



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Producción teórica - Monografía

# Placer en el Parto

## ¿Una posibilidad?

Daniela Alayón Pirez

CI: 4.870.305-6

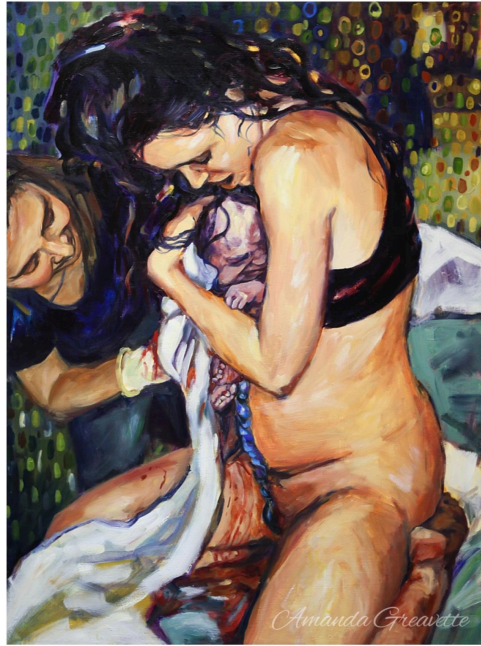
Docente Tutora: Prof. Adj. Dra. Maria Carolina Farías

Docente Revisora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

**Montevideo, Uruguay**

**Febrero, 2025.**

**“The Birth Project” Amanda Greavette (2019)**



'The Delivery' – (oh my baby! Oh! My baby!)  
36 x 48 in – 2008-2010 – oil on canvas



'It's a Human Thing' – (It's a girl?! It's a girl!!)  
48 x 36 in – 2008-2010 – oil on canvas



'Psalms' – Our mouths are filled with laughter,  
our tongues with songs of joy-

## Tabla de contenido

<b>Resumen</b>	<b>2</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1. Construcción social del parto y del parir</b>	<b>7</b>
1.1. Medicalización del parto y biopoder	7
1.2. De parto medicalizado a parto humanizado	11
1.3. ¿Hablamos del parto?: transmisión oral y construcción social	14
<b>Capítulo 2. El parto</b>	<b>18</b>
2.1. ¿Qué es Parir?	18
2.2. ¿Qué es el parto fisiológico?	20
2.3. Planeta parto: ¿Qué necesita una mujer al parir?	21
2.4. Para entender el placer, entender el dolor	23
<b>Capítulo 3. Un parto que se puede disfrutar</b>	<b>29</b>
3.1. Psicoprofilaxis obstétrica	31
3.2. Planes de Parto	33
3.3. Parto orgásmico	36
3.4. Hipnoparto	38
3.5. Parto en el agua	40
<b>Conclusiones</b>	<b>43</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>45</b>

## Resumen

El parto ha devenido en múltiples prácticas que responden a un paradigma y contexto histórico específico. Y que a su vez corresponden a una evolución de lo que se considera adecuado para su asistencia. En este sentido, se rescatan experiencias a nivel global y centradas en el contexto uruguayo. Pensar consideraciones sobre qué es el parto desde la construcción social, sus definiciones y fisonomía pueden ayudar a entender el origen del dolor y miedo arraigado históricamente a éste; así como entender principios que apuntan al placer y qué necesita la mujer al parir. La voz de las mujeres es importante, así como la educación sobre el parto y su participación activa en las decisiones que se toman al momento de parir, ya que impacta positivamente en cómo se llega a este momento vital, las expectativas sobre el momento y sobre las propias capacidades de llevarlo adelante. Hay reglamentaciones como el Plan de Parto y la psicoprofilaxis obstétrica que pueden ser beneficiosas para esto. Actualmente se registran vivencias de partos placenteros y existen disposiciones que apuntan a la experiencia orgásmica y de goce en el parto. El hipn parto y parto en el agua son técnicas que pueden aportar conocimientos y beneficiar una buena experiencia para la mujer el parto.

### **Palabras claves:**

*Parto; Parto Placentero; Parto Humanizado; Parto Respetado; Parto en Uruguay.*

# Agradecimientos

*A la educación pública y gratuita que me permitió llegar hasta acá.*

*A mi tutora que me supo guiar y acompañar en cada momento del proceso.*

*A mi familia que siempre confió en mí.*

*A los amigos, compañeros y profesionales que me dejó este proceso.*

*A Hestia por acompañarme siempre.*

*A Amelia que llegó para quedarse en mi corazón.*

*A mi, por creer en el camino elegido y valorarlo.*

# Introducción

El presente Trabajo Final de Grado en modalidad de Monografía tiene como objetivo analizar si es posible una experiencia de parto placentero para las mujeres. Este trabajo se encuentra realizado para la obtención del título de la Licenciada en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

La problemática se centrará en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, los estudios de género y Derechos Humanos. Se pretende analizar las posibilidades de pensar en un parto más placentero y humanizado, sobre cuáles serían sus características y cuáles serían las opciones de atención obstétrica donde puede desarrollarse. De ésta forma, nos proponemos acercarnos a entender las repercusiones que tiene para las mujeres a nivel de salud física y mental en modo en que se produce el nacimiento de sus hijos.

Los aspectos que me motivaron a la realización de éste trabajo son el acercamiento a la temática de Salud Reproductiva en mi formación de grado, haciendo optativas vinculadas a ésta, pude conocer relatos de vivencias de parto cercanas así como en investigaciones académicas, donde se lo ubica estrechamente vinculado a una experiencia dolorosa y en general el desconocimiento de la mujer sobre los procedimientos que va a experimentar.

También la motivación surge desde mi experiencia de ser mujer, de cuanto sabemos (o no) del funcionamiento de nuestro cuerpo y nuestras capacidades. La mujer ha vivido un gran desconocimiento de las funciones de su cuerpo, desde la menstruación, el goce de su sexualidad y las experiencias que se vinculan a nuestra reproducción (Rodríguez, 2004).

Cuando pensamos en el parto, su fisiología y los procedimientos tradicionales podemos observar lo naturalizado y arraigado que está a éste la concepción de dolor y sufrimiento, por lo que se han desarrollado formas de intervención que intentan regularlo desde la analgesia y las tecnologías (Magnone, 2013).

Considero que si bien ha habido un esfuerzo por regular los derechos reproductivos de las mujeres en el parto, hay múltiples investigaciones que datan la presencia de violencia obstétrica que en nuestra sociedad viven muchas mujeres a la hora de parir en instituciones (MYSU, 2013; CNCLVD & SIPIAV, 2019 en Etcheverry, 2020).

Sin embargo, algunos estudios también han empezado a plantear que es posible un parto placentero, disfrutable y hasta se ha llegado a teorizar sobre los partos orgásmicos

(Rodrigáñez, 2007). La propuesta es reflexionar sobre cómo impactan estas vivencias en la mujer, que creencias y formulaciones hay con respecto al tema para pensar en mejores condiciones para el parto. Qué implicancias tiene la visión que socialmente tenemos ligado a éste evento, como repercute en la experiencias de las mujeres a nivel psíquico y en la toma de decisiones al momento del parto. Considero que aquí se presenta la relevancia en nuestro campo disciplinar, en entender el parto no solo como un hecho que involucra la biología de la mujer, sino que es un campo configurado por múltiples miradas que construyen sentido entorno a éste, sus prácticas y en las mujeres que lo atraviesan. Es decir, se apunta a un acercamiento integral donde el lugar de la mujer en el parto sea considerado desde una mirada bio-psico-social.

La aproximación al tema se desarrollará en tres capítulos. El primero, analiza cómo ha devenido el parto en su actual concepción y prácticas que lo regulan. En este sentido, se apunta a analizar cómo se han construido las prácticas que socialmente están vinculadas al parto y cuáles de estas obstaculizan una buena experiencia de parto y cuales la potencian. Hay un primer apartado que habla de cómo la medicina ha evolucionado y se vincula con el biopoder (Foucault, 1977), en un segundo momento se analizan los derechos reproductivos de la mujer a nivel global y específico de nuestro país a través de las disposiciones y legislatura existente, conjunto con algunos puntos que describen el cómo es el parto actualmente en Uruguay; el último punto es dedicado a entender qué sabemos del parto a través de la transmisión oral, qué cuentan las mujeres y cómo se construye una visión del parto a través de estos.

El segundo capítulo está destinado a la comprensión de que es el parto y que miradas se manejan para definirlo. Asimismo, se busca entender qué necesita una mujer para parir y cómo podemos abordar estas miradas. Por último hay una invitación a aproximarnos a entender el dolor y el placer relacionados al parto y como están estrechamente relacionado al miedo que puede generar el parto como momento vital.

El tercer capítulo, apunta a pensar cómo un parto se puede disfrutar, reconociendo que se ha definido como parto agradable, que dicen las mujeres sobre éste. Y desarrollando también que estudios se han desarrollado sobre estos temas y qué prácticas se aconsejan. Desde este lugar hay un acercamiento a que es la psicoprofilaxis obstétrica y el plan de parto como medio de toma de decisión informada para las mujeres y algunas investigaciones que se han hecho sobre su relevancia para el parto humanizado. También se exploran, las formulaciones que hay sobre el parto orgásmico y sus vivencias. Así también, nos aproximamos al hipnoparto y parto en el agua cómo técnicas que se han implementado para aliviar el miedo y el dolor en la actualidad para que el parto pueda vivirse de la manera más plácida posible.

# Capítulo 1. Construcción social del parto y del parir

## 1.1. Medicalización del parto y biopoder

Michael Odent (2009) médico francés que desde los años 70 se ha dedicado al estudio del parto filológico, analiza el devenir histórico de la medicina en el parto. Algunos momentos que resalta es que antiguamente las mujeres en las sociedades preagrícolas y prealfabetizadas, como todos los mamíferos a la hora de dar a luz solían aislarse en un lugar especial o en el bosque. El autor resalta que quienes acompañaban el parto eran necesariamente mujeres, ya sean de la familia o una figura referente femenina experimentada. Odent sitúa aquí un posible origen de la obstetricia.

A lo largo del tiempo el parto se fue socializando y es la figura de la partera quien se encargaba de controlar y guiar el parto, así como de transmitir oralmente conocimientos sobre éstos, creencias y rituales; ya empezando a aplicar procedimientos invasivos como la dilatación manual del cuello del útero, compresión abdominal y la aplicación de hierbas tradicionales (Odent, 2009).

En este sentido, Ehrenreich & English (1981), desde una mirada histórica y sociopolítica, hacen una revisión con respecto al devenir del lugar de la mujer en la evolución de la medicina, las autoras mencionan como el lugar de las mujeres de sanadoras, que ejercían la partería y las curaciones en base a hierbas medicinales, fueron desplazados poco a poco acusadas de brujería. En la Edad Media con la “caza de brujas”, estos conocimientos buscaban censurarse por parte del Estado regulando sus conocimientos en base a la Iglesia y el cristianismo.

En relación a la opresión de las trabajadoras sanitarias las autoras afirman que no se dio por un proceso natural ligado a la evolución de la ciencia médica, sino que es la expresión de la toma de poder por parte de profesionales varones, que forzosamente las desplazaron. Donde no hubo un reconocimiento de que estas mujeres ya venían haciendo “ciencia” al buscar métodos que fueran comprobables, los conocimientos estaban siendo cultivados por esas “brujas” antes de que se desarrollara la tecnología moderna. La disparidad de saberes se enfocaba en que el la figura del médico varón atendía a las clases altas mientras éstas sanadoras y parteras asistían al campesinado, lo cuál no era aceptado por la Iglesia y se trataba de erradicar ese saber entendido como magia (Ehrenreich & English; 1981)

Para Odent (2009), que acerca más una mirada al parto desde lo fisiológico y la instrumentalización que trajo consigo en el devenir histórico, aún en la Modernidad la figura



del médico tenía una escasa participación en el parto como acontecimiento, “su influencia era discreta e indirecta” (p.187). Su lugar de acción refería sólo en casos de que una partera lo solicitara por un acontecimiento de gravedad, donde su participación era más asociada a la instrumentación del parto, aplicando fórceps o haciendo una cesárea para extraer el bebé en caso de muerte materna. Esto hace que en la medicina hubiera un escueto conocimiento sobre el tema, aunque sí se detalla que en esa época era la figura de profesional masculina la que se dedicaba a escribir conocimientos sobre el tema para instruir a otros médicos. Lo que nos hace pensar que sería un conocimiento bastante limitado en cuanto a la fisiología del parto y las necesidades de la parturienta y el proceso de parto, por falta de conocimiento comprobable sobre la fisionomía de la mujer y del parto y de experiencia sobre éste.

A mediados del siglo XX, el parto aún seguía siendo un asunto de mujeres, en partos en casa el médico que asistía era el generalista y sólo convocado en caso de “desastres”. Pero es aquí también cuando el número de médicos especializados en el ámbito del parto, neonatalidad y anestesiastas revela un notorio aumento. Odent (2009) sitúa que a partir de este momento comienza una creciente instrumentalización del parto, donde el parto ya tenía una propia sala compuesta de “sofisticadas máquinas electrónicas” (p.188). El autor señala que esta alta tecnología es un símbolo masculino, ya que se valoraba mucho más la formación científica en las escuelas de obstetricia, a la que comenzaron a acceder más varones. Por lo que las salas de maternidad estaban compuestas mayoritariamente por figuras masculinas.

Por su parte, Ehrenreich & English (1981) aluden a que en esa época, en EEUU, la mujer ya estaba vetada del ámbito médico y solo se constituye en el lugar de la enfermera, quien estaba sujeta a la disposición del médico, con muchas menos autonomía que la partera (la cuál se encontraba desacreditada). Señalan que solo un minoritario grupo de mujeres de clase adinerada y decididas podían incidir en la medicina.

En esta línea, si bien en el siglo XX la medicina gana terreno con respecto al parto, las prácticas que se generan en torno a éste son bastante imprecisas y experimentales, un ejemplo de esto es, el llamado “sueño crepuscular” (Hutter, 2010). Este método lo que generaba era que la parturienta perdiera la conciencia y no recordara las prácticas dolorosas e intervenciones por parte del equipo médico en el parto; premisa que parte de entender que las mujeres de clase media-alta no eran capaces de soportar el parto. Las campañas que promovían el método fueron tan efectivas que las mujeres defendían este método como un derecho a la mujer a no sentir dolor, lo que en realidad, según Hutter, era una pérdida de conciencia, de memoria del hecho y las prácticas dolorosas que surgían de esas intervenciones en el parto.

En este ejemplo de intervención se puede observar cómo la medicina busca erradicar el dolor por medio de la desconexión de la mujer con el proceso, genera todo un constructo de argumentación que sitúa al médico en un rol paternalista y despoja a la mujer de conexión con este proceso, cuestionando su capacidad de parir; este método generó una propaganda y un consenso social en la búsqueda de la erradicación del dolor, habilitando dichas prácticas.

Odent (2009) plantea como de alguna manera el parto se ha masculinizado, ya que pasó de ser un lugar que ocupaban solo mujeres, acompañadas de mujeres de su familia y parteras o comadronas a estar intervenido por la figura masculina. Señala la mecanización y la instrumentalización en el parto como un fenómeno que trajo de la mano consigo ésta masculinización y la medicalización.

Es relevante asociar esta instrumentalización del parto con el concepto de “biopolítica” que propone Michael Foucault (1977) que obedece como dispositivo de control y regulación de la vida de las personas y sus cuerpos en función a un modelo de funcionamiento social que corresponde a ciertas lógicas que son útiles a nuestro sistema de producción. A lo largo de la historia, va a decir el autor, la medicina también obedece a normas de producción capitalistas, donde la idea principal es preservar la vida para que ésta sea funcional a la fuerza de trabajo.

Por otro lado, Byung Chul Han (2014) refiriendo a este concepto de Foucault, también vincula a la biopolítica con la forma disciplinaria de capitalismo, que en su forma de producción apunta a socializar al cuerpo, dentro de esta sociedad capitalista la biopolítica se asocia a lo biológico, lo somático y lo corporal, tratándose de una política de lo corporal.

Etcheverry (2020), en relación a como el parto se ha constituido en el devenir de la medicina en un “hecho patológico”, hace referencia al concepto de “medicalización de la vida” aportado por Illich (1975). Ésta medicalización, está caracterizada por una dependencia excesiva de la intervención profesional. Por otra parte, y trayendo los aportes de Zola (1972), se puede observar como la medicina moderna ha sembrado la inoperancia de los cuerpos así como la “semilla de la duda” sobre éstos, apuntando a cómo se regulan los procesos naturales en la búsqueda de métodos que los hagan funcionar mejor. En este sentido, Etcheverry (2020) resalta estas cualidades para pensar el proceso de parto y nacimiento, en el cual se ha devenido de ser un proceso entendido como natural, a estar legitimado por la intervención técnica desde una mirada patologizante de éste.

Podemos pensar entonces, que los cuerpos de las mujeres no se encuentran exentos de dicho disciplinamiento, respondiendo a una dinámica institucional que limita cuestionamientos, donde lo político-mercantil prima sobre la salud y bienestar, factor que

reproduce un sistema que no predispone ni incentiva a poder pensarse desde otras perspectivas para habitar tanto el dolor como el placer el parto.

En nuestro país el nacimiento es medicalizado e instrumentado (Farías, 2014) siendo un modelo de parto estandarizado reducido a la figura del hospital: “la casi totalidad de los partos se asisten en maternidades ubicadas en hospitales o sanatorios. No existen Casas de Nacer, y el nacimiento planificado en el hogar no alcanza a los 50 casos anuales en un total de aproximadamente 47.000 partos al año” (Magnone, 2013, p.81)

Magnone (2013) lo caracteriza como un modelo tecnocrático hospitalario, citando una de las categorías de los modelos de medicina actual que asisten al parto de Davis Floyd (2001). La autora señala que a nivel mundial este es el que prevalece de manera hegemónica en el contexto hospitalario, con consecuencias indeseadas de intervención en el cuerpo de las mujeres que paren y los recién nacidos.

Por su parte, Gallardo (2022) se plantea la pregunta si realmente las mujeres uruguayas tienen la oportunidad de ejercer su derecho a decidir, en cuanto a la gerencia de sus cuerpos en el ámbito de la sexualidad y reproducción actual. La autora toma varias dimensiones de análisis para proponer como aún se reproducen estereotipos de género que afectan esas decisiones y que decantan en prácticas que pueden catalogarse como violencia obstétrica.

Pareciera que la cuestión paternalista del modelo médico, conjugada con la poca información brindada a las usuarias conforma una de las aristas que perpetúan violencia de género y que también desinforma, por omisión a las usuarias de sus derechos en el momento del parto; afectando directamente en la calidad de la atención brindada, también la salud física y psicológica de las usuarias.

Podemos plantearnos el alcance implícito que tienen los estereotipos de género, el rol que se espera de la mujer en el parto donde aún habiendo una normativa vigente que busca promover y regular, existen zonas grises en las cuales no hay espacios habilitados totalmente para la decisión autónoma e informada sobre el propio cuerpo. Lugares donde se configuran sentidos que demarcan los espacios de actuación de las mujeres, también construyen sentidos en la mujer que pare, la percepción de su autoimagen y sus capacidades al momento del parto.

## 1.2. De parto medicalizado a parto humanizado

A lo largo del tiempo se ha modificado la concepción que existe del parto y las prácticas que se consideran acordes para su acompañamiento. El denominado "parto humanizado" ha ganado gran relevancia en las últimas décadas como forma de garantizar los derechos reproductivos de las mujeres ya que se centra en la autonomía y el empoderamiento de las mujeres y sus familias por experimentar nacimientos respetuosos.

En este apartado, me propongo realizar un recorrido por los principales planteos que se presentan con respecto a éste en la actualidad, tanto a nivel internacional como nacional y algunos debates que también competen a la actualidad del tema en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en nuestro país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus "Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva" (2018) reconoce una creciente medicalización en los procesos de parto que tienden a debilitar la capacidad de las mujeres de dar a luz, afectando esta experiencia de manera negativa. Alude a que en las últimas décadas ha aumentado la aplicación de prácticas para "iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar" dicho proceso fisiológico con el fin de mejorar los resultados. Así mismo, aclara que el concepto de "normalidad" en el parto no es "universal ni está estandarizado". (p.1)

El organismo internacional promueve un plan de directrices enfocadas a la atención apuntando a una buena experiencia de parto, retomando las prácticas más estandarizadas para identificar sus problemáticas, poniendo el foco en la experiencia de atención de calidad a través de normas de buenas prácticas, donde se especifican cuales son recomendadas y cuáles no. Ejemplo de ello es que se desaconseja la aplicación de oxitocina y las cesáreas como método para acelerar el nacimiento. Se hace énfasis en que el parto es un "*proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés.*" (2018, p.1)

Dentro de éstas recomendaciones se plantea un modelo de cuidado que se enfoca en la atención centrada en la mujer, buscando la promoción de un proceso de parto seguro y positivo (OMS, 2018). Este modelo implica que se cuente con un apoyo emocional, con ambientes respetuosos y cómodos, evitando las intervenciones innecesarias, la promoción de posiciones cómodas y de libre movilidad de la mujer, la toma de decisiones informadas con

información concreta y clara, además de extender el cuidado respetuoso en el post parto y el primer contacto con el recién nacido.

En Uruguay, la humanización del parto se encuentra regulada dentro de la Ley N° 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva (2008), la Ley N° 19.850 de Violencia Hacia las Mujeres Basada en Género (2017) y sus respectivos decretos reglamentarios.

La Ley N° 18.426 regula los derechos sexuales y reproductivos de la población en garantía de sus ejercicios plenos por parte del Estado, con políticas y programas nacionales de salud reproductiva, diseñados para garantizar el acceso universal a los servicios de salud respetuosos de los Derechos Humanos y de calidad, integrando la perspectiva de Género en todas las acciones para la adopción de decisiones libres por parte de usuarios y usuarias.

En referencia al parto se pueden resaltar la definición aportada en el Art 3 c) de dicha Ley que dice: “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados” y el Art. 4 c) “Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.”

Por otro lado, el decreto reglamentario de la Ley 19.580 (Decreto N° 339/019, 2019), en su artículo 14, busca garantizar la protección de los derechos de la mujer, promoviendo un modelo de atención en salud respetuoso y centrado en la mujer durante el embarazo, parto y postparto. Dirigiéndose a una toma de decisiones sobre la propia salud de la parturienta y el recién nacido de carácter libre e informadas, donde se promueva un trato respetuoso hacia sus creencias, cultura y necesidades. Se pone énfasis en el derecho de la mujer de poder participar activamente en las decisiones sobre su proceso de parto, garantizando que sea de manera informada y asesorada por parte del equipo médico con respecto a las alternativas de intervención, fomentando también el parto natural cuando no existan contraindicaciones médicas.

Además, la mujer puede presentar un plan de parto que debe ser considerado como un derecho que promueve ésta reglamentación y también el acceso sin costo alguno a cursos de preparación para el nacimiento ofrecidos por los prestadores de salud según las pautas emitidas por el Ministerio de Salud Pública. Por último, se garantiza que la mujer pueda contar con el acompañamiento emocional de una persona de su confianza durante el parto, tal como lo establece la Ley N° 17.386 de 2001.

Con respecto a las condiciones del parto se señala que se debe respetar el tiempo biológico y psicológico de la mujer, donde se permita su movilidad en lo que transcurre el trabajo de parto, pudiendo elegir libremente la posición para parir, evitando prácticas invasivas y medicación innecesaria. Pudiendo acceder a la información de la evolución de su parto, el estado del recién nacido y pudiendo tener un primer contacto inmediato con éste siempre que no se presenten complicaciones médicas que lo impidan. En cuanto a la importancia de respetar los valores culturales propios de la mujer refiere a decisiones en cuanto a alimentación, vestimenta, manejo de la placenta y otras prácticas que se consideran culturalmente importantes. Por último, se resalta la importancia de la promoción de la lactancia materna lo más precozmente posible, siempre que no haya contraindicaciones para la mujer o el recién nacido (Decreto N° 339/019, 2019).

En las “Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional” (MSP, 2018), se establece que la usuaria y su familia tendrán derecho al acceso de control prenatal, en las cuales los servicios de asistencia sanitaria deberán tomar acciones dirigidas a tener en cuenta la disponibilidad de acceso de la usuaria al transporte, poder brindar propuestas amplias de consulta que incluya a los acompañantes. Disponer de una distribución del área funcional al acceso, desde el informe hasta las disposiciones físicas del establecimiento, coordinación de interconsultas eficientes antes de los controles obstétricos. Se apunta a que el espacio de control sea cómodo para las usuarias y que se le brinde un sistema de información efectivo de sus controles a la usuaria. En estas recomendaciones se hace énfasis en promover el acercamiento a la usuaria para conocer su contexto socioeconómico y cultural, en la búsqueda de generar acciones entorno al proceso de embarazo y parto que la beneficien y optimicen la atención en salud.

Estas recomendaciones aclaran que no hay evidencia científica que asevere que la mujer en proceso de parto normal debe estar internada en un área cerrada o /o block quirúrgico. Se busca que el ambiente sea amigable en la experiencia de parto, se valora considerar las necesidades de la usuaria así como cuidar disposiciones del ambiente, cuestiones como la higiene, la temperatura y considerar la presencia de más de un acompañante si la usuaria así lo requiere durante el proceso. Con respecto a las salas de nacer se recomienda un mobiliario básico que incluyan, cama articulada de asistencia al parto de forma vertical o semisentada, balones de esferodinamia, barra vertical, banco o silla de parto, ducha y de ser posible baños de inmersión. Se debe contar con zona de deambulacion, espacio para acompañantes, y una bandeja equipada para la asistencia del parto, junto con elementos para la valoración de la salud fetal, como monitoreo y estetoscopio (MSP, 2018).

Para la OMS (1996), los profesionales capacitados para asistir los partos son los ginecólogos y las parteras. El ginecólogo es el profesional más capacitado para la atención de partos de alto riesgo o que surgen complicaciones, mientras que el personal más idóneo para asistir partos de bajo riesgo serían las parteras.

### 1.3. ¿Hablamos del parto?: transmisión oral y construcción social

“Las mujeres tenemos que contarnos muchas cosas.  
De mujer a mujer, de mujer a niña, de madre a hija, de vientre a vientre.”  
Casilda Rodríguez (2009)

Cuando pensamos el parto y sus posibilidades de que sea vivido con disfrute, es importante pensar cuánto saben las mujeres del parto antes de pasar por él. Como sociedad ¿hablamos del parto? Es una pregunta interesante para pensar cómo se transmiten esos saberes en nuestra sociedad.

Callister (2004), autora que investigó la transmisión de relatos de la experiencia de parto en diferentes culturas, resalta la voluntad de querer contar sus experiencias por parte de las mujeres. Un dato relevante es que las mujeres en sus relatos traen el desconocimiento inicial de cómo es el parto y que les hubiera gustado recibir más información al respecto. Concluye que estas narraciones documentan la importancia de escuchar las voces de las mujeres para integrar el parto como un evento importante en la vida de una madre, lo resalta como una experiencia de vida significativa, donde se comparten miedos, sentimientos de fortaleza y también de decepción o incompetencia, se integra la propia experiencia vivida y da la oportunidad también de que las mujeres puedan conectarse e intercambiar entre sí, pudiendo comprender sus capacidades y experiencias para que no queden agenciadas en el silencio.

En esta línea, Laura Cadús (2015), investiga el miedo al parto vinculado a las narrativas intergeneracionales, es decir la construcción social del miedo al parto. Analiza los relatos que las mujeres han recibido a lo largo de su vida y las expectativas que estos conforman. En sus estudios, recoge experiencias a través de entrevistas sobre partos, ocurridos en Barcelona entre 1940 y 2014, para obtener diversidad de contextos históricos y acercarse a los valores asociados a éstos en las transmisiones orales y los “mitos” que también acompañan las experiencias de parto.

Elaine Zwelling (citada en Staton, 2006) propone que, compartir estas historias parte de una necesidad de explicar lo desconocido, para así disminuir el miedo y conseguir un sentido de control sobre el alumbramiento.

Las mujeres actualmente expresan un mayor miedo a la experiencia de parto. Algunos puntos que se resaltan es que las mujeres de generaciones anteriores expresaban menos el dolor y hoy esas mujeres que ya son ancianas entienden que las mujeres actualmente tienen mejores condiciones de parto, muchas veces lamentan no haber tenido una posibilidad al momento del movimiento en éstos. Sin embargo en la actualidad las mujeres entrevistadas relatan sentirse alejadas de lo que sus madres y abuelas vivieron en el parto, tendiendo a la creencia de que el modelo actual de atención al parto afectó o afectará la manera en que transcurren los suyos (Cadús, 2015).

Cadus (2015) resalta la importancia de ver el parto no solo como un evento biológico sino también como un evento social. Recoge relatos de mujeres que parieron en España entre los años 40-50 donde señala que muchas mujeres tuvieron partos que eran altamente medicalizados y con ausencia de medidas paliativas al dolor:

Las mujeres que parieron en el hospital en aquella época relatan que tuvieron que dar a luz tumbadas, solas, sin posibilidad de movimiento y sin quejarse. La no expresión del miedo o del dolor era un valor destacable (...) Consuelo, de 91 años, relata: “Yo me desgarré de arriba abajo y nadie en el edificio me oyó gritar. (Cadus, 2015; p. 137)

Se recoge que las entrevistadas de esa época no solían manifestar un miedo al parto, se asumía como un proceso doloroso pero normal, donde la mujer tenía que aguantar. En este sentido, actualmente los partos que generalmente no han tenido una complicación y se consideran como normales no son los que tienden a ser contados y cuando si se presentan desafíos por ser partos complejos o curiosos se relatan exaltando la estoicidad de la mujer, como pudo tolerar ese desafío. Hay relatos que hacen énfasis en no querer vivir la misma experiencia de parto que sus antecesoras por las dificultades sobre el parto y temen que así también tenga que ser el suyo (Cadús, 2015).

Algunas de las informantes con las que se ha elaborado esta investigación que presento aquí, lamentan la poca información recibida en su familia (concretamente por parte de su madre) sobre el parto y describen narraciones muy “frías” de sus propios nacimientos. Algunas añaden que no es un tema del que se pueda hablar fácilmente entre amigas, siendo esto el síntoma, según ellas,



de que no se vive felizmente. Alegan que raramente hay relatos detallados y optimistas de partos en la actualidad y, cuando se introducen en la conversación, las congéneres se quedan mirando con envidia e incredulidad a la protagonista. (Cadus, 2015, p.133)

Es importante poder observar a través de estos relatos cómo se conforma la visión del parto en la trasmisión oral de éstas mujeres y cómo hay roles que se adjudican en el parto; donde se le otorga a la mujer un lugar que invisibiliza la trasmisión de los miedos y las experiencias de dolor vividas, teniendo menos valor de ser transmitidas la experiencias positivas.

Se puede observar una tendencia a cómo, desde el silencio o la enunciación, lo que se transmite del parto a nivel trans-generacional, deja huella en las próximas generaciones, ya sea por presencia o ausencia de relato.

Con respecto a la posición que se valora de la mujer en estos relatos, el silencio, el aguantar, la pasividad frente a la toma de decisiones durante el parto por parte de las mujeres configura un perfil de parturienta. Hay aquí una construcción de lo que es funcional y permitido socialmente sentir o expresar. En este sentido es interesante traer la teoría de la performatividad de Judith Butler (1990) donde desde un abordaje social y de género podemos pensar este caso, si bien la autora no basa sus estudios sobre el parto, sí plantea como el lenguaje y las palabras conforman sentido, son performativas; ella lo aplica al género en relación a la construcción de identidad, diciendo que éste no es algo fijo y dado naturalmente, sino que es una construcción social que se forja a través de actos repetitivos. Como vemos, el parto y las asociaciones que solemos adjudicarle, obedecen a una construcción social que hemos performado también a través de actos ritualizados. La forma en la que se vive y se entiende el parto está influenciada por normas sociales y culturales que definen cómo deben comportarse las mujeres en este momento.

En ésta producción, la autora hace énfasis en el lenguaje como constructor de realidad. Si lo trasladamos al parto, las palabras que se usan para describirlo ya sean positivas o negativas, tienen un impacto en la mujer que lo experimenta, en sus vivencias y en los sentimientos que genera. Si el discurso que prima es el del dolor y el sacrificio, es muy probable que la mujer viva un incremento de miedo y ansiedad cuestionando sus capacidades.

Por otra parte, Cadús (2015) relaciona el concepto propuesto por Bourdieu (2000) de dominación simbólica, con la naturalización entre dominantes y dominados es tal que hasta los propios dominados pueden llegar a justificar, defender y promover determinadas prácticas.

La autora hace referencia a los estudios comparativos que recoge Laura García Carrascosa (2010) en poblaciones como EE.UU donde se entiende que el parto debe necesariamente acompañarse de anestesia, las mujeres lo perciben como arriesgado y doloroso. En ésta línea hace una comparación refiriendo a Senden (1988) y Johnson (2007) donde da el ejemplo de Holanda, donde el parto es entendido como perfectamente soportable y las mujeres lo perciben con menos dolor.

Este estudio aporta que la desinformación y la falta de integración de las mujeres en la toma de decisiones es uno de los motivos que generan miedo en las mujeres ante el parto. Las mujeres no tienden a buscar información conscientemente hasta que están embarazadas, por lo que todo lo absorbido previamente en forma de mensajes positivos o negativos toma un peso significativo.

Las mujeres en general adoptan creencias de problemas o virtudes del parto que responden a una transmisión teñida de condicionamientos culturales. Donde en muchos casos los relatos no generan empoderamiento sino expectativa; donde su capacidad será evaluada y controlada por la familia y por los profesionales, generando miedo por la incertidumbre que tendrá la propia actuación. También resalta la necesidad de las mujeres de que les hubiese gustado saber algo previamente a la experiencia, expresando la importancia de que circule información completa sobre el parto, tanto a nivel profesional como social (Cadús, 2015).

En sus estudios, Cadus (2015) recoge que en cuanto a la participación de las mujeres en sus partos las entrevistadas lamentan la falta de empatía y apoyo por parte del obstetra que las acompañó, omitiendo discutir los procedimientos y desoyendo los deseos de la parturienta, donde se apunta a una atención supuestamente “más eficiente” pero más medicalizada.

## Capítulo 2. El parto

### 2.1. ¿Qué es Parir?

Para iniciar este recorrido me gustaría revisar algunas definiciones y abordajes relevantes sobre el tema:

El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica define al parto como “una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por la cérvix (cuello del útero) y la vagina (canal del parto)”. (Moldenhauer, 2024).

En el libro Williams de Obstetricia se hace referencia a que

Los procesos fisiológicos que regulan el parto y el inicio del trabajo de parto todavía siguen en definición. Sin embargo, está claro que el inicio del trabajo de parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino. (Cunningham et al, 2018, p,136)

En “*Parir, el poder del Parto*”, Ibone Olza (2017), psiquiatra española, directora del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal y cofundadora de la Asociación el Parto es Nuestro, nos propone rever las definiciones que se han hecho del concepto parto. Entiende que en la actualidad, se tiene una visión reduccionista al concebir el parto como una mera “expulsión”, además de que el concepto implícito de expulsar es tomado como algo desagradable o doloroso. Propone empezar a hablar de “salida” por el canal de parto. En este sentido, señala que muchas de las definiciones médicas sobre el parto pueden estar asociadas a la célebre frase bíblica “parirás con dolor”. También asociada a la formación médica, en donde la visión del parto implica una mirada fuertemente apuntada al dolor y al riesgo.

Ella resalta que ésta visión está muy presente en la formación médico sobre el parto ya que se enfoca en lo mecánico, es decir en el caso de una complicación la intervención podría ser por arriba en forma de cesárea o por abajo implicando fórceps, episiotomía o el uso de ventosas para poder extraer al bebé.

(...) Por encima de todo subyacía la idea de que el parto era algo peligrosísimo que los médicos debíamos vigilar muy atentamente, prestos a rescatar a bebés y madres de las imprevisibles catástrofes naturales que en cualquier momento podían acontecer. Los cuerpos de las madres se percibían como algo bastante imperfecto y el canal del parto como un peligroso lugar donde era fácil morir asfixiado. Los bebés tenían que llorar nada más nacer, se les sacudía cabeza

abajo, y de forma rutinaria se les metía una sonda por el ano y otra por la nariz para comprobar la permeabilidad de los orificios. ¡Duele solo de pensarlo!” (Olza, 2017; p.15)

Es interesante observar cómo se aborda el cuerpo de la embarazada en este caso. Hay una visión del embarazo como cuerpo en “riesgo”, y el parto como una patología, donde se establece una necesidad de controlar las mujeres embarazadas para que colaboren en el trabajo de parto y en base a eso se justifican acciones violentas hacia el cuerpo (López y Cástro, 2015).

En este sentido podemos apreciar un abordaje del parto y del cuerpo maquínico, donde lo que prima es su biología y las intervenciones que allí suceden. En este sentido Davis Floyd (2001) clasifica estas formas de abordaje con el modelo *tecnocrático* de atención, donde hay una separación de la mente y el cuerpo, siendo este el modelo más reproducido de atención hospitalaria. También introduce el modelo *humanista*, siendo aquel que establece una conexión entre la mente y el cuerpo; y por último el *holístico* que considera el cuerpo, la mente e introduce la parte espiritual de la persona. La autora señala que lo ideal sería que se pudieran integrar las tres miradas para el abordaje obstétrico.

Retomando los planteos de Olza (2017), se puede pensar una nueva definición de parir que implica “un trabajo y un acto muy potente, intensísimo, trascendente, que poco tiene que ver con la definición que aparece en los diccionarios.” (p. 14). Resalta al parto como un acontecimiento vital muy importante en la vida de la mujer de carácter imborrable e irreversible, es como un sello que queda grabado en la mujer y en su hijo. Para la autora, se trata de un evento tan vulnerable como poderoso, es decir del parto se puede salir empoderada “cual leona con sus cachorros” y también puede suponer lo contrario, ya que es un evento extremadamente delicado.

Las implicaciones del parto son mucho más que solo expulsar a un bebé, sino que repercute en varios niveles de la mujer, desde un punto de vista psíquico es una vivencia tan trascendental como incomparable; donde no sólo hay impacto en lo la parte física o biológica, impacta en la psiquis y en cuestiones más existenciales del ser humano.

“Entonces sentí que lo entendía todo, aunque ahora no recuerde que era todo”  
Relato de una mujer haciendo referencia a experiencias místicas o trascendentales de conexión con la naturaleza. (Olza, 2017. p. 16,17)

## 2.2. ¿Qué es el parto fisiológico?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto fisiológico como aquel que tiene un “comienzo espontáneo, (es de) bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño/a nace espontáneamente en posición cefálica (con la cabeza hacia abajo) entre las 37 a 42 semanas completas. Después de dar a luz tanto la madre como el niño/a se encuentran en buenas condiciones.” (OMS, 1996, p. 7)

Olza (2017) toma la definición de la Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME) que lo explica como

el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo. (p.20).

Destaca la importancia de que éstas definiciones comprendan las sensaciones de la mujer entendiendo el parto como un proceso, incorporando conceptos como el movimiento y la secuencia.

Lo que hace interesante a la propuesta de Olza (2017) es que concibe el parto como un proceso natural y cómo tal no necesita un sobre intervencionismo y que las formas de definirlo sí importan porque construyen también las formas de intervención sobre éste. El propio cuerpo contiene hormonas que promueven el placer y el bienestar. La llamada: “*hormona del amor*” -*la oxitocina*-, predisponiendo naturalmente al cuerpo para el proceso de parto. Ésta y otras muchas hormonas se generan tras un proceso cerebral de la mujer de liberación de neuroquímicos, que promuevan esa sensación de bienestar en la parturienta.

Otra mirada del parto fisiológico importante de resaltar es la de Casilda Rodrigañez (2007). Ella propone no ver el parto como un evento aislado de lo que es la sexualidad femenina y explica que la fisiología del parto podría verse como un continuum de ésta. Estudiando la fisiología del parto orgásmico releva información para decir que el parto involucra aspectos biológicos de la mujer que naturalmente producen placer como pueden ser observadas en otras estimulaciones erógenas asociadas al acto sexual. Resalta la función del útero no como una mirada sólo reproductiva sino que es “él órgano de expansión del placer por antonomasia” (p.64), y es un reto de la sociedad actual recuperar la relación con este.

Michel Odent (2009), argumenta que las mujeres pueden parir naturalmente como toda especie por sí mismas, apuntando a nuevos paradigmas de la visión del parto que se contraponen con la mirada mecanicista de éste. Resalta la importancia de entender las neurociencias en el proceso de parto, apuntando a que es en sí mismo un proceso cerebral, donde la parte antigua o primitiva del cerebro (neocortex) es la que se activa durante éste. El neocortex es la parte del cerebro que nos mantiene racionales y activos y que nos permite dar respuesta e inhibirlas. Por otro lado, hay una parte que es más primitiva, la parte antigua que compartimos con el resto de los mamíferos y es ésta la cual va a permitir segregar las hormonas para producir las contracciones uterinas necesarias para que se desarrolle el parto.

Estas nociones son útiles para entender la propuesta que hace Olza (2017) sobre lo más primitivo de la mujer que brota durante el parto y es importante tener en cuenta para poder sostenerla durante este proceso.

### 2.3. Planeta parto: ¿Qué necesita una mujer al parir?

*Planeta parto* refiere a un estado de trance en el que se sumerge la mujer durante el proceso de parto:

Un estado alterado de consciencia conlleva una manera diferente de percibir y estar en la realidad. Para entenderlo se puede comparar con lo que significa tener fiebre alta, o estar intoxicado por drogas o alcohol. En estos estados no se puede responder a los estímulos de la misma manera que cuando estamos en estado de vigilia, es decir, plenamente despiertos. Sólo que, a diferencia de esos estados «tóxicos», el estar de parto es algo sano, fisiológico, producido por el propio cuerpo sin necesidad de sustancias externas. Es indicador de que todo funciona divinamente. (Olza, 2017; p.35-36)

Ibone Olza (2017) lo profundiza señalando que esta metáfora se ha usado para describir lo difícil e incomparable que resulta describir la vivencia del parto.

Michael Odent (2009) hace referencia a él cómo parte de un proceso en el que “(..) en determinada fase del parto que llamamos fisiológico, la mayoría de mujeres parece que desconecte del mundo y se vaya a otro planeta” (p.36). Algo muy curioso que incluye en éste *planeta parto* es la distorsión de ubicación temporal que se produce en este proceso, perdiendo la noción del tiempo. Señala que no tiene porque ser igual en todas las mujeres

pero las palabras como “pronto” o “lento” pueden resultar muy diferentes para la mujer que está viviendo una contracción, provocando que la sensación de la vivencia en relación al tiempo sea fluctuante en cada mujer que lo experimenta (Olza, 2017).

La experiencia de parir puede sentirse cómo un tiempo “infinito y a la vez detenido” para las parturientas:

*Permanecían en un estado de incredulidad. Lo explicaban con frases como «la sensación más extraña», «no podía creer cuánto tiempo había pasado», «me sentía desorientada en relación al tiempo», «las contracciones parecían durar más de lo que en realidad duraban», «durante todo el parto miraba el reloj», o «cuando llegaba el dolor un minuto parecía eterno. Pero ahora cuando recuerdo mi parto me parece mucho más corto que las siete horas que en realidad duró» (Beck 1994, en Olza , 2017; p.37;38)*

Otro punto que se destaca es la necesidad de las mujeres de centrarse en sí mismas y en sus sensaciones internas y lo que se está viviendo, por lo que da la sensación de que cuesta pensar. Y su experiencia va a ser única en relación a cuanto puedan diferir con las percepción de las personas que acompañan (Olza, 2017).

De allí la importancia de respetar este estado de conciencia para que se pueda sostener un equilibrio hormonal, evitando la estimulación del neocórtex. Odent (2009) da el ejemplo de que si en éste momento preguntamos cuestiones logísticas o banales a la madre, que activen su parte racional, se puede detener el proceso de parto. Otro gran estimulador del neocórtex es el sentido de la vista, la luz fuerte, es por esto que se hace énfasis en la necesidad de tener oscuridad para poder ir hacia lo más profundo de ese estado. Recuerda que la inducción más natural o fisiológica del parto es acompañar y propiciar que la mujer entre en ese estado de estar en “otro planeta”, para que pueda abrir sus esfínteres, gritar y expresarse sin importar que se espera culturalmente o es de “buena educación”.

No hay mejor manera de conseguir que un parto sea largo, difícil, más doloroso y, claro está, más peligroso, que estimulando el neocórtex, la cuna de todo tipo de inhibiciones. Se puede estimular el neocórtex mediante la luz, utilizando un lenguaje racional, lógico o comportándose como un observador. En cambio, la sensación de intimidad nos indica que el neocórtex ha reducido su control. (Odent, 2009; p. 60)

En este sentido Frederik Leboyer (1975) aporta, desde los años 70', una mirada muy clave para el nacimiento respetado. Fue uno de los primeros médicos en escribir sobre el parto sin violencia en el ámbito de la medicina, integrando el miedo como parte natural del proceso de parto, donde la mujer y el bebé deben de ser el centro de la escena. En este sentido resalta la importancia de cuidar los estímulos, pudiendo generar un espacio de relajación, con luz tenue, tranquilo y silencioso. El va a proponer que para que el bebé pueda venir al mundo de una forma armoniosa, es central el ambiente que lo recibe, que sea cálido ya que la salida abrupta del vientre materno puede resultar traumatizante para la criatura, por eso un ambiente de relajación donde la madre pueda elegir su postura con tranquilidad, predispone la escena al recibimiento del bebé en un ambiente confortable para ambos. El autor resalta el momento del parto para la mujer con la necesidad de intimidad y soledad, donde se encuentra con ella misma llevando adelante ese proceso.

Por éstas razones se recomienda que la parturienta pueda sentirse cómoda, en libertad de movimiento, con una luz baja, favoreciendo un ambiente de relajación, donde los estímulos sean agradables y reconfortantes. También favorece la experiencia una comunicación clara y precisa a la parturienta por parte del personal que la asiste.

Como sugiere la OMS (2018), tener una experiencia positiva de parto implica mucho más que simplemente el bebé nazca sano. Respetar tanto la fisiología como la psicología del parto aporta múltiples beneficios. Cuanto más natural y espontáneo sea el proceso, menor será el riesgo de complicaciones, se reducirán las secuelas obstétricas, el tiempo de estancia en el hospital, las probabilidades de ingreso en neonatología y los problemas emocionales después del parto.

## 2.4. Para entender el placer, entender el dolor

*“La primera arma que puede tener una mujer para vencer el miedo es conocer a fondo el proceso de parto en toda su dimensión.”*

Laura García Carrascosa (2010)

En nuestra cultura es normal asociar el dolor al parto, se entiende como algo sacrificado y costoso, incluso es normal escuchar expresiones referidas a éste para hacer referencia de que algo constó mucho o dio mucho trabajo para conseguir. Nada más alejado del placer.



El parto doloroso es algo que venimos escuchando generacionalmente y es de múltiples maneras un constructor de simbolismos vinculados a éste. Desde este punto pareciera que la única cosa que puede llegar a conectar dolor y placer, términos tan antagónicos, es lo que se encuentra al medio: el miedo que produce parir.

Rodrigañez (2009) atribuye gran parte de ésta visión a cómo se ha conformado la sociedad entorno a un mandato patriarcal y falocéntrico, en donde el placer femenino así como la capacidad de decisión de la mujer entorno a su sexualidad, su vida y su cuerpo quedaron desplazadas en la historia humana.

Desde el castigo bíblico a Eva -"multiplicaré en gran manera los dolores de tu embarazo; con dolor darás a luz los hijos. Y tu deseo será para tu marido, y él se enseñoreará de ti." (Biblia, Génesis 3:16)-, a la época de la Inquisición con la quema de brujas y persecuciones a la mujer en la Edad Media, podemos datar momentos de la historia humana donde el dolor y la represión a las mujeres y sus prácticas ha sido muy contundente.

Sobre esto, Ibaldi (2017) se pregunta el porqué hablamos de cronicidad simbólica del dolor femenino. Para responder, toma los aportes teóricos de Ehrenreich y English (1981) quienes analizan las acusaciones que en la Inquisición se les hacían a las mujeres en la "caza de brujas" (y que devenían en tortura y/o muerte), encontrando que muchas de ellas remitían a crímenes sexuales en contra a los hombres, por "poseer sexualidad femenina" y por invocar poderes mágicos que podían provocar el mal o curar. Éstos poderes "mágicos", que pueden curar, se encontraban representados en las actividades de las parteras, quienes a través de la medicina natural podían aliviar los dolores de parto. Eran saberes transmitidos generacionalmente de mujer a mujer, de partera a partera, pero eran puestos en duda por la religión católica imperante en la época porque no provenían del dios todopoderoso y contradecían sus mandatos (castigo).

Es interesante hacer el ejercicio de transpolar como después, en la Época Contemporánea, esos saberes sobre el parto pasan a depositarse en la medicina (masculina) y en el modelo tecnocrático (siguiendo la propuesta de David Floyd (2001). Esta visión masculina y medicalizada, atraviesa mucho más que los saberes y conocimiento con respecto al parto, sino que incluyen una visión sobre la mujer y el contacto con su propio cuerpo y su sexualidad, incluidos el sentir gozo y placer, dando la sensación de que todo tiende a ser regulado y controlado.

El lugar de la mujer ha sido cada vez más relegado a lo privado y casto. Y si bien es recién en nuestra época donde, debido a las conquistas del movimiento feminista, la mujer ha ganado

terreno en término de derechos sexuales y reproductivos sobre su vida y su cuerpo, en términos de placer los saberes no han circulado con tanta facilidad ya que el cuerpo de la mujer y su sexualidad se ha construido entorno a una mirada falocéntrica que no ha puesto el cuerpo femenino como centro (Rodrigáñez, 2004).

Casilda Rodrigáñez (2007) trae el término *útero espástico* propuesto por Wilhelm Reich (1956), diciendo que las mujeres en la actualidad presentan una especie de retraimiento del útero producto de la censura y desconocimiento que tienen sobre su cuerpo y sexualidad desde la niñez a lo largo del proceso de socialización. Ella postula que el útero es en sí mismo uno de los principales puntos de placer, haciendo referencia a los estudios de Maryse Choisy en los 60 quien le hizo un seguimiento a la sexualidad de 195 mujeres llegando a la conclusión de que “el útero es el centro del placer del sistema erógeno y actúa como una caja de resonancia del placer”. (p.25)

Argumentan que este por sí mismo, el útero vibra y se tiene naturalmente una necesidad de movimiento que genera placer. Casilda toma como ejemplo las danzas del vientre de la antigüedad donde las mujeres bailaban por placer:

Las danzas del vientre actuales son un vestigio de las danzas sexuales autoreóticas que practicaban las mujeres en la antigüedad, formando coros, de manera colectiva. La misma universalidad de estas danzas femeninas del vientre llevan a la conclusión de que no eran una expresión de tal o cual pueblo, sino la expresión de una sexualidad común y universal, de antes del Tabú del sexo y de la civilización patriarcal. Las niñas entonces crecían no solo moviendo la pelvis sin inhibición o censura, sino que eran estimuladas por sus madres, hermanas, etc” (Rodrigáñez, 2009; p.36)

Rodrigáñez (2007) propone que el desconocimiento, en la sociedad occidental actual, de las capacidades uterinas para sentir placer es el gran causante del dolor en el parto.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Consuelo Ruiz (S/F) en relación al dolor en el parto propone que el parto no tiene porqué doler, considerándolo una función fisiológica normal, siendo efectuada por un organismo sano, indica que si duele, lo sensato sería investigar por qué duele. La autora señala que el dolor se ha naturalizado, lo ubica inicialmente en un fanatismo religioso y luego sencillamente porque “tenía que doler”. Consuelo señala que si parir hubiera sido como respirar como un factor común a los dos sexos, la Humanidad se hubiera interesado más en investigar las causas “incongruentes” del dolor en el parto. Y

argumenta que cuando el parto duele generalmente se debe a causas de origen psíquico, físico o químico.

En este sentido es interesante sumar la aclaración que trae Ibaldi (2017) sobre el dolor en el parto, ya que ella toma también la mirada de Consuelo Ruiz (s/f) en las técnicas de preparación para el parto y alivio del dolor, considerando que la autora refiere a que el parto no duele. Ibaldi propone que el dolor en el parto tiene una función en sí misma, como indicador de que algo está sucediendo, donde la apertura del canal de parto y el ensanchamiento de las caderas genera dolor. Ella señala que el dolor tiene un sentido en tanto función informativa de que algo está ocurriendo. Lo que sí se puede controlar o mitigar es la intensidad del dolor y su forma de percibirlo (Ibaldi, 2017).

Con respecto al dolor, Gaskin (2003) señala que el parto suele doler, al menos la primera vez, pero que no es un dolor como otro que conozcamos que dispara el sistema de “alerta” o “lucha”, sino que es un dolor que pide soltura, apertura y relajación... rendirse al dolor.

Para entender la fisiología del dolor voy a tomar a Laura García Carrascosa (2013), doctora en Bioquímica, experta en el área de la genética aplicada a la nanomedicina y dedicada a la producción de conocimiento en defensa del parto natural. De la mano de García me referiré a Dick-Read un autor muy nombrado por los principales exponentes del parto fisiológico ya que fué un obstetra del siglo pasado, británico muy adelantado para su época, haciendo grandes aportes obstétricos, dentro de ellos estudió el dolor en el parto. Ambos hacen aportes realizando un análisis del estrecho vínculo que existe entre el dolor y el miedo en el parto.

el miedo es un esquema adaptativo y constituye un mecanismo de supervivencia surgido para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia, por lo que es un mecanismo normal y beneficioso para el individuo y para su especie. (García, 2013:p.9)

Agrega que desde un punto de vista psicológico, social y cultural, el miedo

puede formar parte del carácter de la persona o de la organización social y constituye una reacción que se puede aprender y condicionar por la cultura o el entorno particular en que se desarrolla el individuo. Se puede por tanto aprender a temer objetos o contextos, y también se puede aprender a no temerlos. Asimismo se relaciona de manera compleja con otros sentimientos (miedo al miedo, miedo al amor, miedo a la muerte) y guarda estrecha relación con los distintos elementos de la cultura. (p.9)

García (2013) apunta que muchas mujeres sienten miedo en el proceso de parto en mayor o menor medida porque no saben a que se van a enfrentar, es el miedo a lo desconocido, por eso señala que salvo que la primera experiencia haya sido traumática, los partos posteriores se enfrentan con menos temor y por tanto, suelen ser más rápidos y menos dolorosos. La autora señala que es importante conocer cuáles son estos miedos para poder controlarlos.

La autora refiere a que Dick-Read (1942) constata tras sus estudios del dolor que las mujeres que parían con muy poca o nula sensación de dolor lo vivían con un conjunto de circunstancias similares como la relajación, ausencia de miedo y estrés. Esto lo lleva a estudiar más a fondo el dolor en el parto y comprueba que la mujer sabe hacerlo de manera inconsciente ya que obedece a las estructuras más primitivas del cerebro humano, sosteniendo que tampoco podemos controlar el proceso de parto porque es algo que sucede sólo, como “tampoco podemos controlar el crecimiento de un ser en nuestro cuerpo” (p.8).

Hay en primer lugar unos músculos longitudinales que recorren el útero de arriba a abajo y son responsables de empujar para hacer descender el feto. Un segundo grupo de músculos circulares y transversales a los longitudinales se concentran sobre todo en la zona del cuello del útero y son los responsables de mantenerlo cerrado o abierto. Ambos tipos de haces musculares funcionan como un par sincronizado regulados por los sistemas parasimpático y simpático respectivamente, de forma que el sistema nervioso simpático que inerva las fibras circulares tiene que desactivarse para que estas fibras aflojen la tensión y no ofrezcan resistencia al movimiento de las longitudinales, que están inervadas por el parasimpático. Es un movimiento análogo al que tiene lugar en conjuntos de músculos de función antagónica como el bíceps-tríceps para flexionar y extender el brazo donde para que uno se contraiga el otro debe estar relajado y si los dos se contraen simultáneamente el movimiento de doblar el brazo ocurre con dificultad, esfuerzo e incluso dolor. (García, 2013:11)

Este funcionamiento es el que lleva a concluir que el miedo es el que mantiene el parto con dolor, pues activa al sistema nervioso simpático, ya que contrae las fibras circulares y al apretarlas ofrece resistencia al movimiento de las fibras longitudinales quienes son las causantes de tirar con más fuerza para vencer la resistencia y que pueda dilatar el orificio del cuello del útero. Es la llamada teoría “síndrome del miedo-tensión-dolor asociado al parto” propuesta por Dick (García, 2013). ¿Para qué nos sirve saber esto? Sirve para entender la relación que hay entre menor sensación de miedo, menos respuesta de huida y contracción de los músculos. Es decir mayor distensión que favorece a que el parto suceda naturalmente

y por tanto con menos dolor ya que el cuerpo no estará enviando señales de que algo no está bien o en modo defensa.

Para cerrar este punto me gustaría resaltar una idea que circula en varios de los autores mencionados hasta aquí, que es la importancia del saber de la mujer sobre cómo funciona su cuerpo y qué medios serán utilizados en su parto. Las mujeres sienten temor de no poder afrontar el parto, hay momentos que sienten rendirse, temen a la muerte propia o de su hijo y eso desencadena miedos y dolor antes de pujar, esto también provoca agotamiento; las mujeres relatan que en este punto cuando alguien te dice que si puedes, pueden centrarse otra vez porque da miedo todo lo que supone la experiencia (Dixon et al, 2014).

En este sentido la psicoprofilaxis y preparaciones para el nacimiento (ver apartado 3.1) cobran vital importancia, ya que aporta a la mujer herramientas para poder conocer su proceso de parto, trabajar miedos y sentirse segura de sí misma y el proceso.

La primera arma que puede tener una mujer para vencer el miedo es conocer a fondo el proceso de parto en toda su dimensión. No sólo desde el punto de vista fisiológico, sino también desde el punto de vista de “saber” realmente qué es lo que allí puede sucederle. Conocer físicamente el lugar donde se va a dar a luz, conocer la manera de proceder del personal que nos va a atender, sus protocolos, etc. va a contribuir muy favorablemente a disminuir el miedo al proceso de parto. Asimismo, la redacción de un plan de parto en el cual uno sepa de antemano que se van a respetar sus deseos respecto a cómo se quiere que acontezca este suceso, puede ser un elemento crucial para disminuir el umbral del miedo al parto. (García; 2010; p.2)

## Capítulo 3. Un parto que se puede disfrutar

¿Cómo es un parto placentero? ¿Se han investigado? ¿Qué dicen las mujeres que han vivido partos placenteros?

Montserrat Catalán (2006), es Obstetra y Ginecóloga cubana, define el parto placentero como:

aquellos partos que reúnen diversas condiciones: desde el inicio son una fuente de alegría, de ilusión y de esperanza: todo indica el buen desarrollo del proceso esperado y desde el principio la mujer se llena del gozo, de satisfacción al saber que el nacimiento de su hijo/a está cerca, pronto le va a tener en sus manos y va conocer aquella personita que ya intuye-siente-conoce dentro, desde hace 9 meses.” (2006, p.100)

Catalán reúne múltiples relatos de mujeres que describen sus partos placenteros y clasifica algunos beneficios que valoran las mujeres. Algunos de los aspectos que destaca son que las contracciones se van dando de manera rítmica y profunda, el tiempo que tuvieron para hacer el trabajo de parto, y la capacidad de poder dejarse llevar por el proceso, donde la sensación de pujo se da sin tener que dirigirlo.

La compañía que se elige para acompañar el parto cobra vital importancia y el poder ir sintiendo al bebé cuando va saliendo por el canal de parto también, es algo que se destaca entre los relatos. El poder tocar su cabeza y estar en contacto con el bebé incluso antes de su salida. La satisfacción, la sensación de logro y de poder tiene mucha presencia, incluso en partos que no se desarrollaron con tanta facilidad o presentaron algún grado de dolor físico o molestia en el trabajo de parto, pero igual lo experimentaron con placer (Catalán, 2006).

Las mujeres coinciden en entender el placer y el dolor como sensaciones físicas y la satisfacción y el sufrimiento como sensaciones emocionales, sin estar directamente ligadas al placer, ni al dolor, sino a veces, al contrario, a veces el placer puede ser vivido con sufrimiento, con sensación de culpa, por ejemplo, y el dolor con gran satisfacción porque no haya vencido tu voluntad, por ejemplo. (Catalán, 2006, p. 107)

Una investigación cualitativa más reciente, que se hizo con 10 mujeres que habían experimentado un parto positivo en Irán, por vía vaginal y sin riesgos, recoge tras analizar los relatos, que el sentirse consideradas en sus decisiones fue fundamental para sentirse

seguras en su parto, tanto por parte de su familia como del servicio de salud. Esto involucra una comunicación adecuada, tener en cuenta las necesidades de las mujeres, informar durante el proceso de parto y el cuidado físico adecuado, proporcionándole una mayor sensación de control a la parturienta (Hosseini et al, 2020).

La preparación para el parto, el trabajar con sus creencias y miedos, familiarizarse con el entorno del lugar de parto, así como aprender técnicas de relajación también se especifican como un agente importante que da seguridad a las mujeres y ayudan a elaborar las expectativas que se tienen sobre el propio parto. En este estudio también se releva la importancia del acompañante en el parto, sobre todo de su pareja (Hosseini et al, 2020).

Palabras que se resaltan con sentirse en control del propio parto, un aumento de la confianza en el proceso y en sí mismas, la sensación de empoderamiento y capacidad de afrontar la situación, así como la presencia del apego con su bebé. Se resalta la importancia de la disposición del prestador de salud a colaborar con el bienestar de la usuaria, proporcionando la información adecuada y el respeto hacia sus decisiones, ya que este es un factor bastante determinante para una experiencia de parto positiva (Hosseini et al, 2020).

“Hablaba con él, diciéndole que le ayudaba, que entre los dos podíamos. Fue genial.” (Catalán, 2006, p.102)

“La comunicación verbal con mi bebé me permitió abrirme al proceso de la vida, dejar el miedo a un lado y dar paso a la fuerza que sentía dentro de mí”. (Catalán, 2006, p.102)

“Sentía miedo, emoción y felicidad al mismo tiempo. Sentía llorar a mi compañero, al cual estaba abrazada, al mismo tiempo que sentía nacer a mi hija. Fue un momento muy intenso”. (Catalán,2006. p.103)

“Era maravilloso no tener que pensar, simplemente dejar que sucediera aquello que debía suceder, abrir paso a la vida”. (Catalán, 2006,p.103)

En este sentido, en los siguientes apartados iremos desarrollando algunas propuestas que entendemos pueden ayudar a que la experiencia del parto sea placentera.

### 3.1. Psicoprofilaxis obstétrica

Podemos considerar que la psicoprofilaxis obstétrica (PPO) enseña a la mujer lo que ocurre en su cuerpo durante el proceso de embarazo y nacimiento. Consuelo Ruiz (2012) lo resalta como la importancia que tiene para sustituir el “reflejo condicionado” negativo y la ignorancia, pudiendo aprender que se va a hacer y lo que va a suceder. Es interesante resaltar que desde la mirada de esta autora el parto no duele y muchos de los miedos vienen de las creencias con respecto al parto.

Yo trataba de destruir, por medio de la psicoprofilaxis, el reflejo condicionado, informando a las embarazadas de en qué consiste no sólo el parto sino la función fisiológica normal de la cual es la fase final para lograr que considerasen el parto una función semejante a la digestión, la respiración o la circulación de la sangre que, en condiciones de salud, nunca duelen. (Ruiz, 2012, p.58)

La PPO tiene como centro el acompañamiento y sostén de la mujer previo al parto, ayuda a prepararla mediante información sobre el evento, implicando un trabajo activo de la parturienta sobre su respiración y relajación, es una forma de sobrellevar el proceso y el dolor de manera natural.

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándose una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal. (Morales et al, 2014, p.55)

Dentro de las técnicas utilizadas se resaltan: técnicas de relajación que buscan el reposo físico y mental de la madre que buscan aliviar las molestias, técnicas de respiración que proporcionen oxigenación pulmonar y celular de la madre y el bebé, técnicas de vinculación prenatal que buscan propiciar el lazo afectivo entre la pareja y la gestante, movimientos de calistenia (suaves, progresivos y rítmicos). También se utiliza la visualización de imágenes



agradables que proporcionan motivación y relajación para que la experiencia se sienta reconfortante (Morales et al, 2014).

García et al (2020) resaltan la capacidad de la PPO para que la mujer adquiera confianza, que pueda entender el proceso como algo sano y natural tras recibir la atención adecuada. Señala la importancia de que la mujer no sea tratada como una enferma, sino como una persona sana que está viviendo un proceso fisiológico que puede llegar a tener ciertos factores de riesgo pero que se pueden prevenir.

Se debe buscar que esta preparación no se centre solo en la evaluación del crecimiento fetal y su maduración, desde lo físico de la evolución de la mujer, y resalta la importancia de la preparación psíquica que se le da en el parto a las mujeres. En este sentido, se plantea o recomienda, la realización de una educación profiláctica familiar, es decir, va mucho más allá que una preparación motora, es la búsqueda de la integración también del entorno de la mujer gestante que necesita comprensión y apoyo, es una preparación global, teórica, física y psicoafectiva que incluye a la pareja o entorno (García et al., 2020).

En este sentido, desde el aporte de la psicología es importante proponer una postura integradora de todos los componentes que reúne cursar un embarazo, prepararse para el parto y lo que viene después de este, ya que es una etapa vital para la mujer y su hijo. Desde una mirada preventiva el abordaje desde la psicología puede preparar a la madre y a la familia, dando recursos de lo que se puede esperar a cada momento para prevenir el sufrimiento y la psicopatología de la madre como las personas que apoyan emocionalmente. (Fernández & Olza, 2020)

Con cada bebé nace una madre en su nueva identidad. Sosteniendo y cuidando, nace también una familia. (Fernández & Olza, 2020; p.147)

En nuestro país, el Ministerio de Salud, a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, tiene la responsabilidad de garantizar que cada mujer reciba la mejor atención en salud, en la promoción del parto respetado y sin discriminación. En este sentido, contamos con un marco normativo que reconoce la importancia de la Preparación para el Parto (PPO), entendida como un derecho fundamental para las mujeres y como una herramienta clave para lograr un parto humanizado (MSP, 2018). Esta preparación no solo es vital para el bienestar físico, sino también para empoderar a las mujeres, posibilitando vivir su experiencia de nacimiento desde la autonomía, informada, digna, y libre de violencia.

En este sentido, es interesante traer un estudio descriptivo de investigación, que se realizó en el Centro Hospitalario Pereira Rossell sobre que tan informadas llegan las mujeres con

respecto a ciertas opciones disponibles al momento del trabajo de parto y parto (Alfaro et al, 2019). Algunos de los datos que arroja el estudio es la baja proporción de información con la que llegan las mujeres, sobre todo en lo que refiere al manejo del dolor y las posiciones que se pueden utilizar durante el trabajo de parto.

En esta línea, hacen énfasis en la importancia de educar a las usuarias sobre este proceso para garantizar una experiencia positiva. Se enfatiza en la buena adherencia al control en el parto pero no así la proporción de asistencia a las clases de parto ya que la mayoría de las usuarias no asiste. Sin embargo, quienes asisten presentan una mejor información sobre el proceso en mujeres que sí asistieron. Con respecto a la posición del parto la mayoría pare en posición litotómica (posición horizontal, se menciona que no está recomendada por MSP) y se encontró una disminución de ésta tendencia en mujeres que conocían sobre las opciones posibles y no elegían esta postura para parir, aunque los autores aclaran que este último dato depende de la profundidad del conocimiento de la mujer, sus expectativas y la atención brindada por el equipo de salud (Alfaro et al, 2019).

Encuentra una correlación entre menor nivel de educación y más desconocimiento sobre las posturas. En el estudio se subraya la importancia del personal médico no profundice esa brecha adaptando la información brindada a la capacidad de entendimiento de la persona (Alfaro et al, 2019).

Se sugiere como alternativa brindar una información más amplia sobre las opciones que hay para el parto en el controles obstétricos, especificando los servicios ofrecidos por las diferentes maternidades; señalan que la guía de Ministerio de la Salud contiene una plantilla de plan de parto para que las usuarias puedan planificar junto a su equipo de atención, se señala una ocasión oportuna para educar sobre las opciones posibles (Alfaro et al, 2019).

## 3.2. Planes de Parto

Desde la década de 1970, han surgido movimientos que buscan garantizar los derechos de las mujeres en el parto en la búsqueda de evitar prácticas invasivas. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud ha promovido la utilización de los planes de parto desde finales de los años 90, ganando mayor notoriedad en los últimos años.

Elaborar un plan de parto consiste en dar a conocer a los equipos asistenciales, los deseos y preferencias que las mujeres y las familias tienen sobre los procedimientos durante el trabajo

de parto, nacimiento y posparto. Es decir, lo que se busca con este documento es orientar la atención sanitaria que se le preste a la madre durante todo el proceso conociendo sus preferencias, necesidades y expectativas al momento del parto, pudiendo especificar de forma escrita qué prácticas de asistencia al nacimiento prefiere en condiciones normales de éste (MSP, 2018).

En Uruguay, el Plan de Parto está contemplado dentro del Art. 14 del decreto reglamentario de la Ley 19.580 (Violencia hacia las mujeres basada en género) (Decreto N° 339/019, 2019). Allí se establecen los derechos que tiene la mujer durante todo su proceso asistencial durante el parto, así como las características que debe tener la práctica clínica de los equipos de salud para garantizar un parto humanizado. Entre estos lineamientos, se señala que la mujer tiene derecho a presentar un plan de parto. El Ministerio de Salud Pública lo incluye dentro de sus recomendaciones sobre *Prácticas y Actitudes en la Asistencia del Embarazo y Nacimiento Institucional* (2018), resaltando la asistencia humanizada institucional del parto, donde se apunta a acompañar y respetar a las familias en el proceso y en la toma de decisiones seguras e informadas.

Dadas estas regulaciones con respecto al Parto Humanizado podríamos pensar que ya está todo dado, sin embargo hay mucho estudios que arrojan que la sobre-medicalización en el parto, la violencia estructural y simbólica sobre el cuerpo, la desinformación y las prácticas abusivas siguen estando presentes (MYSU, 2013; CNCLVD & SIPIAV, 2019 en Etcheverry, 2020).

Roberto Castro (2015) hace uso del concepto de ciudadanía reproductiva, siendo la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en salud reproductiva, evitando los atropellos en las intervenciones. Sobre esto señala que muchas mujeres optan por no protestar, y asumen el maltrato médico como un “haberse portado mal” y no haber reprimido lo suficiente sus sensaciones. De aquí se desprende la importancia de la educación para el parto y la difusión de los derechos en éste. En la búsqueda de un reconocimiento de la parturienta como coautora de su parto y las decisiones que se toman en este, es una forma de evitar introyecciones de culpa como menciona Castro (2015) en ese “portarse mal”, que la deja en un lugar infantilizado y se vive lo que sucede en el parto de forma pasiva.

En este sentido, Katie Cook y Colleen Loomis (2012) estudiaron cómo la elección y el control de las mujeres sobre sus partos afectan éstas experiencias. Este estudio, fue desarrollado en Canadá con 15 mujeres que presentaron su plan de parto al equipo de salud. Estas autoras hacen énfasis en que al prepararse para dar a luz, las mujeres consciente o

inconscientemente, desarrollan un plan de parto. Cuando hay un plan de parto, los aspectos que pudieron o no ser cumplidos sobre éste tienen un impacto sobre la mujer y afectan su recuerdo sobre la experiencia de parto. Los recuerdos positivos y negativos que las mujeres puedan tener sobre sus experiencias de parto se relacionan con los sentimientos y el ejercicio de la elección que puedan tener en ese momento.

Refiriendo a Hauck et al. (2007) resaltan que cuando las mujeres hacen su plan de parto hay modificaciones y negociaciones que se dan con el prestador de salud, en este sentido el apoyo de este equipo para conciliar decisiones es de vital importancia para fomentar una experiencia positiva de parto (Cook y Loomis, 2012).

Las autoras señalan, citando a Wittmann-Price (2004), que el tener conocimiento genera un empoderamiento que promueve la autonomía y la independencia. Que haya un conocimiento personal, de las disposiciones con las que se cuentan y un entorno de flexibilidad son factores ligados a la satisfacción de la mujer con sus decisiones.

La investigación arroja que en el proceso de toma de decisiones las personas que acompañan el parto ya sea personal médico o familiar y la información que se tiene de éste son dos elementos que inciden en la toma de decisiones de la mujer. Y que el servicio médico comparta algo de la “filosofía” del parto que tiene la parturienta es un factor que produce satisfacción en la mujer y afecta las modificaciones que puedan tenerse del plan de parto inicial durante el parto. Dentro de los resultados se destaca que los cambios drásticos en el plan de parto fueron los más devastadores para las mujeres.

Mencionan que si bien las participantes consideraban que es útil la existencia de un plan de parto, no lo consideran imprescindible. Y que cuando este es flexible (por parte de las dos partes) la mujer se siente en una capacidad mayor de negociación con el equipo médico. Las mujeres que sintieron una pérdida de control se correspondía a que el protocolo de atención médica era estructurado y no se recibió un buen apoyo o no pudieron realizar una negociación sobre sus preferencias con el equipo de salud (Cook y Loomis, 2012).

Los cambios más drásticos y frecuentes sobre los planes de parto son: traslado del hogar al hospital, de partera u obstetra, el uso de técnicas médicas de control del dolor, otras intervenciones médicas y estadías inesperadas en el hospital en el post parto. Los autores señalan que las mujeres que experimentan estos cambios, teniendo poco o ningún control sobre ellos, son las que ubican las experiencias como traumatizantes, alegan sentirse frustradas o derrotadas. Mujeres que sí se sintieron respetadas en estas decisiones describen sus experiencias como fantásticas, haberse sentido empoderadas y apoyadas.

Con esto lo que concluyen es que, si el plan de parto cambia por alguna razón, no es indicador en sí mismo de algo negativo. El problema radica en el control que tenga la mujer de su proceso y el consenso que existe entre ella y el equipo de salud durante el proceso de parto (Cook y Loomis; 2012). De esto se desprende que recibir un buen apoyo durante el parto para tomar decisiones genera experiencias más positivas de éste.

### 3.3. Parto orgásmico

En este proceso de cuestionarnos el dolor asociado naturalmente con el parto y las posibilidades del placer en éste, nos encontramos con algunas alternativas al sufrimiento. Estas alternativas se centran en crear un entorno que permita a la mujer experimentar el parto de manera placentera y satisfactoria lo que puede devenir en un parto orgásmico.

Aunque la producción académica encontrada entorno a éste ha sido escasa, los desarrollos teóricos de Casilda Rodrigáñez (2009) sobre la fisiología del parto y de la sexualidad femenina, ahondan en lo que sería el parto orgásmico.

Casilda (2009) va a tomar a Martín Camala que habla sobre la fisiología de la lactancia para poder luego hacer una analogía con el parto:

(...) explica que los receptores de oxitocina en las mujeres, se encuentran además de en las mamas, en las fibras mioepiteliales de la vagina y del útero, y que a lo largo del embarazo aumentan incrementando la sensibilidad a la oxitocina que se segregará durante la lactancia. Esto nos aproxima a entender el continuum de la maternidad, como una continuidad de procesos del sistema sexual de la mujer. El tipo de mecanismo que activa la eyección del flujo que lubrica la vagina para el coito, o el que bombea el líquido seminal desde la vesícula seminal y produce el reflejo de eyección del semen, es el mismo que el del reflejo de eyección de la leche; y también el del reflejo de los músculos uterinos para el proceso del parto. (Rodrigáñez, 2009, p.2)

Podemos pensar entonces, que existe una continuidad del sistema sexual de la mujer que incluye el proceso de parto, un proceso en el que se contraen y distienden naturalmente las fibras musculares del útero, lo que se siente a veces como si el útero latiera, y a lo que la autora va a llamar “fuerza expansiva” y mal llamadas contracciones (Rodrigáñez, 2009, p.2).

En el parto orgásmico el papel de la estimulación de las mamas se da con frecuencia y es algo que Rodrigañez (2009) señala como una conexión natural en donde la excitación sexual de las mamas se expande al útero y si se continúa puede acabar en orgasmo. Es por esto que ella resalta el papel del útero en el orgasmo femenino, ya que va a decir que aunque no sintamos el útero, al expandirse el placer, los “supermúsculos” de éste se van a contraer y expandir naturalmente; lo que va a dirigir y distender de alguna manera el proceso de parto y la salida del neonato.

No solo el dolor como tal se pone en juego a la hora del parto sino el miedo y la ansiedad que puede generar una complicación en este, la incertidumbre y desconexión con el propio cuerpo que genera la falta de información y decisión sobre el propio proceso y las intervenciones médicas en torno a éste, donde los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres no se garantizan en su totalidad.

Rodrigañez (2007) menciona algunas de las formas de intervenir en el parto. Pone como ejemplo el uso de oxitocina administrada por vía venosa en el proceso de parto, llegando al útero de manera “violenta” y no fluida, contrario a como lo haría de manera natural, a través del hipotálamo. Ella va a decir que éste es un factor que incide en que los partos acaben en cesáreas, señalando que la fisiología natural del parto necesita un estado natural de relajación de la mujer en donde la oxitocina es segregada de manera natural y el sistema nervioso simpático tiende a desactivarse.

Es interesante resaltar la desconexión interna que tienen las mujeres occidentales de su corporalidad y sexualidad. En ésta visión, el útero no existe, es decir no se lo hace partícipe, como sí sucede desde una mirada más oriental y su visión del “yoni” (sexualidad tántrica). Rodrigañez (2007) señala el papel del útero como el órgano por excelencia de expansión del placer.

Al conectar el parto con el placer, se abre un abanico de posibilidades mucho más amplio de lo que pueden ser los partos. También es interesante pensar cómo en realidad puede sonar muy lejano esto del placer en el parto, pero en realidad ya han surgido relatos de éstos aunque no sean los más conocidos, la autora que presento a continuación da cuenta de ello.

Isa May Gaskin es una partera estadounidense, reconocida por su asistencia no invasiva en el parto y su militancia por el parto humanizado. Fue la primera partera en proponer una técnica de rotación de hombros en el bebé durante el parto vaginal que lleva su nombre, “la maniobra Gaskin”. En su libro “Guide to Childbirth” (2003) propone que en algunas culturas, incluida la nuestra, muchas mujeres aceptan o exigen analgésicos antes de haber probado

cómo sería la experiencia sin medicación. Y tras su experiencia en el acompañamiento de partos, cuando pregunta si se cree en la posibilidad orgásmica de la mujer durante el parto, las personas actúan sorprendidas, demostrando desconocimiento sobre la temática.

Ella cuenta que hay relatos de mujeres que cuando piden no recibir analgesia, reciben por parte de su equipo de salud miradas, describe frases como: “no te van a dar una medalla por negarte a tomar medicamentos” (p.214). También menciona que cuando, sin esperarlo, las mujeres sienten placer u orgasmos en sus partos, muchas veces se sienten avergonzadas, no lo cuentan, lo mantienen en silencio. Menciona el relato de una mujer que al decirle a su médico obstetra que estaba teniendo un orgasmo, él responde “¡Eres una loca! ¡Eres la paciente más extraña que he tenido!” (p.214), produciendo en la paciente una gran vergüenza por compartir el relato.

La autora refiere a que ante la llegada que empezaron a tener estos relatos, elaboró una encuesta entre mujeres cercanas, y de 151 mujeres, 32 relataron haber tenido orgasmos en sus partos. También apunta a que no siempre la experiencia es igual al orgasmo, hay relatos que lo describen como una “euforia” vinculada al placer sexual.

Gaskin (2003) se cuestiona el porqué no se habla del tema, cuál es la causa del silencio. Señala que muchas veces los profesionales de la salud simplemente no saben que esto puede ocurrir, también lo vincula a que el orgasmo se ubica en el ámbito de lo privado, por tanto, cuando ocurre, las personas no sienten la confianza para compartir la experiencia. Cuando hay personas que lo saben, no lo comparten para no condicionar las expectativas de la parturienta y que no se compare con las experiencias de otras personas si no le sucede. También apunta a que el orgasmo durante el parto no parece ocurrir muy a menudo en mujeres que reciben anestesia o epidural, le atribuye a este último punto la causa mayor de que se desconozca sobre el tema.

### 3.4. Hipnoparto

El hipnoparto como herramienta de preparación para el parto se ha venido dando a conocer cada vez más en los últimos años. Carmen Moreno es Educadora Perinatal y en su libro *“Hipnoparto, Preparación para un Parto Positivo”* (2020) define el hipnoparto como “una preparación para el parto que tiene por objetivo reemplazar el miedo y la ansiedad alrededor del parto por seguridad y confianza” (p.33).

Algunos beneficios que señala son la mejora de la experiencia de dar a luz, la reducción de la necesidad de recibir analgesia durante el parto, acelerando el proceso y se asocia con mayor incidencia de tener un parto vaginal y espontáneo. También se vincula con partos más cortos, menos dolor y experiencias más positivas, además la autora aclara no tener efectos secundarios (Moreno, 2020).

Moreno (2020) hace énfasis que es un proceso, no un método, ya que implica un nivel de autoconocimiento personal en donde se trabajan miedos e incertidumbres con respecto al embarazo, fortaleciendo la conexión y confianza con el propio cuerpo tras información basada en evidencia, se consiguen recursos de gestión emocional, relajación y auto hipnosis. Se apunta mucho al trabajo en la fase ascendente o de dilatación, donde por medio de respiraciones y visualizaciones se acompañan el proceso; por ejemplo las contracciones suelen visualizarse como “olas uterinas” por lo que se propone visualizarlas como olas del mar que llegan a un pico y decaen.

Por otro lado, un estudio de Colombia analiza a través de una revisión rigurosa y comparación de artículos académicos escritos sobre el tema, qué es el hipn parto y su utilidad como estrategia no farmacológica para el manejo del dolor en el trabajo de parto (Pinto, 2022).

Pinto (2022) refiere a que es derivado de la hipnosis, siguiendo aportes de Wilson (2017) se señala que esta técnica ya venía siendo usada desde la antigüedad por ejemplo, en forma de cantos rítmicos y “encantamientos verbales” desde la cultura egipcia, precolombina, china y africana.

El método de la hipnosis aplica la inducción hipnótica a través de la conciencia corporal (relajación de los grupos musculares), el enfoque de la respiración interna, las imágenes guiadas proporcionadas por un asistente o la auto hipnosis para facilitar un estado de conciencia tranquilo y alterado, el Hipn parto o el hypnobirthing toma el método de hipnosis y lo aplica al proceso de trabajo de parto y parto, donde este implica la reducción del dolor y la incomodidad del intraparto a través de la alteración de la respuesta y la percepción de creencias negativas y el miedo a través de la concentración y la relajación. (Wilson, 2017, como se cita en Pinto, 2022, p. 20.)

Algunos de los beneficios que aporta el hipn parto según esta revisión son que se posiciona como una estrategia útil y no farmacológica para el manejo del dolor en el trabajo de parto, es una preparación previa que incluye a la familia donde se enseña técnicas de disminución del



dolor y temores para afrontar el trabajo de parto y parto. Este manejo del dolor favorece los resultados del trabajo de parto y se constató que disminuye la percepción negativa del dolor al tiempo que puede disminuir los tiempos de la fase latente del parto y fortalece el apego con el recién nacidos en el parto y la lactancia materna. El uso de visualizaciones y pensamientos positivos acompañados de respiración adecuada disminuye el estrés y el dolor en el parto. Dejando una sensación grata y de satisfacción en las mujeres tras vivir esta experiencia. En cuanto al papel de los centros de salud se entiende que hay poca incursión en el tema y poca capacitación ofrecida para éstos, por lo que se tiende a dejar de lado y a ser poco estudiada (Pinto, 2022)

### 3.5. Parto en el agua

El interés por la atención durante el trabajo de parto en el agua, como una opción alternativa al parto tradicional, ha aumentado en muchos países (Iriondo et al, 2015). El agua ha sido utilizada en los partos a lo largo de la historia, habiendo evidencia de su uso en la antigua Grecia y el antiguo Egipto. Su utilización se retoma en los años 70, especialmente gracias a los aportes de Leboyer (1975), quien fue promotor del parto respetado en la época (Garland, 2011, citado en Asociación Catalana de Llevadores, 2018).

En este sentido, Karina Felliti (2011), al realizar una historización de las prácticas de parto, menciona los aportes de Leboyer (2008), quien tras sus estudios describe cómo algunas culturas indígenas ya empleaban métodos para aliviar el dolor en el parto, como lo es el uso del agua, adoptando también una posición vertical en su utilización. Esto sugiere que no es un método nuevo, sino que representa más bien, un paradigma diferente al que se ha ido consolidando en el modelo médico institucional actual.

Leboyer (2010), con su mirada puesta en la experiencia del bebé al nacer, describe la salida del útero materno, como un evento muy contrastante para él ya que sale de la calidez del vientre de su madre al frío y la sensación de sequedad, lo que puede sentirse muy brusco. Si bien el autor no promovió el parto en el agua directamente, su mirada puede ser beneficiosa para entender este medio de nacimiento como una forma de transición gradual, que genere menos impacto para la criatura al pasar de un medio acuoso a otro medio acuático.

En este sentido Michael Odent (1999) estudió los beneficios y contraindicaciones del parto en el agua, el cuenta que su motor inicial fue el alivio del dolor en el parto en hospitales, por lo que se comenzó a experimentar con el uso del agua en la primer fase del parto, pero

comenzó a suceder que algunas mujeres terminaban dando a luz en el proceso sin salir de la piscina. El autor señala que el parto en el agua es recomendado como forma de aliviar el dolor, como alternativa a la reducción de analgesia e intervenciones; se asocia con la liberación de oxitocina en las primeras horas, lo que puede ayudar a que el proceso se sienta más agradable y acelera las contracciones de la primera fase. Lo recomendado es que el agua esté a temperatura corporal y la mujer ya tenga al menos 5 cm de dilatación.

Antes de este momento, se recomiendan ejercicios acompañados de una matrona o duchas calientes para acompañar el inicio del proceso. En el uso previo del agua se señalan los beneficios del sonido del agua al caer y su contacto en los pechos de la mujer como forma de relajación y liberación de oxitocina.

Así pues descubrimos el poder mágico del agua, el que no puede ser explicado por los fisiólogos ni por la ciencia. El efecto del agua sobre el ser humano, que también puede ser erótico, o místico. No en vano el agua es utilizada en los ritos de todas las religiones. Son muchas las cosas que aún tenemos que aprender sobre el poder o efecto del agua. (Odent, 1999; p.38)

Es importante resaltar este uso del agua en el parto como un medio para aliviar el dolor y no un fin en sí mismo, en este sentido el autor remarca la importancia de la evidencia científica y la justificación de las prácticas de manera rigurosa, incentivando a que es necesario cultivar las expectativas durante el parto de una manera prudente (Odent, 1999).

Si la mujer ha programado estrictamente su parto en el agua y no quiere salir de la piscina, una vez que ha pasado este período de máxima eficacia, sucederá que a la larga el parto sí se producirá, pero las contracciones serán cada vez menos frecuentes, menos fuertes y por lo tanto menos efectivas. Puede entonces ocurrir que no consigan expulsar la placenta y que posteriormente el útero no se contraiga lo suficiente para impedir una hemorragia. (Odent, 1999; p.40)

Dentro de sus beneficios Iriondo, et al. (2015) también señalan la reducción de la necesidad de analgesia farmacológica. Además, se ha documentado que el trabajo de parto es más corto en gestaciones no complicadas y a término.

La Guía de Asistencia al Parto Domiciliario de Cataluña, co-creada con la Federación de Matronas de España (2018), señala que algunos de los beneficios del parto en el agua son la disminución de la necesidad de analgesia epidural durante la primera fase del parto; también se reconocen beneficios maternos a nivel físico, ya que el agua produce un efecto analgésico, reduciendo la tensión muscular y de ligamentos, lo que permite a la mujer adoptar

una posición más cómoda. Además, se reduce la posibilidad de sufrir traumatismos perianales (Burns et al., 2012; Torkamani et al., 2010; Otigbah et al., 2000 citado en Asociación Catalana de Llevadores, 2018). A nivel psicológico, el agua favorece la relajación, ya que permite cierto aislamiento del entorno, lo que proporciona confort y control a la mujer durante la experiencia (Richmond, 2003 citado en Asociación Catalana de Llevadores, 2018). Desde el punto de vista obstétrico, se ha observado que el parto en el agua puede acelerar o ralentizar el trabajo de parto, minimizando la necesidad de intervenciones obstétricas y resultando beneficioso para las mujeres que padecen tocofobia (miedo al parto) (Lukasse et al., 2014 citado en Asociación Catalana de Llevadores, 2018).

En términos generales, no se encuentra un consenso total sobre los beneficios y riesgos del parto en el agua. Algunos estudios señalan que, si bien este método proporciona beneficios, en la etapa expulsiva puede representar un riesgo para el recién nacido, señalando que no hay tanta evidencia científica en esta fase, y aunque no es común, pueden presentarse riesgos para el neonato como la aspiración de agua (Iriondo, et al., 2015). Sin embargo, otras perspectivas sostienen que la hidroterapia, utilizada como método para aliviar el dolor, ya sea en la fase inicial del parto o durante todo el proceso, no representa grandes riesgos y sus beneficios son reconocidos. Entre ellos se encuentran la reducción del dolor percibido, la mejora de la movilidad materna, y la disminución de la necesidad de analgesia epidural. Además, algunos estudios sugieren que no existen efectos adversos significativos en el recién nacido en partos de bajo riesgo. (Herrera-Gómez; 2021)

Esta técnica se ha ido incorporando gradualmente, por ejemplo, en casas de nacimiento o llamadas centros de nacer. Etcheverry (2020) hace un estudio en tres experiencias europeas de Centros de Nacimiento ubicados en Genova (Italia), Barcelona (España) y Londres (Inglaterra) donde se pueden observar el uso del agua como incluidas en la experiencia. En Uruguay no contamos con casas de nacer (Magnone, 2013), pero instituciones como el Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) cuentan con una sala con jacuzzi e hidromasajes que propicia el uso del agua para el nacimiento (Casmu, 2016).

También es un recurso utilizado en los partos domiciliarios. En nuestro país el parto domiciliario planificado es muy reducido (Magnone, 2013). Magnone trae la presencia de Nacer Mejor como un grupo de parteras que asisten al parto desde hace más de 25 años, enmarcadas dentro de los métodos holísticos de atención (Floyd, 2001), en la búsqueda dar cuenta de servicios que también promueven el parto humanizado (Magnone, 2013) e incluyen el parto en el agua como técnica para el parto en domicilio en Uruguay.

## Conclusiones

El parto se ha conceptualizado de diferentes modos en función de quien lo aborde. Desde miradas más *tecnocráticas* a otras más *holísticas* o *humanistas*. Es importante apuntar a una mirada integral de éstas, sin perder de vista que aún la que prevalece y condiciona las prácticas sobre el cuerpo que pare es el modelo tecnocrático. Han emergido conocimientos que buscan entender el parto de una manera humanizada, propiciando una experiencia placentera o positiva para las mujeres a la hora de éste.

Es relevante poder integrar otras miradas que involucren no sólo el aspecto biológico de la mujer y el bebe. El cuidado de la salud mental es un área importantísima si pensamos en el parto como un acontecimiento relevante en la vida de una mujer. Perspectivas como las neurociencias pueden ser beneficiosas para comprender el parto desde las funciones y necesidades de la parturienta, considerando otros tiempos y condiciones al momento de parir. Esto representa un desafío considerable, especialmente en contextos institucionalizados, donde comúnmente se utilizan luces intensas, se dispone de múltiples profesionales en el área y se realizan intervenciones rutinarias que pueden interferir con la intimidad. Pero no es una tarea imposible, donde con la implementación de medidas adecuadas es viable crear un ambiente más favorable. Esto requiere, no solo una actualización constante del personal, sino también un compromiso por parte de las instituciones encargadas del cuidado en salud, reconociendo que las condiciones pueden variar considerablemente según el establecimiento que brinde el servicio y los recursos que tenga disponibles.

Es necesario seguir investigando para la producción de conocimientos sólidos sobre el parto en la búsqueda de mejores experiencias que sean viables de adaptación y acceso, como ya está sucediendo con enfoques que apuntan a ser más amigables en su atención. En este sentido, la investigación y producción sobre el tema puede acompañar una reeducación para todos como sociedad, proponiendo nuevas miradas a lo que simboliza parir en la actualidad. Este punto es fundamental para generar conocimientos que promuevan partos agradables.

Escuchar a las mujeres es importante, ellas cuentan no sentirse preparadas para éste evento o no haber llegado al parto con el suficiente conocimiento sobre el proceso. Hablar del tema es relevante porque abre una puerta que muchas veces no se contempla, que es la posibilidad de construir con la palabra. Se generan significantes sobre el parir, en este sentido, darle voz propicia la elaboración del evento.

Entiendo que es importante que las mujeres puedan estar informadas para poder decidir sobre su parto. En tanto, la PPO como el Plan de parto como documento acordado entre la

parturienta y el equipo de salud, cobran un rol fundamental; prepara para la experiencia y despliega una gama de posibilidades, se vislumbran caminos de elección, que sin educación no se visibilizan, en este sentido brindar herramientas es fundamental.

Para que la mujer pueda decidir sobre su parto confluyen múltiples factores, su conocimiento, el material que se le ofrece, el contexto social y la atención brindada. Que se respete su decisión contribuye a una buena experiencia de parto y es un trabajo que se hace en conjunto, y beneficia o perjudica la percepción que se tiene del parto y cómo se experimenta.

Existen diferentes servicios de atención al parto, en nuestro país, el parto institucional es el que atiende más casos, entiendo que es importante poner el foco ahí, en mejorar el modelo de atención que tenemos y buscar propiciar también, que otras formas que están disponibles sean visibles como opción.

Cómo parimos y el lugar que tenemos las mujeres en el parto hablan de nosotros como sociedad. La cuestión de la educación en el tema nos transversaliza a todos y concientizar con respecto al cuidado de la experiencia de la mujer en el parto, es cuidar la salud mental de la parturienta. La investigación al respecto es necesaria para contribuir a la mirada que tenemos como sociedad al parto.

Por último, es necesario apuntar a que no existe un modelo de parto ideal, éste podrá variar de mujer a mujer. Lo que no puede quedar librado a la suerte es que sea informado, basado en derechos, valorado como momento vital, respetado, y ojalá sea digno de ser recordado.

***“si el parto se libera, se liberarán otros muchos aspectos de la vida individual y colectiva que redundarán en nuevas lógicas basadas en derechos y libertades.”***

**Natalia Magnone Alemán (2010)**

## Referencias Bibliográficas

- Alfaro, F., Barbier, A., Belzarena, C., Bengochea, L., Cardozo, B., & Posada, I. (2021). ¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto de 2019. Facultad de Medicina, Universidad de la República del Uruguay.
- Asociación Catalana de Llevadores. (2018). *Guía de asistencia al parto en casa*. (ACL), Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIC). Barcelona. [https://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia\\_PartCasa\\_2018.pdf](https://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia_PartCasa_2018.pdf)
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity* (M. Antonia Muñoz, Trad.). Paidós Iberica.
- Byung-Chul Han (2014) *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas políticas de poder*.
- Cardús i Font, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata: Revista de Filosofía*, 7(18), 129-145.
- Callister, Lynn Clark (2004), "Making Meaning: Women's Birth Narratives", *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33, (4), 508–18
- Catalán, M. (2006). El placer y el dolor en el parto. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986334>
- CASMU. (2016). *Parto natural electivo. Más cerca: Revista de salud del CASMU*, 2, 45-47.
- Cook, K., & Loomis, C. (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158–168. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3392605/>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (Eds.). (2011). *Williams obstetricia* (23ª ed.). McGraw-Hill Interamericana Editores. (p-136-137)
- Davis-Floyd, R. (2001) "Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto". *Revista International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, suplemento nº 1, p.5-23.

- Dixon, L. Skinner, J., & Foureur, M. (2014). The emotional journey of labour-Women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*, 30, 371-377.
- Etcheverry, G. (2020). Centros de nacimiento: Estudio exploratorio de experiencias europeas y su aporte a la atención del parto y nacimiento en Uruguay (Tesis de maestría, Universidad de la República). Repositorio Institucional de la Universidad de la República.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1973). *Brujas, parteras y enfermeras: Una historia de sanadoras*. Glass Mountain Pamphlet, The Feminist Press.
- Fariás, C. (2014) Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Farias, C. y López, A.(2018). Experiencia de mujeres con cesárea en Uruguay: El derecho a estar acompañada por una persona de su elección y las dificultades en su cumplimiento. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1), e00176816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176816>
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber* (J. Almela, Ed.). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1976).
- Felitti, Karina (2011) Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980) *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. 18, diciembre, 2011, pp. 113-129 Fundação Oswaldo Cruz.Rio de Janeiro, Brasil.
- Fernández, P y Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.
- Gallardo Duarte, R. (2022). Violencia obstétrica en Uruguay: Un enfoque de género y bioético. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 37, 17-31. ISSN 1989-7022.
- García Carrascosa, L. (2010). El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo: Importancia del parto natural. Séptima Edición, octubre.
- García Carrascosa, L. (2013). *¿Por qué duele el parto?* (5ª ed.). Espasa.
- García, M., Peñate, J., Estrada, A., Rodríguez, M y Sánchez, A. (2020). Consideraciones sobre la psicoprofilaxis obstétrica familiar. *Revista médica electrónica*, 42(6)

- Gaskin, I. M. (2003). *Ina May's guide to childbirth*. Bantam Books.
- Guía en Salud Sexual y Reproductiva (2014). *Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*.
- Herrera-Gómez, A. (2021). La inmersión en agua como alivio del dolor durante el trabajo de parto. *Salud Pública de México*, 63(4), Carta al editor. <https://doi.org/10.21149/1251>
- Hosseini Tabaghdehi, M., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7(4), 1233–1238. <https://doi.org/10.1002/nop2.499>
- Hutter, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid, España: Editorial Turner.
- Ibaldi Suhr, F. (2017). *La función del dolor en el parto (Trabajo Final de Grado, Universidad de Montevideo)*. Montevideo, Uruguay.
- Iriondo Sanza, M., Sánchez Luna, M., Botet Mussons, F., Martínez-Astorquiza, T., Lailla Vicense, J. M., & Figueras Aloy, J. (2015). Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. *Anales de Pediatría*, 82(2), 108.e1-108.e3. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.06.013>
- Magnone, N. (2010). *Los Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*. [Tesis de maestría no publicado] Recuperado de [http://www.mujerahora.org.uy/sites/default/files/derechos\\_y\\_poderes\\_en\\_el\\_parto\\_magnone.pdf](http://www.mujerahora.org.uy/sites/default/files/derechos_y_poderes_en_el_parto_magnone.pdf)
- Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Cs. Soc., UDELAR. Montevideo.
- Magnone, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5(12), 79-92.
- Ministerio de Salud Pública (2018) *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*. Dirección General de la Salud.



<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/RECOMENDACIONES.pdf>

Moldenhauer, J. S. (2024, marzo). *Trabajo de parto. Manual Merck de diagnóstico y terapéutica* (versión web: para público general).

<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/trabajo-de-parto-y-parto/trabajo-de-parto>

Morales Alvarado, S., Guibovich Mesinas, A., & Yábar Peña, M. (2014). Psicoprofilaxis obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos / Obstetric psychoprophylaxis: Update, definitions and concepts. *Horizonte Médico*, 14(4), 129-145. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2014000400010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010)

Moreno, C. (2020). *Hipnoparto: Preparación para un parto positivo*. Parto Positivo LTD. 18 A crosseley Street, N7 8PD, Londres.

Normativas y avisos Legales del Uruguay (27 de Noviembre, 2019) Decreto N° 339/019 REGLAMENTACION DE LA LEY 19.580 (LEY DE VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES BASADA EN GENERO) IMPO <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/339-2019/14>

Normativas y avisos Legales del Uruguay (10 de diciembre, 2008) Decreto N° 293/10 LEY N° 18.426 LEY SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. IMPO <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Leboyer, F. (2010). *Nacimiento sin violencia*. Madrid, España: Editorial GAIA.

López Gómez, A., & Castro, R. (Eds.). (2015). *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Universidad de la República de Uruguay.

Odent, M. (1999). El agua como medio en el parto. *Natura Medicatrix*, (55), 37-41.

Odent, M. (2009). La masculinización del entorno del nacimiento. *Revista de Psicología y Salud Prenatal y Perinatal*, 23(3), primavera. Centro de Investigación de Salud Primaria.

Odent, M (2011). *El bebé es un mamífero*. Buenos Aires: Editorial Madreselva.

Olza, I. (2017) *PARIR "El poder del parto"*. Editorial B de Books.

Organización Mundial de la Salud. (1996). Cuidados en el parto normal: Una guía práctica (Informe del Grupo Técnico de Trabajo). Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

OMS (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra.

Pinto Carlos, E. (2022). *Utilidad del hipn parto como estrategia no farmacológica para el manejo del dolor en el trabajo de parto* (Trabajo de grado). Universidad Antonio Nariño, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia.

Rodrigáñez, C. (2004). Recuperando la mujer prohibida: La sexualidad destruida de la mujer. *Revista Mujeres Preocupando*, Valencia.

Rodrigáñez, C. (2007). Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y a energía sexual femenina. Ediciones Crimentales S.L.

Rodrigáñez, C. (2009). Parto orgásmico: testimonio de una mujer y explicación fisiológica.

Ruiz, C. (S/F). Cartilla para aprender a dar a luz. Madrid: Talasa ediciones S.L.

Ruiz, C. (2012). Parir sin Miedo. El legado de Consuelo Ruiz Vélez-Frías. España: Editorial OB STARE.

### **Referencia de Imágenes:**

Figura 1. Greavette, A. (2008–2010). *The Delivery* [Pintura]. *The Birth Project* (2019). Recuperado de <https://amandagreavette.com/birth-project-gallery/#masonry>

Figura 2. Greavette, A. (2008–2010). *It's a Human Thing* [Pintura]. *The Birth Project* (2019). Recuperado de <https://amandagreavette.com/birth-project-gallery/#masonry>

Figura 3. Greavette, A. (2012). *Psalms* [Pintura]. *The Birth Project* (2019). Recuperado de <https://amandagreavette.com/birth-project-gallery/#masonry>