me doy cuenta el significado que ésta tiene y las sensaciones angustiantes y frustración que puede llegar a dejar en las mujeres.

En este sentido, el aporte de la Psicología se centra desde una Psicología de la Salud en una dimensión subjetiva que está implicada en la salud, y no solo en los padecimientos y la enfermedad. Analiza las experiencias subjetivas y los significados particulares de la propia salud, las sexualidades y la reproducción, estudia cómo éstas se articulan con la estructura social y con las distintas formas de desigualdad social.

Derechos Sexuales y Reproductivos

La defensa de los Derechos a la Salud Sexual y Reproductiva viene siendo un tema central en varios aspectos que competen a la sociedad. Éstos apuntan a que los Estados deben garantizar las condiciones necesarias para el buen ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Se deben promover, por parte del Estado, políticas nacionales, realizar programas y organizar servicios (Magnone, 2013).

Los derechos sexuales y reproductivos surgen luego de una lucha política y social con el fin de que se reconozca la sexualidad y la reproducción como asuntos de derechos humanos. Fue a partir de las conferencias realizadas por la Organización de las Naciones Unidas, sobre todo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, continuada por la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995 en que se define a la salud reproductiva como un estado general de bienestar mental, físico y social, relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. Apunta al disfrute de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, ofreciendo libertad de procreación, dando así el lugar a la elección de hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva latente el derecho a brindarse de información tanto los hombres como las mujeres (López, 2013, Castro y Lopez 2010).

Las personas son libres de su elección a la hora de la planificación familiar, como también se les permite la elección a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos. Las mismas tienen el derecho a recibir servicios de atención de la salud que permitan que los embarazos y los nacimientos sean vivenciados sin ningún tipo de riesgos. Se incluye también la salud sexual teniendo como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, no solo consta de el asesoramiento y la atención sobre reproducción y enfermedades de transmisión sexual (ONU, 1994).

La salud sexual y reproductiva compete a la sexualidades, la salud y la reproducción, siendo ligada tanto al sistema de salud como a la producción en la vida cotidiana, relacionándose así con las condiciones de existencia social, económica y política de cada persona de la sociedad en un tiempo socio-histórico específico (López, 2013, Montaña, 1996).

Éstos tipos de derechos se enmarcan como derechos humanos que ya desde 1994 están reconocidos en ciertas leyes, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos que pertenecen a las Naciones Unidas. Y aunque así sea se lamenta que la salud sexual y reproductiva aún esté fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo¹ (ONU, 1994).

Hay tres procesos que reflejan el camino recorrido por la institucionalización del concepto de derechos sexuales y reproductivos. En primer lugar, está el debate vinculado al desarrollo y particularmente a las políticas de población. En segundo lugar, la relación de los derechos humanos con la legislación que rige en América Latina y en tercer lugar están los cambios en las políticas de salud. Los tres procesos se vieron afectados por el golpe de las acciones del movimiento feminista, que desarrolló estrategias orientadas a cuestionar y proponer cambios en cada uno de ellos. Así fue que se ha contribuido a modificar las leyes, los enfoques sobre las políticas de población y salud, articulándolos a partir de una visión que privilegia los derechos humanos comprendidos como parte inalienable de los derechos de las mujeres (Montaño, 1996).

En resumen podemos decir que esta lucha surge a mediados del siglo XX como acción política de los movimientos sociales, tanto a nivel internacional como en cada región y país. Fue un movimiento conjunto desde un pequeño grupo comunitario, hasta delegaciones que participaron en las conferencias para llevar esas voces a escenarios políticos y de decisión (López, 2013).

Hoy ha tomado relevancia el significado que engloba a la salud sexual y reproductiva dentro de un campo interdisciplinario que cuenta con intervenciones socio-profesionales y de acción política. Dentro de uno de los tantos campos que se introduce esta temática en nuestro país, tenemos la atención integral oportuna y de calidad de la anticoncepción y su accesibilidad, prevención y tratamiento de la infertilidad masculina y femenina, prevención del aborto inseguro, atención institucional ante casos de abortos legales, entre otras temáticas más, pero la que no se debe dejar de nombrar la cual es la línea principal de esta monografía es sobre la educación y atención durante el embarazo, nacimiento y puerperio. Ésta se liga a temáticas y problemáticas que le dan participación al cuerpo, la subjetividad, las relaciones sociales y los derechos humanos, principalmente a los de las mujeres (López, 2013).

¹ La conferencia del Cairo no es vinculante, lo que significa que es una exhortación a que se regule por los Estados, pero dependerá de cada uno de ellos (ONU, 1994).

Los debates que se dan sobre la garantía de los derechos reproductivos en América Latina tuvieron una fuerte relevancia. Se dieron saltos importantes que competen a la protección y a su reconocimiento, pero aún existen barreras formales y sustantivas que todavía no permiten el avance y limita el pleno goce de los derechos fundamentalmente de las mujeres (MYSU, 2014). Los derechos sexuales y reproductivos parten de una lógica de reivindicación sobre las libertades individuales y sobre la autonomía, es por esto que se intenta garantizar la libertad ante las decisiones sobre lo que acontece con nuestro cuerpo, siendo tal la maternidad y la sexualidad una elección propia y no una imposición social (Magnone, 2014, Hutter, 2010).

En nuestro país llegaron a ser reconocidos como el derecho en el marco normativo a partir de 2008 con la aprobación de la ley N° 18,426 “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”. En la temática que nos convoca en este trabajo, la ley tiene como unos de sus objetivos “(...) *promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados(...)*” (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art. 3, inc. c.).

A su vez el Ministerio de Salud Pública dentro de la Dirección General de la Salud Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género crearon las guías en Salud Sexual y Reproductiva, donde incluye un capítulo de Normas de Atención a la Mujer Embarazada (MSP, 2007). Otro de Normas de Atención de la Mujer en Proceso de Parto y Puerperio (MSP, 2014) y uno de Norma Nacional de Lactancia Materna (MSP, 2009).

Las Normas de Atención de la Mujer en Proceso de Parto y Puerperio tienen como objetivo principal:

(...) Proporcionar las herramientas necesarias a los equipos de salud, buscando la calidad y eficacia basándose en el más alto nivel de evidencias científicas que puedan asegurar que la atención de la mujer en el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio sea eficiente, integral, personalizada y humanizada (...) (M.S.P, 2014.p.9) (Subrayado mío)

Las guías como iniciativa tienen un muy buen propósito, apuntando a la humanización de los procesos reproductivos de las mujeres, pero al momento de la realidad quedan relegadas ya que son una mera recomendación y no pueden ser sancionadas ni penalizadas en el ámbito jurídico.

Por consecuencia de esto cada institución se regula por sus reglamentos internos y a su vez cada profesional de la salud puede tener una perspectiva diferente en cada caso dependiendo de sus experiencias clínicas o puede accionar según la normativa de su lugar de trabajo.

Desde las instituciones de salud se deben implementar las mejores condiciones de asistencia para que estos derechos que se proclaman ya sea en un parlamento (la ley) o decretadas por un ministerio (las normas) puedan hacerse efectivas en la realidad de los usuarios (Magnone, 2014, MSP, 2014).

Hoy por hoy se está dando un crecimiento del intervencionismo de obstetricia y esto afecta consecuentemente la atención desde el punto de vista de los derechos de las mujeres. Hace aproximadamente dos siglos los nacimientos eran uniformes alrededor del mundo, se permitía la libre circulación de las mujeres al momento del parto y éstas eran acompañadas y atendidas por otras mujeres de su confianza, siendo que el parto era generalmente en sus casas. Hasta que a mediados del siglo XVIII el sistema médico comienza a irrumpir el modo tradicional de nacer y se hace visible un modelo tecnológico e institucionalizado de los modelos de nacer (Magnone, 2013, Ehrenreich, 1973, Moncó, 2009).

En el transcurso de la historia la hegemonía médica ha sido intolerante con otros tipos de conocimientos que se han relacionados también con la salud, ésta se considera la única posibilidad para la cura, desprestigia y prohíbe todo tipo de medicinas tradicionales o alternativas. Esto se da luego de una larga lucha entre la iglesia y la hegemonía médica por un lado, y las mujeres por el otro, por el poder de decisión sobre el destino de las concepciones. Una vez que esta “guerra” termina los médicos invaden los saberes alternativos y desplazan el rol de las “sanadoras” que hasta el momento eran quienes se ocupaban de las tareas de obstetricia, ahora ésta se convirtió en una actividad lucrativa, la cual fue tomada por las manos de la práctica médica. El nacimiento se concibe como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las mujeres, basado casi siempre en su carácter biológico y no bio-psico-social (Magnone, 2014, García y Díaz, 2010, Menendez, 1983).

Entre 1900 y 1930 fue que nuestra sociedad se comienza a medicalizar, tomando a la cura como un monopolio del saber, y exigiendo obediencia y sometimiento por parte de los pacientes, sean estos sanos o enfermos. El poder médico se permite dudar de las percepciones del paciente y comienza a reforzar las propias, todo es ahora parte de un síntoma patológico, olvidándose de los procesos fisiológicos, siendo un claro ejemplo el nacimiento.

En el caso de las mujeres el sometimiento exigido fue mayor, se instauró un culto a la invalidez femenina, la mujer era descrita como una enferma en estado natural, partiendo desde las enfermedades propias, incluyendo la menstruación y la gestación (Magnone, 2014). El proceso reproductivo es fisiológico y natural pero se puede dar en su curso alguna complicación que afecta el bienestar de los implicados, y así es que el cuerpo de la mujer es más susceptible biológica y emocionalmente en esta etapa, y se asume como un riesgo característico de una enfermedad por lo que se las atiende como un problema de salud y se justifica la intervención sanitaria. La mujer pasa a ser paciente y su embarazo es tomado como un problema de salud (García y Díaz, 2010, Sandoval, 2009)

Modelos de atención en salud

Siguiendo los planteos de Menendez (1983) nuestro sistema de salud cuenta con tres modelos básicos, el Modelo Médico Hegemónico, Modelo Médico Alternativo, y el Modelo basado en la Autoatención. El primero refiere a características del biologismo, tiene una concepción teórica evolucionista-positivista, corresponde a la ahistoricidad, a la asocialidad, y se basa en el individualismo. El mismo cuenta con una relación asimétrica entre médico paciente, dándole una participación subordinada y pasiva al consumidor de salud, tomando a la medicina como una mercancía, basada en la patología. El modelo Médico alternativo esta integrado por las practicas “tradicionales” , las cuales en gran medida son derivadas del Modelo Médico Hegemónico, y que sintetizan y transforman inclusive a las llamadas practicas tradicionales. Tiene una concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica, y tiende también a la mercantilización y a las exclusión de los otros de su saber y practicas curativas. Y por último el Modelo de atención basado en Autoatención es el que está inscripto en los diagnósticos y atenciones llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunal. Tiene eficacia pragmática , y su concepción de salud como bien de uso tiene tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, su estructura es de participación simétrica y homogeneizante , y en particular su concepción se basa en la experiencia.

También la autora David Floyd (2001) describe que en la actualidad tenemos tres modelos médicos que estarían afectando al nacimiento, está el tecnocrático, el holístico y el humanista.

El primero, nombrado como el tecnocrático, apunta a la separación mente-cuerpo, y toma lo corporal como una máquina, el holístico concibe la unión cuerpo-mente-espíritu, teniendo al cuerpo como un total campo energético, y el humanista une la dicotomía mente-cuerpo tomándolo como un mismo organismo. Dicha autora plantea que el mejor modelo obstétrico es el que tiene un poco de los tres. Sin embargo nuestra sociedad está sumergida un ochenta por ciento en un sistema tecnocrático en contexto hospitalario, teniendo como resultado una estandarización de los modelos de nacer.

Si bien se pueden encontrar diferencia en como son nombrados estos modelos podemos ver que también cuentan con semejanzas. Hoy en la mayoría de los centros de salud se maneja un modelo que cuenta con las característica del Tecnocrático en Floyd y llamado por Menéndez como Modelo Médico Hegemónico. Los factores dinámicos que operan en la articulación y transformación de los procesos que dan lugar a todos estos modelos aunque sean descritos por autores distintos, son basados en la dinámica del subsuelo individual instituido en los países de capitalismo monopólico. Todo los caracteres que conciernen al Modelo Tecnocrático o Modelo Hegemónico están saturados tanto a nivel consciente como inconsciente por concepciones ideológicas burguesas-capitalistas (Floyd, 2001, Menéndez, 1983)

La medicalización del nacimiento

Arnold van Gennep (citado por Floyd, 2001) cuenta de que en muchas sociedades de todo el mundo, las grandes transiciones de la vida son ritualizadas. Estos ritos culturales hacen que parezca que la propia sociedad efectúa la transformación de el individuo. ¿Podría esto explicar la estandarización de los nacimientos? Parece que la respuesta es sí. Las fuerzas de la conformación de los nacimientos en los hospitales son invisibles para los usuarios, ya que se derivan de los fundamentos conceptuales de nuestra sociedad. Y así es que las creencias más profundas de la sociedad se centran alrededor de la ciencia, la tecnología, el patriarcado, y las instituciones que controlan y difunden los mismos (Moncó, 2009).

La mayoría de los profesionales que asisten los nacimientos, visualizan los procedimientos que se realizan como necesidades médicas. Todavía no se adaptan a formas menos tecnológicas de dar a luz (Floyd, 2001, Moncó, 2009).

La atención hospitalizada en nuestro país se potencia, los nacimientos se asisten en maternidades de tercer nivel (sanatorios/hospitales), no contamos con salas de nacer en la mayoría de los hospitales, y los nacimientos en la propia casa de las mujeres no supera los 50 casos en un máximo de 47.000 nacimientos anuales (Magnone, 2013).

Si se quiere apuntar a un nacimiento humanizado se deben tomar en cuenta las recomendaciones de la OMS (1996) que dice que la mejor opción para el momento de nacer es que la mujer debe dar a luz en el lugar donde la mujer sienta la mejor seguridad, donde se de un manejo correcto del nacimiento. Siendo opciones, siempre que sean mujeres con nacimientos de bajo riesgo, su casa, en una maternidad pequeña, o dentro de un hospital/sanatorio, solo para casos con patologías. Lo que si se debe garantizar es que toda la atención y cuidado deben centrarse en la seguridad y necesidad de la mujer parturienta (Odent, 2006, Olza y Lebrero, 2006).

Una mujer con un embarazo de bajo riesgo en general no necesita de intervenciones médicas para lograr resultados perinatales satisfactorios. Sin embargo, si es asistida en una lógica preparada para encarar patologías será sometida a intervenciones innecesarias que obstaculizan el desenlace “natural” del proceso (Magnone, 2013. p. 81-82).

Hoy se toman a los cuerpos como cajas de control, el cuerpo desde lo objetivo, desde lo racional. Para Foucault (1990) la reproducción es objeto de intervención médica aunque ni para las mujeres ni los médicos constituye una enfermedad. El embarazo y el nacimiento son claros

ejemplos de la actividad medicalizadora. De modo que el embarazo se constituye, en la mayoría de los casos como problema de salud para las mujeres y sus familias.

La relación medicalización/institucionalización del proceso de embarazo, nacimiento y puerperio es aún muy reciente en el tiempo, es ahora que la medicina tiene un protagónico preponderante dentro de los Estados y en el discurso legitimador social que comienza a prestarle atención y actuar sobre los cuerpos en general (Hutter, 2010, Farías 2014).

Básicamente el objetivo de la medicina actual es poder ganarle a la muerte y poder dominar las barreras de la naturaleza humana, pero esto hace que sea inevitable la actuación frente a los cuerpos sanos, como lo es de las mujeres, en este caso las embarazadas. El sentido actual no es básicamente el de la promoción de salud y prevención de enfermedades, sino también la de un sistema de control y regulación que ejerce su vigilancia al obligar que todo quede bajo su mira (Hutter, 2010).

El género es considerado una de las instituciones que mantiene ordenada a toda la sociedad, estando hoy en una altamente patriarcal la cual hace asumir que la institución médica (el poder médico) está también atravesada por esta sociedad patriarcal y los valores que ésta inculca y por lo tanto ejerce su poder para legitimar las relaciones de poder/subordinación sobre los cuerpos de las mujeres (Fernández Moreno, 2007, Sandoval, 2009).

Tras una primera toma de poder sobre el cuerpo que se efectuó siguiendo el modelo de la individualización, tenemos una segunda toma de poder que procede en el sentido de la masificación. (...) Tras la anatomía política del cuerpo humano instaurada en el siglo XVIII, a finales de ese mismo siglo se ve aparecer (...) una bio-política de la especie humana. (...) Los primeros objetos de saber y los primeros objetivos de control de la bio-política, fueron esos procesos como la proporción de los nacimientos y las defunciones, la tasa de reproducción, la fecundidad de la población. (Foucault, 1992. p. 251)

Las mujeres han sido disciplinadas por el poder médico para ver y creer que su propio cuerpo es una especie de maquinaria que no funciona bien, y sólo podrá funcionar si está regulado por éstos. Y así es que el cuerpo de las mujeres no se toma en cuenta y ellas mismas no podrán opinar y su cuerpo no les pertenecerá (Foucault, 1990).

El cuerpo se encapsula dentro de un recipiente generador de nueva vida, generando que la atención sanitaria se centre en ese cumplimiento de la vida desde una perspectiva únicamente

biomédica. Esto no hace posible el reconocimiento de la mujer como actor central del proceso de embarazo, nacimiento, y puerperio, tampoco se la deja ser consciente de sus necesidades, demandas y derechos implicados (Hotimsky, 2010).

El mandato médico insta a la represión de los propios instintos y al control del cuerpo y sus expresiones, la mayoría de las mujeres terminan en un proceso de parto fallido ya que se le pide que accione de manera contraria a sus necesidades (Lutz, 2006).

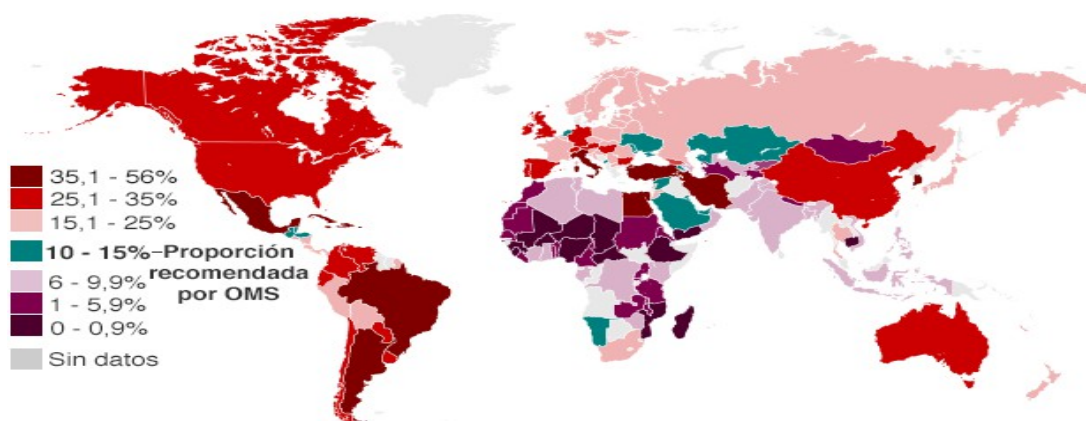
Un elemento fundamental de la medicalización en los embarazos y nacimientos es la mercantilización de la medicina, junto a la masificación de la industria farmacéutica. Los nacimientos cuentan con una especie de canasta que toda mujer, en mayor o menor medida se lleva de regalo al momento de ingresar en la institución médica, ésta cuenta con altas dosis de oxitocina para poder “ayudar” a dilatar, la rotura temprana de membranas para también “ayudar” a “acelerar” el proceso, la colocación de una sonda, monitorización continua en posiciones desfavorables y sin la posibilidad de movimiento (en algunos casos), puede venir acompañado de una epidural, episiotomía, y la posibilidad de aplicación de forceps o ventosa, todo esto para generar un parto “natural”, sino deben pasar inevitablemente por una cirugía abdominal mayor, la cesárea (Hotimsky, 2010).

La cesárea

¿Por qué deberíamos centrarnos particularmente en la temática de la cesárea?

Por que hace ya un tiempo se ha comenzado a generar una polémica sobre como se conciben y atienden los nacimientos en las sociedades actuales. Sobre todo se instaló la problemática de los índices de cesáreas que han superado los limites establecidos por la Organización Mundial de la Salud, la cual recomienda que la cesárea debe oscilar entre el 5% y el 15%, luego de esa cifra el aumento no se correlaciona con mejores resultados neonatales (Coppola, 2015, Farías, 2014, Magnone, 2013, OMS, 1996).

Porcentaje de cesáreas por países



Fuente: OMS

BBC

Tanto a nivel nacional como internacional los índices de cesáreas son alarmantes. Nuestro país hasta 2013 tenía un porcentaje nacional de 43,7 % (Sistema Informático Perinatal, SIP). Subdividiéndose en un 55,3% en el ámbito privado, y 33,4% en el sector público. Siendo cifras que evidencian a los nacimientos por cesárea como una gran epidemia que cada vez tiene menos control sobre los cuerpos de las mujeres (Farías, 2014, Coppola, 2015).

Si nos centramos en la terminología de la palabra vemos que deriva de “caesus” el cual refiere a un corte, una extracción a través de un corte. Ésta es una intervención quirúrgica, una cirugía mayor abdominal la cual se extrae el feto del cuerpo de la mujer a través de un corte sobre la pared abdominal y uterina, la cual la mayoría de las veces es realizada horizontalmente (superior al bello púbico), siendo muy pocos, aunque no nulos, los casos de cortes verticales

(desde el ombligo a la pubis) (Olza y Lebrero, 2006, Odent, 2006, Farias, 2014).

Este método de nacimiento tuvo que pasar por períodos históricos muy largos, los cuales hicieron que se fuera modificando y perfeccionando la utilización de la técnica como cirugía. Pasó desde el año 700 a.c. donde se utilizaba como método de salvación a los niños de mujeres fallecidas, siendo promulgada como una ley que concede al feto el derecho de vida después de la muerte de su madre (Olza y Lebrero, 2006, Odent, 2006, Farias, 2014).

Y así fue que en el tiempo se fue perfeccionado, pasando de cirugías que salvaban la vida del feto y la mujer al momento del nacimiento pero éstas fallecían al tiempo por problemas de infecciones y hemorragias (Olza y Lebrero, 2006, Odent, 2006, Farias, 2014).

Esto ocurrió hasta que en el siglo XIX la medicalización protagonizó dos grandes avances, como lo fue la antisepsia por ácido carbólico y la anestesia. Y así en el tiempo fue perfeccionándose, hasta que hoy en día no solo es una cirugía que salva vidas sino que también existe la posibilidad de que una mujer que haya pasado por una cesárea pueda luego tener un próximo nacimiento por vía vaginal, PVDC. Se dio el gran paso de ser una cirugía de intervención en mujeres muertas a una operación para salvar vidas de niños y mujeres (Olza y Lebrero, 2006, Odent, 2006, Farias, 2014).

Sin embargo, es una intervención que debe ser utilizada solo en casos de extrema necesidad, como lo son el prolapso de cordón, placenta previa (oclusiva) desprendimiento prematuro de la placenta, presentación del feto de frente u hombros y cardiopatía materna. Pero sin embargo en muchas instituciones médicas las cesáreas se hacen de rutina común frente a casos de no progresión de parto, desproporción céfalo-pélvica, si viene de nalgas, si es un embarazo múltiple y si la mujer ya tuvo cesáreas previas, aunque correspondería que cada caso tenga su particularidad y debe ser estudiado como tal (Olza y Lebrero, 2006, Odent, 2006).

La cesárea como técnica se ha naturalizado hasta el punto que las propias mujeres solicitan que se les realice la operación, sin saber a que se están enfrentando, sin tener en cuenta que la cesárea tiene más riesgo que el parto vaginal. (Odent, 2006, Olza y Lebrero, 2006).

La cirugía abdominal mayor es en la mayoría de los casos una causa de la medicalización de los nacimientos, y el incremento que se va dando en su realización pudo haber sido causa del poder médico ejercido sobre el propio cuerpo de la mujer, anulando la toma de decisiones con respecto a la salud sexual y reproductiva. La medicalización está arrasando con las decisiones y esto hace que se pierda los procesos subjetivos especiales de las mujeres en el trabajo de parto, parto y puerperio. La institución médica está tomando el primer puesto en la propia decisión y manejo del cuerpo de la mujer. (Odent, 2006)

La cesárea es vista como un arma de doble filo, así como logra evitar posibles males a mujeres e hijos, también los provoca. Consecuentemente en la mujer pueden aumentar las hemorragias, producir embolias, anemia, infecciones y complicaciones con la anestesia, entre otras. En el caso de los/las recién nacidos/as puede provocar inmadurez pulmonar y la ausencia del beneficio para el feto sano del paso por el canal del parto, entre otros. Esto puede ocurrir a nivel físico, pero la herida más duradera y más larga en período de recuperación puede ser la herida emocional o psíquica por haber perdido su parto soñado, el que se le vende desde que es niña, o desde el primer día de embarazo, para eso las preparan, para el parto, pero ¿qué ocurre si la realidad es otra? ¿Están realmente preparados los profesionales de la salud que acompañan a esa mujer para enfrentar a su lado este derrumbe del parto soñado? (Odent, 2006, Olza y Lebrero, 2006, Farías, 2014).

La cesárea como forma de violencia de género o violencia obstétrica

El uso inadecuado de la técnica, la cual se encuentra en nuestro país muy alejada de los índices recomendados, deja en evidencia de que la mayoría de las intervenciones son innecesarias, ejerciendo violencia contra las mujeres, denominada violencia obstétrica.

Esta violencia es un tipo de violencia de género. Se refiere a todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Art. 1ro de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, NNUU, 1994 citado por Magnone, 2010).

Implica los actos en los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física. (Velázquez, 2003 citado por Magnone, 2010, p.94)

La violencia obstétrica se genera en el sistema de salud, es ejercida por los profesionales que trabajan en la institución médica (cualquiera sea su cargo: enfermeras, médicos, ginecólogos, anestésitas, etc.), teniendo como resultado que la mujer es humillada, violentada de varias formas. Puede ser prohibiéndole la participación en el proceso de nacimiento, tomando los expertos las decisiones, muchas veces sin informarle a la mujer que es lo que están haciendo en su cuerpo; hablándole de manera incorrecta, despersonalizándola nombrándola “madre” en vez de llamarle por su nombre o minimizando su rol haciéndola sentir incapaz. Por este motivo se piensa la violencia obstétrica como un claro ejemplo de violencia institucional, entendiendo la misma en los términos de Fleury, Bicudo y Rangel (2013) quienes plantean que existe una asimetría entre el profesional de la salud y el usuario, siendo el profesional quien establece las reglas del juego. Esta asimetría aumenta por la distancia social: el profesional ocupa una posición superior al usuario en la jerarquía de las diferentes especies de capitales simbólicos. Cuando se utiliza esa diferencia y asimetría con fines de dominación, explotación y opresión se produce una violencia.

Fleury et al. (2013) utiliza el término violencia institucional indicando a la violencia que se genera en todas las instituciones, que tiene como característica la deficiente calidad en los servicios que se brindan, por la falta de las condiciones materiales y las hace responsable por la falta de acceso, y en las cuales suceden diferentes situaciones que dejan en desigualdad de condiciones a los usuarios en referencia a los profesionales que trabajan en dichas instituciones, produciendo daños psicológicos o físicos intencionales, los cuales pueden estar fomentado por causas raciales o sexistas. Es un acto deshumanizado que se ejerza violencia en una mujer que está embarazada, tiene como consecuencia que se exponga al nacimiento a una situación de peligrosidad, teniendo como resultado el riesgo del embarazo, nacimiento, y post nacimiento (Belli, 2013).

Medina (2008) define que existe una violencia obstétrica física donde no se respetan los tiempos biológicos del embarazo, nacimiento y puerperio; también destaca que se le otorga por parte del profesional una excesiva y no justificada medicación acompañado por la realización de prácticas invasivas. También reconoce que existe una violencia obstétrica psíquica, donde se destrata a la mujer, humillándola, discriminándola cuando necesita y pide atención del personal de salud y cuando se omite información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo/a y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

Como se dijo en capítulos anteriores nuestra sociedad está regida por una hegemonía médica, donde se le da un lugar muy importante al profesional médico, donde no se cuestiona su saber. Las mujeres delegamos el cuidado de nuestro cuerpo a un otro, a un profesional que nos indica cómo y cuándo debemos cuidar de él. A partir de la primera menstruación, somos sujetas pasivas, hacemos la visita al ginecólogo, nos disponemos a subirnos a la camilla, sacarnos la mitad de la ropa, no preguntarles que es lo que está haciendo con nosotras, o que implica la revisión que se hace de manera rutinaria (García y Díaz, 2010, Magnone, 2014, Farías, 2014, Odent, 2006).

La medicina entre la necesidad y éstas prácticas patriarcales, contribuyen a la tasa elevada de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios en la atención materna, todos los seres humanos deben de ser tratados con igual consideración y respeto. Por ese motivo, cuando esto no se cumple y se hace daño en la vida social, se comete una injusticia. Asimismo, si el daño se realiza en la vida biológica, se vulnera el principio de no-maleficencia. La relación del equipo de salud con la madre y su recién nacido debe contener elementos de calidad de cuidado y ejercicio ético y sobre todas las cosas se debe tener consciencia de que se está frente a un ser humano

con necesidades y riesgos, especialmente en la etapa del nacimiento y el pos-nacimiento (Quintana, 2013).

En ese momento perdemos el control de nuestro cuerpo, y lo seguimos haciendo en diferentes circunstancias a lo largo de nuestras vidas. Entonces cuando la mujer está embarazada ¿por qué debería plantearse en ese momento que debe ser la protagonista y apoderarse de su cuerpo si nunca se lo cuestionó? ¿no sería mejor tomar consciencia antes? Conocer nuestro cuerpo y poder tomar decisiones sobre él implica educarnos desde niños sobre la sexualidad, esta tarea debería comenzar en el entorno familiar, ayudando a que se exprese la sexualidad desde la primer infancia. Siendo un compromiso social y no solo de la mujer (García y Díaz, 2010, Magnone, 2014, Farías, 2014, Odent, 2006).

Nacimiento humanizado

Para poder lograr un nacimiento sin riesgos físicos ni psíquicos es fundamental que se dé una asistencia humanizada en el nacimiento, para esto es necesaria la creación de un espacio ameno en el cual la madre y el recién nacido sean los protagonistas, pudiendo lograr un nacimiento lo más “natural” (fisiológico) posible (Taveras, 2015). Es parte de la humanización permitir el acceso a un acompañante que es elegido por la mujer protagonista, desde el momento de pre-parto hasta el puerperio, se debe, en lo posible, no separar al recién nacido de su madre inmediatamente después del nacimiento, tratando de limitar al máximo las tasas de cesáreas, evitar el uso riguroso de tecnologías como la monitorización continua; el uso rutinario de oxitocina sintética, episiotomía entre otras. Se requiere de una actitud respetuosa, cuidadosa, de calidad y calidez de atención (apoyo afectivo-emocional). El nacimiento debería desarrollarse en las mejores condiciones de intimidad, de respeto, de delicadeza, de calma, de libertad para dar a luz en las condiciones que resulten más cómodas a la parturienta (Goberna, 2014, Ovalle, 2014).

Pujadas (2011) describe ciertas técnicas que pueden ser útiles para la humanización de los nacimientos en general: se debería respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en el lugar donde va a dar a luz, respetar la elección de la mujer sobre sus acompañantes durante el trabajo de parto y nacimiento, debe recibir apoyo empático durante el trabajo de parto y por parte del personal de salud, se le tendría que otorgar a las mujeres la información y explicaciones que ellas soliciten, permitirles y apoyar el uso de fotografías, videos y grabaciones que registren su momento vital, evitar los esfuerzos de pujo dirigidos y prolongados durante el período expulsivo, evitar la divulsión y estiramiento del periné durante el período expulsivo, evitar restricción de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, evitar exámenes vaginales frecuentes o repetidos,

especialmente por más de un examinador. Cuando el equipo obstétrico hace prevalecer sus intereses, prestando al mismo tiempo desinterés a las propuestas de sus pacientes, restringiendo o negando a la mujer de su rol protagónico, se deshumaniza el proceso.

Existen problemas organizativos que afectan negativamente el bienestar de las gestantes y sus familiares, además de una desactualización de los especialistas involucrados en este proceso en temas relacionados con el dolor, el estrés, la tensión de la madre y el casi nulo desarrollo de la psicoprofilaxis (Pujadas, 2011, Amparo y Olivares, 2014).

En la búsqueda de lograr la humanización y promover el cuidado junto a la calidad de atención para el binomio madre-recién nacido, se han diseñado estrategias y directrices que promueven el ejercicio de los derechos. Estos buscan la disminución de eventos adversos y, sobre todo la prevención de cesáreas innecesarias que pueden ser totalmente evitables. Ejemplo de esto fue lo dictado por la Organización Mundial de la Salud, OMS (2014) la cual estableció el derecho a una atención prenatal adecuada y a que la mujer ejerza un papel central en todos los aspectos de dicha atención. Es decir, de acuerdo con los derechos sexuales y reproductivos, las normas vigentes y los principios bioéticos, la mujer debe ejercer su autonomía y debe tenerse en cuenta su dignidad como persona y sus derechos. Sin embargo, el contexto en que se cuida a la paciente, en la mayoría de instituciones, es de tipo patriarcal, se dirige su atención hacia lo que debe hacer o evitar, sin tener en cuenta sus preferencias, creencias o cultura, o sin aportarle información clara, completa y veraz, que le permita decidir libremente, lo que confluente en la deshumanización del cuidado y desvalorización social de la persona (Amparo y Olivares, 2014).

Se desconoce con frecuencia la libertad que tienen los pacientes para elegir alguna de las opciones propuestas, por causa de la deficiente calidad de la información y la poca opción de alternativas que se brindan a la hora de plantear las conductas terapéuticas a seguir. De ahí, que aun cuando el paciente es capaz de decidir, la libertad y la posibilidad de agencia se ven seriamente afectados (Ovalle, 2014). En este sentido, se debe tener en cuenta la situación de salud por la que atraviesa la mujer en estas etapas vulnerables.

La OMS (2014), el MSP (2014), y otros, han señalado la necesidad de ofrecer una atención calificada y un cuidado adecuado e integral durante el embarazo, parto, pos-parto y periodo neonatal. Estiman que el embarazo y el nacimiento deben ser procesos altamente asegurados. Por lo anterior, se han establecido programas e intervenciones que parten de recomendaciones hechas por diferentes academias e instituciones internacionales como normas, guías y paquetes

de instrucciones, demuestran científicamente que la atención calificada desde el control prenatal hasta el nacimiento e inmediatamente después de éste, puede tener un efecto significativo en la reducción de cesáreas y mucho más aún en las muertes maternas.

Es importante identificar las prácticas realizadas por el equipo de salud en esta etapa y analizarlas frente a la evidencia científica para establecer aquellas que se realizan en un marco de cuidado seguro al binomio madre-hijo, es decir, las prácticas que favorecen el ejercicio de la autonomía en la mujer (principio de autonomía), aquellas que demuestran la utilización de toda la atención necesaria para su beneficio (principio de beneficencia y justicia) y, por último, las que previenen o evitan hacer daño (principio de no maleficencia). El equipo de salud debe reconocer a los padres como los protagonistas de este momento vital, y no debe intervenir cuando no hay evidencia de riesgo. Debe respetar la intimidad de la persona y su dignidad, así como permitir a la madre la libertad de movimiento, la elección de posición durante el trabajo de parto y parto. Así mismo, el equipo de salud debe promover el vínculo de los padres con su hijo recién nacido, especialmente el de la madre en la primera hora de nacimiento y crear un ambiente individual y cálido (Martín y Pérez de la Lastra, 2015).

La principal interrogante es: ¿cuántos de nuestros hospitales y clínicas permiten a la mujer expresar sus deseos a la hora del trabajo de parto o nacimiento? lo que hay que hacer, es generar un clima relajado, bajar al mínimo la intervención externa y dejar que la mujer sea la dueña de su parto (Gálvez, 2014).

La enfermería, por ejemplo, como una de las profesiones que tiene mayor acercamiento a la mujer y su familia durante el parto, tiene una función primordial y debe ser partícipe y promotora de este clima de humanización en que se respete la decisión de la mujer, especialmente cuando es un nacimiento sin complicaciones, para cumplir de esta manera con la responsabilidad ética de *“respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica”* (Barbosa, 2011. p.169). Un cuidado digno, respetuoso implica dar a la mujer información clara, completa y veraz, así como instruirla sobre los signos de alarma y los riesgos inherentes a este proceso. Es necesario promover la toma de decisiones libres e informadas por parte de ella y su familia; identificar y tratar riesgos tempranos en el binomio madre-hijo(a), para evitar lo que sucede cuando no se facilita información ni se realiza seguimiento que evalúe y prevenga el riesgo (Barbosa, 2011, Gálvez, 2014, y Martín y Pérez de la Lastra, 2015).

En el modelo obstétrico actual, dice Magnone (2014), aún se realizan prácticas inefectivas o dañinas y se constatan violaciones a los derechos de las mujeres y sus entornos afectivos; por ejemplo, el atentar contra la libertad de movimiento y hablar a la mujer en actitud displicente. Las normas vigentes establecen unos criterios mínimos para prestadores de servicios de salud; sin embargo, algunas instituciones no han adoptado las guías, manuales técnicos y protocolos establecidos para los diferentes procedimientos o, en algunos casos, no se adhieren a ellos. Los estándares de calidad son violados y se realizan acciones fútiles o dañinas, como el corte inmediato del cordón, lo que causa carencia de hierro y anemia durante la primera mitad de la lactancia, a pesar de que hay cada vez más pruebas de que el corte tardío del cordón es beneficioso para el recién nacido, porque mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros durante las primeras 24 horas de vida como lo reconocen por ejemplo la OMS (2014).

También, se realizan acciones nocivas como alejar al recién nacido de su madre después del nacimiento, lo que causa, según Hutton y Hassan (2007), disminución de receptores GABA² en el recién nacido y rompe el vínculo afectivo, con las implicaciones que esto acarrea. Esto lleva a reflexionar sobre el impacto de las intervenciones aplicadas por el equipo de salud, las cuales generan, en algunos casos, daños a corto y largo plazo, no solo al binomio madre-hijo, sino que impone una carga de mayores cuidados y costos a su familia.

Family Care International (2003) plantea ciertos elementos que son eficaces para aumentar la atención calificada durante el nacimiento por ejemplo: definir indicadores de referencia nacional; elaborar políticas nacionales que garanticen el derecho de toda mujer a la atención calificada; implementar estrategias nacionales para capacitar y actualizar al personal; establecer normas y directrices nacionales; invertir en medidas concretas, e incorporar intervenciones claves para salvar vidas. A pesar del avance de la ciencia, en algunos casos se presentan intervenciones innecesarias, medicalización y uso de tecnología en forma desproporcionada, lo que interfiere con el proceso natural que se debe dar en este período pero, sobre todo, se nota la ausencia de la participación activa que se debe permitir a la mujer; todo lo cual requiere análisis ético. Durante la gestación, en la práctica clínica en general, se establece una relación patriarcal que vulnera la autonomía de las mujeres, entendiendo esta última, como la autolegislación que cuando no se respeta la autonomía significa ver a la persona como un medio y no como un fin en sí misma, lo cual no dignifica, sino que violenta la integridad personal (Urrea, 2012).

² La mayoría de las neuronas utilizan ácido-amino butírico (GABA) y glutamato como neurotransmisores. GABA y glutamato regulan la excitabilidad de muchas neuronas en el cerebro (GABA es un inhibidor, mientras que Glutamato es un excitador) y por tanto están implicados en importantes procesos fisiológicos así como en eventos patofisiológicos. Hutton y Hassan (2007)

La cesárea se transformó en una de las principales formas de concebir el nacimiento, entonces se debe ser consciente que algo malo está ocurriendo. Cada vez hay nacimientos menos “naturales” y esto conlleva a que la violencia ejercida y la deshumanización sea cada vez más grande (Chalmers, 1977).

Se podrían lograr avances en la baja de índices de cesáreas, pero de qué serviría si los modelos médicos siguen apuntando a la mercantilización, mientras no se atiende la fisiología del parto cada vez menos vamos a poder parir, se debe comprender y respetar las necesidades de intimidad y seguridad que las mujeres necesitamos al momento de dar a luz. El nacimiento medicalizado y mercantilizado, la separación rutinaria y temprana de madre- bebé, la negación que es cada vez más grande de los aspectos primales de la especie humana van a terminar en sociedades violentas, sociedades sin capacidad de amar (Odent, 2004, Olza y Lebrero, 2006).

Cesárea humanizada, ¿qué puede hacer la diferencia?

Todo embarazo puede terminar en cesárea, y hay momentos en los que es inevitable la realización de la intervención, entonces sea por razones justas o no si una mujer se encuentra en situación de trabajo de parto y luego termina en cesárea, ya sea por causas reales o por causas evitables, o una mujer que fue ya hace un tiempo programada su cesárea, también por los mismos motivos, tienen el mismo derecho a ser respetadas y tratadas de manera amena como las mujeres que pudieron pasar por un parto humanizado. A pesar de ser una cirugía no deja de ser el nacimiento de un hijo y como tal debe ser vivenciado y para eso es necesario que el equipo médico sea consciente y trabaje con respeto y humildad frente a ésta mujer que va a dar a luz. Dentro de lo catastrófico que puede ser y generar en la mujer una cirugía mayor abdominal hay técnicas y formas que bien aplicadas pueden hacer de esa situación una forma de nacer humanizada, respetada, y vivenciada como el momento más feliz en la vida de la mujer (Chalmers, 1977, Odent, 2006, Olza y Lebrero, 2006).

Para estos casos existen asociaciones que apoyan y luchan por un nacimiento positivo y lleno de satisfacción, las cuales fueron precedentes de la primer asociación fundada por Nancy Wainer-Cohen quien tuvo su primer hijo por cesárea y estuvo convencida que esta no era necesaria. Fue así que fundó C/SEC que apoyaba a las madres que habían pasado por una cesárea y lograba educar a las próximas mujeres que iban a ser madres y que así puedan sea capaces de evitar una cesárea innecesaria, luego surgieron otros movimientos que fueron forjadores de la prevención de las cesáreas, por ejemplo ICAN (Red Internacional para la Consciencia sobre las Cesáreas), el foro Apoyocesareas, y blog de El Parto es Nuestro³ (Wainer, Estner, 1983, Olza y Lebrero, 2006).

Para poder evitar la violencia en estos casos y humanizar el nacimiento por cesárea fue necesario y productivo leer la investigación de Carolina Farías (2014) sobre la vivencia del significado de la cesárea de mujeres que pasaron por la experiencia, y así poder transformar en positivo los factores negativos.

Ésta cirugía causa en algunas mujeres un gran trauma desde el preciso momento que les dicen que le van a realizar una cesárea y pueden estar en esa sensación emocional durante meses o años. Los principales factores a mejorar según Odent (2006) son los obstétricos, los motivos por los cuales se decide hacer esta cirugía, primero debemos ver si realmente los factores que intervienen sean de riesgo real como para una cesárea, y considerar, si es por factores de alto

³ <http://www.ican-online.org> <https://www.elpartoesnuestro.es/>

riesgo, como se le informa a la mujer y cual ético es ese informe con respecto a no lastimar los sentimientos que esa mujer tiene con respecto al nacimiento. Es necesario tiempo para que pueda asimilar lo vivido y poder integrar la experiencia como algo positivo (Farías, 2014, Tessier, 2013).

La mayoría de las mujeres que pasan por la cirugía se ven inundadas en dudas, rabia, enojos, depresión, por sensaciones de abuso y mutilación de su propio cuerpo. Cuando la mujer se enfrenta a estas situaciones, que siempre fueron vistas como una posibilidad ajena a ellas, la mayoría sabe que los índices de cesáreas son altos pero casi ninguna asegura que su nacimiento va a ser por ésta vía. Están subjetivamente preparadas para un parto “natural” y no para la cesárea. No se preparan para esto, las clases de parto no cuentan con la especificación de la cirugía sino que se da como una forma de nacer en menos de una clase de preparación. Siendo totalmente contradictorio ya que en nuestro país se da la misma cantidad de cesáreas que de parto vaginales. Las mujeres se llenan de preguntas las cuales no siempre pueden ser respondidas, muchas veces los profesionales de la salud no tienen la respuesta específica que calmaría toda duda y preocupación en un momento tan delicado en la vida éstas mujeres. Es necesario para estas situaciones la información que se les brinda, como se dice más arriba desde que somos pequeñas ya creemos que vamos a tener un parto vaginal soñado, llegamos al momento llena de ilusiones y expectativas que no se nos cuestiona hasta la hora de la realidad, hasta el momento que dicen vamos a cesárea (Odent, 2006, Farías, 2014, Tessier, 2013, Olza y Lebrero, 2006).

Por estas razones ninguna es capaz de ser partícipe de decisiones más allá de la aceptación de la indicación realizada por el profesional. El desconocimiento que genera esto de lo que implica la intervención ya sea desde la preparación hasta el quirófano es un factor que genera ansiedad y angustia sumado a que están pasando por una cirugía y a la vez es el momento más especial en sus vidas, el nacimiento de un hijo (Traveras, 2015, Tessier, 2013).

El patrón negativo de esto puede transformarse en positivo con más información, se debe apuntar a que la mujer sepa por lo que puede pasar, a que tipo de intervenciones se va a enfrentar y que pueda sacar todo tipo de dudas y manifestar sus incomodidades, teniendo por parte del sistema de salud un acompañamiento que sea seguro y respete la autonomía de la mujer. En la investigación realizada por Farías (2014) la mayoría de las mujeres no recibieron un consentimiento informado que al menos guiara en el preciso momento a la mujer para que sepa por que situación va a pasar en los próximos minutos, horas y días. Lo primero debe ser esto, la mujer tiene que saber desde el primer control de embarazo a que se puede enfrentar, sea parto o cesárea, junto con sus pro y sus contra. Cuando la mujer llega informada todo se hace más

liviano, no hay sorpresas que hagan alterar la tranquilidad física y emocional de la parturienta. La mujer debe ser capaz de informarle al médico que si es necesaria la realización de la cesárea debe ser respetada y cuidadosa con ella y su bebé. Puede decidir sobre que anestesia prefiere, ella puede decidir la atención que se le da al bebé luego de que nazca. Todo esto puede ser guiado por un plan de cesárea, que se le entrega al ginecólogo tratante para que lo reciba el equipo médico profesional, el cual no significa que se va resignada a que va a ser cesárea pero si es un documento que nos va a ayudar en tal situación si nos toca presenciarla (Odent, 2006, Farías, 2014, Tessier, 2013, Olza y Lebrero, 2006, MSP, 2014).

Otro de los factores importantes es el acompañamiento. Existe en nuestro país Laley N° 17.386 la cual establece que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza, o a su elección personal con el criterio que le brinde apoyo emocional. El acompañamiento es vivido como protección para ellas pero la ley muchas veces no se respeta todo el tiempo, hay continuas separaciones entre la mujer y su acompañante. Y en el caso específico de la cesárea el acompañamiento rige desde el inicio de cirugía hasta que el bebé se le entrega al padre y se van del block. Las practicas específicas en el quirófano, la separación madre-bebé, el no contacto piel con piel y la salida del bebé y su acompañante para luego ella quedar sola en reanimación son elementos sumamente negativos en la experiencia del nacimiento por cesárea (Farías, 2014, MYSU, 2014, Ley N° 17.386).

La mujer tiene el derecho de estar acompañada, el tener apoyo y sostén emocional reduce las sensaciones angustiantes y permite que la vivencia sea mucho más gratificante. Está en nuestro derecho pedir que sujeten nuestra mano, que acaricien nuestro pelo o que nos estén hablando en vos baja, se puede estar acompañada por una partera, doula, o alguien que la mujer crea necesario para su seguridad, luego al momento que el bebé nace puede quedarse en sus brazos (siempre y cuando no haya riesgo alguno), hay relatos que cuentan que mientras las cosían ellas daban de amamantar, entonces es posible (Odent, 2006, Odent, 2004, Farías, 2014)

Desde la institución hay intervenciones que obstaculizan y favorecen este periodo, ya sea por manejo de dolor como el inicio de la lactancia. El vinculo en relación de su ser madre, a su vinculo con el bebé, y al nuevo reconocimiento de su cuerpo, muchas viven esta experiencia como el fin del mundo y otras como una forma de rescate, el reencuentro con su bebé y la primera lactancia son momentos claves en la vivencia de las mujeres pero se observa desasosiego por

querer prestar la máxima atención a sus hijos/as y no se logra por la incomodidad y el dolor corporal propia de la cirugía (Odent, 2006, Olza y Lebrero, 2006, Farías, 2014, Tessier, 2013).

En el momento de la intervención la prioridad es la mujer y así tendría que ser, ella puede exigir que no se hable de otra cosa que no sea el nacimiento de su hijo y que le expliquen lo que sucede en cada instante, se puede pedir que toda la medicación sea pasada por un solo brazo, así puede con el otro abrazar a su bebé, acariciarlo y darle de mamar, la lactancia favorece que el útero deje de sangrar antes de lo esperado y si se da dentro de la primer hora se asegura que no habrá inconvenientes para amamantar con la rutina de la cesárea, se puede pedir que bajen el campo que aísla la cirugía para poder ver nacer al bebé, se puede pedir silencio para que al momento de nacer el bebé solo escuche la voz de la mujer y la del padre, al igual que en un parto vaginal se puede pedir que les entreguen la placenta, y después puedes permanecer, siempre que sea posible, con tu bebé con contacto piel a piel, pero sobre todo hay que mantener el poder de decisión y responsabilidad, aunque sea un nacimiento por cesárea, el nacimiento es tuyo y de tu bebé (Odent, 2006, Olza y Lebrero, 2006, Farías, 2014, Tessier, 2013, MSP, 2014).

Reflexión final.

A modo de reflexión se puede decir que una perspectiva de derechos implica la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en lo referido a salud sexual y reproductiva. Entre esto se encuentra la inclusión de una capacidad propia de la mujer a poder reclamar una atención médica libre de autoritarismo y atropellos por parte de los servicios de salud (Castro y López, 2010, López 2013).

Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto ciudadanas, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construirlas como pacientes, históricamente las ha ubicado en la parte mas baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como objetos pasivas de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las ordenes médicas (Castro y López, 2010, p. 56).

Por esto creo que es de suma importancia aportar desde la Psicología herramientas para perfeccionar y ayudar el transcurso de estos momentos en la vida de las mujeres, se debe profesionalizar más, siendo esto muy distinto a institucionalizar, debemos tratar de profundizar y llevar la temática a diversos lugares, donde llegue a los y las implicados/as, donde sepan que están haciendo con las mujeres, a donde nos dejan y como nos dejan y a las mujeres en particular, para que puedan recuperar su autonomía y empoderarse nuevamente de sus cuerpos.

Debemos generar desde nuestra base disciplinar conocimiento socialmente pertinente con respecto a la temática, como psicólogos debemos intervenir en la protección y defensa de los derechos humanos, poder impulsar desde nuestro saber académico la implementación y monitoreo de políticas públicas que garanticen a las personas el acceso total y universal a la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud.

Como profesionales en la Psicología debemos poder acompañar el proceso de las mujeres y su lugar dentro de los servicios de salud, debemos participar desde un punto activo para favorecer su protagonismo y entender desde la contemplación de la Ley N° 18,426 cual es su lugar y cuales son los derechos sobre su cuerpo. Y desde el Sistema Nacional Integrado de Salud nuestro lugar específico como profesionales de la salud, especialmente desde el primer nivel de atención y el programa de Salud Mental.

Hoy se habla mucho de si la cesárea si o la cesárea no, la línea que irrumpe en estas dos realidades del nacimiento pueden ser muy delgadas. Podemos recurrir a manuales médicos, a normas parlamentarias, y hasta reglamentos internos de los propios centros de salud, pero la realidad a veces se vuelve lejana a lo que debería ser, y así es que las decisiones protagonistas se vuelven de terceros, en este caso a través de la hegemonía médica. No podemos ser partícipes de nuestro momento tan anhelado del nacimiento de nuestros hijos. Pero con seguridad y confianza en nuestro ser mujer podemos llegar a una humanización masiva de todos los modos de nacer.

*Para cambiar el mundo
es preciso cambiar la forma de nacer.*

Michele Odent

Fundamentación del método elegido para la defensa en conexión al teatro y su responsabilidad ante las denuncias sociales

Hay momentos en los que las personas necesitan pronunciar palabras, no bastando sus palabras, es que comienza a prolongarlas; no bastando las palabras prolongadas, las modula; no bastándole las palabras moduladas, (sin que él mismo se dé cuenta) sus manos hacen ademanes y sus pies comienzan a describir saltos.

Lo que respecta a esta temática creí interesante poder presentarla desde otra perspectiva basada en la expresión corporal y expresión de la voz para poder llegar no sólo de forma académica escrita sino que pase por los sentidos de un cuerpo que está enclaustrado en un modelo básico. Pretendo re doblar la presentación dando lugar a un relato en primera persona sobre un caso de violencia obstétrica relacionado a una cesárea innecesaria y a las sensaciones angustiantes que le quedan a la mujer, y en contraposición mostrar a través de otro relato que sí se puede respetar, y fomentar un nacimiento lleno de alegrías y buenos recuerdos, el cual por más que la mujer no haya podido dar a luz de manera tradicional, por vía baja, pueda sentirse plena en el nacimiento por cesárea de su hijo.

Cuando me planteo de que forma podría unir dos temáticas que a primera vista no parece proyectar líneas conjuntas, por un lado la consecuencia de la hegemonía médica con respecto a los nacimientos por cesárea, y cómo hacer para lograr que ésta sea humanizada, y por otro el accionar del teatro, la expresión corporal como método de denuncia ante tal situación. Entonces me hice la pregunta de partida ¿la experiencia teatral puede ser capaz de llevar aún más lejos la expresión de los sentimientos y nuestras propias reflexiones?

Me pregunto si la experiencia teatral depende de los sentidos de las personas, si luego de un acto que pone en juego las sensibilidades puede surgir una modificación en el sujeto receptor. ¿El Teatro involucra todos los sentidos? Para poder contestar estas preguntas me veo en el aprieto de definir el teatro. Y para poder definir el teatro debo definir el arte. En este recorrido me vi frente a un tema muy interesante. ¿El arte por el arte? ¿El arte como fin en sí mismo? ¿El arte está en el medio de dos puntos? ¿El teatro tiene que estar comprometido con la realidad o puede negarla y hacer del teatro un juego independiente de su entorno?

El teatro, en algunas ocasiones, sabe jugar con la realidad, sabe de denuncias sutiles frente a actos que las personas muchas veces de forma pasiva no podemos accionar.

Al momento de hacer teatro estamos frente a un emisor y un receptor, siempre al menos tiene que existir un otro que reciba el mensaje, funciona como el esquema básico de la comunicación. Emisor (quién emite un mensaje), el mensaje en sí, un canal (medio por el cual se expresa el mensaje, un cuadro, una película, un obra de teatro) , y el receptor (quien recibe y decodifica el mensaje) Entonces, ¿el arte es un medio de comunicación? (Plejanov, 1956).

La obra de arte hace que un mismo signo tenga muchas lecturas. No necesariamente hay un sentido. El sentido se lo da cada uno. De este concepto deriva la palabra interpretar, que justamente etimológicamente significa: sujetar el sentido, darle sentido. Este proceso de interpretar está condicionado por el mundo cognitivo de cada uno (Plejanov, 1956).

El signo tiene que ser competente con el código. Una pieza de teatro está cargada de signos que tiene un factor común y hacen el código de la obra. También podemos hablar del teatro como un símbolo donde hay determinados acuerdos sociales y culturales, convenciones que establecen significados y despiertan determinadas ideas y conceptos (Plejanov, 1956).

En el lenguaje escrito tenemos seis funciones principales. Función referencial, función expresiva, función apelativa, función fática, metalingüística y función poética. La función referencial es la función básica de la comunicación, en ella el emisor pretende fundamentalmente transmitir información sobre objetos o hechos es decir, sobre la realidad. El elemento comunicativo que predomina es, por tanto, el contexto extralingüístico o situación y, en concreto, lo referentes. La función expresiva centra la información de mensaje en el emisor, quien exterioriza sus emociones y estados de ánimo; por consiguiente su actitud ante el comunicado es subjetiva. La función apelativa la atención se orienta hacia el receptor, al cual se dirige el hablante para provocar en él algún tipo de respuesta, sea verbal o no verbal. La función fática se caracteriza por centrar la atención en el canal comunicativo. Tales mensajes tratan de iniciar, mantener o interrumpir una comunicación, la cual se convierte en el auténtico referente. Y por último la función metalingüística, esta tiene como referente la propia lengua. La información del mensaje se centra en el código lingüístico (Plejanov, 1956).

No se debe separar el arte de la política, toda obra de arte está cargada de contenido ideológico, y no todas las ideas pueden servir de base para una obra de arte.

Sólo lo que contribuye a la comunicación entre los hombres puede servir de verdadera inspiración para el artista. Los límites posibles de esa comunicación no los determina el artista, sino el nivel de cultura alcanzado por el todo social del que él forma parte (Plejanov, 1956. P. 3).

El arte, dice Tolstoi, es uno de medios de comunicación de las personas entre sí. La particularidad de este medio de comunicación, que lo distingue de la comunicación por la palabra, consiste en que por medio de la palabra un hombre comunica a otro sus pensamientos, mientras que mediante el arte los hombres comunican unos a otros sus sentimientos. Según el conde Tolstoi, el arte expresa los sentimientos de los hombres, mientras que la palabra expresa sus pensamientos (Tolstoi, 1898).

La actividad artística consiste en despertar en uno mismo sentimientos experimentados y, después de haberlo despertado, transmitirlo mediante movimientos, líneas, colores e imágenes expresadas en palabras, de modo que los demás puedan ser capaces de experimentar el mismo sentimiento. El arte también expresa pensamientos, pero no los expresa en forma abstracta, sino con imágenes vivas (Tolstoi, 1898).

El arte y el compromiso social

¿La sociedad ha sido hecha para el artista, o el artista para la sociedad? ¿El arte debe contribuir al desarrollo de la conciencia humana? ¿El arte debe contribuir al mejoramiento del régimen social? ¿O ponerle tal responsabilidad al arte le quita libertad?

“El arte por el arte” es en hoy día una idea tan extraña como “la riqueza por la riqueza”, “la ciencia por la ciencia”, etc. Todas las actividades humanas deben servir a los sujetos si no se quiere que sean vanas y ociosas ocupaciones; la riqueza existe para ser utilizada por las personas; la ciencia, para ser su guía; el arte también debe ser de alguna utilidad esencial, y no servir al placer estéril. La importancia de las artes, y en especial de la poesía, reside en la masa de conocimientos que difunden en la sociedad. Las artes difunden en la masa de los lectores una cantidad enorme de conocimientos y les hace conocer los conceptos elaborados por la ciencia (Brecht, 1948).

Me gusta pensar e ilusionarme con la revolución y creo que el arte es el medio, sí, el medio con mayor efectividad a la hora de llegar a la gente. Pero no por eso voy a hacer de mi arte un arma de poder ni de decir verdades. Sino el arte como generador de preguntas.

La principal significación del arte consiste en reproducir la vida y enjuiciar sus fenómenos. El camino que conduce a este bienestar que genera el arte es la conciencia, a la que el arte puede contribuir tanto como la ciencia. La ciencia y el arte son aquí igualmente necesarios, y ni la ciencia puede sustituir al arte ni el arte a la ciencia. Esta idea de compromiso social a través del arte y por otro lado el compromiso con la ciencia, es la base del teatro de Bertolt Brecht, él dice “*el arte no sólo reproduce la vida, sino que la explica*” (Brecht, 1948). Y yo me pregunto, ¿en el caso del arte por arte?, ¿Cuál es el motor? El arte como un fin en sí mismo, me parece bien. Pero falta algo... si somos conscientes del papel que juega el arte en la sociedad, si somos conscientes del poder que tiene el arte, si somos conscientes del poder de la imaginación; ¿Por qué no usarlo para cambiar las cosas que consideramos que están mal? Cada cual es responsable de su arte y se tiene que hacer cargo de la misma, en esta oportunidad mi arte es para denunciar la temática del abuso de poder en las cesáreas, sobre todo en la innecesarias. Estamos abriendo puertas, generando preguntas, movilizándonos en pensamientos y sentimientos. El arte es mejor que la moral, es hacer magia con los demás, es compartir los sueños, es abrir el corazón, el arte es necesidad pura. ¿Cómo podemos dudar del compromiso del arte? ¿Cómo podemos transformar el arte en un simple juego? Hay muchas formas de hacer teatro y ver el teatro, en este caso mi teatro parte de la denuncia social hacia la humanización de los nacimientos.

Bibliografía

- Barbosa da Silva, M. (2011) Prácticas para estimular el parto normal. Revista Index Enferm. Vol. 20, N.º 3, 2011, pp. 169-173. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200007&lng=es&nrm=iso.
- Belli, L. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34
- Brecht, B. (1948) El compromiso en literatura y arte. En: Primer Acto Cuadernos de Investigación Teatral.
- Castro, R. López, A. (2010). Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en America Latina. Montevideo. Universidad de la República. Facultad de Psicología.
- Chalmers. (1977). Guía Técnica: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
- Coppola, F. (2015). Cesáreas en Uruguay. Revista Médica de Uruguay. 31(1), 7-14.
- Ehrenreich, B, English, D. (1973) Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de Sanadoras. Glass Mountain Pamphlet. The feminist press.
- Family Care International (2003) La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas. Disponible en <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf>
- Farías, C. (2014) Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Fernández Moreno, S. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. España. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 6 (12), 52-76.
- Fleury, S., Bicudo, V. & Rangel, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud colectiva* 9 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000100002&lang=pt
- Floyd, D. (2001) Los paradigmas Tecnocrático, Humanista y Holístico del parto. International Journal of Gynecology and Obstetrics, vol. 75, suplemento nº 1.
- Foucault, M. (1992). Genealogía del racismo. De las guerras del racismo al racismo del Estado. (s.l.): Ediciones la Piqueta.

- Foucault, M. (1990). La vida de los hombres infames. Madrid. Ediciones la Piqueta.
- Galvez, F. (2014) . Sin miedo y sin estrés. Entrevista a Michel Odent. Disponible en <http://www.paula.cl/entrevista/parto-sin-miedo-y-sin-estres/>
- García Jordá, D. & Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 330-336. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662010000400007>
- Goberna, J. (2014) Maternidad y Tecnología: La atención centrada en la mujer. I Congreso Internacional “Género, Ética y Cuidado” Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial Aula Capella. Edificio Histórico Universitat de Barcelona. Campus Plaça Universitat Gran Via de les Corts Catalanes, 585
- Hotimsky, S. (2010). Formación en obstetrica: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil.
- Hutter Epstein, R. (2010). ¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto. Madrid: Editorial Turner Noema
- Hutton, E. Hassan, E. (2007) Late vs. Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. *JAMA*; 297 (11):1241-1252. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=206143>
- López, A. (2013). Conferencia Inaugural 2013. Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos. Facultad de Psicología. Udelar. Montevideo. Uruguay. Disponible en: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files_ftp/comunicacion/CONFERENCIA-2013.pdf
- Lutz, B. (2006) El cuerpo: sus usos y representaciones en la modernidad. Reseña bibliografica de Le Breton, David (1995) Antropología del cuerpo y modernidad. *Convergencias Revista de Ciencias Sociales*, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Magnone, N. (2010) Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización. Presentado en las IX Jornadas de Investigación de la facultad ciencias sociales, Udela R, Montevideo. Disponible en http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf
- Magnone, N. (2013) Modelos contemporaneos de asistencia al parto: cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de estudios sobre el cuerpo, emociones y sociedad*. N°12, pp. 79-92. Argentina.
- Magnone, N. (2014) El derecho a elegir dónde, cómo y con quien parir vs las políticas de salud: consecuencia sobre las mujeres que paren del proceso de regionalización de las maternidades. Ponencia presentada en el marco de las jornadas feministas, UDELAR. Uruguay.
- Martín, A. y Pérez de la Lastra, A. (2015). Beneficios del acompañamiento en las cesáreas. CA 5-148
- Medina, G. (2008) Violencia Obstétrica. Disponible en: www.gracielamedina.com/asset.

- Menendez, E. (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud.* Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. Cuadernos de la casa chata.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2007). *Guía en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada.* Disponible en: <http://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-embarazada.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2009). *Norma Nacional de Lactancia Materna.* Disponible en: <http://www.sguruguay.org/documentos/msp-pnsn-norma-nacional-lactancia-materna.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Capítulo: Normas de atención a la mujer en proceso de parto y puerperio.* Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
- Moncó, B. (2009) *Maternidad ritualizada: un análisis desde la antropología de género.* Universidad Complutense. Madrid.
- Montaño, S. (1996). *Estudios básicos de derechos humanos. Los derechos reproductivos de la mujer.* Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documento/pub/Estudios%20Basicos%204/6.%20Los%20Derechos%20reproductivos.pdf
- MYSU (2014). *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2014,* Montevideo, MYSU.
- Odent, M. (2004) *The Cesarean.* Londres, Free Association Books.
- Odent, M. (2006) *La cesárea.* Barcelona: Editorial La Liebre de marzo.
- Olza, I.; Lebrero, E. (2006). *¿Nacer por cesárea?.* Colombia: Edición para América Latina, Grupo Editorial Norma.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2014). *Momento óptimo de pinzamiento del cordón umbilical para prevenir la anemia ferropénica en lactantes.* Disponible en http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/
- OMS. (1996) *Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados en el parto normal. Una guía práctica.*
- ONU. (Septiembre, 1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En el Cairo.* Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Ovalle Gómez, C. (2014) *Autonomía como condición esencial de la dignidad humana y fundamento del consentimiento informado.* *Revista Colombiana de Bioética.* Vol. 4 N.º 2, p. 243
- Parada, D. Olivares, P. (2014) *Humanización del cuidado durante el encuentro madre-recién nacido: una responsabilidad ética del equipo de salud.* Disponible en: [file:///C:/Users/maria%20victoria/Downloads/688-774-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/maria%20victoria/Downloads/688-774-1-PB%20(1).pdf)

- Plejanov, J. 1956. Cartas sin dirección. El arte y la vida social. Rusia.
- Pujada Ríos, X. (2011) Humanization of Childbirth in Excellence Medicine . Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2011; 9(5).
- Quintana, C. (2013) Fundamentos de bio-ética. Disponible en [http://www. bioetica desdeasturias.com/2013/02/dgracia-fundamentos-de-bioetica .html](http://www.bioetica desdeasturias.com/2013/02/dgracia-fundamentos-de-bioetica .html)
- Sandoval, M. (2009) Medicalización y disciplinamiento. La construcción higienista del espacio femenino, 1850-1920.
- Tessier, E. (2013) Cesárea humanizada. En Progresos de obstetricia y ginecología. Vol. 56. N.º 2. Febrero. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article /pii/S0304501312001161>
- Tolstoi, (1898). Obras del conde Tolstoi. Trabajos de los últimos años. Moscú.
- Traveras, A. (2015) Parto Humanizado como Respuesta a la Violencia Obstetrica. 11 Rev. Estudios Criticos D. 77.
- Urrea Mora, F. (2012) Matices de la autonomía en mujeres gestantes durante la atención en salud: un diálogo bioética-género. En Revista colombiana de Bioética. Vol. 7(2): p.100. Bogotá: Universidad El Bosque, diciembre de 2012.
- Uruguay, poder Legislativo. (2001). Ley N° 17.386. Ley de acompañamiento a la mujer embarazada. Publicado en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2001. Recuperado de:<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp ?Ley=17386yAncho r=>
- Uruguay, poder Legislativo. (2008). Ley N° 18426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicado en Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008.
- Wainer, N. Estner, L. (1983) Silent Knife. Conecticut, Bergin Garvey.

