UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA FAMILIA

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN CIENCIAS DE LA FAMILIA

CAMINOS HACIA UNA MATERNIDAD DIFERENTE

UN ESTUDIO SOBRE EL PARTO VERTICAL

JOSEFINA LAIS, DRA. EN SERVICIO SOCIAL. U.M.S.A.

DIRECTORA: LIC. EVA GIBERTI

2006

ABSTRACT

Procuramos establecer las diferencias –tanto físicas como psicológicas- entre el parto natural y el parto medicalizado, ventajas y desventajas tienen uno y otro, y cuáles son los principales obstáculos que hay en la sociedad para promover partos más humanizados. A partir de la literatura relevada sobre el problema, hemos hecho un trabajo de campo basado en entrevistas en profundidad a los principales involucrados: madres, padres y diferentes actores institucionales que intervienen en instancias de parto: médicos, obstetras, psicólogos, parteras.

Las entrevistas se procuran indagar y evaluar el posicionamiento que tienen los entrevistados acerca del parto natural y humanizado, en qué medida apoyan esta tesitura y cuál es su visión respecto de las prácticas inherentes al parto medicalizado, que es el que mayoritariamente se practica en todo el país.

Tras el análisis de las entrevistas, el estudio arriba a la conclusión de que el parto humanizado debiera tener una mayor acogida en la sociedad, y que de alguna manera su instrumentación dignificaría a la mujer. El parto humanizado tendría en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir. A la vez, el estudio permite observar que las prácticas propias del parto medicalizado, como la césarea, pueden resultar agresivas y siguen un criterio exclusivamente económico. El estudio expone los argumentos de quienes defienden el parto natural o humanizado y critican las instancias lesivas del parto medicalizado, partiendo de la base de que el parto humanizado o natural no implica la anulación del control y el seguimiento médico.

CURRICULUM VITAE DE LA AUTORA

J. Josefina Lais, es egresada en Dra. en Servicio Social en la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA, 1965), ejerce actualmente como Asesora Especializada en la Dirección Nacional de Recursos Humanos y Organización del INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos.

jlais@indec.mecon.gov.ar

Avda. Cabildo 1695, Piso 7 Dto. 22. CABA (1426)

Para Adolfo, por una intensa y completa vida compartida.

A mis tres hijas, Analía, Paula y Patricia, quienes nacieron a través de parto natural.

A mis cinco nietas, Victoria, Ludmila, Gala, Zoe y Melina.

A mi madre, quien me alumbró el camino y a mis cuatro hermanos, todos nacidos en casa, a través del parto natural.

A mi abuela, quien dio a luz a sus diez hijos en cuclillas, en la ciudad de San Luis.

INDICE

ABSTRACT 2

CAPITULO 1. INTRODUCCION 7

CAPÍTULO 2. Antecedentes del tema. Estado del arte 14

2.1 Un parto humanizado 14
2.2 Deshumanización del parto 16
2.3. Posición del cuerpo en el parto humanizado 21
2.4. Posición de parto y hecho social 23
2.5. El parto como hecho complejo 26
2.6. Reconocimiento de la sexualidad y parto 27
2.7. Perspectiva ética y deontológica desde la medicina 31
2.7.1. Observaciones acerca de practicas médicas actualmente cuestionadas 34
2.8. Métodos tecnológicos alternativos y posibilidades naturales 434

CAPÍTULO 3. El parto humanizado desde una perspectiva histórica 49

3.1. El parto en Occidente 49
3.3. La obstetricia en Argentina 53
3.3. El parto natural como alternativa necesaria 56
3.4 Nueva normativa en torno al parto en Argentina 60
3.5. La situación en el Primer Mundo 62

CAPÍTULO 4. El parto humanizado desde la perspectiva psicosocial 70

4.1. El parto como hecho trascendente y hecho clínico 70
4.2. El complejo acontecimiento del parto 71
4.3. Ideología y temor 73
4.4. Alcances de la sexualidad de la mujer: el parto y el placer 74
4.4.1 Hacia una humanización del parto 76
4.5. Procesos de paralización de la sexualidad femenina 80
4.6. Complejidad de la sexualidad femenina 85
4.7. Alcances del parto natural en la subjetividad de la mujer 93
4.8. Mecanismos de sumisión 95
4.10. Violencia, sumisión y sociabilidad 101
4.11. La identificación con la función materna: el instinto de ser madre 102

CAPÍTULO 5. ¿Qué respondieron los entrevistados? Resultado de las entrevistas ... 108

5.1.La medicalización del parto 108
5.2.La parturienta como objeto 110
5.3.El modelo médico y la manipulación sobre la naturaleza. 112
5.4. La medicalización del parto y el rol de la mujer. 115
5.5. Principales problemas de la mujer en la actualidad. 116
5.6. Cambio de rol de la mujer. 117
5.7. Sexualidad y embarazo. 119
5.8. Obstáculos y barreras para implementar el parto humanizado en la sociedad 120
5.9.Los temores durante el embarazo. 123
5.9. El parto humanizado: su aporte a la calidad de vida y a la subjetividad 125
5.10. La contención como elemento intrínseco del parto natural 127
5.11. Beneficios para el triángulo familiar 128
5.12. Salud Pública y subjetividad en el embarazo. 130
5.13. Ultimas tendencias de la Práctica médica 132

CONCLUSIONES FINALES 134
BIBLIOGRAFIA.....141

CAPITULO 1

INTRODUCCION

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

1. Propósito

Elaborar un estudio sobre el parto humanizado en la Argentina, estableciendo sus ventajas y desventajas, a partir de indagaciones teóricas y de los conocimientos y percepciones que tienen los actores involucrados en el tema.

2. Situación Problemática Inicial

El proceso de maternidad y parto es un hecho social y cultural. Como tal compromete todos los aspectos de la realidad de la mujer, de su pareja, de sus hijos, de su familia y del medio social al cual pertenece. En la República Argentina, en los últimos años se viene trabajando desde diferentes disciplinas alternativas o complementarias para mejorar las condiciones del parir y del nacer.

Actualmente, el parto y el nacimiento son presentados desde sus operadores institucionales (sociedades científicas, médicos, parteras) como un hecho médico sometido a un proceso de medicalización, despersonalización y desexualización. El parto y el nacimiento humanizado aparecen como una alternativa que le brinda a la pareja o a la mujer, la posibilidad de una nueva oportunidad de crecimiento personal, y más aún, de placer. También significa una alternativa para aquellos que perciben el malestar que les produce, entre las arduas vicisitudes de la vida cotidiana, el maltrato que surge de un modelo de atención que no los escucha en sus necesidades de libertad, de respeto y de humanización del parto y del nacimiento.

El saber científico ha acumulado muchos conocimientos sobre los mecanismos del parir y nacer, al tiempo que se fueron olvidando profundos y complejos entramados del campo social y psicológico que los sustenta. Ese número de mujeres y hombres reclaman –muchas veces desde la incertidumbre y el desconocimiento-, una asistencia respetuosa y atenta, con cuidado y sin exigencias ni imposiciones, con el afecto y contención como pilares y soporte esencial.

Desde esta perspectiva, se debe restituir al acontecimiento el carácter de hecho social y cultural que conlleva implícitamente un hecho de la salud en una comunidad de pertenencia: el conjunto de mujeres y varones con distintas inquietudes. Ante esta situación parecería necesario volver al parto natural o fisiológico y considerar que estar embarazada no es una enfermedad, y por lo tanto, se le debería dar a la pareja o a la mujer la posibilidad de vivirlo en plenitud.

> *Las mujeres dando a luz si tan solo se les da su espacio saben exactamente qué hacer; las mujeres tenemos por dentro el profundo conocimiento de cómo movernos precisamente, de cuándo pujar, cómo pujar. El cuerpo que hizo a este bebé sabe exactamente como sacarlo del cuerpo y hacerlo nacer* (Tyndall 1992: 27).

Este proyecto se sustenta sobre la idea de que es necesaria una propuesta de un parto diferente basado en el concepto de “parto humanizado” donde la mujer tiene la posibilidad de elegir cómo, con quién y dónde parir (Gutman 2003).

3. Marco Metodológico

El Marco Metodológico de la Investigación comprende la elaboración, desarrollo y conclusiones de un trabajo de campo que se realizó durante el año 2005 en Buenos Aires. El trabajo se basó en la realización de entrevistas en profundidad semi-estructuradas a los actores y profesionales vinculados a la problemática del parto humanizado (madres, médicos, obstetras, académicos, psicólogos, padres) sobre una muestra no probabilística de veinticuatro (24) casos. El esquema metodológico se basa en la comparación entre el parto humanizado y el parto tradicional, por lo que la mitad de la muestra es propiciadora y la otra mitad opositora de la implementación del parto humanizado

El trabajo de campo procura comprender el fenómeno estudiado en su contexto, y entrevistas a profesionales, (ver listado en página 12-13) la percepción que tienen las mujeres, y sus parejas varones, las instancias previas y posteriores al parto, de qué modo justifican una posición favorable o adversa al parto humanitario.

Un aspecto central del estudio es explicar en qué medida el parto institucionalizado puede derivar en iatrogenia o afectar emocionalmente a las mujeres, cómo deshumaniza el acto del nacimiento, y cuáles son los motivos esenciales que subyacen a las propuestas de parto humanizado, a la vez que se indaga de qué manera se puede motivar a la comunidad para que los partos comiencen a humanizarse, en base a un análisis de la situación actual en la Argentina y a los resultados obtenidos en el trabajo de campo.

La decisión de adoptar un enfoque cualitativo se sustentó en los criterios y ventajas que proporciona a la investigación de un fenómeno como el parto, quese extiende en diversos ámbitos y aspectos –en el saber médico, en el orden social y en la psicología de los actores involucrados-. Entre los criterios y ventajas de este modelo destacamos los siguientes (Bogdan Taylor: 1998)

a) El estudio cualitativo se fundamenta en la óptica de la realidad construida por individuos interviniendo con sus mundos sociales.
b) Es un esfuerzo para entender situaciones únicas como parte de una situación particular y su interacciones.
c) La preocupación básica es entender el fenómeno bajo la perspectiva de los actores y no del investigador.
d) Usualmente envuelve investigación de campo.
e) Emplea estrategia inductiva de investigación; y
f) es ricamente descriptiva, pues enfoca procesos, sentidos y conocimientos.

En una primera fase hemos aplicado observación en maternidades y salas de parto de Buenos aires, también en los ambientes naturales donde se han desarrollado partos humanizados. La observación se focalizó en las actitudes y disposiciones de los entrevistados y del personal médico. La observación sirvió para organizar posteriormente las entrevistas.

Los estudios cualitativos son particularmente útiles allí donde se necesita comprender con gran profundidad algún problema o situación concretos, y donde es posible identificar información valiosa, rica en el sentido de que puede aprenderse mucho preguntando sólo a algunas personas o colectivos, tal como se hace en esta investigación.

Los estudios de caso múltiples son especialmente importantes cuando se busca captar las diferencias individuales o las variaciones únicas existentes entre distintos casos u objetos de estudio, lo que sucede en el análisis de la causas por las cuales uno y otro grupo de informantes apoya o se opone al parto tradicional, medicalizado.

Exponemos más detalles sobre las técnicas en el capítulo V.

4. Plan deObra

El Marco Teórico de la investigación se estructura en cuatro capítulos:

Capítulo II expone los antecedentes sobre el tema y el estado del arte, estableciendo algunas definiciones conceptuales sobre el parto humanizado. Capítulo III aborda el parto desde una perspectiva histórica, realizando una reseña histórica sobre el parto humanizado en la Argentina, cuáles fueron y son actualmente las técnicas obstétricas durante el proceso del parir, la perspectiva de la ética y la deontología.

Capítulo IV se focaliza el parto desde una perspectiva psico-social. Con ese propósito, analizamos la función del varón-padre durante el parto, su rol de comprensión. Aquí también distinguimos las diferencias básicas entre el parto humanizado y el parto medicalizado, en base a los aspectos psicológicos y sociales que influyen en el mismo, rescatándose el significado cultural del parto, y qué construcción simbólica tiene en el imaginario social.

Finalmente, el último capítulo V de la investigación analizamos los principales resultados del trabajo de campo, y los pone en contraste con la literatura revisada para elaborar las conclusiones finales del estudio. (Capítulo VI).

5. Lista de entrevistados

Entrevistado Nº 1: Sexo masculino, psicólogo, 54 años. Consultorio Privado y Asesor en el Ministerio de Desarrollo Social.

Entrevistado Nº 2: Sexo femenino, psocóloga, 50 años. Consultorio Privado.

Entrevistado Nº 3: Sexo femenino, psicóloga, 38 Años, Directora de una ONG.

Entrevistado Nº4: Sexo masculino, Docente Universitario. Médico Obstetra, 57 años.

Entrevistado Nº5: Sexo masculino, docente Universitario, Médico Obstetra, 54 años.

Entrevistado Nº6: Sexo femenino, Medica Obstetra. 37 años.

Entrevistado Nº7: Sexo femenino, Psicóloga, Directora de Crianza, 47 años.

Entrevistado Nº8: Sexo femenino. Partera Obstetra. Hospital privado, 51 años.

Entrevistado Nº9: Sexo femenino. Ginecóloga-Obstetra-Homeópata. Directora de Gestar en Salud, Fundacion San Rafale, Departamento materno infantil. 60 años.

Entrevistado Nº10: Sexo masculino. Medico Ayurvédico-cirujano-oncólogo. Consultorio particular. Director nde Cátedra de la UAI. 47 años.

Entrevistado Nº11: Sexo masculino. Medico Obstetra. Maternidad Municipal, 46 años.

Entrevistado Nº12: Mamá, Sexo femenino. Terapista ocupacional. 30 años.

Entrevistado Nº13: Mamá. Sexo femenino. Lic. Y profesora en Psicopedagogía. Secretaria de Salud en el GCBA.. 33 años.

Entrevistado Nº14: Mamá**.** Sexo femenino. Empleada, en ETOSS. ENTE Tripartito de Obras y Servicios Sanitarios. 27 años.

Entrevistado Nº15: Mamá. Sexo femenino. Terapista ocupacional. 30 años.

Entrevistado Nº16: Mamá. Sexo femenino. Docente en EGB Nº 6, Hospital Muñiz. 47 años.

Entrevistado Nº17: Mamá. Sexo femenino. Empleada administrativa. Miembro activo de "Dando a Luz". Coordinadora de "Mamá Sol", grupo de contención de madres solteras. 23 años.

Entrevistado Nº18: Papá. Sexo masculino**.** Comerciante. Vivero Hanasono. 48 años.

Entrevistado Nº19: Papá. Sexo masculino. Empleado de comercio. 33 años.

Entrevistado: Nº20. Papá. Sexo masculino. Especialista en Medicina tradicional China. Naturópata. 55años.

Entrevistado Nº21: Papá. Sexo masculino. Empleado en el Congreso de la Nación. 29 años.

Entrevistado Nº22. Papá. Sexo masculino. Profesor e instructor de artes marciales, masoterapeuta, corrector de textos independiente. 47 años.

Entrevista Nº 23: Médico Obstetra. Actividad privada. Pertenencia a la asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática, (AAGOP), y a la Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y del Nacimiento, RELACAHUPAN). 61 años.

Entrevistado Nº24: Obstetra. Sexo femenino. Además, asiste a nacimientos de partos domiciliarios e institucionales con la ideología del Parto Libre. 54 años.

Agradezco a la Lic. Eva Giberti, que con su apoyo, dedicación, orientación, y paciencia ha permitido llevar a cabo la presentación de la tesis.

Mi eterno agradecimiento al Prof. Hilario Wynarczyk, por su apoyo tutorial constante y, la sabiduría que me transmitió durante la elaboración y presentación de la tesis.

CAPÍTULO 2

Antecedentes del tema. Estado del arte

2.1 Un parto humanizado

> *Cuando un recién nacido aprende en una nursery que es inútil gritar, esta sufriendo su primera experiencia de sumisión.*
>
> *Michel Odent*

La humanización del parto y el nacimiento es un movimiento mundial que poco a poco va creciendo y obteniendo el reconocimiento de cada vez más personas en el mundo y, lentamente va ganado espacio en los organismos estatales y multilaterales relacionados con la salud y la infancia. El *parto y nacimiento humanizado* ofrece un modelo de atención denotando sensibilidad, y que garantiza el respeto a las necesidades físicas, mentales, espirituales, culturales y sociales de las mujeres y sus familias, considerando también el ejercicio de sus derechos.

Se concibe a la maternidad como un proceso que abarca la gestación, parto, puerperio y crianza del hijo/a en el cual la mujer es sujeto de su salud física y mental, a la vez que una participe activa del acontecer de su maternidad. Una lectura crítica y atenta permite observar que, junto a los conocimientos científicos, se deslizan ideas, creencias y valores que pretenden describir y explicar la totalidad de la realidad de las mujeres durante este proceso de maternidad, lo cual constituye un marco de acción para la práctica del parto sin temor (Giberti 1982).

El parto no es la culminación de un proceso que comenzó con la gestación. Es una etapa evolutiva que continuará con el puerperio biológico hasta los 45 días. En este proceso se producen cambios involutivos, como la regresión uterina; y evolutivos, como el comienzo de la lactancia y el reordenamiento de las funciones endocrinas. El equipo de salud acompañará

a la madre en la prevención y asistencia durante la lactancia, en la demanda del bebé, en el cuidado y la recuperación de sus genitales, en los cambios de horarios en los hábitos de sueño y alimentación, en la elección de un método anticonceptivo, el reinicio de las relaciones sexuales, el retorno a la actividad laboral o su permanencia en el hogar, y la finalización de la lactancia.

Esta tarea interdisciplinaria permitirá disminuir o evitar las patologías orgánicas y psíquicas que pueden alterar el normal desarrollo del puerperio y las relaciones de la madre, el padre y el hijo (Lodeiro Martínez 1998: 12).

Podemos decir que un parto humanizado se basa en tener una persona que la mujer designe para que la acompañe permanentemente dándole apoyo emocional. Por otra parte, en un parto humanizado se permite que la mujer deambule libremente durante el trabajo de parto si así lo desea. Asimismo puede darse lugar a que la parturienta opte por la posición en donde se encuentre más cómoda para parir.

Una de las premisas del parto humanizado es impedir que se le realicen a la mujer, sin su autorización, prácticas como: enema, rasurado y episiotomía, así como cualquiera de las técnicas sistemáticas de rutina, así como la colocación de una vía intravenosa por la eventualidad de necesitar medicación.

Finalmente, es preciso que se le de espacio a la mujer para que permanezca con su bebé inmediatamente después del parto y durante toda la internación, siempre y cuando no necesite cuidados especiales.

Por lo tanto, todo el personal involucrado en el cuidado brinda la mejor atención basada en evidencias científicas que demuestran que el acompañamiento durante el trabajo de parto y la no utilización de intervenciones inefectivas y hasta perjudiciales como el enema rutinario, el rasurado, la imposición de posiciones, la episiotomía, la restricción del contacto madre-hijo y la lactancia con restricciones benefician en sumo grado a la situación de parto.

Esto, junto con el afecto que toda persona necesita de los que brindan salud, permitirá obtener mejores resultados biológicos y psicoafectivos de un momento tan importante para la mujer y su familia.

La implementación de estas medidas para "humanizar el parto" no representan mayores gastos económicos para los sistemas de salud. Se ha comprobado que con el "parto humanizado" se produce un ahorro de dinero en el sistema de salud ya que, por ejemplo, aquellas mujeres que fueron acompañadas durante el nacimiento de su hijo necesitaron menos analgesia, cesáreas y episiotomía.

Es más, es válido subrayar que el parto humanizado puede generar un ahorro más que sensible ya que, por ejemplo, al restringir el uso de la episiotomía, enema y rasurado se invertiría menos en materiales como hilo de sutura, soluciones y hojas de afeitar.

2.2 Deshumanización del parto

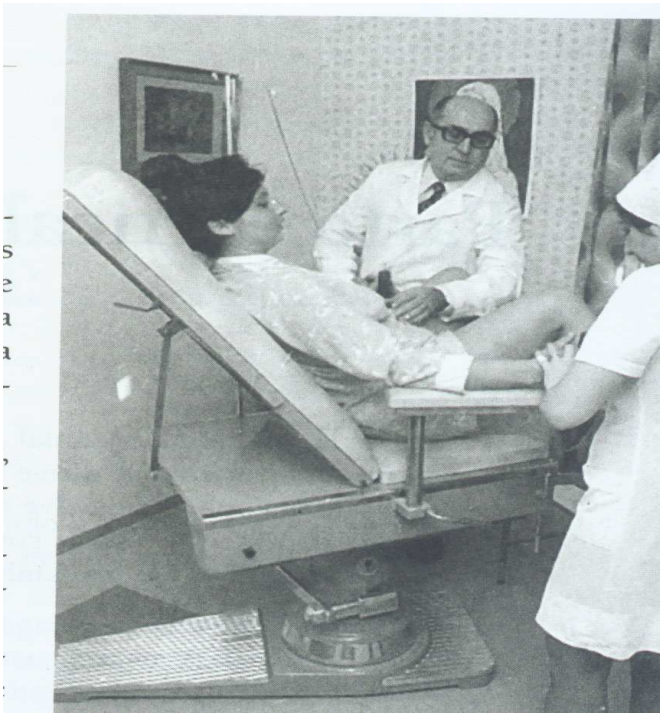
La violencia ejercida en cada nacimiento
sigue sembrando la violencia en el mundo.
Documento Callate y Pujá.

Casi todas las rutinas impuestas desde el ingreso de una parturienta a una institución médica tienen por objetivo ***deshumaniza****r* este momento. Desde la perspectiva de Burgo, en las prácticas del parto medicalizado la mujer pierde identidad, nadie la llama por su nombre, no se le informa amablemente sobre el desarrollo del parto, se la acuesta sobre una camilla incómoda, no se le permite caminar para trasladarse hasta la sala de partos, y por supuesto no puede gritar sin ser castigada. En este contexto, la mayoría de los partos son inducidos, es decir, que deliberadamente se acelera o se atrasan las contracciones según la disponibilidad de los horarios del personal médico (Burgo 2003).

Esta concepción contempla al parto como un proceso sumamente doloroso, donde la misión del obstetra es evitar casi a toda costa ese dolor, para no ser considerado como inhumano. Se espera de la mujer embarazada que se interne tranquila y confiadamente en una clínica de maternidad cuando sienta los primeros dolores, cediendo luego toda responsabilidad y actividad a su médico partero, quien por lo general determina cuándo debe producirse el parto, por mutua conveniencia de fechas.

El parto inducido se desarrolla a partir de un enema que se le practica a la paciente, aplicándosele luego una serie de inyecciones hasta provocar el comienzo del trabajo de parto. Entonces se anestesia a la mujer, para presentarle, hora más tarde, cuando ella despierta medio confusa, dolorida e indiferente, su hijo desconocido bien lavado y vestido con su mejor ropa (Langer 1988).

Sillón para prácticas de parto vertical. Fuente: La magia de nacer. (Solórzano 1995:37).



Muchos farmacólogos, anestesistas y ginecólogos se ufanan de tener las mejores herramientas e instrumentos tecnológicos para evitar a la parturienta el dolor del parto. Si bien han logrado métodos más o menos confiables, éstos siempre entrañan cierto perjuicio y peligro, especialmente para el niño, como lo sostiene Eastman (Langer 1988), quien en “Prevención de la anoxia en el feto” advierte que la causa más frecuente de la muerte del feto durante el parto, o del recién nacido o del lactante de pocos días, es la aplicación de anestésicos durante el parto, que reducen el oxígeno en la sangre materna.

Una de las autoras que caracteriza y tipifica al dolor del parto es Schallman (2004), quien lo define básicamente como un dolor intermitente, que coincide con cada contracción, pero que desaparece cuando ésta se diluye. El dolor, entonces, dura treinta segundos en la contracción y después pueden pasar cinco, tres o dos minutos en los que no aparecen, siendo este oleaje en el que se zambulle poco a poco y con tiempos de descanso, lo que le permite a la mujer hacer el camino del parto.

Esta intermitencia lo hace tolerable e incluso puede conllevar un goce, equiparándose con las sensaciones que se pueden sentir en una relación sexual, de una intensidad inmensa, sólo que la sensación del parto es mil veces más intensa (Schallman 2004). Esa sensación, mil veces más intensa, es la que tiene una mujer en el parto. percibe como todo se abre para dejar pasar al bebe: la molestia, la alegría y el goce van juntos. Es algo indescriptible. Por eso creo que para ser partera es necesario haber pasado por ello alguna vez.

En este proceso de oleaje del dolor que describe Schallman se deben buscar estrategias para ayudarla a la mujer a que vuelva en sí entre una contracción y otra. Para que preste atención es necesario llevarla al nivel del pensamiento, del neocórtex, cada vez que concluye una contracción. En cada contracción se repite el procedimiento para que vuelva en sí. Lo contraproducente sucede cuando se le pide que esté todo el tiempo consciente

de todo: jadear de determinada manera, relajarse, etc., lo cual suelen hacer sistemáticamente la gran mayoría de los profesionales (Schallman 2004).

El proceso de deshumanización del parto conlleva una atención masificada y con patrones culturales bien definidos. Esto implica que los partos tienden a ser todos parecidos, en cuanto a la duración, dolor y resultados. Casi todas las decisiones se toman en función de terminar lo más rápido posible. La rapidez pasó a ser sinónimo de mejor. También prevalece la intención de esquivar el dolor. Se produce así una *despersonalización* de la parturienta, que queda transformada en un "objeto de trabajo", un "campo de trabajo", rendida en su condición de "paciente", acostada, inmóvil y obediente a las prescripciones del "personal médico". Su cuerpo-objeto despersonalizado es dócil a la exigencia médica (Cavia 2002).

En este proceso de despersonalización a la mujer no la dejan moverse sin permiso, ni tomar agua, ni comer, ni adoptar la posición que le resulte más cómoda, y la someten a una cantidad de intervenciones sin explicaciones y sin su consentimiento. La llamaran "mami", "gorda", "madre", despersonalizándola totalmente. Y manipularan su cuerpo sin aviso, obviando que ese cuerpo "es" esa persona (Schallman 2004).

Ahora es preciso señalar una serie de nociones generales en torno a lo que podemos considerar como la maternidad, desde una perspectiva práctica y simbólica. Se trata de un proceso que implica la gestación, el parto, el puerperio y la crianza del niño. En dicho proceso la mujer es sujeto de su salud física y mental y, al mismo tiempo, debe entendérsela como participante activa del hecho que implica su maternidad.

Ante todo, debemos comprender este hecho, la maternidad, concebida como la reproducción, constituye un hecho social que, por tanto, traspasa todos los aspectos de la existencia de la mujer como sujeto, su sí mismo, su pareja, sus hijos e hijas, y el medio social del que forma parte. Desde esta perspectiva es preciso que se atienda a la circunstancia de que la serie de normativas en torno al hecho de la maternidad están impregnadas de valores y prescripciones que implican un espectro de prejuicios, transcriptos en canon,

donde se pone en juego un imaginario definido. En este sentido, la mujer –objeto de estos prejuicios- va dando forma a sus sentimientos y expectativas respecto a la maternidad, incluso tiempo antes de que este hecho sea una realidad en proceso, sentimientos y expectativas que se cristalizan en una idea maternal impregnada de tales aspectos, nacidos de un contexto social signado por valoraciones respecto de la misma, esto produce, sin dudas, significativos efectos en su subjetividad.

El sentir de las mujeres, la idea sobre si mismas y sobre su maternidad en particular, está en correlación con los sistemas de creencias imperantes. Estos sistemas, simbólicamente, le aseguran un lugar de existencia en tanto mujeres-ser madres-, existencia que da pertenencia a la sociedad y, a su vez, define como ésta se articulará frente a ellas. La interpelación de esta ideología que, sin duda, podemos llamar, "oficial" implica instalarse en el lugar despojado de la trasgresión y el resultado de ésta intemperie es, consecuentemente, el aislamiento.

Deberíamos, atravesando el discurso dominante, entender el momento del parto, el proceso de devenir madre efectivamente, como un suceso de características extraordinarias (Burgo 2003), más allá de toda normativa, más aún si tenemos presente que la mujer que se encuentra pariendo precisa una cuota mayor de atención –en el sentido total de la palabra- para afrontar el rompimiento físico y, también, espiritual que tiene que producirse para permitir la salida del bebé. Sólo con afecto y siendo entendida la parturienta puede enfrentarse con lo absolutamente nuevo que reconfigurará su vida y ser, realmente, sujeto y no mero objeto de su parto, como lo considera parte de una sociedad que entiende a lo femenino sólo dentro de los términos de la pasividad y la sumisión, su domesticación.

Los partos se han convertido en un espacio donde la mujer ingresa a un profundo plano de extrañamiento, en vez de acercarse a sí misma. El parto se ha convertido en una instancia donde ella se percibe como otra persona, donde no se entiende como participante sino como un sujeto ajeno al hecho que se está produciendo (Burgo 2003)

La deshumanización del momento del parto está promovida desde casi todas las rutinas impuestas desde el ingreso de una parturienta a una institución medica: se pierde su identidad, nadie la llama por su nombre, no se le informa sobre el desarrollo del parto, se la acuesta sobre una camilla incómoda, no se le permite caminar para trasladarse hasta la sala de partos. Por otra parte, en la mayoría de los partos se acelera o se atrasan las contracciones deliberadamente en función de las posibilidades horarias del médico, además el tema con mayor sutileza... por ejemplo donde decimos, por su equipo encargado de supervisar el parto. En líneas generales, las prácticas tienden a desubjetivizar a la mujer grávida.

2.3. Posición del cuerpo en el parto humanizado

Como nacemos, nos afecta a la vida..
Michell Odent

En el parto tradicional, medicalizado, se emplea la posición de litotomía, la mujer acostada con las piernas abiertas y sujeta. Este modelo, discrepa con las posiciones propias de un parto humanizado. La posición de litotomía responde a un modelo tecnocrático en la atención de un parto de bajo riesgo, constituyendo la expresión simbólica de la despersonalización de una mujer. La posición de la mujer es materia opinable, si bien las prácticas aceptadas que se realizan en los ámbitos de los partos estándar surgen a partir de un consenso desarrollado por una mayoría de profesionales en un determinado período y no siempre verificado por un método científico (Prosanto 2000:88).

El parto humanizado se basa en procedimientos obstétricos que procuran evitar las rutinas asistenciales sistematizadas. Y en la posición específica de la mujer para parir, cada una asume libremente aquella que le resulte más eficaz, cómoda o placentera durante todo el trabajo de parto y el período expulsivo. Indudablemente las preferencias espontáneamente referidas por la mujer, serán a favor de las posiciones verticales, acuclilladas, semisentadas o sentadas, de rodillas o de pie sostenidas por su pareja; con un fuerte rechazo a acostarse. En la búsqueda de la posición sienten claramente que el esfuerzo de pujar espontáneamente es más fácil, experimentando menos dolor sacrolumbar (Burgo 2003). Por otra parte, en el parto

humanizado se incrementa el alivio y el estímulo en el proceso, por la satisfacción producida en el acercamiento cuerpo a cuerpo con su pareja.

En el nivel clínico, la necesidad de realizar episiotomías es ínfima, por la adecuada y progresiva expansión del anillo vulvar. Las ventajas para el niño derivan de los mayores niveles de oxígeno por los vasos umbilicales y altos scores de Apgar, y el inmediato contacto en el regazo de la madre como motor esencial en el desarrollo del apego. No existen efectos adversos para parir en estas posiciones, salvo el relato de la "inconveniencia" para aquellos que asisten el parto (Cavia 2002).

De cualquier modo, la práctica de la episiotomía, que se realiza casi en el 100% de los partos de la primerizas, tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas, por lo general es innecesaria. Quienes la practican ignoran por completo la evidencia cientifica de la OMS (por citar sólo una fuente) referida al daño profundo y grave que generan, dejando secuelas de tipo físico, emocional y vincular (Schallman 2004).

El parto humanizado también contempla el uso de sillas obstétricas diseñadas de acuerdo a modelos existentes a lo largo de la historia. Ya en el Antiguo Egipto existían testimonios grabados de las mujeres arrodilladas sobre piedras o *ladrillos sagrados*, o bien acuclilladas, como antecedentes de las sillas paridoras que se usaron por centurias desde el mundo grecorromano. Una silla de baja altura permite a la madre estar en una posición casi acuclillada, favoreciéndole la apertura de sus piernas, con su pareja detrás con plena capacidad para sostenerla, con la posibilidad de tocarse y de mirarse. Y quienes los asisten, que compromete a todos los asistentes profesionales ubicados frente a frente, simétricamente, con las miradas cruzadas en un mismo plano, con las manos dispuestas al contacto directo y a la contención solicitada. Desde la visión de Burgo, el parto humanizado, sea o no con silla obstétrica, es un estímulo para un cambio ideológico profundo del dispositivo asistencial en los partos tradicionales (Burgo 2004).

2.4. Posición de parto y hecho social

Hemos de resaltar, si tenemos que resumir la historia de la obstetricia dos puntos generales por un lado, la aparición de los instrumentos que se usan y, por otro, el cambio de posición de parto que le fue impuesto a la mujer en los comienzos de la obstetricia científica. La utilización de esta práctica es un elemento paradigmático de un modelo de atención que dirige su mirada hacia la mujer como "objeto" del trabajo médico. La posición de *litotomía* define todo el carácter del vínculo asistencial: una mujer acostada en decúbito dorsal con sus muslos y piernas flexionados y sostenidos por encima de ella, atados, y en manifiesta inmovilidad. Podemos decir que dicha posición responde a criterios precisos de organización sujetos a la ideología que rige no sólo el espacio médico, sino aspectos sociales más amplios, en los que la mujer es considerada como objeto inmóvil no sólo en términos físicos, sino culturales e intelectuales (Foucaul 1980).

De acuerdo con Odent (2002), desde una perspectiva fisiológica la tradicional posición dorsal es, de hecho, la peor alternativa posible, tanto para la madre como para el niño, ya que cuando una mujer yace sobre su espalda, el útero agrandado comprime los vasos sanguíneos más importantes, lo cual disminuye la cantidad de sangre oxigenada que entra en la placenta y sale de ella. Además, semejante posición hace imposible que la mujer aproveche la gravedad para facilitar el alumbramiento.

Sin ninguna reflexión sobre lo que vive y siente cada mujer, la inmensa mayoría de los obstetras insisten hoy en día en la imposición de la litotomía como posición excluyente de la madre para parir. Para los especialistas de la ciencia la litotomía (Es la posición característica del parto medicalizado, la mujer acostada sobre la espalda y con las rodillas flexionadas y separadas. Su origen etimológico refiere a la operación mediante la cual se extrae un cálculo de la vejiga a través de la urétra), es la posición más satisfactoria porque la mujer acostada con sus piernas colgadas está en la posición ideal que favorece, para quien la atiende, resolver cualquier complicación, efectuar intervenciones obstétricas y conservar pautas de esterilidad.

En realidad, la mujer puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. Esta movilidad de ninguna manera compromete el bienestar fetal. La biología no ha previsto que durante su trabajo de parto permanezca acostada. Si embargo, ésta es la condición de la mayoría de las mujeres, que usando los códigos médicos, se encuentran en situación de "bajo riesgo". La posición mencionada es un procedimiento médico, una intervención médica.

Varios estudios demuestran que la posición supina no es la más indicada que pueda concebirse para el trabajo de parto y el parto. Los puntos, entendidos como problemas desde el punto de vista fisiológico, podemos subrayar. Primero que la compresión de los vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación, disminuyendo la presión sanguínea, lo que produce una considerable disminución de la oxigenación fetal. En segundo lugar que, de esta manera, la actividad contráctil se vuelve más débil y menos frecuente, tornándose la necesidad de pujar más dificultosa. El descenso más lento del bebe incrementa el uso del fórceps. En tercer lugar que el cóccix es comprimido contra la cama de parto, lo que lo fuerza hacia delante y estrecha la salida pélvica, generando mayor dificultad para la expulsión

En cuarto lugar que, por la presión ejercida sobre las piernas colgadas en los estribos, se produce una considerable compresión nerviosa. En quinto lugar que la falta de una efectiva presión por parte de la cabeza fetal sobre el periné, no permite una eficaz y pausada distensión del mismo, lo que genera una necesidad compulsiva de realizar una episiotomía que, de lo contrario, sería innecesaria. Por último que el carácter de procedimiento de intervención de la posición de litotomía se completa con anestesias e infusiones de carácter rutinario que agregan dificultades inherentes a esos procedimientos.

El modelo basado en sostener la práctica de la litotomía discrepa con conceptos basados en la evidencia. Esta posición, sustento básico de un modelo tecnocrático en la atención de un parto de bajo riesgo, es la expresión simbólica de la despersonalización de una mujer. En contraposición, la posición vertical, utilizada en diversas culturas y numerosos grupos étnicos, ha sido difundida en distinos países: Estados Unidos (Howar 1958), Uruguay (Caldeyro Barcia y Sabatini, 1992), Brasil (Paciornik 1994), y más

recientemente por la OMS (WHO, 1996), a partir de la consideración de sus ventajas, que son las siguientes (SMAR 2005).

- Acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.
- Ausencia de compresión de grandes vasos de la madre. Como se sabe la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de sufrimiento fetal si el período expulsivo se prolonga.
- Aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido ántero posterior y 1 en transverso y moldeamiento de la articulación coxo femoral.
- Mejor ángulo de encaje. La posición vertical determina que este ángulo ("dive angle" para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.
- Mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante, como en el expulsivo; facilitando la transición feto-neonatal.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de ocitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
- Menores presiones intravaginales, lo que disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente.
- Beneficios psico afectivos que incluyen la búsqueda de métodos alternativos, menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.

2.5. El parto como hecho complejo

Vale subrayar que estas consideraciones biológicas y fisiológicas, son insuficientes para entender en su totalidad la repercusión sobre la vida afectiva y emocional de cada mujer, quien es la que atraviesa la experiencia del parto y el hecho extraordinario del nacimiento de su hijo, y todo lo que ello implica respecto a su sexualidad. Es decir, el parto es un acontecimiento complejo que debe ser contemplado desde las perspectivas antropológica, psicológica y social, dado que en este suceso intervienen múltiples variables que no pueden interpretarse desde un único discurso médico. Estamos frente a un evento bio-psico-social por excelencia donde se entrecruzan, la sexualidad, la vida y la muerte; por lo tanto compromete a una diversidad de asistentes profesionales, se trata de una escena cargada de simbolismos y de prejuicios.

Ante esta realidad, la medicina aplica un mecanismo de racionalización que en virtud de los aspectos exclusivamente biológicos del parto -que se sujetan al orden médico-social establecido- reprime aquellos aspectos psicosociales. En el control de la posición y la posesión corporal del sujeto-persona-mujer la medicalización del parto tiene uno de sus paradigmas más claros.

Sobre este parámetro la *medicalización* presenta otros dos aspectos característicos. Por un lado, la *despersonalización* de la parturienta que es transformada en un "objeto de trabajo", sencillamente un "campo de trabajo", pasiva en su condición de "paciente", acostada inmóvil y obediente a las prescripciones del "personal". En esta contexto normativizado se somete al "carácter animal" de movimientos y sonidos. Un cuerpo-objeto despersonalizado es dócil a la exigencia médica. Desde la perspectiva institucional la experiencia de desintegración y pérdida de control resulta intolerable e inmanejable. Por otro lado, la *des-sexualización,* el parto es asimilado a una operación médica esterilizada, incurriendo en la negación de la carga sexual que presenta (Foucault 1993).

2.6. Reconocimiento de la sexualidad y parto

Las diversas comunidades humanas van generando tanto el conocimiento del propio cuerpo como el desarrollo de la sexualidad, a través de los propios códigos culturales socialmente compartidos. Este reconocimiento sexual del propio cuerpo, permite a las mujeres discernir sobre la posición que pueda facilitarle el período expulsivo.

El patrón de nuestros comportamientos sociales vinculares, la posición vertical, da lugar a que cada mujer se encuentre en un plano de igualdad espacial frente a los otros asistentes con los que interactúa en el momento del parto.

Las condicionantes culturales, fundamentalmente de género, hacen que las capacidades femeninas y su fuerza de acción y expresión, no se hagan conscientes ni visibles para los demás. Esto se evidencia en la dificultad de muchas mujeres para alcanzar su autonomía emocional, corporal, sexual, social y económica. Frecuentemente este fenómeno se refleja en el momento de parir, donde surge la dificultad para registrar el deseo y la iniciativa para imponerse y asumir las posiciones que sienta necesarias para ella misma así como en la práctica sexual. La mujer es recluida al lugar de receptora y depositaria del deseo del otro, aceptando pasivamente que la "acuesten", dejando a los otros disponer de su cuerpo (Foucault 1994).

El esfuerzo del dispositivo médico comienza como un "ritual de iniciación" a través de dos procedimientos generalizados: el rasurado perineal y la enema evacuante. Se trata de procedimientos en pos de la des-sexualización de la situación. Así la sumisión de la mujer se potencia también con el propio esfuerzo por desexualizar . (Prosanto 2000 : 88).

El rasurado es un procedimiento que se suma a todos aquellos códigos verbales y no verbales que se dirigen a la mujer, infantilizándola en la relación médica. La excusa higiénica se halla contradicha por la agresión sobre las células de superficie, que por lo contrario, favorece la introducción

de bacterias. Además es un preámbulo manifiesto de la voluntad de realizar una episiotomía de rutina (CLAP 2003: 8-10).

Con este procedimiento pareciera -dentro de este orden simbólico cultural, separando las funciones sexuales de las reproductivas- comenzar el despeje de los aspectos sexuales de la situación, una suerte de purificación que le confirma a la mujer que no está allí como objeto sexual, sino como objeto de trabajo. Esta posición tiene un enorme significado simbólico, un significado de dependencia que lleva a la mujer a estar en manos de los otros.

El esfuerzo de parir es una actividad humana que requiere un empeño subjetivo (Deutsch 1960). Así, acostada, la mujer no alcanza con su mirada a sus genitales y la imposibilidad de movimiento la inhibe de estar conectada con sus impulsos y sensaciones físicas y emocionales. La mujer está en una posición considerada más cómoda, así, es silenciada la voz de la mujer para elegir la posición de parir, ya que tiene un claro significado de poder

Cuál será la posición que elija para parir y hacer nacer, podrá ser reconocida si se haya preparada para situarse en diferentes perspectivas vinculadas a su experiencia en el tránsito de la escena sexual. Hay quienes sostienen que los espacios que la mujer haya elegido ocupar en sus vínculos sexuales de pareja de alguna manera intervienen en el que pueda establecer con el médico en el momento del parto. Así la posición acostada podrá también ser “su” elección para parir si es propia y no del que “la acuesta”, aceptando y reconociendo en “su” decisión esta horizontalidad en el vínculo con el equipo obstétrico.

Sobre reconocimiento de la sexualidad y parto se ha desarrollado una extensa línea de investigación psicoanalítica, en la cual se estaca el planteamiento de Dio Bleichmar (1997). Ella parte del presupuesto de que la constitución del sujeto psíquico femenino ha sido básicamente concebido como reproducción, desviación o déficit del patrón masculino que opera como norma, a partir de lo cual percibe la necesidad de emprender una descripción, formulación y comprensión psicoanalítica de la niña que contribuya a superar este sesgo en el conocimiento de la feminidad. Esto

exigirá una doble operación: a) en el examen de la literatura psicoanalítica, el desmontaje o desconstrucción de las tesis que derivan –en muchos casos sin que así sea explicitado-, de la premisa subyacente de que en la sexualidad de la niña existe normalmente un tiempo primario de carácter masculino; b) la búsqueda y profundización de aquellos trabajos de investigación que apuntan a un conocimiento de la sexualidad de la niña tomando como base características o rasgos específicos, es decir, aspectos que no constituyan sólo una desviación o déficit de lo concebido para el varón.

Respecto del proceso de implantación de la identidad y de la diferencia precastratoria que se da con el alumbramiento, se suscita lo que Dio Bleichmar denomina el fantasma de la identidad, lo que involucra un proceso mediante el cual el adulto identifica en el cuerpo sexuado del recién nacido sus fantasmas inconscientes sobre la feminidad/masculinidad de su propia historia, por ejemplo, temores de indefensión o a ser considerada una mujer-tonta, múltiples estereotipos que se constatan continuamente en la historia de hombres y mujeres actuales. El fantasma de género es un contenido de la mente preconsciente/inconsciente que se pone en acto por medio de las acciones específicas de carácter más o menos dicotómico que jalonan la infancia de cualquier niño/a (Ibídem).

En tanto modelos de tipificación –cómo debe ser el ser femenino o masculino- el género es prescriptivo. En la infancia los niños despliegan tempranamente rígidos códigos de género; el apartamiento de los modelos, de las actividades, de las apariencias es fuertemente censurado y padecido por los niños/as. En la medida en que es durante la latencia cuando las identidades femeninas y masculinas se completan con todos los atributos existentes en cada cultura, los niños se muestran sumamente vigilantes a cualquier desviación (Vegetti Finzi 1990:43).

Ahora bien, al indagar cuál es el modelo freudiano para la feminidad/masculinidad prostcastratoria, lo que interesa particularmente a los efectos de la presente investigación, a la luz de los desarrollos la feminidad de la cual habla Freud en 1931 y 1933 corresponde al papel de la mujer en la reproducción. Si la feminización de la pulsión se alcanza en tanto la niña depone la lucha por el pene y acepta recibirlo del padre para tener hijos, con

la célebre ecuación pene = niño, en realidad, se está apuntando a reducir la feminidad a la función reproductiva.

En este sentido, no deja de ser relevante que hasta hace muy pocos años la sexualidad femenina se haya concebido desde la infancia en torno a la indisolubilidad entre goce y procreación, sin reparar en que era esta estrecha relación la generadora del peligro de la angustia y de las nefastas consecuencias que han impedido la libertad para el placer sexual de las mujeres hasta el reciente descubrimiento y uso de los anticonceptivos (Dio Bleichmar 1997). De hecho, desde una perspectiva psicoanalítica, la descripción freudiana no deja lugar a dudas en las diferencias sexuales entre el varón y la niña. En el caso del varón, la renuncia al objeto incestuoso permitirá gozar de otras mujeres (en términos de Lacan, de ser el objeto del deseo de la madre pasa a ser sujeto de deseo propio). La niña, en cambio, es concebida como deseando hijos, y si su deseo o fantasma no los incluye se interpreta que no ha logrado la total feminidad (Dio Bleichmar).

En este punto se hace necesario reflexionar sobre el porqué Freud concibe que ante el complejo de castración la niña puede optar por otras alternativas que una feminización concebida para ser madre. El hecho de que en la niña opere durante la infancia una concepción que no diferencia entre función reproductora y función sexual de los órganos genitales no debe reducir las explicaciones acerca de las complejas relaciones que se establecen a lo largo de la vida entre el par feminidad/masculinidad y la sexualidad. La madre es el modelo de la identificación primaria y secundaria para la niña, y a ella deberá asemejarse en su moldeamiento de los deseos para recibir un hijo del padre. Dio Bleichmar (1997) se plantea si se puede sostener la lógica del fantasma, que feminiza el fin pasivo de la pulsión aislada y no se ve afectada por contrainvestimentos, ansiedades narcisistas o temores persecutorios.

Junto a lo deseable del destino pulsional de recibir un hijo del padre y convertirse en una futura mamá, la niña observa una existencia de trabajo permanente sin días festivos, una persona cuya única área de influencia es la vida doméstica, que su palabra no tiene autoridad cuando está el padre presente, y que no sobresale por su buen humor, ya que se siente continuamente requerida y fatigada. Si bien los tiempos han cambiado, y con

ellos el rol de la mujer en la sociedad, es entendible que se pueda concebir que algunas niñas rechacen la ecuación pene = niños, y se opongan a este destino de mujer. (Benjamin Jessica 1996:898).

2.7. Perspectiva ética y deontológica desde la medicina

Desde este estudio, y ante las diversas situaciones de salud y enfermedad que se asocian a la situación de parto, y con sus propias vicisitudes, se plantea la cuestión de la ética y la deontología dentro de la medicina. Una práctica médica en la que hay una ausencia de saber escuchar, contener, apoyar, comprender, denuncia la ausencia de ética. Si la ética para el psicoanálisis es la ética del buen decir, para la medicina es saber practicar con normas deontológicas aceptables el proceso del embarazo y el parto (Mitar 2003).

Esta va más allá de una habilidad o una función dirigida a establecer un diagnóstico o a marcar un tratamiento que ignore al sujeto. La técnica no alimenta desde el discurso médico el interrogante sobre su impacto subjetivo. Y, por lo tanto, no da lugar al saber de sí mismo de quien es asistido. Este obstáculo no es incluido en la práctica médica y el quehacer profesional se transforma en una cuestión ética. De esta manera, un acontecimiento de la salud, como es el parir y el nacer, se convierte a menudo en un profundo malestar para la subjetividad y por ende para la salud (Burgos 2003).

El andamiaje médico-institucional ingresa a este terreno en el siglo XVII, que comenzó a tratar la situación de parto como si se tratara de una situación patológica. Hasta entonces, las mujeres habían atravesado sus partos rodeadas de mujeres con experiencia. Hoy en día esta forma de práctica y evaluación sobre la situación de parto se encuentra tan incorporada en la cultura occidental, que se torna difícil imaginar un parto más allá de una institución médica.

Actualmente se advierte una tendencia según la cual las decisiones en torno a la situación de parto se toman en función de un concepto de eficiencia

y rapidez. En este sentido se privilegia la intención de esquivar el dolor, siguiéndose una serie determinada de pasos. (Schalman 2004:40-44). Primero, empiezan las contracciones, en segundo lugar, se interna a la mujer –independientemente de que no haya dilatación la fecha es la correspondiente-. Una vez en el espacio clínico se le rasura el pubis, se le aplica una enema, se le coloca el suero, etc. Luego deviene el dolor y la aplicación de la anestesia peridural que calma a la madre, pero hace que el bebe padezca sufrimiento fetal, por lo que se hacen partos inducidos que demandan exigencias tanto a la madre como al bebé.

Lo grave que genera esta tendencia es el numero de cesáreas innecesarias, no la cesárea en si misma que hoy en día salva a muchos niños y a muchas madres, pero que se practican en el mundo occidental, por desconocimiento, por dinero, por estar al servicio de la comodidad de los profesionales y por la banalización que se ha hecho de esta práctica.(Bianco 1992:37-39).

De acuerdo con un estudio de la OMS (2005) la tasa de cesáreas en todo Chile alcanzó un promedio de 40 % durante el período 2000-2005, el nivel más alto del mundo. En Brasil, la tasa nacional llegó a más de 36 % durante el mismo período. En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio fue de más de 23 por ciento. Según un creciente número de médicos y especialistas en salud pública, la elevada tasa de cesáreas en América Latina es una aberración causada por factores financieros, educativos y políticos que crean incentivos para la realización de operaciones innecesarias.

Más aún, estos críticos señalan que estas intervenciones quirúrgicas no sólo drenan recursos necesarios para atender otros problemas de salud más urgentes sino que exponen a las madres y a sus hijos a riesgos innecesarios (Velásquez 2002:88).

Los médicos frecuentemente prefieren la certeza de la cesárea, donde pueden fijar la fecha y la hora para la operación, a las características aleatorias del parto natural. Por otra parte, es posible que el aumento de

planes de seguros médicos, algunos de los cuales reembolsan a los hospitales y a los doctores a una tasa más alta por las cesáreas que por los partos normales, haya introducido un perverso incentivo financiero. Una cesárea planificada le demanda al médico alrededor de 45 minutos mientras que el trabajo de parto de una primeriza puede extenderse entre 8 y 12 horas y le exige al obstetra estar pendiente la mitad de ese tiempo (OMS 1993).

Aunque nadie disputa que las cesáreas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, las investigaciones recientes han empezado a concentrarse en los riesgos del procedimiento. Aparte de los peligros obvios para la madre, asociados con una operación de cirugía mayor, hay suficiente evidencia de que los bebés que nacen por cesárea tienen un riesgo más alto de complicaciones (tales como dificultades respiratorias) que los que nacen por parto vaginal. Un estudio realizado en 25 hospitales de Ciudad de México y publicado en el American Journal of Obstetrics y Gynecology mostró que los bebés de peso normal nacidos por cesárea tenían 2,5 veces más probabilidades de morir en el período neonatal temprano que aquellos nacidos por parto vaginal (OMS 2005).

El estudio calcula que “más de 850.000 cesáreas innecesarias son realizadas cada año” en los países de América Latina y el Caribe, si se usa como medida la tasa del 15 por ciento. Si se toma como base un cálculo conservador de que una cesárea cuesta 500 dólares más que un parto vaginal, los países de la región están derrochando unos 425 millones de dólares por año.

Para tener una idea de la dimensión de la gravedad del problema de la recurrencia a césareas innecesarias, de acuerdo con cifras oficiales de la OMS (2005), en el ámbito de las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Río Negro las operaciones césareas realizadas, sobre el total de nacimientos registrados, en hospitales públicos fue de un 29%, por Obra Social un 45% y por Medicina Prepaga de un 57%. En nuestro país, y sólo si se consideran los datos del ámbito público, se realizan al menos 70.000 cesáreas innecesarias por año. Esto representa el 25,4% de los cerca de 700.000 partos anuales, cuando la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que no superen el 15%.

Este informe constituye un cuestionamiento al saber médico, pero, al mismo tiempo, al poder de la ideología que lo acompaña y las exigencias –con respecto al deber ser- que ejerce sobre la mujer, transformándola en objeto de una práctica médica y no en sujeto del inicio de una vida.

Asistir un parto es una tarea muy compleja a causa de la dimensión del hecho humano. Es tan intensa y extraordinaria la situación de parto, es tal la magnitud que presenta que la mayoría de los profesionales optan por desconocer precisamente "*lo humano*" del hecho. Dicha negación se produce tanto en la atención como en el seguimiento de los embarazos y los partos. Muchas veces, los profesionales de la salud, a causa de un posicionamiento institucional frente a la vida y la mujer, optan por refugiarse en la intervención, en el cumplimiento de la tarea, realizando una práctica médica que se protege en saberes codificados o es encubierta por esos saberes.

2.7.1. Observaciones acerca de prácticas médicas actualmente cuestionadas

La obstetricia, como práctica médica, se ha orientado hacia un paradigma de intervención que niega –y le niega como disciplina- la comprensión de la subjetividad. El embarazo y el parto son casi siempre situaciones de salud, en este sentido, la obstetricia se manifiesta como una práctica que esta casi siempre por fuera de una demanda de cura, sin embargo –y sin poder superar su lógica- se advierte una tendencia a instalar técnicamente una necesidad de cura de lo posible por enfermedad en las instancias en cuestión.

Ante esta ausencia de cuidado y atención de la subjetividad de la parturienta conviene que las prácticas revisen su posicionamiento ético y deontológico, de modo que motive en el dispositivo médico un retorno al ámbito de la conversación y la palabra, para disminuir los grados de alienación que muestra ante la situación de parto, tanto a sus instancias previas como a las que lo siguen. La mirada de la obstetricia y de la

ginecología apunta hacia aquello que existe en lo real, el sexo, y en el parto, hacia aquello que fue su causa, la relación sexual. (Gutman 2004:123).

Desde esta perspectiva se plantea la cuestión de la ética y la deontología dentro de la medicina. Las mujeres se enfrentan a una práctica médica en la que la ausencia de saber escuchar, contener, está indicando una falta de comprensión de la trascendencia sociocultural y psicológica del parto en la vida de la mujer y las organizaciones familiares.

A fin de definir algunos términos, diremos que la ética es la disciplina que califica como buenos o malos los actos humanos, a condición de que éstos sean libres, voluntarios y conscientes. Por lo general, es la costumbre la que determina cuáles actos son buenos o malos, y la moral la que establece lo que se debe o no se debe hacer. En otros términos, la ética se ocupa del comportamiento moral de los hombres.

De acuerdo con Hughes, la palabra moral designa una institución social, compuesta por un conjunto de reglas que generalmente son admitidas por sus miembros. (Hughes E.C. Terminología en Obstetricia y Ginecología. Salvat Editores. S.A.. Barcelona. p.515. 1975). Según esta definición, que sigue el planteo filosófico hegeliano, la moral objetiva es la obediencia a la ley moral fijada por las costumbres o normas de la sociedad. Por su parte, la moral subjetiva es el cumplimiento del deber por acto voluntario, racional, a veces intuitivo, tutelado por algo abstracto que se llama conciencia.

Establecido lo anterior podemos inferir que el hombre antes de tornar una resolución, de adelantar una acción, debe someterla al juicio de su conciencia (moral subjetiva), guiándose por las normas de la costumbre (moral objetiva). Ese proceso interior desemboca en una decisión ética. Precisamente, para facilitar la claridad y la coherencia se han señalado valores y principios morales sobre los cuales debe sustentarse el actuar ético. Los valores, para ser considerados como tales, deben, entre sus características, agruparse en orden jerárquico; se estima que en el ámbito de

la Ética Médica la vida del ser humano es el valor de rnayor jerarquía. (Ética Médica 1984: 8).

Situándonos en el terreno concreto de la Ética Médica podemos deducir que el comportamiento ético del médico debe estar dirigido siempre a procurar el bien del paciente y de la sociedad. Se acepta en la actualidad que los principios que rigen la conducta ética en Medicina son tres: el de autonomía, el de beneficencia o no maleficencia, y el de justicia.

De estos principios éticos fundamentales se derivan algunas normas éticas que el médico práctico debe tener siempre en cuenta. Ellas son: el consentimiento informado, la honestidad en la información y, por último, la confidencialidad. (Abrams & Buckner. 1989:35).

Aplicada al tema que nos ocupa, la ética médica debería encaminarse a favorecer a la embarazada, o a su hijo, o a los dos simultáneamente. En el caso de la operación de cesárea, si se practica como medida necesaria y conveniente para la madre (por Ej., por cáncer del cuello uterino), o salvadora para el feto (por Ej., por un prolapso del cordón umbilical), o para ambos (por Ej. por una placenta previa), entonces se ajusta en todo a elementales normas de ética médica.

Siempre se tiene que proceder con el consentimiento de la mujer, o con el de su familiar más cercano cuando ella no pueda hacerlo, respetándose de este modo el principio de autonomía. (Phelan & Clark 1988:35).

En este sentido, esta práctica va más allá de una habilidad o una función dirigida a establecer un diagnóstico o a marcar un tratamiento que ignore al sujeto. Así, desde el discurso médico, la técnica no tiene presente y no se hace preguntas acerca del impacto subjetivo.

De esta forma, no da lugar a quien está siendo atendido a saber de si mismo en esa situación, a enfrentarse a su subjetividad. Este obstáculo no es

incluido en la práctica médica y el quehacer profesional se transforma en una cuestión de ética médica.

El parir y el nacer, entendido tanto como un hecho vital como un acontecimiento de la salud, se convierten a menudo en un profundo malestar para la subjetividad y por ende para la salud, (Burgo 2003 :24), en vez de ser promovidos partos diferentes, espontáneos, con la menor intervención posible, pudiendo entender que como médico no está frente a un cuerpo, sino frente a un sujeto.

Otro tema importante vinculado a las prácticas médicas con respecto al parto es de las causas de mortalidad y morbilidad materna, en función de las variables socioeconómicas que condicionan una adecuada atención de la mayoría de las madres argentinas. En muchos servicios se realizan prácticas que en ocasiones invalidan y discriminan personal y laboralmente a las mujeres que las sufren.

Cabe hacer notar que la atención del puerperio normal y patológico, así como de las secuelas invalidantes del posparto quedan, en muchas ocasiones fuera de la órbita de atención de los servicios de obstetricia en el ámbito público.

Esto ocurre, porque la madre no es informada adecuadamente sobre la importancia del control puerperal, y por otro lado resigna habitualmente su cuidado personal en aras de la atención del recién nacido, siendo muy frecuente que no consulte en ningún momento durante el puerperio sino que difiera su atención hasta que la sintomatología así la obligue. (Ministerio de Salud de la Nación 1997:12-14.

Esto origina que más tarde, las características de su proceso patológico pueden llevarla a requerir su atención en servicios no obstétricos, de cirugía general, ginecología, clínica médica o especialidades como urología, traumatología, salud mental, etc., según el síntoma dominante o son

llevadas a los servicios de urgencia y/o terapia intensiva debido a la gravedad de su estado general.

En la Argentina, el aborto realizado en condiciones precarias, por su ilegalidad, y la imposiblidad económica de quienes así se ven llevadas a practicarlo, provoca la mayor cantidad de muertes. El maltrato que reciben estas mujeres de baja extracción socioeconómica cuando llegan con síntomas de un aborto provocado da cuenta, entre otros factores, de la fuerza de criterios binarios (serás madre o no serás nada), basados en una ideología patriarcal ,que marca el lugar de la mujer desde un supuesto "instinto materno" (Velásquez 2002: 74).

Burin, al analizar el ejercicio del amor como práctica social; muestra cómo el poder del amor resulta un desarrollo necesario para la reproducción del patriarcado. Desde un funcionamiento patriarcal las mujeres quedan a cargo del poder afectivo, expresivo; mientras los hombres cuentan con el poder instrumental, racional y económico. "Pero lo que otorga verdaderas oportunidades de poder en las sociedades son las habilidades instrumentales, no las expresivas, que a lo sumo llevan a tener influencia, pero no poder ni autoridad."

Una cosa es tener influencia, otra es tener poder. "Tener influencia consiste en incidir sobre las maneras de pensar y de sentir de los otros, mientras que adquirir poder consiste en contar con las herramientas necesarias para decidir sobre lo que los otros hacen." " (...) ...las mujeres hemos obtenido la influencia que se ejerce en el ámbito privado, pero no el poder en el ámbito público" (Burin 2002: 62-69).

Quedan entonces los servicios de obstetricia sin conocimiento de la magnitud estadística de estas patologías del posparto y ello contribuye también en gran parte al subregistro de las actuales tasas de mortalidad materna que llega al 50 % en nuestro país.

Es por ello intención manifiesta de la autoridad sanitaria desarrollar acciones de normatización y evaluación que garanticen la equidad, eficacia y

eficiencia del sistema de salud. A esos efectos el Decreto No 149 (MS y AS) de junio de 1993 de implementación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Medica, establece en su articulo 7º:

> L*a necesidad de la elaboración de normas de atención médica confeccionadas en base a la documentación proporcionada por entidades académicas, universitarias y científicas sobre algoritmos diagnósticos y terapéuticos de las cinco patologías más frecuentes. Dichas normas aprobadas y publicadas por la Secretaría tendrán carácter orientador para el nuevo modelo prestacional de la Atención Médica*.

El reconocimiento que en nuestro país, a pesar del alto porcentaje de partos institucionales, se mantienen altas tasas de mortalidad materna, ha llevado a la Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a proseguir con el esfuerzo de intentar la implementación de las Líneas de Acción y el cumplimiento de las Metas especificadas en el Compromiso Nacional en Favor de la Madre y el Niño suscriptos por el Gobierno Nacional.

A pesar de ello, el bajo nivel socioeconómico y la malnutrición materna y sus secuelas evidenciadas por la baja talla y la existencia de pelvis insuficientemente desarrolladas son causa aún hoy, de morbimortalidad fetomaterna por parto obstruido.

Grandes multiparas, edad materna avanzada, obesidad, intervalo ínter genésico corto y embarazos no deseados contribuyen a la falta de concurrencia a los controles previstos. (Ibídem).

Cabe recordar que la primera consulta prenatal debe permitir evaluar el estado general, descartar patologías y en función de lo antedicho, de los hallazgos clínicos, los factores socioculturales y sanitarios, determinar una

calificación primaria de riesgo, de acuerdo a la cual definir *el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado de asistencia.*

El Ministerio de Salud de la Nación (2004) elaboró 16 recomendaciones, que a continuación se exponen, que tienen por base el principio que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en el planeamiento, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos para la comprensión e instrumentación de una atención prenatal apropiada.

1. Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera (de ambulación o trabajo de parto horizontal, presencia de familiar, lactancia precoz, etc.).

1. **Debe darse a conocer** entre el público atendido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentaje de cesáreas, de inducciones, episiotomía sistemática,etc.).

2. **Debe fomentarse** la capacitación de las obstétricas universitarias. Esta profesión deberá encargarse de la atención del embarazo y parto normal, así como del puerperio.

3. Las embarazadas **no deben ser colocadas** en posición horizontal durante el trabajo de parto, se les debe animar a caminar. **Cada mujer debe decidir** libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

4. **No se justifica** científicamente la ruptura temprana artificial de las membranas por rutina.

5. **No se justifica** el uso rutinario de la episiotomía .Ninguna región geográfica debe tener un índice de episiotomías que supere el 30 %.

6. **No está indicado** el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.

7. **Debe evitarse** durante el parto, la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.

8. **No existen pruebas** de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.

9. **No debe inducirse** (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del trabajo de parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor que el 10 %.

10. **No existe justificación** en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15 % de los partos sean por cesárea.

11. **No existen pruebas** científicas que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, dondequiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.

12. El neonato sano **debe permanecer** con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.

13. **Debe fomentarse** el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.

14. **Deben identificarse** las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento, a fin de que sirvan de modelo para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

15. Los gobiernos **deben considerar** la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto recién después de una evaluación adecuada.

Si uno observa las cifras de mortalidad infantil la Argentina se encuentra entre los países con Mortalidad Materna Media ya que en 2004 declara una Tasa de Mortalidad Materna del 39 por cien mil con un subregistro estimado no menor al 50 %. Estas cifras se contraponen a un elevado porcentaje de Parto Institucional (96,2 %), a una Tasa de Natalidad Media del 21 % y a una Tasa de Fecundidad también Media (3.8 hijos por mujer).

Se infiere de inmediato que se requieren más y mejores servicios de salud maternos, el incremento de la educación y servicios de planificación familiar y medidas eficientes para mejorar el status de la mujer en la sociedad. Las mujeres embarazadas de los países en desarrollo enfrentan un riesgo de muerte hasta 200 veces mayor que en los países industrializados.

Se trata de la mayor disparidad entre todos los indicadores del desarrollo humano. La mayoría de las muertes, son por causas prevenibles y muchas mujeres mueren o sufren de mala salud porque se les han denegado la igualdad de status social, legal y económico incluyendo la toma de decisiones, se les ha negado la oportunidad de acceso a la información y las que lo desean de acercarse a los servicios de planificación familiar (OMS, 2005).

La OMS (op.cit) frente a este diagnóstico preocupante, ha proyectado las siguientes acciones a desarrollar para revertir el cuadro de situación:

- Aumentar la sensibilidad y conocimiento del problema y la necesidad de acción.
- Involucrar a la comunidad para el cambio de opinión y prácticas precoces de atención.
- Prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo HIV.
- Prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la nutrición, control y manejo de la anemia.

- Prevención de los embarazos no deseados, fomentar la salud reproductiva.

Cabe consignar que ante la preocupación por concretar una línea de trabajo que abarque "*in toto*" la mortalidad materna en nuestro país, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación se propuso desarrollar las siguientes acciones:

1- Diagnóstico precoz en el 100 % de las puérperas antes del alta

2- Cobertura del 60 % de la población esperada en la primera semana posparto

3- Asesoramiento al 100 % de las puérperas captadas
4- Asesoramiento en Procreación Responsable al 100 % de la población de puérperas captadas

5- Detección del cáncer cervicouterino en el 70 % de las embarazadas captadas

6- Detección de las principales ETS en el 100 % de las puérperas captadas

7- Promoción y capacitación en el auto examen periódico de mamas en el 100 % de las captadas (Ministerio de Salud de la Nación 1997).

2.8. Métodos tecnológicos alternativos y posibilidades naturales

Con desigual fortuna han circulado por muchas salas de parto sillones electrónicos que no son más que un intento de responder a las evidencias científicas de daño antes mencionadas.

Sin embargo es difícil creer en los beneficios reales que proveen. Estos sillones responden a la pretensión de reemplazar el instrumento más valioso para parir que tiene una mujer: su propio cuerpo.

En estos aparatos la mujer encuentra sumamente limitada su capacidad de movimiento, a la vez que se encuentra alejada del necesario contacto íntimo con su pareja.

La cama de parto –junto con la litotomía- sigue siendo un obstáculo para las mujeres que, más allá de las ventajas fisiológicas que ofrece, desearían tener la libertad de cambiar frecuentemente de posiciones entre contracciones, para pujar quizás sentada, arrodillada o en cuclillas, en el piso o en el agua.

Con respecto a la posición para parir, no se debe soslayar que insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores, que antiguamente eran llamados *custodes virginitates*, custodios de la virginidad, puesto que en el medioevo se sostenía que ante el riesgo de una violación, si una mujer cruzaba fuertemente los muslos (donde se encuentran los abductores) no podría ser penetrada (Giberti 1999).

Esta musculatura no tiene a su cargo impedir violaciones, sino colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del bebé.

Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura, por lo que acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir (Giberti).

Ahora bien, la idea de quienes defienden el parto natural, de quienes pretenden que el hecho de parir vuelva a resignificarse acorde a su potencial humano, no niegan las posibilidades dadas por la tecnología. De hecho, la silla obstétrica de baja tecnología suele ser entendida como una alternativa para modificar el modelo tecnocrático institucional.

Se trata de una herramienta de bajo costo y fácilmente transportable. Es otra opción viable para todas las instituciones y, al mismo tiempo, de un estímulo significativo para un cambio ideológico profundo del dispositivo asistencial.

Hoy en día, más allá de las posibilidades reales de cambio y las evidencias en torno a su necesidad, se siguen sosteniendo en la práctica numerosos procedimientos de rutina que resisten cualquier intento de modificación, en pos de la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal que, sin duda, puede ser evaluado por numerosos estudios estadísticos como un avance indiscutible en los últimos años.

Generalmente y casi de modo burocrático, los profesionales oponen una notable resistencia a verificar la eficacia de las prácticas que hacen a su disciplina. Al contrario de lo que se esperaría, no se trata de un campo conformado por una práctica aceptada, fruto de un consenso desarrollado por una mayoría de profesionales en un determinado período y no siempre verificado por un método científico.

En este sentido, la posición de litotomía impuesta a la mujer es la más significativa de las rutinas por el impacto en el desarrollo y el ejercicio de su sexualidad. Esta práctica pone en evidencia un aspecto de nuestra cultura. El escenario del parto no es más que la representación de la relación de sometimiento que signa la condición femenina en numerosas circunstancias (Burgo 2003).

Es preciso, entonces, poner atención sobre el grado de satisfacción que la intervención obstétrica, en este caso de carácter operativo, determina en la mujer. Debiera entenderse este campo como un espacio en el que es dificultoso tener criterios de normatización, ya que se enfrenta a las reacciones emotivas de una mujer, y no incurrir en la constante desatención que se le presta a los aspectos emocionales de la experiencia.

Haciendo una revisión histórica de los recursos tecnológicos aplicados a la obstetricia, el primer antecedente corresponde a la Medicina Mágica y se halla en los pueblos del Asia Menor –persas, asirios, babilónicos-, donde aparecen alrededor del 1500 a.C. las primeras prácticas especialmente higiénicas, al igual que las realizadas por egipcios y judíos.

Estos pueblos adquirieron algunos conocimientos ciertos de Obstetricia, como la existencia de las varias presentaciones fetales, realizaron las primeras exploraciones genitales y operaciones obstétricas, tales como la versión interna, algunas embriotomías y la cesárea después de la muerte de la embarazada. (Juna 1959:327.).

La primera referencia a una operación cesárea realizada en una mujer viva, se registra también en la Edad Antigua y entre los judíos, en el Mischnah -colección de tradiciones rabínicas del talmud babilónico-, hacia el 140 a.C. el cual como es sabido, es una colección de tradiciones rabínicas del talmud judío babilónico.

Más adelante, Sorano, nacido en 410 d.C. en Efeso, escribió el primer tratado de Obstetricia dedicado a las parteras. Allí describe las presentaciones fetales, muestra cómo debe realizarse la versión interna en las presentaciones cefálicas estando el feto vivo, y cómo han de desprenderse los brazos.

Funda las indicaciones médicas de la interrupción del embarazo, en momentos en que en Roma estaba a la orden del día el aborto criminal, describe la distocia y enseña a proteger el periné de la manera que se emplea actualmente.

Sorano popularizó el espéculo vaginal y su silla obstétrica se reprodujo en todo el mundo. En vez de acelerar la salida del feto tratando a la madre con la rudeza tradicional, propugnó la suavidad en el cuidado de la parturienta. (Juna op.cit.:184).

A mediados del siglo XVIII Mauriceau introdujo en Francia el decúbito horizontal para la asistencia de los tres períodos del parto, criterio que rápidamente se impuso en la medicina occidental.

La adopción de la mencionada posición es posible que haya estado motivada fundamentalmente por la comodidad de la obstetra, pues las dos razones que más frecuentemente se han esgrimido para explicar el aporte de Mauriceau no resisten a la crítica.

La posicion horizontal se ha impuesto casi sin discusión hasta nuestros días en todos los pueblos que han adoptado las pautas médicas occidentales, aunque la mayoría de la población del mundo –que sigue marginada de dicha influencia- continúa utilizando posiciones que se remontan a los orígenes del hombre: de ambulación durante el periodo de dilatación y algunas variaciones en la posición erecta (cuclillas, sentada durante el parto): El mantenimiento actual de las mencionadas posiciones esta únicamente basado en los dictados de la costumbre. (Díaz 1973: 1).

En cuanto a las posibilidades naturales, lo llamativo entre los pueblos indígenas consiste en la casi insensibilidad de las indias a los dolores del alumbramiento, la limpieza inmediata post-partum y la costumbre de las madres de no guardar reposo antes ni después del parto. En algunos pueblos, como los maipure o guaraunos, se instituyó la costumbre del parto solitario, dirigiéndose la parturienta a una choza construida para tal objeto.

Por lo general, el parto se realizaba espontáneamente, sin ayuda manual ni asistencia de parteras; eran desconocidas las prácticas y

operaciones obstétricas, las versiones. Y aún la simple introducción de la mano para conseguir la dilatación de las vías genitales y acelerar el parto; tampoco parece haber sido conocido el uso de las sustancias especiales para aumentar las contracciones uterinas o disminuir los dolores. Se destaca de estas costumbres la extrema simplicidad del acto, lo cual apoya la ley universal, de que la complejidad del parto es proporcional al grado de civilización de los pueblos. (Bianco & Koremblit).

CAPÍTULO 3

El parto humanizado desde una perspectiva histórica

"El único efecto de la anestesia general en el parto es que la mujer resulta empobrecida, puesto que le es negada una gran experiencia. Es más, tal vez ambos, madre e hijo/a, queden privados de algo muy importante para sus vidas".

Helen Deutsch

3.1. El parto en Occidente

Desde las civilizaciones más antiguas tenemos registros en forma de testimonios grabados de mujeres arrodilladas sobre piedras pariendo, como antecedentes de las sillas paridoras que se usaron por centurias desde el mundo grecorromano (Bataille 1986).

En los albores del nacimiento de la obstetricia científica, en el amplio período que comprende gran parte de los siglos XVII y XVIII fue constituyéndose *un saber médico* en el que el hombre va tomando el lugar de la comadrona en el lugar de asistente de parto (Foucault 1993).

Los hombres del campo intervenían en el momento del nacimiento utilizando los conocimientos aprendidos en la asistencia de los partos de sus rebaños de animales domésticos. En lo que respecta al espacio urbano, los varones desconocían cualquier tipo de práctica vinculada al alumbramiento por lo que delegaban esa tarea en las comadronas, que se ocupaban de las parturientas y los recién nacidos, habiendo sido nombradas para ello por la autoridad de la iglesia o por una asamblea de mujeres

Será en el siglo XIX cuando, paulatinamente, aparecerá la figura del médico, en la habitación y en la intimidad, como nuevo representante social, portando las primeras herramientas a ser aplicadas sobre el cuerpo de la parturienta de la mano de un naciente discurso científico y deshumanizante. La autoridad del médico, avalada por la institucionalidad occidental moderna irá desplazando a la comadrona y al padre.

Ya en aquellos momentos de la historia se alzaban voces que denunciaban, a veces incluso desde el interior mismo del campo médico, la creciente deshumanización del parto y del nacimiento, defendiendo la idea del alumbramiento como un acto natural en el que debía intervenirse sólo oportunamente. (Juna 1959: 333 .

Por otra parte, segados por una visión cada vez más cientificista, autoridades médicas de renombre proclamaban que *la naturaleza es el mal*, juzgándola como mera patología, como una enfermedad al acecho. Desde este punto de vista la parturienta comenzó a ser considerada una enferma que ignoraba su condición de tal (Foucault 1993).

Consecuentemente, bajo un creciente convencimiento de que había que vigilar, supervisar lo que sucedía durante el alumbramiento, la cama de parto se fue imponiendo –junto con el fórceps obstétrico y la atención en el sostén del periné durante el parto-, exigiendo el abandono de la silla obstétrica. La mujer pasó a estar acostada en un lecho y el hombre –portador del saber médico- quedó erguido ante su vulva.

Más allá de los esfuerzos por imponer sin más esta modalidad, no pudo eliminarse de raíz la silla obstétrica, que se reproducía en asientos de diseños personales y que muchas veces formaban parte del ajuar de las muchachas, incluso, las comadronas tenían consigo unas sillas verdaderamente comunales que trasladaban a las casas de las parturientas.

Con la implementación de esta modalidad, la práctica médica buscó facilitar su tarea en desmedro del mundo afectivo de la mujer, a quien le dejó

de ser permitido buscar distintas posiciones según sus necesidades, ni ser acompañada afectivamente por un tercero.

Es cierto que gracias al tiempo transcurrido el conocimiento ha evolucionado y se fue llegando a la resolución de numerosas dificultades que ponían en peligro la salud de la madre y del niño en el momento del parto y del nacimiento.

Sin embargo, poco se ha prestado atención al estilo imperante de atención obstétrica, como tampoco al abuso de prácticas que muchas veces por su uso inadecuado o innecesario generan serias complicaciones. De la misma manera han sido desconocidos los requerimientos de satisfacción que un buen número de mujeres reclaman para esta experiencia vital de su existencia.

Es de destacar el hecho de que en Estados Unidos, un creciente número de mujeres está descubriendo las ventajas de las parteras sobre los doctores cuando se trata del parto.

Las parteras prometen menos intervención tecnológica, costos más bajos, una atención más íntima y, en general, una experiencia del embarazo y el parto como procesos normales y bellos, y no como una emergencia médica en potencia (Estrada Portales 2003).

De acuerdo con cifras del Centro Nacional de Estadísticas de Salud 800.000 nacimientos en los Estados Unidos fueron atendidos por parteras, ocurriendo la mayoría en el ámbito de los hospitales públicos. Si bien esto representa sólo el 7% de los nacimientos en el país, esta cifra se viene incrementando en la última década, siendo la atención por parteras una tendencia que se está popularizando.

Secuencia de parto asistido con partera. La magia de nacer. (Solórzano 1995:78).

En América Latina, donde se incluye nuestro país, las comadronas tienen una historia más larga pero el perfil de las parteras y de sus pacientes es muy diferente. Para las mujeres en áreas rurales remotas son a menudo la única opción disponible ante la carencia de hospitales o médicos.

De cualquier modo, la tendencia clara es hacia un parto atendido por obstetras con incremento del uso de tecnología. De hecho, en nueve países de la región la tasa de cesáreas es más de 20% cuando el 15% es considerado razonable, y está en aumento para alarma de los trabajadores de salud pública.

Se advierte que el uso de tecnología en el parto se ha institucionalizado y tiende a crecer. En cuanto el bebé nace se realizan una serie de operaciones estandarizadas: se mide su estatura, se lo pesa, se toman sus huellas digitales, se le inyecta en el músculo, se aspiran las mucosidades con fuertes aparatos

eléctricos de succión, todo en nombre de la ciencia. Todo se quiere resolver con velocidad, el primer abrazo del bebé con la madre, la primera mirada a los padres, el tiempo de espera para el primer contacto y conocimiento mutuo no entran para nada en consideración (Estrada Portales 2003).

3.3. La obstetricia en Argentina

En nuestro país el desarrollo de la obstetricia va rodeando la situación de parto, va –en la fe de la cultura occidental- institucionalizándola hasta tornarla una práctica médica sin más.

Es hacia fines del siglo XVIII que, desde Buenos Aires, se solicitan a España profesionales de la salud. Pronto, comienzan a arribar a la ciudad las primeras "cuidadoras de parturientas o comadronas". Por ese entonces las mujeres parían en sus domicilios asistidas por una vecina o familiar. (Wilde 1964). En este período, la ciudad contaba con unos 40.000 habitantes, pero estructuralmente presentaba graves deficiencias en materia de salubridad, principalmente por la falta de hábitos de higiene pública y personal y por la falta de médicos competentes.

Las primeras medidas que se fueron adoptadas consistieron en imponer una campaña de limpieza de las calles y en la creación del denominado Protomedicato cuyo objetivo era reglamentar y controlar la práctica médica, revalidar títulos y tomar los exámenes de competencia a las comadronas que atendían a las mujeres en los partos (Wilde 1964). Es significativo que en dichas reglamentaciones queda asentado que el parto debe ser una práctica delegada a las mujeres autorizadas para ello, en tanto, lo pocos médicos debían ser destinados para otras intervenciones.

Cuando ya la ciudad contaba con 55.416 habitantes se crea la Academia de Medicina, fundada por Rivadavia, que agrupó a los más distinguidos médicos criollos y extranjeros que ejercían en Buenos Aires. Por entonces también se funda la Escuela de parteras y, con el envío de tres camas al Hospital de Mujeres, se instala la primera maternidad.

Será en 1827 cuando, fruto de una reforma universitaria en Medicina, se amplíen las cátedras y como resultado de desentendimientos en este proceso se crea la cátedra de partos, niños, recién nacidos y medicina legal. Con este impulso académico comienzan a recibirse profesionales especializados en el tema, situación que empieza a regularizarse hacia fines del siglo XIX, de la mano de la creación de la Sociedad de Obstetricia que –a su vez- impulsaba la instrucción de las parteras. Es recién en 1892 cuando se construye la primera maternidad en el Hospital San Roque (Wilde 1964).

Las primeras décadas del siglo XX sostienen este tipo de regularidades, mujeres asistidas en sus casas por mujeres, con una mínima intervención del profesional médico y, en muchas ocasiones, ninguna. A mediados de ese siglo comienza a regularizarse institucionalmente la situación de parto, hasta alcanzar los altos y deshumanizados aspectos normativos que señalamos anteriormente.

Para ver cómo evolucionó posteriormente la obstetricia en nuestro país resulta relevante evaluar cómo la carrera de Obstetricia fue considerada desde sus orígenes como una carrera exclusivamente femenina, sostenida con esta particularidad desde criterios político-gremiales enraizados en el tiempo con relación a la medicalización del parir, y que relegó a la mujer y su función específica en la atención de los partos, a un lugar desvalorizado y no científico, desempeñado por mujeres de clase social baja y sin instrucción: las “comadronas”. Sólo hace apenas un par de años que se autoriza la inscripción de varones en esta carrera; a pesar de ello sigue estando integrada casi únicamente por mujeres. Ser dominio de mujeres sólo por tradición, exacerba la descalificación de lo femenino. Sobre todo en contextos culturalmente negativos a la valoración de la mujer (Quintana 2002).

En este sentido, es posible pensar que desde una prescripción genérica se denegaba el acceso de los varones como un intento reivindicatorio de reproducir la exclusión padecida cuando el orden médico, integrado exclusivamente por hombres, desplazó a las mujeres de la atención de los partos. Quintana (2002) advierte que las alumnas de Obstetricia suelen manifestar al ingresar, sus deseos de ser “continentes” de las mujeres

embarazadas que en el futuro habrán de atender. Durante sus prácticas, intentan demostrarlo siendo aquéllas que pueden escuchar y contener a las embarazadas, a diferencia de los médicos, y, aún, de las obstétricas titulares. Cabe destacar que "continente" incluye entre otras significaciones: reprimir la impulsividad y expresión emocional no controlada, "primitiva", propia de las mujeres de clase social baja que concurren a los hospitales; además de lo "pasional", pulsional, a que pudiera remitir.

Esta significación se encuentra atravesada por la ideología institucional imperante que responde al modelo bio-técnico. Desde éste, la variable emocional se desestima por considerarla perturbadora del ideal científico positivista del observador separado, no involucrado en el campo de estudio. Desde esta concepción resulta necesario "reprimir" la expresión emocional de la parturienta, en tanto la misma podría conmover y desestabilizar el mencionado ideal de objetividad. Es así como la Obstétrica suele manifestar que la parturienta "se ha portado bien, o mal", según haya sido dicha expresión emocional; en no pocos casos, esto resulta incorporado por la misma parturienta, quien llega hasta a pedir disculpas "por haberse portado mal".

Calificar como inadecuadas las manifestaciones y códigos sostenidos por las mujeres de clase social baja y/o procedentes de otras áreas geográficas, con diferentes usos y costumbres respecto a los diversos modos de parir, privilegiándose un único modo, el que corresponde al mundo Occidental y "científico", constituye un dato más del ejercicio de la exclusión social que se reproduce sin tener clara conciencia de tal reproducción. La misma podría responder a una transformación activa de sufrimientos padecidos, dolores vivenciados aunque no suficientemente concientizados (Ibídem).

En nuestro país, "la partera", como figura social, fue la primera profesión a cargo de mujeres, visualizada como tal, y con características de ejercicio liberal. Fuerzas corporativas, entramadas con parámetros económicos, culturales y religiosos, no cejaron de ejercer su dominio, merced a la descalificación y exclusión social con que se marginaba a las mujeres que osaban ejercer su saber acerca de la sexualidad y el control de la

reproducción. Desjerarquizadas como “aborteras”, se les coartó el ejercicio liberal de la profesión, reproduciéndose la marginalización que en su época excluyó a las comadronas (Quintana).

Otro factor que responde a la ideología y técnica dominantes respecto de las formas de parir lo constituye el abandono de las sillas o los sillones de parto, donde el médico que atendía el parto debía mirar hacia arriba a la mujer, lo que constituye, desde una perspectiva topológica, una aberración para los médicos hombres. Giberti, en tal sentido, plantea: Esta es una experiencia fuera de lo común para los médicos, entrenados en dar órdenes a pacientes que están acostados o sentados, por debajo de su mirada o a la misma altura, pero no por encima de él.

Una elemental información en topología, que es la disciplina que estudia la distribución de los espacios, nos advierte acerca de la inevitable resistencia que esta situación provoca en estos profesionales. En nuestro país, la labor de Rosenvasser, Solórzano y Carlos Burgo a favor del uso de los sillones y de modos de parir más humanizados aporta argumentos que contrarrestan todas las críticas y cuestionamientos que se plantearon a la hora de eliminar las sillas de parto (Giberti).

Otro aspecto importante es que el hecho de verticalizar el parto o permitirle más libertad a la mujer no implica desatención desde un punto de vista obstétrico. El sillón de partos que había creado Perrusi se convertía rápidamente en camilla para facilitar una intervención, y la práctica de quienes ejercitan el parto natural, verticalizando a la parturienta cuentan con los mismos elementos que utilizan quienes recurren a la obstetricia tradicional (Giberti 1999).

3.3. El parto natural como alternativa necesaria

Como respuesta, no sólo a las complicaciones físicas, sino también a las implicancias sociales negativas respecto a la mujer que presenta el parto institucionalizado es que comienzan a ser estudiadas nuevamente antiguas modalidades a la luz del devenir presente. Así empieza a observarse con detenimiento, sobre todo en los países industrializados a partir de los años

60, lo que conocemos como parto vertical. Se entiende por “Parto Vertical” aquel en el que el torso y el canal pelviano se mantienen dentro de un ángulo de 45º a 90º con respecto al plano horizontal (Merelo-Barberá 1980).

Hasta el siglo XVII la mujer utilizaba la posición vertical para parir. En un parto vertical el diámetro pubiano aumenta a casi el doble de su tamaño, siendo a su vez más fisiológica, facilitando la acción de los músculos maternos para el pujo y la salida del bebé. (Lodeiro Martínez 2004).En la posición horizontal el útero gestante, por compresión de los grandes vasos puede afectar la ventilación pulmonar de la madre y bloquear el pasaje de oxígeno al bebé, con la posibilidad de daños neurológicos. Se disminuyen la intensidad de las contracciones, aumenta las frecuencia de las mismas y mantiene estacionada la dilatación del cuello uterino.

El parto vertical es un parto activo, pues al caminar estimula las contracciones naturales, que asociadas a la posición vertical, disminuye el dolor lumbo-sacro y acortan el período dilatante, tal como lo postulan Caldeyro Barcia & otros (1991). En un parto natural, se procura evitar el uso de medicamentos, anestésicos, tranquilizantes u occitócicos, a excepción de alguna alteración en la progresión del parto o en los indicadores de salud de la madre o de su hijo que justifique su corrección. Además, al desactivar la capacidad paridora de las mujeres a través del parto medicalizado, la medicina se apropió de sus partos; y merced a la colonización intelectual que padece el género femenino, paradojalmente, las mujeres sienten gratitud hacia los obstetras que las acuestan y las privan de sus herramientas para parir (Giberti 1999).

El parto vertical es natural y es un parto en penumbras. Se disminuyen los estímulos sensoriales como la luz intensa y los ruidos, y se adecua la temperatura ambiente a la temperatura del bebé. De este manera se facilita su adaptación a la vida extrauterina y la relación con su madre. La participación del varón es activa y no se limita a ser un espectador o a dejarse excluir. Mediante la formación recibida en el curso de preparación para el embarazo, parto, puerperio y lactancia, puede comprender la importancia de su participación, para sí mismo, para su mujer y su hijo.

La conducción innecesaria e intervencionista de un trabajo de parto normal, con el uso de goteos, anestesia epidural de rutina, tranquilizantes, enemas y episiotomía puede desencadenar alteraciones en la normal evolución del mismo, y aumentar de este modo la terminación del parto con forcéps o cesárea por sufrimiento fetal, por falta de progresión y descenso del bebé, o por una distocia de dilatación del cuello uterino.

Los pioneros del parto humanizado, como Eva Giberti, Tucho Perrusi, Rosenvasser, en nuestro país basaron gran parte de su trabajo en datos obtenidos en distintos viajes realizados en países limítrofes como el Paraguay, dónde se comprobó que la totalidad de las mujeres adopta la verticalidad en el momento del parto. Los estudios sobre el parto vertical se iniciaron a partir de la certeza científica de que la anatomía y la fisiología de la mujer está preparada y estructuralmente adecuada a la función expulsiva vertical.

En este sentido, ha sido introducida la técnica y práctica del "sillón de parto", diseñado por Tucho Perrusi. Dicho sillón es elevado a través de un mecanismo hidráulico que permite que la parturienta quede por encima de quienes la atienden (Giberti).

En lo que a acompañamiento respecta, la participación del padre en el parto es un aspecto del nacimiento industrializado, indudablemente. Hace un siglo, cuando la mayoría de las mujeres daban a luz en su casa, semejante idea hubiera resultado totalmente fuera de lugar. Por entonces, todo el mundo entendía que el parto era un asunto de mujeres. Las ocupaciones del padre se limitaban a acondicionar cuestiones prácticas, por ejemplo, haciendo hervir agua, pero no estaba involucrado en el nacimiento mismo.

Hoy, en el comienzo del siglo XXI, es conocimiento de la mayoría la importancia del rol activo del padre en, lo que podemos llamar, el nacimiento de una familia. Es más, muchas mujeres no pueden concebir el hecho de dar a luz sin la participación de sus compañeros. Actualmente, como un paso importante hacia una situación de parto humanizada, los padres son bien recibidos en las más convencionales salas de parto.

Secuencia de un parto vertical asistido en Buenos Aires por el equipo del Dr. Carlos Burgo. Eva Giberti. Escuela para padres. Página 12.

El padre sostiene a la madre durante el parto. En la primera foto se retrató en momento en que sale la bolsa de agua, en la segunda estalla la bolsa y emerge la cabeza del bebe.

.

3.4 Nueva normativa en torno al parto en Argentina

Luego de años de lucha y denuncia de las características deshumanizadas del parto en el marco de las instituciones médicas, en nuestro país, particularmente en la Ciudad de Buenos Aires, desde el 12 de junio del año 2003, rige una Ley de Acompañamiento en el parto y el nacimiento. Dicha ley busca garantizar el apoyo emocional de las parturientas. Ese fue el resultado de los proyectos nacidos de las comisiones parlamentarias de Mujer, Infancia, Adolescencia y Juventud, y de Salud. De este modo, la Legislatura creó el marco legal que garantice el apoyo emocional de la parturienta y promueva la participación del varón en el nacimiento como parte del cambio cultural que supone la igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

Ahora bien, se están produciendo cambios en las sociedades respecto a la maternidad, cambios acerca de la cantidad de hijos que las mujeres queremos tener, cambios en las pautas de matrimonio, cambios en la función económica de las mujeres, entre otros. En el mundo contemporáneo tenemos sociedades en las que las personas se casan mas tempranamente de lo que era costumbre. A pesar de estos cambios, que han sido muchos y muy importantes para la humanidad en su conjunto, las mujeres seguimos ocupando con exclusividad el lugar del cuidado de los hijos y de los niños, como madres de familia, como trabajadoras en instituciones encargadas del cuidado de los niños: como las maestras, o las empleadas domesticas que reemplazan a las mujeres-madres cuando salen del hogar. (Ramos 1992:36).

Pero los cambios no solo se dan en relación con el tiempo histórico como se vivía antes la maternidad y como se vive ahora, sino también en relación con otras dos coordenadas de la vida: el ciclo vital y el sector social. En pocas palabras, no es lo mismo la maternidad para una mujer que tiene su primer hijo, que para una mujer que ya va por su tercero o cuarto hijo. Como tampoco es lo mismo la maternidad para una mujer de clase media profesional, que para una mujer que vive en una villa miseria o en un barrio carenciado. La consideración de estas diferencias propias de ciclo de vida y de la condición social, son cruciales para orientar nuestra comprensión y nuestra acción como profesionales preocupados por este tema. La clave esta en relativizar la maternidad: comprender la particularidad de la maternidad en cada momento del ciclo de vida de una mujer y de su familia, y las diferencias dadas por la condición social. Para una mujer es diferente llegar a la maternidad por el deseo y la decisión de serlo, que llegar a la maternidad sin desearlo, pensarlo o decidirlo. Estas situaciones suponen, sin intención de juzgarlas, actitudes frente a la vida y frente a la libertad muy diferentes (Ibídem).

Es contemplado desde esta nueva normativa que toda mujer tiene derecho, en el transcurso del trabajo de parto y el momento del nacimiento, como así también en la internación, a estar acompañada por la persona que ella designe. Asimismo indica claramente que es una obligación de todo trabajador de la salud del área correspondiente a la embarazada de ese

derecho que la asiste. En este sentido, en las áreas del sistema de salud concernientes deberán implementarse las medidas necesarias para capacitar al personal profesional y no profesional, adecuar los recursos físicos y la estructura organizativa a esta modalidad.

Otra norma que cabe mencionar es el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000, suscripto por nuestro país, donde a fin de seguir promoviendo, cada vez más, la igualdad de todas las mujeres integrantes de la fuerza de trabajo y la salud y la seguridad de la madre y el niño, y a fin de reconocer la diversidad del desarrollo económico y social de los Estados Miembros, así como la diversidad de las empresas y la evolución de la protección de la maternidad en la legislación y la práctica nacionales, se procura brindar protección al embarazo, como responsabilidad compartida de gobierno y sociedad, extendiendo los períodos de licencia por maternidad y estableciendo normas obligatorias de atención a la madre durante el embarazo, en el parto y el posparto.

3.5. La situación en el Primer Mundo

Los movimientos que propugnan el parto humanizado tienen una fuerte influencia en Europa, y algunos países han adoptado en los últimos tiempos medidas y normas que garantizan el derecho a la mujer a decidir sobre todas las condiciones en que se ha de desarrollar su parto, además de minimizar las prácticas innecesariamente dañinas del parto tradicional o estándar en hospitales.

El Reino Unido, acicateado por las reivindicaciones de las mujeres y las advertencias de la OMS (Organización Mundial de la Salud), inició su transformación en la década de los noventa, estableciéndose como objetivo el parto natural atendido por la Seguridad Social y la promoción de la lactancia materna, evitando las prácticas hospitalarias que tanto interfieren con el establecimiento de la misma. También se incluyó el parto en casa como opción para partos normales dentro del sistema estatal de salud. El primer paso fue devolver a las matronas la responsabilidad del cuidado de los

embarazos y partos sin problemas, y una modificación de los programas de estudios en las escuelas de matronería.

Un país que se halla a la vanguardia de lo que se puede considerar partos humanizados o naturales es Holanda, donde uno de cada tres bebés nacen en sus casos, y tiene el índice de césareas más bajo del mundo.

Costa Rica, país que no es del Primer Mundo pero que tiene un servicio de salud ejemplar dentro del ámbito centroamericano, ha desarrollado un programa de atención de parteras para todas las mujeres, como se está haciendo en países como Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelandia, entre muchos otros del Primer Mundo. Se ha probado que esos modelos de atención son menos costosos y logran menores índices de complicaciones en el parto y mayor salud y satisfacción en general. De hecho, la tendencia en el mundo para reducir las muertes maternas, los riesgos y las complicaciones del parto es promover la profesionalización de la partería.

En ese sistema las parteras profesionales se encargan de las mujeres con embarazos y partos normales y el personal médico obstetra atiende solamente las complicaciones. Se basa en el principio de que el embarazo y el parto son procesos normales de la vida. El modelo de la partería incluye entre otros (Tyndall 2004) los siguientes lineamientos de acción:

- Supervisar el bienestar físico, psicológico y social durante el ciclo del embarazo.
- Proporcionar a las madres educación, consejería y atención prenatal individualizada, y asistencia en el parto y posparto.
- Reducir las intervenciones tecnológicas.

- Identificar a las mujeres que requieren atención médica y remitirlas a los servicios correspondientes.

Este tipo de atención brinda mayor satisfacción, porque se centra en las necesidades y deseos de la mujer; se han demostrado sus beneficios en cuanto a menores complicaciones, menor dolor y sufrimiento en el parto y nacimiento. También, en el Primer Mundo existen maternidades concebidas bajo la filosofía del parto humanizado, que contemplan los siguientes aspectos (Tyndall 2004)

- Atención integral desde el embarazo, parto y postparto, con un enfoque de esos procesos como ciclos vitales y no como enfermedades.
- Ayuda a la mujer para descubrir la capacidad de sus propios cuerpos para dar a luz, a su manera y a su tiempo.
- Evitar riesgos asociados con muchas técnicas médicas y normas hospitalarias. Exigir que no se realicen tratamientos de rutina o se impongan fechas arbitrarias que pueden interferir en el proceso natural del embarazo y parto.
- Atención, privacidad y un parto natural individualizado.
- Apoyo para hacer el trabajo del parto con técnicas naturales que permitan sobrellevar el dolor e incomodidad. Por ejemplo: masaje, relajamiento, uso de agua, cambiar posiciones y lograr formas alternativas efectivas.

Otra tendencia vigente en el Primer Mundo es el parto en el agua, modalidad de parto natural que emergió en la década de los sesenta en Europa y Estados Unidos, con excelentes resultados en embarazadas de bajo riesgo. Básicamente, sus ventajas se traducen en un parto con el mínimo uso de medicamentos y anestesia, ya que el parto acuático y los ejercicios de relajación, disminuyen el dolor del parto. En el parto acuático la madre recibe a su hijo en una piscina individual con agua mantenida a la temperatura corporal. El niño nace en el agua, evitando la experiencia traumática al cambiar de un ambiente a otro (Odent 1992).

El agua ha sido siempre un símbolo de maternidad y fertilidad: la vida comenzó en el océano y nuestro hábitat natural durante los meses de gestación es el líquido amniótico. Odent (1972) fue el primero en dar a conocer a los científicos y mujeres los beneficios del agua en el parto. Casi treinta años después, este fenómeno del parto en el agua se ha expandido notablemente: en países europeos como Inglaterra, Francia, Bélgica, entre muchos otros, así como Japón, EE.UU., Australia, ven multiplicarse los centros en donde se practica este tipo de nacimiento, bajo la filosofía del parto natural y humanizado, asistiendo a cada mujer que da a luz a su propio modo y bajo sus propios instintos.

Odent (1992) descubrió que cuando las contracciones de la mujer se vuelven más dolorosas y menos eficaces, el descansar en el agua caliente suele proporcionarles alivio, especialmente para las mujeres cuya dilatación no progresa más de cinco centímetros. Hay una extensa literatura sobre las ventajas del parto en el agua, tanto para la madre como para el bebé, como así también acerca de los riesgos que implica, los cuales son mínimos.

Sillones de parto, utilizados en Italia, Suiza, Alemania y Holanda.
http://www.rikepa.com

Presentacioón de imágenes de sillas y bancos de parto, que favorecen el movimiento durante el trabajo de parto, acompañada por la preja.

Aunque sé que no están a disposición en nuestro medio, tal vez puedan inspirarnos y ayudarnos a generar caseramente las condiciones que hacen posible un parto con movilidad que se adapte a las necesidades de cada pareja.

Sería importante, implementar recursos para la suspensión o el balanceo en las etapas de dilatación y el parto mismo.

En nuestro país, cuando el obstetra se encuentra en el escenario del parto, también propiciamos el movimiento desde el embarazo mismo ya sea con las pelotas gigantes o con sogas o barras para colgarse de modo que las mujeres vayan familiarizándose con las diferentes posibilidades y entrenen una actitud de exploración corporal activa con ellas mismas no sólo en el parto sino en la vida.

¿Por qué no ir pensando de adaptar estos productos para que puedan estar también algún día en nuestras salas de parto argentinas?

Secuencia de un parto en la Clínica Pithviers del Dr. Michel Odent. .

CAPÍTULO 4

El parto humanizado desde la perspectiva psicosocial

La mujer sola, da a luz a su criatura; sola se retira con ella, a otro plano de la existencia, donde hay mas silencio y se puede tener una cuna sin temor,. Y sola, en silenciosa humildad, lo alimenta y lo cría.

Boris L. Pasterkant

4.1. El parto como hecho trascendente y hecho clínico

Pocas experiencias pueden considerarse tan significativas para la pareja como el parto y el nacimiento. Se trata, ni más ni menos, de una referencia a la posibilidad de enfrentarse tanto al crecimiento personal, como familiar, así como de un acercamiento al sentido trascendente de la vida.

Al rastrear el origen etimológico de la palabra parto se descubre su trascendencia. Parir procede del latín “parere”, de fin del siglo X, que significa, dar a luz, producir, proporcionar, con lo que se está trascendiendo más allá del ser y de la subjetividad. En el caso de la mujer, estas instancias la enfrentan al descubrimiento de su corpogenitalidad, dicho descubrimiento es esencial para disfrutar de la sexualidad en el embarazo y para comprender su potencial sexual para parir y defender la intimidad de la pareja.

Como hemos visto, la intervención de la medicina parece no tener presente, en la actualidad, la impronta humana y afectiva de este evento en su multiplicidad de aspectos en lo que respecta al área del embarazo, del parto y de la asistencia al recién nacido. Es preciso, en este sentido, subrayar el carácter de hecho social que conlleva implícitamente un hecho de la salud en un contexto comunitario, en cuanto afecta a la construcción de las subjetividades y al cumplimiento de roles y sobreimpresiones ideológicas.

El parto y el nacimiento son presentados generalmente desde el discurso de los operadores institucionales, es decir, por la comunidad médica y la sociedad científica como un hecho de salud regido por un proceso de intervención médica. Desde esta perspectiva se entienden estas instancias ligadas a una concepción tendiente a la despersonalización y la des-sexualización.

Estos juicios, esta "medicalización" de toda la situación de parto, abarcan el espacio físico del acontecimiento y los modos de intervención por parte de la institución en este proceso. Hablamos de los sanatorios y los hospitales, de la atención por sobre todo a procedimientos como el enema, el rasurado, la utilización de fármacos, la posición acostada de la mujer y las consecuentes intervenciones sobre el recién nacido.

Desde este punto de vista se entiende el parto y el nacimiento enmarcándolo en las buenas normas que deben ser aceptadas socialmente, mediante un ejercicio de asistencia signada por una preparación disciplinante y un orden inamovible.

En contraposición se entiende el parto humanizado o natural como un proceso que se encuentre regido por los deseos de la mujer y su pareja, libre de las intervenciones rutinarias mencionadas que tienden a modificar y normalizar el curso del parto y del nacimiento. La defensa del parto natural habla de una mujer sana y de un embarazo y un parto que evolucionan en salud. Lo que caracteriza al parto humanizado y aquello que es el punto central de su defensa es que se trata de que la mujer pueda elegir de qué manera, con quienes y el lugar de su parto. La creencia en el parto humanizado radica en las posibilidades de conexión libre y no prefijada con la propia subjetividad, no sólo desde la decisión de aquello que se considere mejor en términos operativos, sino también en cuanto a las posibilidades de reencuentro con la propia identidad.

4.2. El complejo acontecimiento del parto

El nacimiento es uno de los cambios más trascendentes que el ser humano debe enfrentar. Debe pasar del confortante calor del útero materno a la frialdad y rudeza del mundo exterior. En cuestión de segundos debe establecer funciones vitales como, por ejemplo, la respiratoria. El nacimiento es una verdadera prueba de la resiliencia biológica y psicológica acumulada hasta el momento.
En lo psicológico, esos primeros momentos de la vida extrauterina son de gran influencia en su futura personalidad y en el establecimiento de la relación afectiva con su madre (Aranovich 2002).

Para proyectar en la dirección de la humanización del parto es preciso que desde las instituciones de la salud y desde un plano social más amplio se valore y analice como un acontecimiento complejo, dado que se trata de una instancia en el cual intervienen una importante cantidad de variables que no pueden interpretarse desde un único discurso médico, sino que deben ser contempladas y desde las perspectivas antropológicas, psicológica y social que se complementen con las científicas.

El parto dista de ser un mero hecho clínico, más lejos está aún de una patología –como hemos visto así es tratado en última instancia-. Estamos ante suceso marcado por la emotividad, en el que abundan elementos simbólicos y prejuicios. En el parto los conceptos de sexualidad, vida y muerte conviven con toda su materialidad existencial, simbólica e ideológica, lo que exige que sea objeto de atención e intervención de diversos profesionales.

No acorde a esta realidad, a aquellos aspectos que no se sujetan al orden médico-social establecido la medicina les sobreimprime su mecanismo de racionalización que los reprime. Uno de los paradigmas más claros de lo que se conoce como la medicalización del parto se basa en el control de la posición y la posesión corporal de la mujer. En este sentido, no se promueven estudios que analicen y, por tanto, interpelen, el grado de satisfacción que esta intervención médica determina en la mujer y, mucho menos aún, aquellos que tengan en cuenta sus reacciones emocionales.

Desde este punto de vista se sostienen, promueven y afirman otros aspectos típicos que buscan poner freno al lado emocional y humano del

parto. Los más generalizados son aquellos que, por un lado, tienden a la despersonalización de la parturienta que es transformada así en un mero objeto de trabajo, acostada inmóvil y obediente la mujer se torna paciente.

Por otro, sesgan lo sexual del hecho, desatienden su carga sexual, esterilizándolo en la asimilación a una operación médica. El objeto de trabajo parece ser negado en tanto aparato genital. Si se tuviesen en cuenta estos aspectos que hacen del parto un momento personal e íntimo tanto la participación de un acompañante como la del mismo profesional deben tener presente esto y actuar con el respeto debido. Saber sexualmente acerca de su propio cuerpo da lugar a que la mujer elija cual es la posición que adoptará para facilitar el período de expulsión en mejores condiciones.

4.3. Ideología y temor

El sistema médico que en un sentido más amplio debemos estudiar como subsistema lleva a cabo una tarea de clara reproducción ideológica. Su intervención masiva influye de manera unilateral sobre las concepciones de la pareja, hace que tanto la mujer como el hombre acepten como juicios propios aquello que la sociedad pretende de ellos como deber ser, contribuyendo con esto a la negación de cada particularidad y, lo que es más grave, al borramiento de la identidad (Althusser 1996).

De este modo la obstetricia actúa de manera reproductiva en lo que a preceptos sociales se refiere y, al mismo tiempo, dado su grado de mecanicismo no actúa en la contención de los grandes temores, el dolor y la muerte, que giran en torno a la idea de un parto.

Estos temores, transmitido por siglos, colocan al médico en un lugar indiscutible de poder en el sus prevenciones, consejos, advertencias son tomados como soportes para la contención del miedo insoportable que la mujer siente en este proceso, lo que la predispone a obedecer, a creer en las palabras, técnicas y métodos distados por la normativa.

A esta situación de entrega debemos sumarle un estado de soledad, propiamente cultural, ya que, si bien es cierto que el hombre con el tiempo ha ido incorporándose al momento del parto, se lo a privado de entender esta instancia, dado que se encuentra excluido “naturalmente”. Para el discurso de la cultura, que el hombre acepta como propio, su objetivo es dar un hijo y apenas intelectualmente participa de su llegada al mundo. Esa disociación que parte de una base biológica, pero se ve principalmente reforzada psicológica y socialmente lo hace a un lado y lo aleja del esencial acompañamiento a su pareja.

Así, se vuelve necesario que una mujer sea acompañada por otra mujer que conozca el proceso en su totalidad, tanto desde lo fisiológico como lo psicológico, algo así como la vieja partera que basaba sus conocimientos en la propia experiencia. Pero, sabemos, que tanto el paso del tiempo como el avance tecnológico junto con una idea de intervención médica ligada a una política preventiva han anulado esta compañía sustantiva a la hora de contener a una parturienta en su momento de mayor temor y tensión. Así, ante el miedo heredado del que hablamos anteriormente, el miedo al dolor y a la muerte, no sólo la medicina no ha actuado en pos de contenerlos, sino que el avance cultural del que forma parte ha eliminado alternativas de compañía que han contribuido a profundizarlos.

Como resultado, en la actualidad, la mujer no sólo es todavía heredera de los miedos ancestrales, sino que padece el temor generado por la institución médica. Frente a esto la alternativa le queda entregarse pasivamente a las prescripciones en las que ocupa un lugar de mero objeto de práctica.

4.4. Alcances de la sexualidad de la mujer: el parto y el placer

Hay toda una sexualidad básica humana y femenina que no es falocéntrica, más allá que en nuestra sociedad por sexualidad se entiende la pulsión adulta y que gira en torno al falo. En nuestro orden social la

sexualidad ha quedado reducida al acto sexual que, a su vez, se limita a la figura del coito.

El mismo Freud llega a una instancia de sus estudios en la que se encuentra con un vacío, con un sentido difícil de aprehender, que considera de un nivel de represión inexorable (Freud 1931), lo que resquebraja como prueba los que sostiene el orden sexual vigente como totalidad orgánica, lo desnuda como un discurso en el que sólo hay un sexo, el masculino; y la mujer es sentida y definida como un varón sin sexo, castrado.

En desmedro del discurso hegemónico, se han comprobado las múltiples posibilidades del orgasmo femenino (De Choisy 1970). Según estas investigaciones se debería tener en cuenta cinco tipos de orgasmos, léase, el clitoridiano, el vaginal, el cloacal, sin acmé o sin paroxismo y el cérvico-uterino. Esto resquebraja la teoría urdida por la cultura falocrática del sexo único que sostiene que el orgasmo femenino tiene que ser vaginal o clitoridiano.

Desde esta perspectiva nueva podemos observar como existen posibilidades de placer más allá de una entrega pasiva por parte de la mujer, por ejemplo, se ha comprobado que apretando los muslos o los glúteos firmemente las mujeres alcanzan un tipo de orgasmo que arranca en algun punto muy profundo de su interior, sin ninguna otra estimulación, es más, se ha llegado a identificar que en lo que respecta a la totalidad del proceso orgásmico, todo tiene origen en el útero. En todo orgasmo femenino se producen contracciones del útero, lo que corrobora que, más allá de cualquier tipo de estimulación externa, todos los orgasmos tienen en común unos movimientos rítmicos del útero.

Los estudios que siguen esta dirección de investigación afirman que el centro del sistema erógeno femenino es el útero y no el clítoris como se cree. Es el útero el que empieza a latir propulsando olas de placer, cada vez que una mujer se excita sexualmente.

Ahora bien, el útero es una bolsa de tejido muscular, y como cualquier sistema muscular debe ser ejercitado adecuadamente para que alcance su completa funcionalidad. En lo que a la musculatura uterina concierne tenemos que hablar de una vida completa sin ejercicios efectuados, una mujer de entre 20 y 30 años dificilmente haya tenido experiencias para con su propio aparato reproductivo en un sentido propio de placer.

Se ha comprobado que los partos sin dolor y con placer existen cuando la mujer tiene un conocimiento del funcionamiento de su útero. Contamos incluso con material fílmico en el que han quedado documentados partos no solo en los que esta presente el placer, sino abiertamente orgásmicos. El parto con dolor, ligado al sufrimiento es una marca indeleble de la sociedad patriarcal en la que el parir es un castigo para la mujer, una marca de mero sacrificio, donde la idea de bienestar está sesgada.

4.4.1 Hacia una humanización del parto

Una experiencia de parto humanizado que cabe destacar en esta investigación es la llevada a cabo por Odent, la cual desarrolla en el libro Nacimiento Renacido. Según su enfoque, la manera occidental de tener hijos ha generado demasiados obstáculos para “hacer lo que viene naturalmente” y ha eliminado toda la sexualidad que tiene el alumbramiento. La intervención obstétrica, según este autor resulta nociva desde los procedimientos de rutina realizados por las enfermeras como afeitar el vello del pubis o administrar enemas o supositorios hasta el desgarro artificial de las membranas, goteos intravenosos de oxitocina, monitoreo electrónico y drogas para tranquilizar, atontar, desorientar, causar alucinaciones, producir amnesia, cambiar la química del cuerpo de una mujer y también privar al feto del oxigeno, convirtiendo al recién nacido en un informe montoncito con dolor de cabeza, en vez de un ser ojiabierto, que busca, queriendo aprender (Odent 1984).

El nacimiento, como la muerte, es concebido como una experiencia universal, y puede ser la experiencia creativa más poderosa en la vida de muchas mujeres. Implica una interrupción en el correr de la existencia

humana, un fragmento que tiene muy poco o nada que ver con el sentimiento apasionado que creó al bebé, y que puede ser vivido con belleza y dignidad.

Al ser una experiencia intensa, íntima y envolvente, donde los protagonistas exclusivos son la madre y el padre, debe contemplarse como una experiencia sexual y emocional. En este contexto, en la clínica de Pithiviers que conduce Odent, los profesionales actúan como simples facilitadores, una especie de equipo de apoyo, cuya tarea es crear un clima en el cual las mujeres puedan, en ese sentido, "olvidarse" de sí mismas, procurando intervenir lo menos posible en el proceso.

Odent plantea que cada mujer embarazada llega a la clínica con una historia personal única, una familia y una cultura que influyen decisivamente en el trabajo de parto. En algunas sociedades éste parece ser más fácil que en otras. En algunas familias, también hay virtualmente una tradición de nacimientos fáciles. Durante el alumbramiento, una mujer trae consigo la experiencia de su vida, remontándose hasta su propia infancia y nacimiento. Se toma en cuenta también lo que cada mujer sabe sobre su propio nacimiento, porque a menudo hay una conexión entre como fue su nacimiento y cómo ella misma va a comportarse durante el parto.

Otra práctica asociada a la humanización del parto que se realiza en Pithiviers es evitar la implementación de técnicas de respiración. Según Odent es imposible prescribir un método de respiración para el trabajo de parto sin indicar una posición particular para dar a luz; la gente respira en forma diferente mientras camina, mientras se encuentra parada, mientras está acuclillada, de rodillas, sentada, acostada o apoyada en algo, o flotando en el agua. La postura de la clínica es totalmente adversa a cualquier mecanismo de psicoprofilaxis convencional, como el método Lamaze, que entrena a las mujeres a controlar su respiración, sus pensamientos y la expresión de sus emociones. En Pithiviers se hace exactamente todo lo contrario. En el día del nacimiento, alientan a las mujeres que están en trabajo de parto para que se entreguen a la experiencia, para que pierdan el control y olviden todo lo que han aprendido, todas las imágenes culturales y los modelos de comportamiento (Odent 1984).

Por su parte, se le enseña al compañero de la parturienta a sostener a su mujer durante sus últimas contracciones, por las axilas, de modo que no contraiga un dolor de espaldas. Por lo general, los padres muestran una actitud muy positiva y se involucran en el proceso, interesándose por tener una participación activa.

De algún modo, la filosofía y las prácticas que se realizan en la clínica de Pithiviers se nutren de algún modo del concepto de parto humanizado. Cuando Odent postula su idea de parto humanizado sostiene que en principio, se trata de no ser mecánico ni dogmático, no adoptar reglas rígidas, ya que cada mujer es diferente y, por supuesto, cada trabajo de parto será diferente. A partir de ese principio de diferenciación, en vez de la política de uniformar y estandarizar del parto medicalizado, se pueden desarrollar estrategias especiales.

La clínica tiene una pileta, lo que suele atraer a las futuras madres. Odent explica que muchas que en un comienzo se niegan, al iniciarse el trabajo de parto se trasladan y se zambullen al agua, donde se sienten cómodas y felices. El agua representa un elemento vital de la naturaleza que de algún modo se acopla a la concepción de parto natural y humanizado que sustenta el trabajo de Odent.

Con respecto a la posición de parto, en Pithviers muchas mujeres dan a luz acuclilladas, con alguien –por lo general, su compañero, que las sostiene por detrás; posición eficaz desde el punto de vista mecánico, pues maximiza la dirección del peso, minimiza el esfuerzo muscular y el consumo de oxigeno y facilita la relajación de los músculos del perineo. El asistente puede sentir que viene una contracción, poniendo su mano derecha sobre la parte de arriba del útero de la mujer. Cuando la contracción comienza, en general el padre deslizara sus manos por debajo de las axilas de la mujer para tenerla de las manos o sostenerlas de los pulgares. El se queda derecho, parado, detrás, sin reclinarse hacia delante, convirtiéndose en una especie de respaldo humano.

Otra posición que eligen las mujeres es colocarse frente a su compañero y colgarse de su cuello, con sus piernas muy abiertas. Esta posición, en la cual los pies de la mujer por momentos se levantan del piso,

también es extraordinariamente útil. Relaja los músculos abdominales y del perineo, asistiendo al descenso del bebé. La persona que está abrazando a la mujer no puede evitar presionar suavemente su abdomen y eso facilita que pueda abrir sus piernas (Odent 1984).

Para Odent la posición, la adopción de la postura vertical, ya implica un paso hacia la humanización del parto. Otro emprendimiento vinculado a las posturas expuestas por Odent, dentro del ámbito local, es el de Tucho Perrusi, tal como se planteó al mencionar a los pioneros de la obstetricia en Argentina. Desde su concepción parir es, además de un acto fisiológico del ser humano, un episodio trascendental por el cual la pareja no sólo da vida a un nuevo ser, sino que inaugura un encuentro familiar. Perrusi establece las mismas críticas al abordaje medicalista, que según su punto de vista somete a la parturienta en distintos sentidos, obligándola a estar en posturas antifisiológicas, cuestionando también la práctica de la episiotomía, a la que define como un desgarro innecesario practicado por el profesional (Solórzano 1995).

Perrussi, médico y biólogo argentino que se volcó a la antropología y se interesó por las costumbres de diferentes culturas autóctonas, observó que las mujeres no se acostaban para parir sino que en forma espontánea adoptaban la verticalidad. Para tener a sus hijos se ponían de pie, colgaban, arrodillaban o sentaban. Perrussi propugnó el retorno a esta manera de parir, para lo cual diseñó un sillón de partos que fue inaugurado en la Maternidad Pardo en 1962, planteando un cambio obstétrico revolucionario. (Pág. 18).

El sillón que él diseñó hace treinta años era articulado, con respaldo regulable, con una bomba hidráulica que lo hacía ascender e inclinarse hacia delante y hacia atrás; tenía apoyabrazos y pierneras articuladas y extensibles, y podía convertirse en una camilla, en caso de necesidad. Como en el caso e de Odent, Perrusi no usaba goteo ni practicaba episiotomías, los padres participaban activamente en la sala de partos y cortaban el cordón umbilical, propiciando un ambiente cálido y alegre, con música y flores, en el cual no se separaba al recién nacido de la madre.

Dentro de los abordajes de humanización del parto se encuentra también el de Leboyer, obstetra francés que propiciaba un parto en penumbras para no agredir con luces enceguecedoras al recién nacido. Su enfoque de no violencia hacia el bebé también se extendía al cuerpo de la madre y el entorno (Solórzano 1995).

También en el ámbito local se destacaba la labor de Giberti, quien desde su perspectiva psicoanalítica sostiene que a la mujer se la condena a un sometimiento, a una alteración de su fisiología, y el profesional controla y conduce el parto como él quiere Giberti (1971) es una defensora del parto vertical. Para ella la mujer, sentada en una posición más elevada que el médico, puede sentirse dueña y protagonista del parto.

4.5. Procesos de paralización de la sexualidad femenina

Uno de los grandes “avances” de la sociedad patriarcal radica en la anulación de la sexualidad de la mujer. No es necesario argumentar esto en base a métodos abiertamente sangrientos como la mutilación del clítoris. El andamiaje “civilizador” a promovido la existencia de un útero espástico (Reich 1998), a lo que ha sumado una idea de maternidad cada vez más regularizada, desligada del impulso del deseo y con ello ha consumado una amputación masiva.

La violación sistemática de los deseos de la mujer es uno de los pilares característicos de una sociedad dominada por los hombres. El sometimiento de lo femenino incluía, por supuesto, su sometimiento sexual. Según los momentos esa violación en la práctica fue más o menos violenta, pero más allá de esto, el resultado final fue que el deseo de la mujer deje de ser relevante, hasta prácticamente tornarlo algo anulado, llegando a conseguir su desaparición, limitándola a la complacencia falocrática.

Cabe preguntarse si las mujeres hemos sido o podemos ser consideradas como individuos, habida cuenta de la serie de determinaciones ligadas a esta noción. El individuo del que se trata, al debatir la cuestión de la democracia y la ciudadanía, está modelado sobre uno de los cuerpos de la

humanidad, el masculino (Jónasdóttir 1993). Y no sólo esto. Si los sujetos de derecho son individuos «neutros» desde el punto de vista del sexo, ello implica una determinada concepción acerca de la sociedad. Una sociedad formada por individuos es necesariamente producto de un contrato. Esto supone dificultades. Por una parte, tal como Carole Pateman (1995) lo ha mostrado, el contrato político fue históricamente posible cuando las mujeres fueron derrotadas y la diferencia sexual considerada políticamente irrelevante.

En pocas palabras: la cuestión de los derechos ciudadanos de las mujeres se presenta, para las mujeres, tensada por la antinomia entre ser consideradas como individuos, o bien en cuanto mujeres, esto es, como sujetos sexuados, determinados históricamente por un conjunto de relaciones que exceden, pero necesariamente incluyen las relaciones intergenéricas. Es por ello que tomaremos brevemente en cuenta algunos aspectos de la controversia entre contractualistas y comunitaristas, porque cada una de estas posiciones parece poner énfasis particular sobre alguna de las condiciones necesarias para la ciudadanía. Si los contractualistas insisten sobre la igualdad formal y sobre una concepción universalista de la justicia, los comunitaristas lo hacen sobre los lazos de pertenencia a una comunidad determinada. (Pateman 1995:182).

Si caracterizadas a grandes rasgos, ambas posiciones parecen presentar afinidades y tensiones respecto de las posiciones feministas, Pateman se orienta a establecer los alcances, riesgos y límites que algunos de los postulados que de ellas se desprenden conllevan para un análisis determinado del caso argentino. El retorno de la figura del contrato no sólo se liga a los avatares de los debates dentro del campo de la filosofía política, vinculados en buena medida al retorno, sobre el fin de siglo, de una cierta necesidad de producir un ajuste de cuentas con el pensamiento político de la ilustración, sino a que la ficción contractualista procura una explicación aceptable para la constitución del orden político en las sociedades actuales, en la medida en que parte de la consideración de los sujetos como individuos abstractos.

En las sociedades tardomodernas la igualdad abstracta que la supresión imaginaria de las diferencias reales implica, constituye una condición sine qua non para la construcción del orden político. La contrapartida, desde el punto de vista analítico es, indudablemente, la escisión entre reflexión acerca de la economía, librada a requerimientos técnicos e instrumentales cada vez más acuciantes y reflexión política, cada vez más articulada a los debates éticos. El acento contractualista sobre la universalidad, los derechos, la individuación y la libertad revela, además, una fuerte afinidad con el liberalismo político y en ese sentido se aproxima a una de las tradiciones políticas del feminismo (Pateman 1995).

Sin embargo la existencia de algunos puntos comunes entre comunitaristas y feministas no implica la inexistencia de tensiones. Si bien, y de la misma manera que para las feministas, la crítica de la escisión entre sociedad civil y sociedad política, ligada a la división entre economía y política, entre público y privado, constituye uno de los puntos de debate en torno de los cuales los comunitaristas se han concentrado, y si bien han insistido sobre la importancia atribuida a las marcas duraderas que las diferencias llamadas «políticamente irrelevantes» producen sobre los sujetos en orden a su incorporación al espacio público, la crítica comunitaria presenta no pocas ambigüedades.

Si el llamado comunitarismo, al moverse en el terreno incierto de los procesos de inculcación de la cultura, permite tematizar los lazos del sujeto con su «comunidad», las connotaciones de este término no son ajenas a una cierta nostalgia por el pasado, una suerte de ilusión de retorno imposible hacia el tiempo de los orígenes y el cobijo de una sociedad liberada de la racionalización técnica y burocrática. Sin embargo, la crítica a las formalizaciones contractuales permite ingresar al tema de la relación entre política y subjetividad en términos diferentes del «individuo sin atributos» cuya encarnación sería el individuo contratante para ocuparse de la relación entre el ámbito público y un sujeto marcado por su historia previa, su pertenencia étnica, su sexo. (Ibídem).

El concepto de patriarcado es el eje central de lucha de todo el movimiento feminista, el cual "...consiste en el poder de los padres: un sistema familiar y social, ideológico y político con el que los hombres -a través de la fuerza, la presión directa, los rituales, la tradición, la ley o el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación y la división del trabajo- determinan cual es o no es el papel que las mujeres deben interpretar con el fin de estar en toda circunstancia sometida al varón". (Ibídem).

Pateman (1995) sostiene que han existido tres tipos de patriarcado en la historia, con la posibilidad coexistir a un mismo tiempo, es decir, no tienen carácter excluyente. El patriarcado tradicional surge con el nacimiento de la sociedad política cuando varias familias, todas con características patriarcales, deciden reunirse y ponerse de acuerdo en quien es el que va a representar y mandar al grupo de la familia, indudablemente se eligió a un padre.

Posteriormente surge el patriarcado clásico según el cual "...los hijos nacían bajo la sujeción de sus padres y, por lo tanto bajo la sujeción política. El derecho era natural no convencional, ningún consentimiento o contrato estaba involucrado, el poder político era paternal y tenia origen el poder procreativo del poder", y por último aparece el patriarcado moderno donde los hijos dan el apoyo a los padres para gobernar, no por ser sus hijos sino por decidirlo de esa forma.

Como se puede desprender del concepto de patriarcado antes citado, para las feministas éste abarca la totalidad de la sociedad y se hace presente de un todo, en cualquier espacio donde se encuentren en relación dos o más personas, espacio que va desde el hogar hasta en los diferentes poderes públicos. Un ejemplo de lo arraigado del pensamiento patriarcal es la teoría del psicoanálisis de Freud, lo interesante es que a esta teoría, le surge una contrapartida, la teoría psicoanalista feminista, que no solamente se ha procurado dar respuesta a algunas afirmaciones del psicoanálisis freudiano, sino que han llegando a sostener que en realidad no tiene que ser la mujer la que sienta envidia por el hombre sino que éste podría sentirla por ella.

En este orden de cosas, las mujeres fueron perdiendo paulatinamente sus reuniones, sus costumbres, sus baños sensuales compartidos entre sus parientes más cercanas, sus bailes voluptuosos. Otra de las grandes privaciones fue acceder a la maternidad nacida del deseo y guiada por el placer de sus cuerpos, sin más, podemos afirmar que les fue negada su propia identidad, su propia existencia. La mujer ha perdido –en un proceso que abarca miles de años- la libertad de su cuerpo y la conciencia del mismo.

La lascivia y la deshonestidad pasaron a ser los pilares valorativos del deseo sexual en la mujer. De esta forma se logró que cada vez que emergiera en la mujer, ella misma se sintiera culpable y aborreciera y se distanciara de su propio cuerpo, juzgándose impura.

En la antigüedad, las buenas esposas debían actuar prácticamente como esclavas, expresarse lo menos posible era síntoma de virtud y, como madres, era su obligación funcionar como reproductoras de ideología patriarcal inculcando el pudor y el recato en las hijas, transformándose de esa manera en un instrumento que aseguraba la anulación de toda mínima expresión de deseo sexual de las futuras generaciones de esposas. Mediante estas prácticas, que funcionan no como arqueología sino como sustrato material de la sociedad patriarcal actual, se coartó radicalmente el valor del cuerpo femenino y el desarrollo natural de la sexualidad de la mujer.

Deben entenderse como funcionales a estos objetivos, por ejemplo, las normas de higiene que obligan a la mujer a eliminar cualquier tipo de olor proveniente de su cuerpo, así como se le exige que se quite el bello por considerarlo una impureza, cuando cumple, en verdad, la misma función de protección que en el hombre. Otro ejemplo, son las normas en cuanto a la postura o los buenos modales, la mujer no puede evidenciar ningún tipo de movimiento que pueda ser considerado cargado de erotismo, no debe mostrar las piernas y el sexo debe mantenerse oculto constantemente con las extremidades cruzadas.

Asimismo la anulación de todo movimiento de los músculos pélvicos y los uterinos, impiden que el vientre se entremezcla o palpite, para que no aparezca la pulsión sexual

4.6. Complejidad de la sexualidad femenina

La sexualidad de la mujer no debe considerar como algo de carácter uniforme. A lo largo del ciclo vital femenino, se suceden diferentes etapas y estados sexuales, algunos se destacan por una de mayor producción libidinal que otros, y ante todo, de diferente orientación. Es un proceso ondulante el que implica el equilibrio emocional, tanto psíquico como orgánico, libidinal y hormonal, que sostiene el cuerpo de la mujer . Sin embargo se le impone un funcionamiento basado en una idea de sexualidad y libido rectilíneos e inmutables.

La diferenciación de la libido empieza antes de la pubertad, dejando paulatinamente de lado la sexualidad de la niña, debiéndose tener en cuenta que la mujer no se encuentra en el mismo estado sexual ni con el mismo equilibrio hormonal cuando ovuló que cuando menstrúa. También es diferente el estado de la mujer en el parto o después del parto, ni cuando la mujer está grávida de que cuando no lo está, durante la gestación extrauterina, o a lo largo de una lactancia prolongada, o cuando vivimos la pasión amorosa con adultos o adultas.

Una percepción coherente con estos cambios del estado del cuerpo femenino ha sido perdido por las mujeres en manos de la sociedad patriarcal, a lo largo del desarrollo uniformador de ésta las mujeres han perdido contacto con el conocimiento de sus sentimientos, así como de sus flujos y de sus olores.

A lo largo de estos milenios de civilización patriarcal se fue fortaleciendo la alineación sexual de la mujer en torno al falo. Con el respaldo absoluto de toda la institucionalidad dicha alineación se fue consolidando

tanto en torno a los niveles psíquicos como somáticos. El falocentrismo, como ideología, va ubicándose en las zonas profundas del inconsciente, se va interiorizando el ordenamiento sexual de todas las pulsiones antes de que estas puedan hacerse conscientes.

No es ajeno a esta normativización la situación del parto. Se trata de un estado de la cuestión considerablemente delicado, ya que la fisiología del parto está prevista para funcionar con el impulso de la emoción erótica. Tan es así que la institución médica, operadora por excelencia en este campo de la ideología patriarcal, para forzar inducir el parto, fabrica en el laboratorio la oxitocina -la hormona llamada 'del amor'- que se segrega naturalmente con la excitación sexual, dado que no ha hallado ninguna sustancia que abra el cérvix. El parto, como todo acto sexual, requiere una intimidad que desaparece en el parto hospitalario para que el cuerpo pueda abandonarse a la emoción y a la relajación necesarios.

Estas circunstancias, sumadas al miedo inculcado y la rigidez uterina resultante de la represión sexual durante la infancia, junto con el desconocimiento de las propias mujeres del cuerpo femenino y la consecuente pérdida de la confianza en él, llevan a las parturientas a realizar todo aquello contrario a la propia naturaleza del parto. Es decir, llegan contraídas, repletas de prejuicios y temores, entregando la confianza y el cuerpo a las autoridades de la medicina que, de esta manera, siguen tendiendo sobre el parto la carga ideológica de la sociedad falocéntrica.

Una de las prácticas ejercidas por la institución médica, como hemos visto, es la posición del decúbito supino que es absolutamente contraproducente, ya que el canal de nacimiento se estrecha y se alarga y, por otra parte, la posición horizontal va en contra de la fuerza de gravedad. Lo que es aún más grave es que, en esa posición, la parturienta no puede hacer fuerza con los músculos pélvicos.

Por el contrario, sabemos, la mujer en cuclillas puede ejercer la fuerza necesaria para impulsar el avance del bebé con los músculos pélvicos. Parir en decúbito supino alarga el parto y el avance del bebé es puesto en

dificultades. La única lógica a la que responde es a la manipulación médica que, de esta manera, contribuyen indiscriminadamente a agravar el sufrimiento de la madre y del bebé. La sumisión y la negación del cuerpo femenino se manifiesta en la exigencia que se le hace a la parturienta respecto a la posición en la que debe parir.

El parto y la maternidad, aun en zonas fuera de Occidente, son episodios vividos naturalmente como parte de la vida sexual de una mujer. Por ejemplo, en la India visualizan los pétalos de la flor de loto abriéndose para abrir el canal del nacimiento, un abrir suave, sin violencia alguna. En tanto, en partes de Arabia Saudita las mujeres bailan la danza del vientre entorno a la parturienta en la creencia de que mediante esta práctica la hipnotizan para que adquiera todos los movimientos favorables al cuerpo en el momento del parto, para que se reencuentre con el sin violencia (La celebración del nacimiento 1990).

En cuanto a las leyes de género para la sexuación, la latencia constituye un período de la infancia durante el cual las diferencias se profundizan y las desigualdades entre los géneros comienzan a desplegarse. De cualquier modo, si se indaga en el psicoanálisis y el origen del concepto de género, tal como lo hace Dio Bleichmar (1997), se observa que Money –quien acuñó el concepto de género-, estudiante del hermafroditismo comprobó reiteradamente un hecho que lo condujo a reflexionar que lo que se denomina identidad sexual de una persona no se halla sólo determinado por su biología y anatomía sino, y sobre todo, por la creencia que los padres tienen sobre el sexo que corresponde al cuerpo que criaron.

Este hallazgo señala el poder modelador, creador de sentido de identidad que la experiencia humana temprana postnatal tiene sobre los montantes biológicos. Es así que los padres, a través de sus fantasmas, de sus creencias y de sus convicciones, son capaces de generar una identidad contraria a la anatómica, pero que se revela de igual o mayor poder que la misma. Es por ello que el género es una categoría psicoanalítica, a partir de una condición básica: se construye a raíz de la fantasmática y del deseo del otro que se implanta instituyendo el yo del sujeto (Dio Bleichmar).

En relación con la construcción teórica del estatuto del cuerpo, el psicoanálisis también se diferencia de la epistemología. La importancia y presencia del cuerpo en la mente femenina, y sus potenciales trastornos, abarcan su morfología, su apariencia, lo que conduce a que una gran proporción del tiempo material de la vida de cualquier mujer esté dedicado al cuidado de su apariencia, desde la higiene, el adorno, la estética y, en la actualidad, hasta la cirugía estética. En otros términos, el cuerpo tiene para ella un valor narcisístico (Quintana 2000).

La investigación sobre los genitales femeninos se ha reducido a descubrir el surgimiento de la excitación, la producción de fantasías y fantasmas por parte de la niña, y a trazar los rodeos y obstáculos que su sexualidad, en tanto emergencia individual, encontraba para una satisfacción plena pero siempre elusiva. El cambio, tanto de paradigma teórico como de unidad de análisis, conduce a otro planteamiento en el estudio de la sexualidad y de la feminidad de la niña (Dio Bleichmar 1997). Si se lo vincula al parto humanizado, nos interesa sobre todo la represión de los adultos sobre la vagina de la niña, la implantación sobre ese órgano de significados de valor muy opuestos y la existencia de mitos y creencias sobre la sexualidad infantil, especialmente la de la niña, que fabrican y falsifican la experiencia que pueda originarse en su cuerpo (Ibídem).

A este respecto, se ha reiterado en innumerables ocasiones que la localización anatómica inferior favorece el desconocimiento de su existencia por parte de las niñas, a lo que debiéramos agregar que el silenciamiento y la ignorancia de las niñas y mujeres adultas sobre sus genitales favorece su “correcta” feminización.

El conocimiento y el discurso sobre el sexo por parte de las mujeres no gozaba de investimento narcisista hasta hace poco tiempo; todo lo contrario, el recato era una contraseña de sus atributos de feminidad honorable y de haber permanecido ajena a toda forma de promiscuidad y pornografía. De modo que en el desconocimiento de la vagina por parte de las niñas debemos tener presente un número mayor de factores que se suman a las peculiaridades anatómicas de su localización, a saber:

a) la experiencia y valoración de la sexualidad femenina por parte de los adultos, madre y padre;

b) la nominación y discurso a partir de los cuales se realiza su nominación y erotización;

c) la división del género femenino en dos clases, siendo la sexualidad y sus prácticas el criterio de disyunción y de marcación que legitima o no la identidad;

d) la insuficiencia de conocimiento científico sobre la sexualidad femenina.

Estos factores ponen en primer plano la confusión entre experiencia y representación de la misma, y el reduccionismo de los múltiples factores implicados en la frigidez femenina que permanecen desconocidos o encubiertos en la explicación minimalista de su desconocimiento por la localización interior de la vagina en el cuerpo (Deutsch 1960:101).

Un hecho que cabe remarcar es que este error de conocimiento no es puesto de manifiesto y resaltado como algo refutado y superado sino que cae en el silencio y no se vuelve a mencionar ni utilizar. No obstante, como no se ha dado un pronunciamiento claro y oficial sobre el error, muchos autores continúan pensando y teorizando sobre el orgasmo clitoridiano. Si bien es posible que haya una fuerza represiva latente para que no se constituya la localización precisa en tanto representación mental, esto no implica que la niña no se excite y, si se excita, que su vagina no se contraiga y no pueda tener un orgasmo.

Esta concepción de su propia sexualidad dependerá en gran medida del cuidado que tengan los adultos en el debido esclarecimiento y en cómo es valorada esa excitación de la niña. Aunque la niña se masturbe en la zona vulvar y por medio de la estimulación del clítoris, la zona de excitación se extiende a la vagina, y el orgasmo no puede darse si no es en el interior de la vagina (Navarro & Stimpson 1999:66-69).

De esto se desprende que la creencia en el doble orgasmo femenino, clitoridiano y vaginal, es en cierto modo inexacta, ya que se confunde la zona de estimulación con la zona del orgasmo, que sólo puede ser vaginal, ya que es el único órgano que puede contracturarse. El clítoris, en tanto zona erógena, se halla provisto de la red sanguínea suficiente para proveer parte de la vasodilatación necesaria para cumplir un papel relevante en la fase de excitación, pero carece de los músculos necesarios para las contracciones del orgasmo.

Cualquiera que sea el estímulo –táctil, auditivo, visual-, que desencadene la excitación genital, ésta comprenderá a la zona genital entera. Que la niña o la mujer frote o estimule el clítoris como método prevalente para desarrollar la excitación hasta la plataforma orgásmica, necesaria para que los músculos de la vagina desencadenen su salva de contracción, no implica que haya un doble orgasmo, y mucho menos que uno sea masculino y otro femenino, ya que el clítoris es una parte esencial del aparato genital femenino, órgano de la excitación, pero no del orgasmo. La semejanza anatómica entre el clítoris y el pene no los equipara ni en el plano fisiológico ni mucho menos en el psicológico.

La estimulación de ambos no despierta un único tipo de fantasías, éstas dependen de la estructuración del deseo y no del órgano que se excita. De igual manera, el frote del pezón de la mujer y su erección durante el coito no activan fantasías de ser ella la que penetra, sino el deseo de ser penetrada. La teoría ha sido presa del nivel imaginario al suponer que la similitud de forma define la función (Dio Bleichmar 1997).

El núcleo de la noción de sexualización es la intrusión de la pulsión sexual en una actividad, función o territorio no sexual de la vida humana, lo cual implica que la pulsión se encuentra siempre activa en la búsqueda de su expresión. Pero según Dio Bleichmar (op cit) existe una forma de sexualización que no ha sido puesta de manifiesto y que constituye un proceso habitual y creciente en la actualidad de nuestras sociedades, que es la sexualización en la tipificación de la feminidad, sexualización que se establece de tal manera que es considerada una suerte de proceso natural.

Dicho proceso consiste en la concepción del cuerpo femenino a partir de su sostén narcisista, siendo la belleza y la estética corporal el emblema máximo de la mujer en la oposición feminidad/masculinidad, por lo que se trata de un cuerpo atravesado por un profundo significado sexual. La nena linda de la primera infancia se convierte en una escolar atractiva, luego en la Lolita de la pubertad para completar su ciclo hormonal con la aparición de la bomba adolescente, hasta llegar a ser una mujer guapa. En términos de una equivalencia entre representaciones del cuerpo que sostengan la creencia en una completud, en un atributo que garantice un acceso al otro sexo, el cuerpo entero de la niña se instituye en un equivalente por su importancia, al genital del varón (op cit).

Cuando menos, la noción del cuerpo entero como órgano sexual en los formatos de feminidad constituye una norma social impuesta que emana de simbolizaciones preexistentes, en las cuales existe una exaltación de los valores femeninos en términos de belleza sexualizada. Estos esquemas preexistentes no pertenecen a la experiencia individual que dan forma y contenido a la feminidad en tanto estructura subjetiva individual, es decir, materia prima simbólica que construye su ser sexuado. En realidad, tipifican una sexualización de su cuerpo entero independientemente del deseo de la niña, entendiendo por deseo de la niña un movimiento activo y propio de autosexualidad (Burin 2002:142).

En este sentido, el punto que requiere ser enfatizado es el carácter pasivo de la niña en el proceso de estructuración de su ser femenino, de su ideal del yo femenino, y el carácter exógeno de la implantación en su subjetividad de formas hipersexualizadas de su identidad indiferenciada en una matriz sexo-género. De otro modo, la sexualización del cuerpo por medio de los formatos establecios se constituye, junto a una condena y renuncia a la sexualidad en general, como es condición diferencial entre la niña y el varón.

Mientras en el varón la ley del padre exige renunciar sólo a la madre para tener acceso a todas las demás mujeres, en el caso de la niña la prohibición consiste en una renuncia a la sexualidad en su conjunto; no al padre para tener acceso a todos los hombres, sino a la sexualidad en tanto

actividad para poder acceder al amor de un hombre y a través del amor gozar de una sexualidad que no amenace el narcisismo del yo-género femenino (Dio Bleichmar 1997).

Resumiendo lo antedicho respecto de la sexualidad femenina, los atributos estéticos y el poder seductor de la belleza del cuerpo femenino generan una atracción tal que el desnudo femenino es uno de los factores inspiradores universales para todo intento de recreación masculina, pero sabemos que la mirada masculina no es sólo contemplativa, sino un medio de conquista y de goce sexual.

En psicoanálisis, es clásico considerar el voyeurismo formando parte del par exhibicionismo/voyeurismo, pero esta regla no se cumple en la observación de estos comportamientos por sexo-género. Es un rasgo de masculinidad indiscutible la creación activa de situaciones favorables para la contemplación y goce del cuerpo desnudo de las mujeres. Es un rasgo de feminidad indiscutible el ofrecerse exhibicionísticamente a la contemplación y goce de la mirada del hombre. Las niñas, cuanto más lindas y graciosas, más hacen suyo este código masculino-voyeurístico femenino-exhibicionista muy precozmente, ya que provocan la mirada, prolongando indefinidamente un patrón de interacción temprano que es el llamar la atención como forma de contacto y comunicación interpersonal (Navarro & Stimpson 1999: 222).

Lo peculiar de esta dinámica intersubjetiva es un efecto intrapsíquico que se formula en términos del déficit de privacidad en que se desarrolla su vida psíquica sexual. La implantación del significado provocador de su cuerpo crea en la niña una peculiar dialéctica de lo privado y de lo público, por un lado, y del par exhibicionismo-voyeurismo, por el otro. Su cuerpo a través de la mirada que la desnuda se halla expuesto, contemplado: es un objeto de la mirada, se halla habitado por la mirada (Dio Bleichmar 1997).

Por otra parte, la insistencia y universalidad de la atribución del carácter provocador en las representaciones de lo femenino, tanto en las manifestaciones de la cultura –mitos, literatura, arte-, en las interpretaciones de los comportamientos de las mujeres a través de la historia, como también en la

propia atribución de seductora que la mujer hace de su conducta, hallan su fundamento estructural en el predominio de la naturaleza intersubjetiva de las operaciones sobre las que se construye y mantiene el significado de sexualidad para la mujer. Esto, por supuesto, lleva su contrapartida cristalizada en el déficit de un espacio interior, íntimo y secreto para el procesamiento del significado de lo sexual en la niña.

En síntesis, se pueden distinguir tres niveles en la comprensión y el discurso humano sobre la sexualidad, los cuales contemplan a la mujer en tanto seductora universal:

a) el nivel infantil: los niños construyen sus propias teorías sobre el enigma de la sexualidad adulta, como bien lo destacó Freud;

b) el nivel adulto, que curiosamente emite teorías propias, de engaño, de autodefensa –el repollito, la cigüeña, la provocación de la niña;

c) el nivel científico, versiones más elaboradas que han sido legitimadas por autoridades del saber a lo largo de la historia –el útero migratorio, la naturaleza masculina del clítoris, etc.-, que han ido sucesiva y progresivamente, desmintiéndose por un saber cada vez más riguroso (Dio Bleichmar 1997:381).

4.7. Alcances del parto natural en la subjetividad de la mujer

Es realmente difícil para la mujer socializada en el imperio falocrático que entienda que es posible hablar del placer de parir. Independientemente de todos los preceptos dentro de las dos ó tres horas inmediatas después de la salida de la criatura, aunque éste haya sido doloroso y violento para la madre y la criatura, existe la posibilidad de recuperar la autorregulación del proceso sexual de la maternidad. En este breve lapso de tiempo se generan las descargas más significativas de oxitocina y de endorfinas que una mujer desarrolla en toda su vida sexual (Odent 1990).

En este sentido, puede argumentarse que si se le permite a la mujer llevar adelante un parto natural, sin intervenciones innecesarias, debidamente acompañada y respetada, es muy posible que sienta oleadas de placer y de sentir a la criatura recien salida del vientre y succionando el pezón. Se trata de un fenómeno que se conoce con el nombre de 'impronta', es de orden fisiólogico y se encuentra filogenéticamente determinado para organizar el acoplamiento o simbiosis de la exterogestación.

El único proceso simbiótico de la vida de la mujer es el que comprende la extero-gestación, proceso que se extiende aproximadamente un año, pero que es muy intenso los dos primeros meses. Entre madre y bebé se produce una atracción libidinal que los mantiene en estado de simbiosis, es, sin rodeos, una atracción mutua de índole sexual, tan placentero y gratificante para la mujer como para el bebé, que corresponde a un nuevo estado sexual de la mujer y de la criatura. Según algunos estudios se trata de la catexia libidinal más significativa de toda la vida humana, porque debe mantener la atracción mutua de la simbiosis, confirmando lo que ya dice el indicador hormonal.

Es sumamente contraproducente la anulación del cuerpo a cuerpo con la madre. El contacto piel con piel, que corresponde a la producción libidinal, continúa siendo imprescindible no sólo psíquicamente sino también orgánicamente -para la formación de las sinapsis neuronales, la coordinación neuromuscular, el sistema inmunologico, etc, más allá de que podamos sobrevivir con leche y calor artificial. Ha quedado demostrado que dependen del grado de emoción la producción de ciertas enzimas y otros moduladores químicos necesarios para la maduración psicosomática de la criatura humana. Sin el contacto cuerpo con cuerpo tiende a bloquearse nuestro desarrollo sexual básico.Hoy por hoy se tiende a separar sistemáticamente a la criatura recién nacida de la madre, siguiendo la excusa de lavar y de inspeccionar clínicamente al bebé. Esta interrupción violenta interfiere en la producción de la *impronta*, y a su vez tiende a la negación de la sexualidad femenina y de uno de los estados de mayor placer en su vida y también la de la misma criatura, que queda dañada de por vida, generándole una falta básica.

Enmarcado en este proceso social de regulación la mujer ha perdido las pulsiones sexuales ligadas al placer y el deseo de amamantar. De hecho, muchas madres consideran este hecho como una molestia innecesaria y suplantan su presencia con mamaderas. Ahora bien, más allá de lo que se dice, amamantar puede ser sumamente placentero, un placer que se percibe en los pechos y en el útero y en la vagina, pues hay conexiones o 'meridianos' de placer entre los pechos y el útero. El parto, como vimos forma parte de la sexualidad de la mujer. Es tal el grado de castración del cuerpo femenino que se está dejando la reproducción humana a merced del orden establecido, a la pérdida de la conciencia del propio cuerpo, al auto inhibición, a la sumisión inconsciente.

4.8. Mecanismos de sumisión

La práctica de la castración, utilizada para tornar dóciles a los animales, para volverlos domésticos, parece haber derivado en un arte de la dominación, y de la explotación que fue aplicado a la sociedad humana, para conseguir ejércitos para las guerras de conquista, y esclavos para el trabajo forzado.

En esta misma dirección en la especie humana, al igual que cuando se trataba de la cría de obejas, había que manipular la capacidad reproductora de la mujer. Asimismo enseñaron a esta que su rol debía basarse en la represión y en el miedo, cosas que debían trasmitir a sus hijos, para ir formando el acorazamiento psicosomático necesario tanto para la crueldad y la competitividad del guerrero como para la resignación del esclavo.

En este proceso es interesante observar como la madre amante y enamorada de su criatura se transforme en madre patriarcal dispuesta a reprimirla antes que complacerla, anteponiendo los objetivos de función social preestablecida a su bienestar inmediato. Íntimamente ligada a este proceso se hizo necesaria la eliminación del latido del vientre de la mujer, es decir, la pulsión del deseo sexual que impulsa la reproducción.

Había que terminar con la pasión de la madre amante. Así se da cada vez más marcadamente la prohibición de la expansión de la sexualidad femenina, partiendo desde su misma niñez, asimismo se prohibió a las mujeres que compartan su sexualidad con otras, etc. Todo esto contribuyó o, mejor dicho, fue parte del proceso de implantación de un status social de inferioridad que posibilitase todo el sometimiento.

Cuando se habla de la sensualidad del poder, de la vinculación del poder con la sexualidad y el cuerpo, es posible pensar en lo que Freud denominaba la pulsión de dominio, refiriéndose a una pulsión no sexual, que sólo se unía secundariamente a la sexualidad y cuyo fin era dominar al objeto de amor por la fuerza. En sus *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, Freud evoca la cuestión de la actividad y la pasividad en la fase sádico-anal del desarrollo psicosexual, y designa la musculatura como base de la pulsión de dominio. Esta pulsión sería anterior tanto a la piedad como al sadismo, pues su finalidad no es la de hacer sufrir sino la de dominar. Es interesante observar que sólo cuando esta pulsión se sexualiza, aparecen tanto el sadismo como el masoquismo (Freud 1968).

Canetti (1981) plantea que es natural encontrar el acto decisivo del poder allí donde siempre es más notorio, tanto entre los animales como entre los hombres: precisamente en el agarrar. El supersticioso prestigio que entre los hombres gozan los animales de presa felinos, tanto el tigre como el león, descansa en ello. Pero al lado de este poder de agarrar -es revelador el sentido que esta palabra ha adquirido en la jerga adolescente contemporánea-, Canetti subraya otro menos atrayente, pero no menos importante: el poder de no dejarse agarrar. Para establecer esa necesaria distancia, ese espacio libre que lo rodea y en el que nadie puede ingresar sin su autorización, el soberano puede recurrir a una vieja compañera, la fiel aliada de los poderosos: la paranoia, la cual es exaltada por la política (Canetti 1981: 282).

Canetti enfatiza las relaciones entre el cuerpo y el poder. En efecto, nada es más material, más físico, más corporal que el ejercicio del poder. Luego resitúa dichas relaciones, poniendo énfasis en la respuesta del poder

hacia el cuerpo, ya no a través del control-represión clásico, sino a través del control-estimulación, que ha adquirido una nueva modalidad en la contemporaneidad, con el culto al cuerpo, a cultivar su delgadez, belleza, estar bronceado, lo que ha devenido en una patología narcisística, a diferencia de la rígida moral sexual que caracterizaba a la época en que surge el psicoanálisis. A cada movimiento del poder, responde uno del cuerpo, y viceversa. Si el poder significa la posibilidad de encontrar una obediencia, esto quiere decir que dispone de los medios para forzar dicha obediencia.

Según la visión weberiana, el Estado se caracteriza por el recurso eventual a la violencia legítima. Foucault (*1980:228)* definirá el poder, en última instancia, como una relación de fuerzas). Más allá de la sustancial vinculación entre el poder y la fuerza, el planteo de Canetti se basa en que los mecanismos de sumisión tendrán mayor efectividad en la medida que quede en el plano de la amenaza (Canetti 1981). Es de destacar la manipulación que ejercen en la actualidad los medios de comunicación, a fin de mantener los mecanismos de sumisión que sostienen al poder. A través de sus estrategias de persuasión, acompañadas de la satisfacción de algunas necesidades de los sujetos, la masa se torna dócil y las posibilidades de catástrofe hacen que permanezca inalterable la amenaza que asegura la sumisión (Canetti 1981). De este modo el poder configura una relación asimétrica, signada por una admiración ambivalente, entre un ego que sabe y quiere (el sujeto supuesto saber, en la jerga de Lacán) y una masa amorfa, ignorante y sin voluntad, que de algún modo acepta y resulta cómplice de su propio sometimiento.

Por su parte, (Butler 2001) vincula poder y subjetividad mediante la forma de la sumisión. Por ello el concepto de la sujeción remite a un posicionamiento radical en el cual el “yo” es fruto del poder. Y sin embargo, el mismo poder que funda el sujeto mediante la sumisión es el mismo que proporciona las posibilidades de resistencia y transformación, porque somos sujetos de deseo.

Butler (2001) se pregunta cómo resolver el dilema según el cual el poder es represivo y productivo a la vez. Si bien el poder es condición del sujeto, el poder represivo es distinto del productivo, que es el que el sujeto puede ejercer. La performatividad , que supone la apropiación y repetición de

las categorías de poder pero también el desplazamiento de las mismas, es fruto de una sumisión pero al mismo tiempo de una posibilidad de subversión, siendo posible transformar al mismo poder que da origen al sujeto. Entonces, la dicotomía entre transformación y reproducción del sistema es resuelta por cada sujeto, planteando Canetti que la tendencia de la masa es reproducirlo. Butler disiente con esta posición, al señalar que el sujeto tiende a superar aquello a lo que está atado (Butler 2001:85).

4.9. Modos de represión

Periódicamente suele conocerse el caso de alguna mujer, por lo general jovencísima, que pare un hijo del que afirma no haber sabido que lo estaba esperando. En este tipo de experiencia, el parto no ha estado precedido de ninguna gestación. Se trata, por lo común, de muchachas que aun dependen de unos padres para quienes el embarazo supone un acontecimiento no deseado, además de peligroso, un trauma que no pueden afrontar. Se pone en marcha, entonces, la represión, especialmente en lo que atañe a los cambios del exterior del cuerpo, ya que los interiores resultan igualmente inadvertidos para muchas mujeres, sin que por ello logren ignorar de verdad lo que esta pasando. Un poco mas de represión basta para que el proceso vital de la gestación permanezca en la sombra, aislado por el hiato que separa la mente del cuerpo (Vegetti Finzi 1990:147).

Más allá de las variaciones que fueron presentando el arte y la técnica de la domesticación, siempre conformó un sistema de doble articulación. Por un lado, la represión exterior –lo abiertamente coercitivo-, basada en la fuerza física y las incentivaciones en la escala social. Por otro lado, la represión interior –lo profundamente ideológico-, basada en el propio autoconvencimiento y autoinhibición de la mujer (Lerner 1990).

Es importante subrayar que desde los comienzos se pusieron en marcha mitos e incentivaciones destinadas a convencer a la mujer y lograr su sumisión cada vez más voluntaria y cada vez más inconsciente, más allá de la represión ejercida directamente.

Desde la perspectiva de Vegetti, existe algo mucho más interesante que estas gestaciones inconscientes: el trabajo psíquico que toda mujer cumple que enlazar el pensamiento a una dinámica vital que sigue su curso dentro de ella, en su propio cuerpo, sin que intervengan el consenso o la participación intencional.

Desde el primer momento, se activa en el inconsciente el perfil vacío del niño fantástico de la primera infancia que desapareció después con la amnesia que la concluye. Ahora bien, la tradicional represión social va dejando progresivamente su puesto a la autocensura, a ese tipo de represión psíquica en la que Freud encontrara la causa de la enfermedad femenina por excelencia: la histeria.

Es interesante observar como en los orígenes del psicoanálisis, en los primeros estudios sobre la histeria (Freud & Breuer 1892-95) sitúan en la imaginación la causa de los disturbios psicosomáticos de sus pacientes, pero se trata de una dimensión vacía, de un estado de hipnosis crepuscular, donde lo prohibido ha borrado todas las representaciones del deseo y de la emoción.

La muchacha, observa Breuer, intuye en los Eros la terrible potencia que domina y decide su destino, y eso la angustia. Por eso es tan grande la tendencia a mirar hacia otra parte y desterrar de la conciencia lo que la atemoriza.. Para esta nueva consciencia, el matrimonio no es ya el remedio ideal contra la enfermedad femenina; hasta tal punto que Breuer declara sin ambages: No creo exagerar si afirmo que la inmensa mayoría de las neurosis graves en la mujer proceden del lecho conyugal (Ibid).

Sobre este concepto, profundamente innovador respecto a la tradición, funda el psicoanálisis su programa de redefinición de la sexualidad humana y de denuncia de los mecanismos represivos que operan sobre ella con frecuencia de forma invencible por su carácter de auto imposición. El psicoanálisis no esta solo en esta empresa, sino que se inscribe en un movimiento mas amplio de la critica de la cultura que desde Nietzsche mira con desconfianza la tradición y la supuesta naturalidad de sus principios constituyentes.

No obstante, esta tarea, sin duda liberadora, que desarrollo el psicoanálisis se refiere casi exclusivamente a la sexualidad, abandonando la maternidad a un universo donde no existe el pensamiento (Vegetti Finzi 1990).

De cualquier modo, la ética del psicoanálisis se funda en la convicción de que conocer es siempre mejor que ignorar, y de que la conciencia de nuestras limitaciones, del entramado inextricable de determinaciones que nos imponen naturaleza y cultura, es la condición de nuestra libertad.

Una libertad residual, que solo se reencuentra cuando hemos experimentado las limitaciones de nuestra capacidad para reconstruir el pasado y controlar el futuro. Un buen uso del olvido consiste, sobre todo, en reconocerlo, pero también en controlar sus efectos, aumentando nuestra conciencia y nuestra capacidad de estar alertas, aunque nos dispongamos a vivir a la sombra de nosotros mismos.

Existen mecanismos ideológicos en la actualidad, ligados a los modos más diarios de sociabilización que generan una estructura psíquica y un adiestramiento corporal en la mujer que hacen que ellas mismas sean reproductoras de su propia alienación (Melandri 1980).

Vale decir que el comienzo de este proceso se da cuando al nacer la criatura haya que su madre está ahí como mujer del hombre y para el hombre y no como mujer con su cuerpo de mujer en gestación extrauterina.

El aprendizaje de la madre se torna así una mirada a través de la cosmovisión falocéntrica. Es más, a lo largo del crecimiento lo que “debe ser” es la imagen de la madre alejada de la criatura, entregada al padre el deseo del cuerpo a cuerpo se nos presenta como adulto y falocéntrico y marca como lo prohibido el deseo del cuerpo femenino-materno. De esta manera la mujer se conforma como una imagen prohibida que queda fuera del orden social.

De esta manera, con la infravaloración y la percepción falsa del cuerpo por parte de las mismas mujeres, se construye una sexualidad adaptada al orden patriarcal, que sólo deben gustar al hombre.

El falocentrismo, así, se internaliza y naturaliza desde la primera etapa de la vida. Esto, lo prohibido queda sin ser dicho, es puro silencio, detrás del tabú del incesto. Lo que se oculta es detrás de este velo es, ante todo, que se ha incurrido en la prohibición de una mujer que se consideraba incompatible con modelo de sociedad moderna y, por ese motivo, quedo relegada a la imagen arqueológica, al lejano origen de la civilización.

4.10. Violencia, sumisión y sociabilidad

La base de la construcción de los paradigmas de hombre y de mujer debemos rastrearla en la prohibición del cuerpo a cuerpo con la madre (Irigaray 1985). Este es el aspecto central en el que reside la lógica de la división de los géneros que hacen funcionar esta sociedad. En el origen de esta división deben observarse como detritus innegable la violencia conjuntamente con la interiorización psíquica de las relaciones de Poder y de sumisión.

En distintos campos del conocimiento se ha constatado que se produce una herida psicosomática imborrable a la criatura al nacer de una madre patriarcalizada, lo que quiere decir, libidinalmente aséptica y robotizada.

La supresión del cuerpo a cuerpo con la madre y la desaparición de la sexualidad no falocéntrica de la mujer es la mutilación así como la violencia a la que se somete el cuerpo de la madre durante el parto es un shock inicial que deja sus huellas.

En este sentido, la socialización debe entenderse como proceso en el que se manipula tanto la herida producida por la falta de madre, como la ansiedad que mana de esta herida. A lo largo del proceso de socialización, esta manipulación se llena de contenido y se refuerza en violencia emocional. Lo que se transmite es que para que al sujeto le sea dado algo de lo que tempranamente le han arrebatado es preciso que obedezca y cumpla las reglas establecidas.

La canalización del anhelo y la ansiedad que manan de la herida hacia el orden falocrático y hacia la pareja -esa pareja en la que se saciará todo el anhelo y se encontrará la plenitud del deseo sexual- es uno de los principales objetivos de la socialización regida por la normativa patriarcal.

4.11. La identificación con la función materna: el instinto de ser madre

Para ver los alcances del parto en la subjetividad de la mujer resulta conveniente revisar el concepto de amor maternal. (Badinter 2003), rastrea el origen del concepto de amor maternal en las sociedades occidentales modernas de los siglos XVIII y XIX. Con interesante documentación evidencia el surgimiento de la idea de maternidad que atribuye el rol parental a la mujer, por creer que su “cuerpo biológico” la hace desarrollar un “instinto maternal natural (Badinter).

Hoy sabemos que las primeras vivencias infantiles -aún las del periodo perinatal– modelan nuestro comportamiento, nuestra conducta social y nuestra salud mental (Chorodow 1985). Es fundamental que el niño reciba el amor incondicional de las personas que lo cuidan. El ambiente afectivo de los primeros años de vida influye significamente en el crecimiento y la madurez posteriores.

Los cuerpos están programados para cumplir una serie de funciones reproductivas, son el escenario de la reproducción. Hoy nos emocionamos cuando vemos a una madre amamantar a su bebé.

Sin embargo, a pesar de los indudables beneficios del amamantamiento materno, la clínica nos demuestra que algunas mujeres, en realidad, no desean dar el pecho a su bebé y preguntan si es imprescindible hacerlo.

Reconocen que es saludable para el recién nacido, pero frente a los beneficios de la inmunización, del vínculo creado, se animan a decir que nunca les interesó amamantar, que las inquieta la idea de que su cuerpo esté al servicio de otra persona. (Badinter 2003).

Aunque resulta difícil pensar que una mujer pueda negarse a amamantar, este no es un hecho tan natural como parece. Muchas de nuestras costumbres son verdaderas construcciones culturales, a pesar de que existe biológica y funcionalmente una preparación para amamantar o para parir. El amor maternal no surge necesariamente con la maternidad.

El amor es una construcción en la que ponemos mucho de nosotros mismos para acompañar y criar, y es bueno dar espacio a las otras emociones – hostilidad, agresión - que aparezcan. Como ya dijimos, una mujer que no accede a la maternidad puede tener una vida muy plena, muy femenina. Por otro lado, es difícil para una mujer decir " estoy bien sin hijos".

Esto transgrede el mandato social, lo que "debe ser". La sociedad valora mucho al embarazo. Los hijos son una posesión más que enriquece. Por otro lado, la sexualidad sin hijos se considera una falla "productiva".

Desde esta perspectiva, no tener hijos es no cumplir una finalidad biológica y social. Pero la posibilidad de poder elegir cuándo tener un hijo como otro proyecto comprometido de su existencia coloca a la mujer en un lugar distinto de su desarrollo autónomo personal (Badinter 2003)

En la subjetividad de cada mujer se instala el deseo más o menos consciente de ser madre. Para la mujer puede resultar gratificante construirse

como madre desde su historia personal: cómo fue la relación con su madre, cómo llegó ella misma a la maternidad.

El vínculo con la madre suele estar cargado de conflictos que aparecerán, actualizados, en el momento de la propia decisión. Revisando los distintos significados históricos, sociales y culturales que se le asignan al hecho de ser mujer y madre podemos observar que el pasaje a la propia experiencia se hace muchas veces deconstruyendo y reconstruyendo modelos ajenos a aquellos que se recibieron (Ibídem).

Muchas veces este proceso se produce antes del embarazo, En algún momento del mismo, la mujer se pregunta si ya es madre. En realidad, la maternidad empieza a construirse cuando aparece el deseo de ser mamá o cuando se da una identidad a la niña o niño por nacer. (Burgo 2004). Cuando una mujer estimula el conocimiento de sí misma, puede encontrarse con su propia representación del hecho de ser madre. En muchos casos maternidad y paternidad se desarrollan a partir de un embarazo no planificado.

Las distintas cualidades de cada género se moldean en una natural competencia. En la pareja, la mutua subordinación, la posibilidad de compartir, participar y colaborar, la disponibilidad o la descalificación, están vinculadas al poder. Si cada miembro de la pareja expresa lo que siente y reconoce los valores del otro, ambos estarán en las mismas condiciones para compartir el amor, el placer y el esfuerzo de esta experiencia en el enorme desafío de criar a un hijo. (Badinter 2003).

El psicoanálisis ha mostrado que el deseo de tener un hijo no corresponde a la realización de una supuesta esencia femenina, sino que es propia de una posición a la que se llega después de una compleja historia, en la que lo fundamental son las relaciones que la mujer ha tenido en la infancia con sus padres.

El deseo de tener un hijo no es natural sino histórico. Se realiza en el marco de unas relaciones intersubjetivas cuyo resultado es aceptar la

feminidad como algo compatible con la maternidad, y el hecho de ser mujer como algo placentero y no como algo asociado a sufrimiento y al sacrificio.

Para todo ello es preciso que la subjetividad femenina no haya sido dañada por un abandono afectivo, o por invasiones emocionales que la hayan dejado vacía de deseos propios (Badinter 2003).

Margaret Mead, en sus estudios antropológicos comparados de diferentes sociedades, arribó a la conclusión de que cada cultura tiene sus preconceptos frente a las funciones procreativas de la mujer, preconceptos a los cuales la mayoría de ellas se adapta.

Esta adaptación se encuentra enraizada en la psique profunda de la mujer. Según el enfoque psicológico de Langer (1998) durante el parto la mujer se identifica con la madre en sus funciones maternales. Esto explica por qué en la misma sociedad, y hasta en el mismo reducido círculo familiar, cada mujer desarrolla un caudal de angustia y de trastornos distinto frente al embarazo y al parto. Contemplar el trasfondo psicológico de los temores y angustias que tienen las mujeres en el embarazo permite hallar medios psicoterapéuticos para minimizarlos.

Durante el embarazo y parto la mujer embarazada repite especialmente su relación primitiva con su propia madre, lo cual ha sido observado en profundidad en tratamientos psicoanalíticos.

Fue Deutsch (1960), quien postula el proceso de doble identificación que se manifiesta durante el embarazo. La mujer se identifica con el feto, reviviendo así su propia vida intrauterina. Y a la vez, el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada a su propia madre y especialmente a su superyó materno, y así su relación ambivalente con la madre es revivida con su hijo futuro (Langer 1988).

La causa fundamental por la cual la mujer desea tener un hijo es biológica, y se basa en el instinto maternal. Así como el instinto sexual lleva al enamoramiento, y los enamorados satisfacen en su unión, junto con su apetito sexual, determinadas necesidades psicológicas, el instinto maternal, como parte integrante de la sexualidad femenina, gratifica a través de su realización múltiples deseos de la mujer: recuperar a su propia madre a través de la identificación y comprobar su propia fertilidad.

Otra vertiente importante de los estudios psicoanalíticos focalizados en la situación de embarazo proviene de Freud (1968), quien llamó la atención sobre las teorías fantásticas que los niños conciben para explicar el misterio de la concepción, del embarazo y del parto. Estas teorías están de acuerdo con las etapas libidinosas por las cuales atraviesa el niño, y que más tarde sucumben a la represión, pero se mantienen inalterables en el inconsciente.

La teoría más frecuente, que por lo demás se encuentra también en muchos mitos y en las creencias de pueblos primitivos, es que la mujer se embaraza por haber comido algo.

Este algo simboliza generalmente el pene. Por otra parte, el niño reprime su conocimiento de la existencia de la vagina, supone que la criatura es expulsada por el ano y la equipara a un excremento. Parece que los trastornos más frecuentes de la gestación, los vómitos y el estreñimiento, se producen por la persistencia en el inconsciente de esta fantasía infantil (Langer 1988).

El abordaje psicoanalítico de Langer distingue al instinto materno como causa esencial del embarazo y se encuadra dentro de los estudios críticos de la mecanización y deshumanización del parto.

Para ella la transformación de un proceso biológico de gran contenido psicológico individual en una serie de operaciones técnicas está arraigada en una tendencia característica de la época actual de la globalización: el antiinstintivismo, el cual resulta afín a los nuevos regímenes que recomiendan píldoras de vitaminas en lugar de verduras o regularizan las horas de sueño y

de vigilia mediante distintas drogas (Langer 1988). Ya el lactante tiene que adaptarse a esta tendencia cuando, después de despertar de la somnolencia que la anestesia general de su madre a menudo le ha provocado, se le ofrece la mamadera en lugar del seno. En estos hechos simples se ve cómo la sociedad actual tiene una actitud mecanicista y antipsicológica frente al parto.

En consonancia con Deutsch, Langer, Schallman (2004) sostiene que la identificación con el feto –que ya es un niño en su imaginación- se expresa en sus comportamientos aniñados o de bebé, aumentando su necesidad de ser cuidadas, protegidas, contenidas maternalmente. Por su parte, la identificación con la madre se agudiza en la segunda mitad del embarazo, cuando van perdiendo el control de sus emociones y se van tornando cada vez más regresivas.

CAPÍTULO 5

¿Qué respondieron los entrevistados? Resultado de las entrevistas

5.1.La medicalización del parto.

Son muchos los entrevistados que señalan la deshumanización que implica la medicalización e institucionalización del parto como parte de un proceso de deshumanización más amplio de la sociedad como un todo. En este fenómeno intervienen motivos económicos en que la técnica se expande como una lógica tendiente a la racionalización del costo-beneficio, y las relaciones económicas y mercantiles ocupan territorios de los que antes estaban excluidos

> *Con respecto a las prácticas tradicionales y el parto medicalizado, pienso que la imaginación del hombre es tan grande que desde su aparición y desarrollo ha pretendido cambiar situaciones que naturalmente se preservan y que en la mayoría de los casos no lo afectan, pero igual las ha intentado cambiar.(Entrevistado 5).*

> *Creo que el proceso de deshumanización del parto es consecuencia de un proceso de deshumanización más abarcativo, que es la deshumanización de la economía. (Entrevistada 6).*

> *...en las condiciones que se trabaja, bajos sueldos, incomodidades, falta de insumos, horarios prologados, los valores éticos dependen de cada uno/a, tampoco hay controles ni autoridades reales. Todo proyecto nuevo es boicoteado.(Entrevistada 9).*

De todas maneras no se puede decir que lo que ocurre a nivel del parto es un hecho aislado provocado por los médicos o la medicina. Estamos en una sociedad que ha llevado al extremo la mercantilización de las relaciones y los médicos también están dentro de este sistema como estamos todos. Es decir esto aparece en todas las áreas de la sociedad e instituciones: educación, trabajo, familia.. (Entrevistada 9).

Considero que los partos conforman una parte de los quehaceres de esta época en la que todo esta deshumanizándose, como también la práctica obstétricia. (Entrevistada 20).

Muchos partos se realizan en instituciones públicas, donde la parturienta es un número y donde se propicia la velocidad del parto, la episiotomía y el alta "ultra temprana", todo esto debido al pueperrimo presupuesto económico/financiero recibido.(Entrevista 10).

Como bien señala Cavia (2002) se opera una homogeneización técnica de los partos con el propósito de hacerlos mensurables. Se trata de hacerlos lo más cortos posibles y adecuarlos a los tiempos del médico o del sistema hospitalario.

Un proceso estricto de salud es intervenido de esta manera por los requerimientos funcionales y económicos de una institución que es al mismo tiempo médica y con fines de lucro. En esta línea, la medicina que responde a motivaciones económicas es invasiva para la salud de las mujeres en el momento de parir.

5.2.La parturienta como objeto

Muchas mujeres que atravesaron un parto en una institución médica señalan haberse sentido objetos maleables de la práctica médica, ajenas al conocimiento y la experiencia subjetiva de lo que estaban viviendo por ser sometidas a la interpelación médica como pacientes o, incluso, enfermas.

En el proceso la parturienta no puede identificarse como el sujeto que está produciendo con su cuerpo y su deseo ese momento que debería ser de plenitud y acercamiento a la naturaleza humana a partir de la singularidad del ser, el ser femenino y el ser madre. El dar a luz es visto como un mecanismo, lleno de obstáculos y riesgos que deben ser interpelados, antes que como un momento de naturalidad.

> *La mujer acostada se "sujeta" en condición de "objeto" al deseo del medico que puede operar" sobre ella y decidir de que manera parirá así hijo. Si ahondamos en profundidad aparece privilegiado el acto de dominio, frente a la subversión que significa la sexualidad descubierta y los sentimientos provocados, por la libertad de unos cuerpos entregados a la libre expresión de sus emociones. (Entrevistado 23).*

> *Esto lleva, en general, a tomar una posición de obediencia que no solo acrecienta el poder del médico sino también la adopción de una posición pasiva que transmite a las futuras embarazada. (Entrevistada 3).*

> *Las dos fueron cesáreas, pero en la primera tuve todo el trabajo de parto y sin explicar nada me hicieron la cesárea, no me sentí bien tratada y después se complico y a los diez día me operaron de nuevo y me separe de mi*

bebe, lo cual fue sumamente traumático para todos, además del miedo a morirme.(Entrevistada 15).

...lo negativo, la posición acostada con monitoreo antes de parir y la gran circulación de profesionales continuamente.(Entrevistada 13)

El resto fue todo lo contrario a la humanización que yo esperaba. Hubo falta de contención, insultos, mal trato por parte de todo el personal, médicos, enfermeras, parteras, residentes, etc., me ataron las pierna, me acostaron, el trabajo de parto fue acostada, en posición fetal desnuda y con un ventilador encima y sola...(Entrevistada 10).

La práctica médica se impone sobre la voluntad de la parturienta, haciendo de ésta una persona que debe ser sometida a un conocimiento y una doctrina probada que prescribe una forma única de proceder. Como expresa Cavia (2002), "se produce así una *despersonalización* de la parturienta, que queda transformada en un *objeto de trabajo*, un *campo de trabajo*, rendida en su condición de *paciente*, acostada, inmóvil y obediente a las prescripciones del *personal médico*.

Su cuerpo-objeto despersonalizado es dócil a la exigencia médica". De la misma manera sería pertinente traer a Burgos, para quien los partos se han convertido en un espacio donde la mujer ingresa a un profundo plano de extrañamiento, en vez de acercarse a sí misma.

El parto se ha convertido en una instancia donde ella se percibe como otra persona, donde no se entiende como participante sino como un sujeto ajeno al hecho que se está produciendo.

5.3.El modelo médico y la manipulación sobre la naturaleza.

El discurso médico construye sobre los verdaderos cuerpos un objeto de saber y poder. Su disciplina incorporada a una doctrina muchas veces niega la verdad misma de las prácticas tradicionales y naturales sobre el cuerpo que han permanecido con el desarrollo de la sociedad por siglos.

En este aspecto, toma particular relevancia la posición con la que la mujer atravesará el parto. La posición vertical, en cuclillas o sentada hace a la fuerza gravitatoria cooperar con la salida del chico. Esta práctica se registraba entre una gran cantidad de pueblos pre-colombinos y entre grupos étnicos de Asia y África. La propuesta médica de colocar a la mujer recostada contribuye a su lugar de pasividad, de postración de objeto pasivo ante que sujeto activo de un proceso natural.

El parto vertical es un parto activo, pues al caminar estimula las contracciones naturales, que asociadas a la posición vertical, disminuye el dolor lumbo-sacro y acortan el período dilatante.

Pero a su vez la posición horizontal reduce la visión de los genitales junto con la conexión y el control activo de sus impulsos y sensaciones físicas, lo que introduce la cuestión del poder relativo a las prácticas que se operan sobre el cuerpo.

En un parto natural, se procura evitar el uso de medicamentos, anestésicos, tranquilizantes u occitócicos, a excepción de alguna alteración en la progresión del parto o en los indicadores de salud de la madre o de su hijo que justifique su corrección.

> *Lo que entiendo por practicas tradicionales, son aquellas que se practican por una tradición. Creo, que muchas de estas prácticas que se realizan en la sociedad y no solo en el modo de parir se hacen*

siguiendo estos conceptos.Son prácticas que sin demasiado apoyo científico han dado resultados positivos en su repetición y han quedado instaladas como eslabones, que hacen a una continuidad histórica en una cultura determinada. (Entrevistado 1).

Con respecto a las prácticas tradicionales y el parto medicalizado, pienso que la imaginación del hombre es tan grande que desde su aparición y desarrollo ha pretendido cambiar situaciones que naturalmente se preservan y que en la mayoría de los casos no lo afectan, pero igual las ha intentado cambiar. (Entrevistado 5)

Al enunciar por parte de los obstetras, "acostada es mas cómodo", en defensa de la obligada posición denominada de litotomía-practica paradigmática del modelo medicalizado de asistencia, se esta definiendo un orden médico, en donde la palabra médica adquiere un valor definitorio en cuanto al lugar que cada sujeto (mujer, varón, partera, médico) tiene en este dispositivo de asistencia.(Entrevistado23).

Desde hace más de treinta años, que asumo una postura crítica y contraria a las practicas rutinarias tradicionales con las que se han sometido a la mujer en el embarazo y parto y al recién nacido. Este maltrato se evidencia notoriamente en la postura profesional donde generalmente se coloca a las pacientes en una postura inferior y de ignorancia respecto del "supuesto saber médico". (Entrevista 9).

Cundo mí mujer dio a luz, me rondaban mis pensamientos lo antinatural del proceso, creo que los

> *partos hoy se han deshumanizado, creo que tiene que ser un proceso maravilloso ahora era considerado como un sufrimiento insoportable para lo cual recurren a practicas de medicina reñidas con un proceso natural y me preguntaba como hizo la humanidad antes de que existieran los quirófanos. (Entrevistado 18)*

Por otra parte el discurso médico hace del cuerpo de una parturienta un organismo enfermo, al que hay que aliviar, eyectar de su deficiencia, intervenir en pos de producir modificaciones. Aquí vemos algunas manifestaciones de los entrevistados en este sentido:

> *Algo para lo que el cuerpo de la mujer esta preparado parece ser tratado como una enfermedad más que como un maravilloso proceso de vida. (Entrevistado 8).*

> *Estamos convencidos con mi mujer, que el verdadero parto no es en un hospital, se lo asemeja con la enfermedad, esta rodeada de desconocidos y el espacio no nos brinda la libertad de actuar. (Entrevistado 22).*

Muchas veces este sistema médico que despliega su poder sobre la creación de un objeto de saber, es aceptado e interiorizado por los mismos protagonistas.

> *Las mujeres que asistieron pasivas, pacientes...pocas vienen con conciencia y sino pocas aceptan nuevas formas de parir, por ejemplo la posición vertical ya tiene incorporado el mecanismo de sus otros partos, acostarse, me piden que les ponga goteo, que les rompa la bolsa, para ser mas rápido, las primigestas piden en general la cesárea, están aterrorizadas de sus sensaciones. (Entrevistada 8).*

Según Langer (1988) la caracterización del dolor como un fenómeno completamente negativo que debe ser evitado a toda costa coloca a la mujer bajo la completa responsabilidad y resguardo del profesional. El parto es entonces atravesado por la artificialidad: se lo induce en completa consonancia con las necesidades de la estructura médica y los horarios de la institución.

5.4. La medicalización del parto y el rol de la mujer.

La discriminación solapada y la visión de la mujer en inferioridad de condiciones que prevalece en los círculos médicos conduce a formas no visibles de maltrato y sometimiento.

Frente a esta situación la mujer cuenta también con menos posibilidades de hacer valer su voluntad y decisión. El escenario se empeora aún más si el médico se enfrenta a una mujer soltera o en peor situación económica o familiar.

> *Con respecto a los mecanismos de sumisión y modos de represión, aplicados por algunos profesionales, durante el parto, es llamativo que muchas mujeres elijan a hombres para ser atendidas por ellos en el parto, haciendo un vínculo superficial con la partera, o sea la figura femenina. Muchas mujeres, no se animan ni a preguntar como van a ser atendidas, cual es la concepción de su médico/a. tampoco se animan a decir como quisieran ser atendidas. Pienso que los modos de represión se instalan de diversas maneras. Desde lo institucional y lo humano. Un gesto, una palabra, actitudes desvalorizantes hacia la mujer, sola o en pareja, imponen la reexpresión de sus necesidades. Esto es más llamativo en pacientes hospitalarias con bajos recursos económico. Los modos de represión pueden ser explícitos o velados.En general trabajo mucho con las mujeres el poder confiar en si mismas, la entrega, la aceptación del proceso de gestación, parto y puerperio con sus cambios y modificaciones familiares. Es necesario el conocimiento y cuidado del cuerpo,*

así como de sus limitaciones. Con respecto a las últimas tendencias, respecto de la atención general a las pacientes y, desde mi experiencia. He ido orientándome a la atención domiciliaria, debido a las restricciones institucionales. Por ejemplo: Desacuerdo con la libre de ambulación de la parturienta por la sala de partos y la postura en cuclillas en los pujos y partos y cierta presión para el uso de anestesia peridural para evitar los dolores y gritos (Entrevistada 9).

Las condicionantes culturales que imponen la desigualdad y el sometimiento de género, limitan y sofocan las capacidades femeninas y su fuerza de acción y expresión, las que no tienen cabida ni canal de comunicación. La prueba puede hallarse en la dificultad de muchas mujeres para alcanzar su autonomía emocional, corporal, sexual, social y económica.

En el momento del alumbramiento se distingue la dificultad para registrar su deseo, iniciativa y capacidad de decidir por sí misma que cosas le son deseables y cuáles no, del proceso de parto.

Frecuentemente este fenómeno se refleja en el momento de parir, donde surge la dificultad para registrar el deseo y la iniciativa para imponerse y asumir las posiciones que sienta necesarias para ella misma así como en la práctica sexual.

La mujer es recluida al lugar de receptora y depositaria del deseo del otro, aceptando pasivamente que la "acuesten", dejando a los otros disponer de su cuerpo (Foucault 1994).

5.5. Principales problemas de la mujer en la actualidad

- *El tener que elegir entre ser económicamente productivas o conservar el rol social de la maternidad.*
- *Intentar integrar ambas facetas.*
- *El no contar con condiciones laborales que propicien la integración del trabajo con la maternidad (guarderías, horarios flexibles)*
- *El no tener más opciones que la maternidad. (Entrevistada 7).*

En relación con el ejercicio de la maternidad, es necesario subrayar las apreciaciones de las psicólogas entrevistadas, quienes delimitaron el concepto, relacionándolo fundamentalmente con el acto de amar y proteger a los hijos y lo desarrollaron en los siguientes términos.

> *El deseo de maternidad está determinado sobre todo por la sociedad que considera que para que una mujer sea tal debe acceder a la maternidad. Numerosos estudios avalan esta postura que contra argumenta el esencialismo o biologismo que considera la maternidad como un instinto. Aquellas mujeres que albergan el deseo de maternar lo hacen tanto sea con un embarazo biológico como adoptivo y está basado fundamentalmente en el deseo de cobijar, criar, amar a otro ser que necesita de cuidados para su crecimiento. (Entrevistada 9).*

5.6. Cambio de rol de la mujer

Un aspecto que se profundizó en las entrevistas fue el del cambio del rol de la mujer en la sociedad moderna, e indagar en qué medida ha accedido a una situación igualitaria con el hombre en los planos social, laboral, económico.

Es que la mujer ha ganado amplios espacios en la Sociedad. Ya no se queda en casa "empollando su embarazo". Trabaja a la par del hombre, ocupa lugares de decisión y de enorme responsabilidad. Pretende un desarrollo personal brillante, dejando de lado su "maternidad" para más adelante. En la vida para todo hay un momento. (Entrevistado 5).

Evidentemente vivimos en una sociedad patriarcal, en la que el rol de la mujer aparece frecuentemente asociado a tareas menores o menos reconocidas. Mucho se ha escrito sobre esto. Evidentemente pese a que aún los varones ejercen un mayor poder, mucho ha avanzado la mujer producto de la toma de conciencia colectiva acerca de sus derechos. De todos modos, no es bueno tener una lectura superficial acerca de este avance, si bien los hombres son más propensos a compartir roles con las mujeres, por ej: el hecho de que el hombre asuma cada vez más responsabilidades en el cuidado del hogar y los hijos. Habría que pensar críticamente esto, ya que bien podría ser que la masculinidad avanza en un terreno "femenino" al tiempo que sigue perpetuando lógicas de poder en las que la última palabra pocas veces está en manos de las mujeres. Pero hay que tener cuidado con este dato, porque nos puede llevar a pensar una sociedad en la que el poder sea de las mujeres, cuando en realidad de lo que se trata es de construir un modelo social consensuado en el que ambos géneros tengan igualdad de oportunidades y responsabilidades (Entrevistado 21).

En la medida que estamos en un sistema machista éste se impregna en las distintas prácticas de la sociedad. No sólo los varones replican este modelo sino que también las mujeres nos encargamos de repetirlo. Creo que también estamos transitando un momento de cambio que incluye tanto a varones como mujeres donde se están buscando

nuevos modelos y conductas para relacionarnos. (Entrevistado 9).

Esta decisión por una asistencia que de curso a la libertad y autonomía personal, es decir, con plena responsabilidad y compromiso asumido desde la reflexión, suele ser parte de un proyecto de vida en consonancia con la toma de conciencia de sus necesidades y deseos. Las mujeres emergen consolidadas en sus capacidades y muchas suelen decir que atravesar el parto en esas condiciones les ha posibilitado un renacimiento y reconocimiento de lugares ignorados de sí mismas. (Entrevistado 23).

Existe un pensamiento recurrente en los entrevistados sobre los cambios en el rol de la mujer que permite que haya una mayor reflexión sobre las variantes al parto medicalizado y sus significados.

Este proceso va de la mano de una mayor decisión de la mujer en la planificación de varios aspectos relevantes de su sexualidad, su salud reproductiva y la opción o no por la maternidad.

De la misma manera en que de manera creciente la mujer no requiere de a maternidad como la manera exclusiva de realizarse personalmente, las modalidades que adquiere la maternidad misma (incluyendo al parto) ganan peso.

5.7. Sexualidad y embarazo

Es descriptiva, y a la vez expositiva, la visión de los obstetras en relación con la vida sexual durante el embarazo. Ellos lo ven como un período conformado por diversas etapas que afectan a la sexualidad de la mujer embarazada:

Durante todo el embarazo debe existir una sexualidad acorde a las circunstancias.Durante el primer trimestre los cambios hormonales provocan en la futura mamá síntomas que no permiten una vida sexual placentera. La aparición de vómitos, náuseas, dolor de cabeza, insomnio, molestias en abdomen inferior, la ingurgitación de las mamas, etc., y fundamentalmente el temor a perder el embarazo hace que la libido esté francamente deprimida. En el segundo y tercer trimestre todo se estabiliza, y comienza una sexualidad diferente, creativa, tratando de encontrar nuevas posiciones, ya que la interposición de la panza no permite las relaciones como antes Se puede tener relaciones hasta último momento. (Entrevistado 5).

No es fácil vislumbrar por los profesionales que la sexualidad juega un rol fundamental en la pérdida del miedo y la naturalización de los procesos de parto. Esto es así en cuanto que permite que la mujer descubra y controle su cuerpo y las sensaciones que de él emanan. Esta familiaridad con el cuerpo propio son de utilidad en el momento del parto.

5.8. Obstáculos y barreras para implementar el parto humanizado en la sociedad

Una expresión vertida por uno de los entrevistados que puede definir de buena manera la característica esencial del parto medicalizado y cómo es vivido éste por "el modo intrusivo y sin fundamento". Un ejemplo lo brinda uno de los médicos obstetras entrevistados:

En el uso de la oxitocina, que produce una aceleración de las contracciones en la parturienta, existe una invasión violenta por parte de la medicina en el organismo sano y asintomático de la mujer. (Entrevistado 6).

El hecho de que culturalmente se hayan impuesto prácticas intervencionistas y farmacológicas, se sostiene en mecanismos psicosociales, tal como lo plantea el Dr. Burgo, al analizar los obstáculos para que se extiendan las prácticas propias de un parto humanizado

> *Las fantasías y el imaginario alrededor del dolor en las sociedades occidentales modernas, han generado una cultura en la que el parto y el nacimiento están vinculados fuertemente a las ideas de riesgo, sufrimiento y enfermedad.*
> *Con el objeto de ahuyentar el temor que esto provoca, se ha ido incrementando el número de intervenciones inadecuadas e inoportunas, -que alejadas de su designio original para resolver problemas puntuales-, intensifican la ansiedad y la angustia, producto a su vez de este ritual de medicalización; y torna indispensable sostener finalmente una práctica que no es más que una suma de mecanismos inapropiados para acompañar y cuidar una situación de la salud.*
> *Finalmente cada integrante de la comunidad cultural es portavoz de aquel mandato del "parirás con dolor" y muchísimas mujeres sostienen la medicalización y la evasión de sí mismas en "el saber del otro", quien debe poder "trabajar tranquilo" y sentirse "cómodo". Esta depositación en ese "otro" lugar de saber las hace sentirse más seguras. (Entrevistado 23).*

La imposición del modelo medicalizado del parto influye decisivamente en el comportamiento y la actitud de las mujeres de actuar en forma pasiva ante un hecho que será trascendental en su vida.

Esto fue remarcado por varios de los entrevistados: "la sumisión a constituirse en un objeto del médico o de la medicina".

> *Esto la lleva a tomar, en general, una posición de obediencia que no solo acrecienta el poder del médico sino*

> *también la adopción de una posición pasiva que se transmite a las futuras embarazadas.*
> *Esta transmisión de "ser un objeto pasivo ante el médico", está instalada a fondo en nuestra cultura mucho más de lo que uno pueda imaginar, y llega a su punto máximo en la práctica cada vez más frecuente de cesáreas en el mundo. (Entrevistado 1).*

Otro problema que se afronta es el de la formación de los médicos profesionales, que de acuerdo con la visión de los entrevistados se basa, para el caso de los obstetras, en una concepción de parto medicalizado y tecnificado. A este respecto aseveran

> *Es preocupante la situación de falta de práctica o instrucción en las nuevas camadas de Médicos, que por falta de conocimientos y recursos personales acceden a los pedidos maternos "que prefiero una cesarea" o "yo sin peridural no quiero parir". (Entrevistado 5).*

> *El principal obstáculo es la falta de información y la negativa de muchos médicos a realizar un parto diferente al enseñado en la universidad y/o residencia médica.La capacitación médica es de habilidades y destrezas para operar e intervenir con tecnología de aparatos y desconoce el impacto en la subjetividad que sus prácticas producen. Estos efectos no se toman en cuenta por la angustia profesional que eventualmente puede producir el encuentro con el dolor, el deseo y los tiempos propios de sus asistidos. (Entrevistado 23).*

Como señala Burgos (2003), en los dispositivos médicos existe una desatención y desvalorización del impacto que las prácticas puedan tener en la subjetividad de la persona sobre la que intervienen.

De esta manera, se anula la misma subjetividad, desestimándose la necesidad que la persona conozca en detalle lo que se está practicando sobre ella.

El cuerpo parece ser desprendido de la persona, del sujeto. Este obstáculo no es incluido en la práctica médica y el quehacer profesional se transforma en una cuestión ética.

Por otro lado, los médicos suelen confiar antes en la certeza de la cesárea, para la cual pueden fijar la fecha y la hora para la operación, a las características inciertas y aleatorias del parto natural.

Es posible también que el aumento de planes de seguros médicos, algunos de los cuales reembolsan a los hospitales y a los doctores a una tasa más alta por las cesáreas que por los partos normales, haya introducido un sesgado incentivo financiero.

5.9. Los temores durante el embarazo

El apartarse de las concepciones y prácticas tradicionales del embarazo es un acto de libertad que como tal se encuentra cargado de angustia, ansiedad e incertezas.

De allí que las mujeres encuentren seguridad en el sometimiento y acepten, muchas veces sin mayor intento de conocer al respecto, los diferentes mitos sobre el parto medicalizado y el natural.

Muchas mujeres solicitan calmantes por su cuenta antes incluso de que comiencen los trabajos de alumbramiento y evidencian un padecimiento que suele intensificar aun más el padecimiento físico real

A cada momento del embarazo surge para la embarazada temores específicos que se van resolviendo con la evolución del mismo y con la situación personal que esté pasando el sujeto. Los temores más comunes en la situación de parto se relacionan con la muerte, la posibilidad de perder una parte de su cuerpo, el temor al descontrol.

Estos miedos están mediados por la experiencia previa que la mujer tenga en relación a otros partos, con su situación personal y con su historia personal: si es un hijo deseado, si está en pareja, su relación como hija, su relación con su propia madre. (Entrevistada 2).

Las mujeres que asistieron pasivas, pacientes...pocas vienen con conciencia y pocas aceptan nuevas formas de parir, por ejemplo la posición vertical. Ya tienen incorporado el mecanismo de sus anteriores partos, acostarse, me piden que les ponga goteo, que les rompa la bolsa, para ser mas rápido. Las primigestas piden en general la cesárea, están aterrorizadas de sus sensaciones. (Entrevistada 8)

No me hubiese animado a tener un parto natural, por el dolor y por el miedo a que suceda algo malo y no hubiese tiempo de llegar a un centro medico para recibir ayuda. (Entrevistada 12)

No me hubiese animado a tener un parto natural, por miedo al riesgo que mi bebe le ocurriera algo, el hospital no me daba seguridad. (Entrevistada 13)

Se menciona también la participación de los mismos profesionales en esta generalización de los temores inflados e infundados, debido a sus propios prejuicios, desconocimientos y a una reproducción disciplinar.

Los mismos profesionales, ya que la obstetricia es una especialidad médica que fundamentalmente debe trabajar

> *en la prevención debido a que la población es sana, sin embargo los médicos no saben como realizar la prevención y lo que resulta son conductas que inducen al miedo a la enfermedad. Para "prevenir" se enferma.*
> *Mi posición, como profesional de la salud, creo que el parto natural esta poco difundido, tal vez por que toque intereses del poder médico reinante. (Entrevistado 20).*

Los temores de la humanidad relativos a la salud son diferentes manifestaciones del horro existencial frente a la vida y la muerte.

Estos temores, transmitidos por siglos, posibilitan el ejercicio de poder del médico y predispone a la mujer a obedecer, a entregarse a las manos del profesional, confiando en que sus consejos podrán contener su angustia y temor.

A esto debe sumarse muchas veces la ausencia del hombre acompañando a la mujer, siendo que la disociación biológica que separa al hombre del fenómeno de alumbramiento es acentuada por reforzadores culturales y psicológicos (Aranovich 2002).

5.9. El parto humanizado: su aporte a la calidad de vida y a la subjetividad

La mayoría de las definiciones de parto humanizado apuntan a su vinculación con una mejor calidad de vida, a que brinda autonomía y libertad a la mujer. Así lo expusieron varios de los profesionales entrevistados

> *El poder dar a luz utilizando los recursos naturales propios o facilitados por quienes asisten a la mujer, refuerza la autoestima y propicia una crianza más acorde con las necesidades singulares de cada familia. Permite reflexionar acerca del sinnúmero de intervenciones a las que nos exponemos como individuos, familia y sociedad (vacunas,*

educación, modelos culturales, propagandas.). (Entrevistada 7).

Esta concepción humanizada se basa en el respeto por las necesidades y deseos libremente expresados por las mujeres en relación con cada una de las prácticas asistenciales, las cuales se realizan habitualmente de un modo intrusivo y sin fundamento para las condiciones saludables en que transcurren la mayoría de los partos y nacimientos (Entrevistado 23).

Acerca de las implicancias que el parto humanizado puede tener en las relaciones futuras de la mujer, y en cómo puede constituirse en una instancia de aprendizaje y exploración de su propia subjetividad, además de repercutir favorablemente en el plano social, se plantea lo siguiente

Las condiciones participativas y democráticas y el abandono de actitudes paternalistas y/o autoritarias en ésta y en otras situaciones de la vida comunitaria favorecen de por sí el desarrollo de sociedades más responsables y menos violentas.
Esta decisión por una asistencia que dé curso a la libertad y autonomía personal, -es decir, con plena responsabilidad y compromiso asumidos desde la reflexión -, suele ser parte de un proyecto de vida en consonancia con la toma de conciencia de sus necesidades y deseos. Las mujeres emergen consolidadas en sus capacidades y muchas suelen decir que atravesar el parto en esas condiciones les ha posibilitado un renacimiento y un reconocimiento de lugares ignorados de sí mismas. (Entrevsitado 23).

En los partos domiciliarios que atiendo, es la mujer quien dice que quiere y como quiere, nos dice que necesita para ayudarla y acompañarla, la pareja y la familia tienen convicciones y conocimientos. El nacimiento es familiar, en

el hogar.Pude llevarlos a cabo, sintiendo que una gestación no es una enfermedad, conectándome con mis necesidades y haciéndolas respetar. (Entrevistada 16).

El parto y nacimiento humanizado nos permite penar procesos de salud en los que la atención se encuentre colocada en la sensibilidad, en la garantía del respeto a las necesidades físicas, mentales, espirituales, culturales y sociales de las mujeres y sus familias, considerando también el ejercicio de sus derechos.

5.10. La contención como elemento intrínseco del parto natural

Uno de los elementos que más se repite a lo largo de las entrevistas es señalar que en la medicalización del parto la mujer suele ser maltratada, no se atiende su deseo ni sus necesidades.

Se destaca que las personas que atravesaron partos alternativos señalan como un hecho sumamente deseable el acompañamiento que tuvieron de la gente que los rodeaba, mucho más cálido y cercano, dado que no se trataba de una interpelación de la técnica propia de la medicina tradicional.

Considero positivo, la contención institucional, el trabajo en equipo de los médicos, enfermeras, camillero, anestesistas y mucamas, la posibilidad de la realización de consultas e ínter consultas y estudios de ser necesarios, estar los tres juntos por varios días solos pero con la seguridad y acompañamiento del personal, especialmente de las puericulturas, la posibilidad de realizar actividades complementarias, como, acuáticas, talleres, gimnasia. La verdad que no encuentro nada negativo, el parto estuvo bien, mi médico me contuvo, también mi pareja. La atención fue buena. (Entrevistada 14).

Se que hay diferentes técnicas y enfoques sobre el tema. Pienso, por la experiencia, que lo más importante, es que la madre tenga una gran contención psicológica y técnica. El médico y la partera debería explorar con la madre durante todo el embarazo sus estados de ánimos, temores, expectativas e incluso el pasado familiar. (Entrevistado 22).

Como afirma Tyndall (1992) la principal razón que lleva a mujeres y hombres a buscar el parto natural es el interés profundo por una asistencia respetuosa y atenta, con cuidado y sin exigencias ni imposiciones, que tengan como base fundamental el afecto y la contención.

El acompañamiento durante el trabajo de parto beneficia en sumo grado esta situación. Según Gutman (2004) el uso de la conversación y la palabra son útiles para disminuir el grado de alienación que caracteriza a los procedimientos propios del parto.

5.11. Beneficios para el triángulo familiar

Esta demostrado que la separación del bebé y de la madre poco después del alumbramiento, que impone el requisito de la disciplina médica de realizar diversos chequeos al recién nacido, puede tener consecuencias muy nocivas para su subjetividad y la relación con la madre.

El parto natural, en cambio, permite una mejor interrelación entre la madre y el neonato, dado que aquella participa activa y conscientemente en la salida del bebé de su seno.

Por otro lado, el parto es menos violento, con menor intervención de la técnica y la instrumentación, y esto deviene en el futuro en marcas psíquicas constitutivas.

Finalmente, el triángulo se cierra con la presencia y participación mediante el acompañamiento y la contención del padre.

> *Las personas que tiene o tuvieron la dicha de haber sido protagonistas de un parto humanizado, de haberse sentido respetada en su deseo y forma de parir y de hacer nacer al hijo van a tener una asociación especialmente positiva en su mente y sus emociones con ese niño. A su vez, el bebe que ha tenido un nacimiento suave, no traumático, tendrá una asociación especialmente positiva con sus padres.*
>
> *Este comienzo positivo de la vida reasegurará la relación madre-hijo/a para siempre.Los bebés nacidos de partos armoniosos se desarrollan luego en adultos, con mayor habilidad par enfrentar los problemas de maneras no violentas. (Entrevistada 9).*

> *El Parto es una experiencia vital cuyo desarrollo deja marcas y registros conscientes e inconscientes que en algún punto impactaran en la construcción de todos los vínculos futuro: de la madre con el niño, del niño con su padre, de la pareja y por ende en todas las relaciones interpersonales. Las condiciones participativas y democráticas y el abandono de actitudes paternalistas y/o autoritarias en esta y otras situaciones de la vida comunitaria, favorecen de por sí el desarrollo de sociedades más responsables y menos violentas.*
> *Creo, que si la madre esta atendida humanamente, el vinculo del bebe y ella es inmediato, no hay corte entre el trabajo de parto y la salida del bebe, el padre esta presente, el niño no es agredido por luces, ni por sonidos, ni por ser tomado mecánicamente y medido al instante de nacer, puede esperarse el tiempo necesario para higienizarlos, pero sobre todo tratar de colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre. (Entrevistado 22).*

Al respecto, Burgo (2003) señala cuán importante es la atención personalizada y el acompañamiento psicológica que requiere para afrontar el rompimiento físico y, también, espiritual que tiene que producirse para permitir la salida del bebé.

5.12. Salud Pública y subjetividad en el embarazo

Cuando se habla de parto humanizado no se puede evitar hacer alusión a las condiciones en que las madres argentinas dan a luz en buena parte del sistema público de salud, más allá de la tendencia a la medicalización.

A este respecto, resulta representativo la siguiente experiencia de una de las madres entrevistadas, madre soltera que da un testimonio en donde el parto resultó para ella una confluencia de horror y felicidad.

> *Tengo sólo 1 hija, me encantaría tener muchos más, pero si estuviera en otra situación, yo quedé embarazada y mi novio en ese momento me dejó, y pasar el embarazo, el parto y en la actualidad criar a mi hija sola, es difícil, complicado, pero no imposible.*
> *Mi parto fue horrible y hermoso a la vez, el único momento feliz que tuve fue cuando salió mi hija y la abracé y estallé en emoción…indescriptible, no se puede trasmitir con palabras…Dando a luz mi consentimiento informado al hospital público Ramos Mejia, fue exactamente todo lo contrario a la humanización que yo quería y esperaba. Falta de contención, insultos y maltrato por parte de todo el personal (médicos, enfermeras, parteras, residentes), me ataron las piernas, me acostaron, el trabajo de parto fue acostada, en posición "fetal", desnuda y con un ventilador encima……y sola.*
> *De mi estadía por el hospital, lo único positivo que rescato es mi hija, obviamente, y la "contención" que nos dábamos*

entre las mismas mamás, porque estábamos todas en la misma.

La sala de internación del hospital es larga, con 20 camas en total, lo más parecido a una cárcel, por el trato que uno recibe allí adentro, una especie de condena por haber tenido un hijo.

Hay 1 hora de visita por dia, de 14 a 15 hs., el resto del día y la noche una siempre está sola…Ya es ley, pero acá eso no importa. (Entrevistada 17).

En el ámbito privado, si bien los recursos tecnológicos y organizativos supuestamente están asegurados, también predomina un enfoque de parto medicalizado, tal como lo advierte el siguiente testimonio

Lo difícil en aquella ocasión fue luchar contra el sistema de la clínica que estaba hecho para el "por las dudas", como el rasurado, la enema, el goteo, la camilla para el desplazamiento... que no recibí, gracias a mi determinación... pero, ¿hay que luchar por cosas que tendrían que ser naturales? (Entrevistada 16).

El creciente interés y la aparición de movimientos del campo de la medicina y la salud mental pueden apoyarse en sus cometidos sobre un principio propio del sistema de salud público tendiente a desarrollar acciones de normatización que garanticen la equidad, eficacia y eficiencia del sistema de salud (Burin, 2002).

Ya existen antecedentes en otros países, como Nueva Zelanda, Canadá y Costa Rica, cuyos sistemas de salud se encuentran organizados de tal forma que las parteras profesionales se encargan de las mujeres con embarazos y partos normales y el personal médico obstetra atiende solamente las complicaciones.

Esta modalidad se sostiene sobre el principio de que el embarazo y el parto son procesos normales de la vida (Tyndall, 2004).

5.13. Ultimas tendencias de la Práctica médica

En los últimos años ha habido una importante difusión de modalidades alternativas de partos. Entre las diferentes innovaciones (o, mejor dicho, reivindicación de prácticas antiguas abandonadas por la medicina tradicional) encontramos: posibilidad de parir de cuclillas o en diferentes posiciones en hospitales, incorporación de sillas de parto, difusión de maternidades organizadas bajo la filosofía del parto humanizado.

> *Hay una tendencia en algunos hospitales a comprender que el parto no es una enfermedad, a integrar al varón en las salas de parto, pero por ahora son tibias concesiones que hacen los profesionales. (Entrevistada 7).*

> *En países europeos, EE.UU. y países de Asia se usa y se recomienda que el parto se realice en la silla de parto u obstétrica, la que permite la posición sentada, la que facilita, por su comodidad y por el peso de gravitación el paso del bebé a través de la vía vaginal.*
> *La posibilidad que la parturienta tenga una experiencia de su parto que contemple una posición cómoda, rodeada de su familia, en su casa y con control medico permitirá asimilar esa vivencia como positiva, nutritiva a los sentimientos y participativa en relación con el esposo/pareja y favorece el compromiso paterno hacia el recién nacida/da. (Entrevistado 10).*

Remitiéndonos a Tyndall (2004), las maternidades concebidas bajo la filosofía del parto humanizado prestan atención a los siguientes aspectos,

atención integral desde el embarazo, parto y postparto, con un enfoque de esos procesos como ciclos vitales y no como enfermedades; ayuda a la mujer para descubrir la capacidad de sus propios cuerpos para dar a luz, a su manera y a su tiempo; evitar riesgos asociados con muchas técnicas médicas y normas hospitalarias. Exigir que no se realicen tratamientos de rutina o se impongan fechas arbitrarias que pueden interferir en el proceso natural del embarazo y parto.

CONCLUSIONES FINALES

De acuerdo con la opinión de la mayoría de los entrevistados, el parto es una experiencia vital cuyo desarrollo deja marcas y registros, conscientes e inconscientes, que en algún punto impactarán en la construcción de todos los vínculos futuros de los involucrados: de la madre con el niño, del niño con su padre, de la pareja, y por ende, en todas las relaciones interpersonales.

Las condiciones participativas y democráticas, y el abandono de actitudes paternalistas y/o autoritarias en ésta y en otras situaciones de la vida comunitaria, favorecen de por sí el desarrollo de sociedades más responsables y menos violentas.

Antes de focalizar el problema de la deshumanización del parto, es preciso establecer algunas consideraciones respecto de la sociedad en que vivimos, lo que fue remarcado por gran parte de los entrevistados. Más allá de si se vive o no en una sociedad falocéntrica, de que hay muchas mujeres que prefieren ni enterarse de lo que es un parto y lo único que quieren es que el médico o médica les saque el problema de encima, la sociedad no sólo somete a la mujer sino somete básicamente a los pobres, ya sean mujeres, hombres, ancianos o niños.

Efectivamente, si a una le toca ser pobre, mujer y niña, sin dudas que estará en serios problemas. Una de las entrevistadas, al ser preguntada sobre el falocentrismo imperante en la sociedad, efectivamente contestó que la sociedad somete a los más vulnerables y sensibles, y que esto no es falocentrismo sino barbarie.

Los especialistas entrevistados coincidieron en destacar que los condicionamientos económicos, los criterios pragmáticos de una sociedad enceguecida en una carrera tecnológica sin fines ni objetivos, han suscitado el proceso de deshumanización del parto.

Al revisar los objetivos de investigación que se han planteado, se advierte que en líneas generales se han cumplido. Respecto del objetivo general, se ha elaborado un diagnóstico sobre el parto humanizado en la Argentina, estableciendo sus ventajas y desvantajas, a partir de indagaciones teóricas y de los conocimientos y percepciones que tienen los actores involucrados en el tema.

El diagnóstico indica que en nuestro país no se encuentran muy desarrollados los movimientos que propugnan el parto natural y/o humanizado, y predominan los criterios tradicionales del parto medicalizado, lo que se advierte en la ingente cantidad de cesáreas que se realizan en las clínicas y hospitales, tanto públicos como privados. Si bien la mayoría de los entrevistados se mostró a favor de humanizar los partos, lo hacen a partir de una crítica a la situación imperante, y a la actitud de los médicos en general, que se sienten cómodos con el modelo actual.

Todos los testimonios de los padres y las madres, con diferentes matices, coinciden en señalar la importancia de humanizar el parto, más allá de su experiencia personal. Quienes tuvieron partos naturales, en el hogar, acompañados por la familia y parteras, en posición vertical, sin episiotomía, recordaron la experiencia positivamente desde todo punto de vista. Entre los que tuvieron partos no naturales, las opiniones están más divididas, y en algún momento declaran su disconformidad con el trato personal que recibieron.

Las ventajas del parto natural, que no significa sin asistencia médica, son varias respecto del parto medicalizado, sobre todo en el plano emocional y afectivo.

En cuanto atañe a los objetivos específicos, se pudo desarrollar el trabajo de campo vinculado con la problemática del parto humanizado, donde se dio cuenta de los obstáculos y peculiaridades de casos particulares, los factores que influyen en su implementación, qué posición asumen los obstetras, cuál es la percepción que tienen las madres sobre el trato que reciben en las instituciones hospitalarias, donde se han generalizado las prácticas del parto medicalizado.

Asimismo, se ha caracterizado y descrito la concepción del parto en el país desde una perspectiva histórica y psico-social, a partir de la visión de los entrevistados, y de su propia experiencia personal. La concepción que predomina actualmente es que la mujer, por lo general, decide "someterse o entregarse" al saber médico, sin tener en cuenta sus propias necesidades o deseos, y que existen numerosos obstáculos, sobre todo económicos, para poder propiciar prácticas que tiendan a humanizar un poco más los partos que se realizan.

El último objetivo específico, consistente en proponer líneas futuras de investigación respecto de los problemas que presenta el parto humanizado en Argentina, se ha de desarrollar de aquí en más, a partir de los testimonios recabados en el trabajo de campo.

Una de las líneas principales que se debería desarrollar es el acceso a la información para la mujer. La decisión por una asistencia que dé curso a la libertad y autonomía personal, es decir, con plena responsabilidad y compromiso asumidos desde la reflexión, suele ser parte de un proyecto de vida en consonancia con la toma de conciencia de las necesidades y deseos de la mujer.

De acuerdo con la visión de las madres y de los profesionales entrevistados, las mujeres que optan por un parto natural, emergen consolidadas en sus capacidades, y muchas han dicho que atravesar el parto en esas condiciones les ha posibilitado un renacimiento y un reconocimiento de lugares ignorados de sí mismas.

De cualquier modo, no resulta razonable hacer una causa extrema contra la tecnología o el suministro de fármacos, ya que donde antes había peligro de muerte materna o del recién nacido, hoy hay medios que, en el plano teórico al menos, aseguran el no dolor, el no sufrimiento, la casi escasa probabilidad de muerte o de alguna dificultad en el proceso del parto.

Lo que sucede, y aquí es donde se podría desarrollar otra línea de investigación, es que la formación y capacitación de los profesionales está orientada a la deshumanización del proceso. Muchas veces los médicos ignoran que tan alto nivel de tecnología lo único que logra es despersonalizar el parto, llevarlo finalmente a un simple hecho médico, sin tener en cuenta que es un proceso también familiar, cultural y social.

En general, los movimientos que propugnan el parto natural, o al menos critican el parto deshumanizado, no deberían recaer en el fanatismo ni confundir "lo natural" con la falta de asistencia. De hecho, el poder económico también puede regir para las clínicas o casas que propician los partos naturales. Hoy en día, la experiencia de "un parto natural" puede promocionarse como un tour o un viaje místico, al cual sólo pueden acceder madres con posibilidades económicas.

A este respecto, una de las entrevistadas sostiene que no siempre lo natural es necesariamente bueno, ejemplificando su idea con la ocurrencia de desastres naturales: los terremotos, las avalanchas y los tsunamis. Por otra parte, no se puede soslayar el contexto socioeconómico en que se encuentra la Argentina, que hace que algunas postulaciones de quienes propugnan el parto natural resulten contradictorias entre discurso y práctica.

Al indagar si la sexualidad placentera se vincula al parto placentero, muchos de los entrevistados sostuvieron que no necesariamente la sexualidad placentera acompaña saludablemente al desarrollo integral de la persona, y que tampoco asegura la posibilidad de tener un parto placentero, ya que en el parto intervienen elementos que no tienen que ver con la sexualidad.

Desde la perspectiva de la mayoría de los entrevistados, en el parto medicalizado, el dolor se ha transformado en sufrimiento. Para aplacar y controlar las contracciones, los desgarros, el dolor de la episiotomía, se apela a la tecnología y a los fármacos, pero el dolor de la pronta separación del recién nacido de su madre, el temor del hombre que no sabe si podrá tolerar ver a su mujer sufriendo, la imposibilidad de participar del parto activamente, son otros tipos de dolores, padecimientos que no se suelen tomar en cuenta.

Así, en el parto medicalizado se impone la técnica, la racionalización de recursos y de horarios para adecuarlos a un sistema de salud que tiene otros objetivos organizacionales (como ser el lucro económico) más allá de los estrictamente vinculados con el cuidado de la salud. La mujer se somete a la responsabilidad del profesional sin que esté bajo control ni conocimiento de lo que se practica sobre su cuerpo. Su capacidad de decisión y su voluntad son ignoradas. Esta modalidad encuentra apoyo en los prejuicios de género que construyen una figura femenina como pasiva y entregada a las manos de un hombre.

El maltrato, la falta de atención y la pérdida de identidad (trocada por un número de habitación de obra social), son propias de esta modalidad. Entonces, el dolor del parto es sólo dolor físico. La pregunta a realizarse sería: ¿qué sucede con el dolor emocional, psicológico del parir, del separase de una parte de su propio cuerpo, del dolor de dejar de ser hija para pasar a ser madre, el dolor de no poder estar con el hijo desde en momento mismo del nacimiento, entre otros? ¿Se tienen en cuenta?

Conviene revisar y evaluar los argumentos que sustentaron quienes coincidieron que un parto natural o humanizado incide positivamente en la calidad de vida. De acuerdo con la visión de los entrevistados, el vínculo en un parto natural es inmediato, no hay un corte entre el trabajo del parto y la salida del bebé, el padre está ahí, colaborando y participando, el niño no es agredido ni por luces, ni por sonidos, ni por ser tomado mecánicamente y medido al instante de nacer, puede esperarse el tiempo necesario para higienizarlo, el bebé inmediatamente busca la teta de su mama, lo que constituyen ventajas inapreciables respecto del parto medicalizado. En suma, el parto natural mejora la posibilidad de vincularse para ambos padres.

Cada vez que una mujer, una pareja, logra vivenciar la experiencia del parto de manera satisfactoria, plena de todas las emociones y sensaciones posibles, tiene la oportunidad de acercarse a sí misma de una manera profunda, ya que en estas instancias del parir y del nacer se ponen en juego muchas de las condiciones femeninas y masculinas, la historia personal de cada uno, y sobre, el lugar de la mujer como hija y ahora su nuevo lugar y rol materno y/o paterno.

Otro argumento a favor del parto natural es que permite a la mujer indagar y conocer más sobre la propia sexualidad, sus deseos, sus demandas, sus anhelos. En una segunda instancia, trasmite todas estas experiencias a ese hijo/a, dándole una posibilidad distinta de ser el día de mañana una mujer parturienta más cerca de sus deseos y necesidades, al igual que en el hombre.

El parto natural entrega beneficios para todos los participantes del triángulo padre-madre-hijo. El padre toma parte activa en el proceso del parto acompañando y brindando contención. La madre se hace sujeto de voluntad y concentra sus esfuerzos físicos y emocionales en el trabajo de parto. A su vez, profundiza el vínculo con su hijo al permanecer con él apenas se da a luz y durante la internación. Esto mismo también resulta sumamente beneficioso para el desarrollo psíquico del niño sumado al hecho de que la violencia es menor y deja menos marcas en la constitución subjetiva del chico.

Con respecto a las últimas tendencias en la atención general a parturientas, en lo atinente a partos domiciliarios, los obstetras entrevistados advierten que la mujer es quien decide cómo se hará el trabajo de parto, plantea sus necesidades y deseos de acuerdo con las convicciones y conocimientos de su entorno familiar. Teóricamente, siguiendo los criterios de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se debe buscar la menor intervención posible.

Se sabe que la extensión del parto natural constituye una utopía en la Argentina de hoy, donde los hospitales trabajan en pésimas condiciones, con sueldos bajísimos, incomodidades, falta de insumos, mala administración, lo que acrecienta el estrés de los profesionales de la medicina.

Esto se refleja en los paros que se realizan casi a diario en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires y en la provincia. En este panorama, los valores éticos dependen de cada uno, no hay controles ni autoridades reales y representativas que puedan imprimir un cambio en las

tendencias actuales respecto de las prácticas instituidas por el parto medicalizado.

La deshumanización del parto es sostenida por una disciplina médica un sistema de salud que construye un objeto de saber sobre el que ejerce un poder determinado. Los profesionales colaboran con el miedo y la incerteza que predomina entre las mujeres frente a prácticas alternativas y novedosas, debido a sus propios prejuicios, la falta de amplitud de la formación que recibieron y, sin duda, en pos de la reproducción y el mantenimiento de la influencia de la ciencia médica.

Creemos que esta tendencia puede ser contrarrestada a partir de brindar información a la población, hacerla consciente del problema. Un parto humanizado puede permitir a las mujeres estar más conectadas afectivamente a sus necesidades, y por ende, a tener la posibilidad de trasladar estas capacidades a otras experiencias y acercarse cada vez más a lo que desean.

De hecho, algunos profesionales afirman que de ser promocionada y propagada debidamente, la práctica del parto natural se extendería en todo el país, siempre con la responsabilidad de no confundir “natural” con inasistencia médica. Desde esta perspectiva, el parto humanizado no debe ser una opción para la mujer, creadora de vida, debe ser un derecho inalienable, ofrecido de forma obligatoria por el estado y las instituciones privadas.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMS N. Buckner . (1989). **Medical Ethics (A Clinical Textbook and Reference for the Health Care Professions).** Cambridge/London: MIT Press 1989.

ACADEMIA Nacional de Medicina (1994). **Código de Ética.** Bol Acad. Nac. Med. Uruguay ;13: 61-91 (Separata)

ALTHUSSER Louis. (1996). **Ideología y aparatos ideológicos del Estado.** incluido en La filosofía como arma de la revolución. Bs.As: Siglo XXI

ANDER-EGG Ezequiel. (1995) **Técnicas de investigación social.** Buenos Aires:Lumen:

AUTORES Varios (1984). **Etica Médica.** Barcelona: Labor: S.A

ARANOVICH. Fernando B (2002) **Análisis del Parto Vertical**. **Fundamentos y Metodología.** Buenos Aires: CIER**.** Escuela de Salud Pública:

BADINTER Elizabeth (2003). **El instinto de ser madre**. **Hombre/Mujeres**. Fondo de Cultura Económica de Argentina. S.A.

BATAILLE George (1986). El erotismo, Ed. Tusquets: Barcelona.

BEAUCHAMP T. Mccullough (1987). **Etica Médica – Las responsabilidades morales de los médicos**. Barcelona: Labor.

BENJAMIN **(**1992) **Por una maternidad sin riesgos.** U.N.I.C.E.F. Buenos Aires.

BOGDAN Robert & Taylor Steve. (1986. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación.** Barcelona: Paidós

BURGO Carlos (2003). ***Litotomía en el parto: una práctica cuestionable.*** *Clip-m.* Nº1**.** Buenos Aires.

BURGO Carlos.(2003. **Técnica y ética en medicina.** Buenos Aires. S/fuente editorial.

BURGO Carlos (2004). **Parir con Pasión**. Escenarios, escenas y protagonistas del parto y nacimiento. Buenos Aires: Longseller.

BURIN Mabel. (2002). **Estudios sobre la subjetividad femenina**. Buenos Aires: Paidós.

BUTLER J. (2001) **La cuestión de la transformación social**. En Beck, E. & otras (Eds.) Mujeres y transformaciones sociales. El Roure: Barcelona.

BUTLER Kelly Lopata; Mackinnon, Rich Scott; Stack. Thorne-West Zimmmerman. (1999). **Sexualidad, género y roles sexulaes.** Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires.

CALDEYRO Barcia , A R, ILLA E, LODEIRO Martínez H. G. y LÓPEZ de Illa. O. (1991). ***Parto humanizado vertical. Equipo interdisciplinario. Prevención en salud y enfermedad.*** **Conferencia:** Buenos Aires.

CALDEIRO Savia. Raúl & Sabatini Hugo.(1992). **Parto humanizado: formas alternativas**. Ed. Da Unicamp. Campinas.

CANETTI Elías (1981). **Masa y Poder.** Trad. Horst Vogel. Muchnik Editores: Barcelona.

CAVIA Sonia. (2002). *Gacetilla de prensa*. Buenos Aires. ***Dando a Luz. Ventajas del parto vertical***. S/fuente editorial.

CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano). (2003). ***Intervenciones perinatales preventivas para reducir el parto prematuro, su morbilidad y optimizar el manejo neonatal. Foro Silanes; 7(15):8-10.***

DE CHOISY Maryse. (1970). **La guerre des sexes** Ed. Publications Premiéres: Paris.

CHORODOW Nancy. (1984**). El Ejercicio de la Maternidad**. Barcelona:Gedisa.

DEUTSCH Helena (1960). **La Psicologia de la Mujer** (Parte II Materinidad), Editorial Losada: Buenos Aires.

DIO BLEICHMAR Emilce.(1997). **La sexualidad femenina, de la niña a la mujer**. Paidos: Buenos Aires.

DÍAS Gonzalo. (1973). ***Posición Materna durante el trabajo de parto. Revista Sardá.*** Buenos aires.

DOLTO Catherine (2005). **Haptonomía, pre y postnatal, por una ética de la seguridad afectiva**. Creavida: Buenos Aires.

DOLTO Francoíse. (1990). **La causa de los adolescentes**. Barral: Buenos Aires.

ESTRADA PORTALES Isabel M. De vuelta a los orígenes del nacimiento (Parte I).

ÉTICA MÉDICA.(1984) Barcelona: Labor.

FOUCAULT M (1993). **La vida de los hombres infames.** Montevideo:

ALTAMIRA (1980). **La microfísica del poder.** Barcelona: La Piqueta.

FOUCAULT M (1996). **Historia de la sexualidad, Tomo II: El uso de los placeres**, Buemos Aires: Siglo XXI.

FREUD Sigmond (1968) **Sobre la sexualidad femenina** Tomo III Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva: Madrid.

FREUD Sigmond y BREUER . Consideraciones sobre la histeria. OSF.

GIBERTI Eva. (1982). **Parto sin temor.** *Publicaciones internas de CEM*. Buenos Aires.

FALCÓN Lidia (198**). La razón feminista** Vol. 2. La reproducción humana. Libros de confrontación. Sociología 13: Madrid.

GACETILLA DE PRENSA (s/f). ***Mujer, enfermedad y violencia en medicina.*** Su *relación con cuadros psicosomáticos*. Fundación Banco Patricios. Buenos Aires.

GIBERTI Eva (1999). **El varón que acompaña, parir, nacer, dos trabajos diferentes.** Buenos Aires: Página 12. *Escuela para Padres.* Volumen 3.

GIBERTI Eva. (2001). ***Hay que poner algo de ética***. Gaceta Psicológica . A.P.B.A.

GIBERTI Eva (1974). **Parto Vertical. *Cuadernos de Psicoterapia*.** (VI) II. Buenos Aires: Genitas.

GIBERTI Eva (1999). *Revista Página 12. Escuela para Padres*. 3. ***Parir y nacer, dos trabajos diferentes.*** Buenos Aires.

GIBERTI Eva. & FERNÁNDEZ A.M. (1988). **La mujer y la violencia invisible.** Buenos Aires: Paidós**.**

GIBERTI Eva (1971). **El parto vertical**. **Cuadernos de Psicoterapia**. Buenos Aires: Genitor.

GIBERTI Eva. (1992). ***Ficha Introducción a la deontología.*** U.N.S.A.M. Cátedra de la Maestría en Ciencias de la Familia.

GIBERTI Eva (1999). ***¿Por qué la verticalidad?*** En Fascículo Nº3 de la Colección Escuela para Padres.

GIBERTI Eva (1985) "**Aspectos éticos de la práctica profesional".** *Conferencia*, en Publicaciones. Fac. de Psicología.

GIBERTI Eva **”Etica y Derechos Humanos”**: *una preocupación profesional*, en Revista Argentina de Psicologia, Nº 38. Año XVII. , APBAM PP.17-33. Bs.As.

Gibertio Eva (2005). **La familia, a pesar de todo**. Buenos Aires: Novedades Educativas.

GOER Henry (1995). ***Home birth “Nacimiento en el hogar”.*** S/fuente editorial.

GUTMAN Laura. (2003). **La Maternidad y el Encuentro con la propia sombra.** Buenos Aires: El nuevo extremo.

GUTMAN Laura.(2004). **Puerperios y otras exploraciones del alma femenina.** Buenos Aires: El nuevo extremo

HERNÁNDEZ Sampieri Roberto & otros. (1998). **Metodología de la investigación.** México, Mc-Graw-Hill.

HUGHES E.C. (1975). **Terminología en Obstetricia y Ginecología**. Salvat Editores. S.A: Barcelona.

IRIGARAY Luce. (1985). **El cuerpo a cuerpo con la madre**, la Sal ed. de les dones Barcelona.

KALINSKY Beatríz & WILLE Arrié (1996). **Claves antropológicas de la salud**. **El conocimiento en una realidad intercultural.** Buenos Aires. M-D. Editores.

KOREMBLIT Eugenio (1992). **Significado cultural del parto**. En Por una maternidad sin riesgo. Fundación para estudio e investigación de la mujer. Mabel Bianco: Buenos Aires.

LANGE Marie. (1998). Maternidad y Sexo. Buenos Aires: Paidós.

LERNER Gerda (1990). **La creación del Patriarcado.** Crítica: Barcelona.

LODEIRO MARTÍNEZ Guillermo y otros (1998). **El rol del médico obstetra en el equipo interdisciplinario.**

LODEIRO MARTÍNEZ Guillermo (2005). **Ficha: Prevención interdisciplinaria y psicoanalisis**- Parto y Puerperio. Rol del médico obstetra. Buenos Aires.

MELANDRI Lea (1980). **La infamia originaria**. Ed.Ricou: Barcelona.

MALIANDI Ricardo (1993). **Etica: Conceptos y problemas**. Buenos Aires.

MERELO-BARBERÁ J.(1980). **Parirás con placer**. Kairós: Barcelona.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (1997). **Propuesta Normativa Perinatal. Tomo V. Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del Posparto**. Buenos Aires.

MITAR Analia (2003). Ficha:***Embarazo, parto y nacimiento***. S/fuente editorial.

NAVARRO Marysa y STIMPSON, Catharine R. **Sexualidad, género y roles sexuales.** Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

ODENT Michel (1992). **Nacimiento renacido.** Errepar : Buenos Aires.

ODENT Michel (2002). **El granjero y el obstetra.** Creavida: Buenos Aires.

ODENT Michel (1990). **El bebé es un mamifero**. Ed. Mandala: Madrid.

OMS (1996). **Care in Normal Birth** WHO/FRH/MSM/96.24.

OMS (1993). **Preventing prolonged labour: a practical guide. The partograph. Unpublished Document**. WHO/FHE/MSM 93.8/9/10/11. Geneva, WHO.

OMS (2005). **Género, Salud y Desarrollo en las Américas - Indicadores Básicos 2005** En http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderBrochureSP05.pdf.

PACIORNIK Moisés (1994). ***Parto de Cócoras***. Centro de Arte e Cultura Artesanal. Curitiba.

Parto fisiológico y emociones. (2004) www.dandoluz.org.ar

PATERMAN Carole (1995). **El contrato sexual**. Anthropos: Barcelona.

PHELAN J.P. y CLARK, S.L. (Edits.) (1988). **Ethical consideration en cesarean birth**. En Cesarean Delivery, Elsevier Selence Publishing Co. Inc: NewYork.

PLA Mercedes. (1999). **El rigor en la investigación cualitativa.** Aten Primaria.

PROSANTO Jorge. (2000). **Tecnologías apropiadas vs Rutinas Acríticas.** S/fuente editorial.

QUINTANA, Irene (2002). **Algunas consideraciones sobre la carrera de Obstetricia. (**2002**).** En Jornadas del Foro de Psicoanálisis y Género. Bs. As. Disponible en http://www.elmurocultural.com/Claves/experiencias04.html

RAMOS, Silvia (1992). **El enfoque social de la maternidad. En Bianco (Ed.) Por una maternidad sin riesgos.** Fundación Estudio e Investigación de la Mujer. Argentina, pp.35-44.

Red Argentina para la Humanización del parto y nacimiento (REARHUPAN) (2003). http://www.relacahuman.com

REICH W. 1998. **Reich habla sobre Freud** Ed. Anagrama. También en Leboyer F. *El parto: crónica de un viaje.* Alta Fulla: Barcelona.

ROUDINESCO Elizabet. (2002)**. La familia en Desorden**. Buenos Aires: Fondo de Cultura.

SCHALLMAN Raquel (2004). **Parir en libertad: En busca del poder perdido**.

SOLÓRZANO Cristina. (1995). **Parto para ser contados**. Buenos Aires. MELISSA.

STAKE Robert. (1998). **Investigación con estudio de casos.** Madrid: Morata.

SMAR Robert (2005). *En Semana Mundial por el Parto Respetado.* disponible http://www.fraternet.org/afar/smar2005/index-*).*

TYNDALL Marie. (2004). **La naturaleza de Parir y Nacer**. San José de Costa Rica. S/datos editorial. Partera y antropóloga canadiense, quien reside en Centro América desde hace nueve años. La fundación en la que trabaja esta formado po un grupo de activistas, dedicadas a la humanización del parto en Costa Rica.

VEGETTI Finzi Silvia. **(**1990). **El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre.** (2002). **Hacia una maternidad participativa.** Buenos Aires: Paidós

www.unsam.edu.ar (biblioteca**).**

V.V.A.A. (1992). **Mamatoto: la celebración del nacimiento**. Plural ediciones: Barcelona.

WILDE José. 1964. **Buenos Aires desde 70 años atrás**, Editorial Universitaria: Buenos Aires.

WYNARCZYK Hilario. (2003.) **El planteo de un problema de investigación con herramientas de las ciencias sociales.** Material de cátedra.

WYNARCZYK Hilario. (2003). **La estructura de la tesis. *Un modelo estándar para grados de licenciatura y máster en ciencias de la***

administración y ciencias sociales. Buenos Aires: E-Journal Ciencia y Técnica Administrativa. www.cyta.com.

YIN Robert. (). **Case study research. Design and methods.** New York: Sage.

JUNA León. (1959). **Tratado de Obstetricia**. Tomo 3 -327.. Buenos Aires. Científica Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA FAMILIA

Proyecto de Tesis para la obtención del título de Máster en Ciencias de la Familia

CAMINOS HACIA UNA MATERNIDAD DIFERENTE

UN ESTUDIO SOBRE EL PARTO VERTICAL

Maestranda

JOSEFINA LAIS, DRA. EN SERVICIO SOCIAL. U.M.S.A

Taller de proyectos de tesis

PROF. MTR. HILARIO WYNARCZYK

Julio de 2004

1 Antecedentes

"Para cambiar el mundo, es preciso cambiar la forma de nacer".[1]

El parto humanizado es aquél en donde la mujer puede:

- Tener una persona que ella asigne para que la acompañe permanentemente, dándole apoyo emocional.

- Deambular libremente durante el trabajo de parto si así lo desea.

- Optar por la posición en donde se encuentra más cómoda para parir.

- Que no le realicen sin su autorización prácticas como enema, rasurado y episiotomía (agrandamiento del orificio vaginal mediante una incisión con tijera o bisturí del perineo durante la última parte del período expulsivo) y técnicas sistemáticas de rutina, así como la colocación de una vía introvenosa por la eventualidad de necesitar medicación, entre otras.

- Permanecer con su bebé inmediatamente después del parto y durante toda la internación, siempre y cuando necesite cuidados especiales.

El proceso de maternidad y parto es un hecho social y cultural. Como tal compromete todos los aspectos de la realidad de la mujer, de su pareja, de sus hijos, de su familia y del medio social al cual pertenece.

En la República Argentina, en los últimos años se viene trabajando desde diferentes disciplinas alternativas o complementarias para mejorar las condiciones del parir y del nacer.

Actualmente el parto y el nacimiento son presentados desde sus operadores institucionales (sociedades científicas, médicos, parteras), como un hecho médico sometido a un proceso de medicalización, despersonalización y desexualización.

El parto y el nacimiento humanizado aparecen como una alternativa que le brinda a la pareja o a la mujer la posibilidad de una nueva oportunidad de crecimiento personal, y más aún, de placer.

También significa una alternativa para aquellos que perciben el malestar que les produce entre las arduas vicisitudes de la vida cotidiana, el maltrato que surge de un modelo de atención que no los escucha en sus

[1] Odent: 1992: 21

necesidades de libertad, de respeto y de humanización del parto y del nacimiento.

Ese número de mujeres y hombres reclaman - muchas veces desde la incertidumbre y el desconocimiento -, una asistencia respetuosa y atenta, con cuidado y sin exigencias ni imposiciones, con el afecto y contención como pilares y soporte esencial.

El saber científico ha acumulado muchos conocimientos sobre los mecanismos del parir y nacer, al tiempo que se fueron olvidando profundos y complejos entramados del campo social y psicológico que los sustenta.

Debemos restituir al acontecimiento el carácter de hecho social y cultural que conlleva implícitamente un hecho de la salud en una comunidad de pertenencia: el conjunto de mujeres y varones con distintas inquietudes.

Ante esta situación parecería necesario volver al parto natural o fisiológico y considerar que estar embarazada no es una enfermedad, por lo tanto darle a la pareja o a la mujer, la posibilidad de vivirlo en plenitud.

> *Las mujeres dando a luz si tan solo se les da su espacio saben exactamente qué hacer; las mujeres tenemos por dentro el profundo conocimiento de cómo movernos precisamente, de cuándo pujar, cómo pujar. El cuerpo que hizo a este bebé sabe exactamente como sacarlo del cuerpo y hacerlo nacer*. **(**Tyndall,1992) [2]

[2] Tyndall : Partera y antropóloga canadiense que reside en Centro América desde hace 9 años. La fundación en la que trabaja es un grupo de activistas dedicado a la humanización del parto en Costa Rica.

La humanización del parto y el nacimiento es un movimiento mundial que poco a poco va creciendo y obteniendo el reconocimiento de cada vez más personas en el mundo y, lentamente va ganado espacio en los organismos estatales y multilaterales relacionados con la salud y la infancia.

El *parto y nacimiento humanizado* ofrece un modelo de atención denotando sensibilidad y que garantice el respeto a las necesidades físicas, mentales, espirituales, culturales y sociales de las mujeres y sus familias, considerando también el ejercicio de sus derechos.

Recordemos que "Parir y nacer son momentos únicos e irrepetibles en nuestras vidas".[3]

2 Objetivos

La finalidad de este proyecto es hacer un estudio del parto humanizado, colocándolo en perspectiva histórica y en contraste con las otras prácticas. Nos proponemos una investigación que nos permita comprender sus pros y sus contras, a partir de indagaciones teóricas y de los conocimientos y percepciones que tienen los actores involucrados en el tema, a los cuales accederemos mediante un trabajo de campo.

Este proyecto se sustenta sobre la idea de que es necesaria una propuesta de un parto diferente basado en el concepto de "parto humanizado" donde la mujer tiene la posibilidad de elegir cómo, con quién y dónde parir [4], de acuerdo con los antecedentes establecidos en el punto anterior.

3 Indice analítico tentativo

[3] Odent: 2002

A continuación presentamos un esquema provisorio como herramienta orientadora para el proceso de producción de la tesis. El carácter provisorio hace referencia al hecho de que podría ser reajustado de acuerdo a las enseñanzas que irán surgiendo en el proceso de investigación.

Capitulo I: Introducción. Objetivos del trabajo. Antecedentes del tema, estado del arte. Metodología aplicada. Descripción escueta de los capítulos siguientes (plan de la obra). Agradecimientos.

Capítulo II: El parto desde la perspectiva histórica. Historia del parto humanizado en la República Argentina. Técnicas obstétricas durante el proceso del parir. La perspectiva de la ética y deontología.

Capítulo III: El parto humanizado desde la perspectiva psicosocial. Función del varón-padre durante el parto, rol de la comprensión que juega en el parto humanizado. Ley de acompañamiento en el parto y nacimiento. Contrastes entre parto humanizado y parto medicalizado. Aspectos psicológicos del parto humanizado en la pareja y en los actores, la familia. Significado cultural del parto. Influencia de la cultura médica en las practicas del parto. Construcción simbólica en el imaginario social.

Capítulo IV: Pros y contras de parto humanizado a partir del trabajo de campo. Resultados de entrevistas. Principales pros y contras de los sistemas de parto tradicional y parto humanizado. Factores que influyen en la implementación o no de la práctica de parto Humanizado.

Capítulo V: **Conclusiones finales.** Discusión sobre los principales resultados del trabajo de campo, puesto en contraste con la literatura revisada

[4] Gutman: Ficha, .2003

4 Metodología

En una primera fase relacionada con la producción de los capítulos 1, 2 y 3, trabajaremos sustancialmente sobre la bibliografía existente.

En una segunda fase realizaré un estudio de campo, basado en entrevistas semi-estructuradas y transcriptas para su análisis de contenido, la muestra tendrá las siguientes características:

Trabajo de campo. Entrevistas semi- estructuradas. Muestra tentativa: **30 casos o personas**.

Tipo de entrevistados	Favorables a practicas tradicionales	Opositores a prácticas tradicionales	Total
Académicos	2	2	4
Madres	5	5	10
Médicos	2	2	4
Obstetras	2	2	4
Padres	2	2	4
Psicólogos	2	2	4
Total	15	15	Nº=30

Para controlar las variables que podrían incidir en la percepción de los entrevistados, tomaremos, en el caso de los padres y las madres, personas que viven con un cónyuge, situadas en una faja de edad que oscile entre los 30 a 40 años, con más de un hijo, de clase media, residentes en la Ciudad de Buenos Aires (Capital Federal).

La muestra de padres (nos referimos a los varones) estará dividida entre dos que hayan presenciado un parto realizado en condiciones tradicionales y dos que hayan presenciado un parto humanizado.

La muestra de madres también, estará dividida por partes iguales, entre mujeres que solamente tuvieron experiencia de parto en condiciones tradicionales y que han tenido la experiencia en condiciones de parto humanizado.

Entre los psicólogos trataremos en la medida de lo posible de tomar varones y mujeres por partes iguales.

Bibliografía consultada para hacer este proyecto de tesis

Al parto con papá. 2001. *Bebe Magazine.* Julio-Agosto. Buenos Aires.

BENJAMIN Jessica.1996. **Los lazos del amor**. Buenos Aires: Paidós.

BURGO Carlos. 2003. **Litotomía en el parto: una práctica cuestionable.** *Clip-m*. Nº1**.** Buenos Aires.

BURGO Carlos. 2003. **Técnica y ética en medicina.** Buenos Aires. S/ fuente editorial.

BURGO Carlos. 2004. Parir con Pasión. Escenarios, escenas y protagonistas del parto y nacimiento. Buenos Aires: Longseller.

CAVIA Sonia. 2002. *Gacetilla de prensa*. Buenos Aires. **Dando a Luz. Ventajas del parto vertical**. S/ fuente editorial.

GIBERTI Eva. 1982. **Parto sin temor.** *Publicaciones internas de CEM*. Buenos Aires.

GIBERTI Eva. S/ fuente año publicación. **El varón que acompaña, parir, nacer, dos trabajos diferentes.** Buenos Aires: Página 12 *Escuela para Padres.* Volumen 3.

GIBERTI Eva. 2001. **Hay que poner algo de ética**. S/fuente editorial.

GIBERTI Eva. 1974. **Parto Vertical. *Cuadernos de Psicoterapia*.** (VI) II. Buenos Aires: Genitas.

GIBERTI Eva. S/ fuente año publicación. *Revista Página 12. Escuela para Padres*. 3. **Parir y nacer, dos trabajos diferentes.** Buenos Aires.

GIBERTI Eva. y FERNÁNDEZ A.M.. 1988**. La mujer y la violencia invisible.** Buenos Aires: Paidós**.**

GIBERTI Eva. 1971. **El parto vertical**. **Cuadernos de Psicoterapia**. Buenos Aires. Genitor.

GIBERTI Eva. 1992. **Ficha Introducción a la deontología.** S/ fuente editorial.

GOER Henry. 1995. **Home birth "Nacimiento en el hogar".** S/fuente editorial.

GUTMAN, Laura. 2003. **La Maternidad y el Encuentro con la propia sombra.** Buenos Aires: El nuevo extremo.

MALIANDI Ricardo. 1993. **Etica: Conceptos y problemas**. Buenos Aires.

MITAR Analia. 2003. *Embarazo, parto y nacimiento*. S/fuente editorial.

Mujer, enfermedad y violencia en medicina. **Su *relación con cuadros psicosomáticos*.** Buenos Aires Fundación Banco Patricio.

ODENT Michel. 1992. **Nacimiento renacido.** Buenos aires: Errepar.

ODENT Michel. 2002. **El granjero y el obstetra.** Buenos Aires. Creavida.

Parto fisiológico y emociones. 2004.www.dandoluz.org.ar

PROSANTO Jorge. 2000. **Tecnologías apropiadas vs Rutinas Acríticas.** S/ fuente editorial.

Red Argentina para la Humanización del Parto y Nacimiento (REARHUPAN). 2003. Consultas. www.Relacahuman.com

Red Argentina para la Humanización del parto y nacimiento (REARHUPAN). 2003 www.relacahuman.com

SOLÓRZANO Cristina. 1995. **Parto para ser contados**. Buenos Aires. MELISSA.

TYNDALL Marie. 2004. **La naturaleza de Parir y Nacer**. San José de Costa Rica. S/datos editorial. .

VELÁZQUEZ Susana. 2002. **Estudios sobre la subjetividad femenina**. Buenos Aires: Paidós.

www.unsam.edu.ar (biblioteca**).**

WYNARCZYK Hilario. 2003. **El planteo de un problema de investigación con herramientas de las ciencias sociales.** Material de cátedra.

WYNARCZYK Hilario. 2003. **La estructura de la tesis.** ***Un modelo estándar para grados de licenciatura y máster en ciencias de la administración y ciencias sociales.*** Buenos Aires: E-Journal Ciencia y Técnica Administrativa. www.cyta.com